



SARI VIINIKAINEN

Hoitotyön ja hoitotyön johtajan
valta sekä organisaation
sosiaalinen todellisuus



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen
Jarmo Visakorpi -salissa, Lääkärintie 1, Tampere,
8. päivänä toukokuuta 2015 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

SARI VIINIKAINEN

Hoitotyön ja hoitotyön johtajan
valta sekä organisaation
sosiaalinen todellisuus

Acta Universitatis Tamperensis 2043
Tampere University Press
Tampere 2015



TAMPEREEN
YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö

Ohjaajat

Professori Tarja Suominen
Tampereen yliopisto
Dosentti Paula Asikainen
Tampereen yliopisto
Professori Ilmari Rostila
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Arja Häggman-Laitila
Itä-Suomen yliopisto
Professori Sari Rissanen
Itä-Suomen yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla
Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2015 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Myynti:
verkkokauppa@juvenesprint.fi
<https://verkkokauppa.juvenes.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 2043
ISBN 978-951-44-9769-8 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1532
ISBN 978-951-44-9770-4 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2015



KIITOKSET,

”Ei ole olemassa muureja, on vain siltoja. Ei ole olemassa suljettuja ovia, on vain portteja”- Tommy Tabermann-

Suuret kiitokset kuuluvat ohjaajalleni professori Tarja Suomiselle. Tarja, sinä annoit ne apuvälineet, joilla pääsin huterien siltojen yli ja avaimet, joilla raskaammatkin portit sai avattua. Loppu oli kiinni omasta sisusta ja uskosta itseensä. Ohjaajaani dosentti Paula Asikaista kiitän taitavasta ohjauksesta ja käytännön johtamisnäkökulman esille nostamisesta. Professori Ilmari Rostilaa kiitän erityisesti, että avasit minulle tuntemattoman, osin näkymättömän sosiaalisen maailman ohjauksen avulla.

Kiitän väitöskirjani seurantaryhmän professori Marja Kaunosta. Tutkimukseni esitarkastajille professori Pirjo Häggman-Laitilalle ja professori Sari Rissaselle haluan osoittaa kunnioittavat kiitokset rakentavista palautteista, joiden perusteella saatoin viimeistellä väitöskirjani. Tilastollisesta tuesta kiitän biostatistikko Mika Helmistä. Jaksoit ymmärtävästi opastaa minua tilastomenetelmien viidakossa. Erityiskiitoksen rakenneyhtälömallien salaisuuksiin perehdyttämisestä haluan osoittaa professori, YTT Pertti Tötölle Kuopion yliopistoon. Tutkimuspäällikkö Jyrki Ollikaisen tiimiä haluan kiittää käytännön avusta tilastotieteessä. Kiitokset kuuluvat myös englannin kielentarkastuksen osalta Virginia Mattilalle ja Nicholas Rowelle. Thanks also to co-authors professor Christina Sieloff ja PhD Philip Green, I have preferential worked with you. Kiitos kaikille tutkimukseeni osallistuneille hoitotyön lähiesimiehille ja teidän johtajille, jotka mahdollistivat tutkimuksen kenttätyön.

Nöyrät kiitokset kuuluvat työntekijöilleni väitöskirjaprosessini aikana; Tampereen yliopistollisen sairaalan kirurgian vastuualueella, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystyksen toimialueella sekä osastonsihteeripalvelut vastuualueella ja Helsingin kaupunginsairaalassa, Laakson sairaalassa. Vaikka tutkimustyöni aika ajoitin minut päivittäisestä arjesta pois, te ymmärtävästi kannustitte minua tutkimukseni teossa ja autoitte kasvamaan niin ihmisenä, kuin johtajana. Minulla on ollut mahdollisuus kanssanne tarkastella hoitotyön- ja terveydenhuollon johtamista hyvinkin omakohtaisesti ja se on ollut valtava etu tutkimustyössä.

Kiitos ylihoitaja Paula Pyhälä-Liljeström, ilman sinua en olisi ammatillisessa mielessä minä. Olet nähnyt, että minussa on potentiaalia ja tukenut sekä kannustanut

vilpittömästi nuorta kollegaa urallansa. Lämmin kiitos työelämän arjen jakamisesta ja tuesta matkan varrella kaikille esimieskollegoille sekä muille yhteistyökumppaneille. Opiskelijakollegoitani Tiinaa, Maria, Päiviä ja Tuulaa haluan kiittää siitä, että kehotitte minua aikoinaan jatkamaan opintojani automatkoilla Kuopioon. Kuten näette, se kannatti. Erityiskiitos tässä vaiheessa kuuluu Keski-Suomen Keskussairaalan osasto 16 kollegoille, joita kunnioituksella kiitän ja haikkeudella kaipaen – meillä oli ”poweria” ja potilaamme saivat parasta mahdollista hoitoa. Vertaistuesta ja tutkimuksellisten alamäkien jakamisesta jatko-opintojeni aikana haluan kiittää etenkin TtT Tiina Mäenpäästä ja TtT Merja Harmoista sekä lukuisaa joukkoa muita opiskelukollegoita. Kannustavasta tuesta haluan kiittää myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallintoylihoitaja Kaija Heikuraa sekä FT Tuula Kivistä. Ammatillisen tutkijaurani rinnalla olen saanut mahdollisuuden osaltani edistää suomalaisen koulutetun hoitohenkilöstön edunvalvontaa Tehy ry:n toiminnassa niin valtakunnallisesti kuin paikallisesti. Se on omalta osaltaan antanut näkökulmaa tutkimaani ilmiöön. Kiitos myös ystäväilleni, etenkin Minnalle ja Raisalle – olette tärkeitä!

Tutkimustani ovat taloudellisesti tukenet Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Sairaanhoitajien Koulutussäätiö, Hoitotieteen valtakunnallinen tohtoriohjelma, Tampereen yliopiston tukisäätiö sekä Tampereen kaupungin tiederahasto. Kiitos, että olette uskoneet tutkimukseni tarpeellisuuteen.

Vanhempiani Marja-Leenaa ja Hannesta haluan kiittää, että olette kannustaneet ja tukeneet minua lähes elämän mittaisen koulutaipaleen. Rakkaalle Sanna-siskolle ja hänen aviopuolisolleen Antille haluan osoittaa kiitokset, että olette olleet mukana tälläkin, välillä loputtomalta tuntuvalla matkalla. Kummipoikani Valtteri antoi niin teille vanhempina, kuin minulle tätinä uudenlaista näkökulmaa elämään. Haluan antaa ensimmäisen painetun väitöskirjakappaleeni ”Tätin Murukaiselle”, vaikka värityskirjaksi. Toivottavasti hän jakaa ilon pikkuveljensä Viljamin kanssa.

Antti, olet Rakas. Kiitän sinua siitä, että olet vierelläni tänäänkin.

Omistan tämän väitöskirjani edesmenneelle mummolleni Iidalle. Hän ei päässyt näkemään väitöstilaisuuttani, mutta kulki enkelinä rinnallani läpi tutkimustyön ja sai minut uskomaan unelmiin – niihin, jotka ovat siltojen ja porttien takana.

Valkoisessa talossa, onnellisena 22.3.2015
Sari Viinikainen

Tiivistelmä

Sari Viinikainen: Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta sekä organisaation sosiaalinen todellisuus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa ja kuvata hoitotyön ja hoitotyön johtajien valtaa julkisen terveydenhuollon organisaatioissa hoitotyön johtajien arvioimana. Tarkoituksena oli selittää missä määrin organisaatiokulttuurilla ja organisaatioilmapiirillä on yhteyttä hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan.

Tutkimus toteutettiin neljässä vaiheessa suomalaisen julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Tiedonantajina olivat ensimmäisessä vaiheessa kahden sairaanhoitopiirin hoitotyön keskijohdossa työskentelevät ylihoitajat (n=10), joita haastateltiin teemahaastattelun avulla tarkoituksena tunnistaa ja kuvata hoitotyön johtajan valtaa ja sen yhteyttä hoitotyöhön. Toisesta vaiheesta eteenpäin tiedonantajina toimivat 11 sairaanhoitopiirin hoitotyön lähiesimiehenä työskentelevät osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat (n=264), jotka vastasivat neliosaiseen kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeen ensimmäinen osa muodostui taustakysymyksistä. Kyselylomakkeen toinen osa mittasi *hoitotyön valtaa* (Sieloff-King Assessment of Group Outcome Attainment Wihtin Organizations (SKAGOA)© -mittari) ja kolmas osa *hoitotyön johtajan valtaa* (tutkimuksessa kehitetty Hoitotyön johtajan valta –mittari). Tämän toisen vaiheen tarkoituksena oli kuvata hoitotyön ja hoitotyön lähiesimiesten valtaa terveydenhuollossa ja niiden välistä yhteyttä. Kolmannen tutkimusvaiheen mittarina toimi kyselylomakkeen neljäs osa, jossa *organisaation sosiaalista kontekstia* mitattiin Organizational Social Context, OSC) -mittarilla. Tämän vaiheen tarkoituksena oli kuvata minkälaisia organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin vaihteluita vallitsee tulos-/toimialueetasolla ja lähiesimiesryhmätasolla. Neljännessä tutkimusvaiheessa selitettiin minkälainen yhteys organisaatiokulttuurilla ja -ilmapiirillä on hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan.

Aineiston analyysimenetelminä käytettiin kvalitatiivisessa aineistossa induktiivista sisällönanalyysia ja kvantitatiivisessa aineistossa t-testiä, varianssianalyysia ja korrelaatioita. Organisaatiokulttuuria ja -ilmapiiriä tutkittiin ryhmätason ilmiöiden tarkasteluun sopivilla analyysimenetelmillä, kuten rwg, ICC-arvo, varianssianalyysiin

perustuva Eta-kerroin sekä niiden yhteyttä hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan monitasoanalyysillä.

Tuloksien mukaan hoitotyön valta on hoitotyön lähiesimiesten arvioimana keskitasolla kahdeksan eri osa-alueen kautta tarkasteltuna. Hoitotyön vallan osa-alueet olivat; organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitseminen, hoitotyön asema, hoitotyön rooli, hoitotyön resurssit, yhteistyö, hoitotyön tavoitteiden ja tulosten saavuttaminen, esimiesten kyky saavuttaa tuloksia ja tietoisuus tavoitteista/ja tuloksista. Hoitotyön valta toteutuu parhaiten hoitotyön tavoitteiden ja tulosten saavuttamisessa. Hoitotyön valta on yhteydessä kohtalaisesti hoitotyön johtajan vallan kanssa.

Hoitotyön johtajan valta ilmenee tuloksien mukaan hoitotyön keskijohdossa aseman tuomana-, persoonallisena- ja legitimivaltana. Hoitotyön lähiesimiehet eli osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat arvioivat oman valtansa kolmen osa-alueen; hoitotyön johtajan asema, hoitotyön johtajan resurssit ja hoitotyön johtajan rooli kautta keskitasolle. Hoitotyön johtajan valta ilmenee heikoiten hoitotyön johtajan resurssien osalta. Tulos-/toimialueiden välillä ei ilmene tilastollisia eroja, mutta joillakin alueilla hoitotyön johtajan valta on kaikilla osa-alueilla tarkasteltuna heikointa.

Hoitotyön lähiesimiehet jakavat yhtenäisen käsityksen organisaation sosiaalisesta kontekstista (ulottuvuudesta). Organisaation sosiaalinen konteksti (ulottuvuus) vaihtelee tulos-/toimialueen (n=3) sisällä ja lähiesimiesryhmien (n=30) välillä. Organisaation sosiaalisella kontekstilla (ulottuvuus) organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin osalta on yhteyttä hoitotyön valtaan hoitotyön resurssien kautta eri tulos-/toimialueilla.

Tutkimus tuotti uutta tietoa mitä valtaa hoitotyöllä on hoitotyön lähiesimiesten näkökulmasta ja mitä valtaa hoitotyön johtajalla on julkisessa terveydenhuollossa ylihoitajien ja hoitotyön lähiesimiesten arvioimana sekä uudenlaista tietoa terveydenhuollon organisaation sosiaalisesta kontekstista (ulottuvuudesta). Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää tuloksellisessa ja tavoitteet saavuttavassa hoitotyön johtamisessa, hoitotyön vallan vahvistamisessa sekä hoitotyön toimintaympäristön kehittämisessä muuttuvassa palvelurakennemuutuksessa.

Avainsanat: terveydenhuolto, hoitotyön johtaminen, hoitotyön valta, hoitotyön johtajan valta, organisaation sosiaalinen konteksti, organisaatiokulttuuri, organisaatioilmapiiri

Abstract

Sari Viinikainen: Nursing group power and nursing managers' power and organizational social reality

The purpose of this study was to identify and describe nursing group power and nursing managers' power in public health organizations, as assessed by nursing managers. The aim was to explain whether organizational culture and organizational climate have a relationship to the nursing group power and nursing managers' power.

The study was conducted in four phases in Finnish public health care organizations. In the first phase, nursing directors working in middle management (n=10) of two hospital districts were subject to a focused interview looking to identify and describe the power of nursing managers and its relationship to nursing. In the second phase, first-line nursing managers working as head nurses and assistant head nurses (n = 264) in 11 hospital districts responded to a four-part questionnaire. The first part consisted of background questionnaire. The second part of the questionnaire measured nursing group power (via the Sieloff-King Group Assessment of Outcome Attainment Within Organizations (SKAGOA) © instrument), and the third part measured nursing managers' power (using the Nursing Managers' Power instrument). The purpose of this second phase was to describe nursing group power and nursing managers' power in health care, and to find a relationship between them. The third phase of the study measures focused on responses given to the fourth part of the questionnaire, and looked to measure the organizational social context (OSC) by way of an OSC instrument. The purpose of this phase was to describe what variants of organizational culture and climate prevail at division and group levels. The fourth study phase aimed to explain the relationship between organizational culture and climate, and the domains of nursing group power and nursing manager power.

The methods of statistical analysis used for qualitative data were inductive content analysis and quantitative data t-test, analysis of variance, and correlation. Organizational culture and climate were studied using group-level phenomena statistical methods such as R_{WG} , intra-class correlation, value of variance based on

the Eta coefficient, as well as their relationship to nursing group power and nursing managers' power by multi-level analysis.

According to the results, nursing group power is assessed by first-line nursing managers through a view of eight subscales. The subscales of nursing group power were: Controlling the Effects of Environmental Forces, Nursing Position, Nursing Role, Nursing Resources, Communication Competency, Goals/Outcome Competency, Group Manager's Power and Power Perspective. Nursing group power is best realized in goals/outcome competency, and has a moderate relationship to nursing manager's power.

According to the results nursing manager's power can be seen as areas of position power, personal power and legitimate power. First-line nursing managers, head nurses and assistant head nurses assessed their own power on three subscales: Nursing Manager's Role, Nursing Manager's Position, and Nursing Manager's Resources at the Middle Level. Nursing manager's power manifested as the weakest of the nursing manager's resources. Statistical differences do not occur between divisions, but in some divisions nursing manager's power was revealed as the weakest of all the employed subscales.

First-line nursing managers share a consensus of the organizational social context dimension. Organizational social context varies within divisions ($n=3$) ja between first-line nursing managers groups ($n = 30$). Organizational social context (as defined by organizational culture and organizational climate) has a relationship to nursing group power in respect of nursing resources, and was evident in various divisions.

Overall, the study provides new information regarding the power nursing has from the perspective of first-line nursing managers, and the power held by nursing managers from the perspective of nursing directors and first-line nursing managers and new information regarding the organizational social context of public health care organizations. This information can be utilized by nursing management to help reach the goals and demands for productivity posed in today's nursing climate, as well as in strengthening the overall power of the nursing group in the changing environment of service structure reform.

Keywords: health care, nursing management, nursing group power, nursing manager's power, organizational social context, organizational culture, organizational climate

Sisällys

1	Johdanto.....	13
2	Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat.....	17
2.1	Kirjallisuuskatsauksen toteutus.....	17
2.2	Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta osana hoitotyötä.....	18
2.3	Valta osana organisaation toimintaa ja johtamista.....	23
2.4	Organisaation sosiaalinen konteksti (ulottuvuus) terveydenhuollossa.....	25
2.5	Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	30
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	32
4	Aineisto ja menetelmät.....	33
4.1	Tutkimusasetelma.....	33
4.2	Otos, tutkimusaineisto ja sen kerääminen.....	35
4.3	Aineiston analysointi.....	40
5	Tutkimuksen tulokset.....	43
5.1	Tutkimukseen osallistuneet.....	43
5.2	Hoitotyön valta.....	44

5.3	Hoitotyön johtajan valta.....	46
5.4	Organisaation sosiaalinen konteksti (ulottuvuus) lähiesimiesten kuvaamana.....	48
5.5	Organisaation sosiaalisen kontekstin (ulottuvuus) yhteys hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan	53
6	Pohdinta.....	55
6.1	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu.....	55
6.2	Tutkimuksen eettiset kysymykset	60
6.3	Tutkimuksen tulosten tarkastelu.....	62
6.4	Tulosten hyödyntäminen terveydenhuollon ja hoitotyön johtamisessa sekä koulutuksessa.....	65
6.5	Jatkotutkimusaiheet.....	66
7	Johtopäätökset	69
	Lähteet.....	71
	Liitteet.....	81
Liite 1	Teemahaastattelun teema-alueet.....	81
Liite 2	Saatekirjeet tutkimukseen vastaajille	82
Liite 3	Tutkimuksen taustakysymykset	84
Liite 4	Hoitotyön johtajan valta mittari	86

Taulukot

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytettävät muuttujat keskeisissä aiemmissa tutkimuksissa

Taulukko 2. Tutkimuksen tarkoitus, aineisto, analyysimenetelmät, raportointi vaiheittain

Taulukko 3. Hoitotyön valta ja hoitotyön johtajan valta ulottuvuuksien osa-alueet, väittämät, asteikko sekä mittarit

Taulukko 4. Organisaation sosiaalinen konteksti ulottuvuuksien osa-alueet, väittämät, asteikko ja mittari

Taulukko 5. Organisaation sosiaalisen kontekstin (ulottuvuus) yhteys hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan tulos-/toimialueetasolla (n=3)

Alkuperäisartikkelit

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla esitettyihin alkuperäisartikkeleihin. Niihin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla.

- I. Viinikainen S, Kvist T, Suominen T. 2010. Ylihoitajien valta ja vallan yhteys hoitotyöhön. *Tutkiva Hoitotyö* 8(3), 4–11.
- II. Viinikainen S, Asikainen P, Helminen M, Suominen T. 2013. Hoitotyön valta erikoissairaanhoidossa osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien arvio. *Tutkiva Hoitotyö* 11(1), 14–23.
- III. Viinikainen S, Asikainen P, Sieloff C, Helminen M, Suominen T. 2015. Is the first-line nursing managers' power congruent with that of the nursing group? *Nordic Journal of Nursing Research* 35(1), 3-9. DOI: 10.1177/0107408314560324.
- IV. Viinikainen S, Rostila I, Green P, Asikainen P, Helminen M, Suominen T. The organizational social context in public health care as viewed by first-line nursing managers: a cross sectional study. Submitted.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajien lupa. Yhteenveto-osassa esitetään joitakin artikkeleissa julkaisemattomia tuloksia.

1 Johdanto

Hoitotyön- ja terveydenhuollon kontekstiin tuotu ilmiö 'valta' aiheuttaa negatiivisia arvolatauksia ja monen mielestä pehmeitä arvoja, terveyttä, inhimillisyyttä sekä potilaslähtöisyyttä korostavaan ympäristöön se on täysin sopimaton. Hoitotyön valtaa ei sellaisenaan ole aiemmin aina tunnustettu tai kenties tunnustettu suomalaisessa terveydenhuollossa. Hoitotyön johtajan valta, osana sitä, yhdistetään organisaatioiden hallinnollisiin sääntöihin tai miellelyhtymään autoritäärisestä johtamisesta. Mitä ne itse asiassa tarkoittavat ja voidaanko hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta ymmärtää voimavarana muuttuvassa terveydenhuollon toiminta- tai työympäristössä? Selittääkö niitä organisaation vallitseva organisaatiokulttuuri tai –ilmapiiri? Millainen organisaation näkymätön sosiaalinen todellisuus terveydenhuollossa vallitsee?

Organisaatioiden- ja johtajien roolit, muun muassa hoitotyön johtamisen sekä niihin liittyvän vallan jakaantumisen osalta, ovat meneillään olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa murroksen alla. Sote-uudistuksen läpivienti, väestön ikääntyminen, muuttuneet terveystarpeet ja hoitomenetelmien sekä sairauksien hoidettavuuden kehittyminen, prosessimaisen toiminnan lisääntyminen ja koulutetun hoitohenkilöstön saatavuus vaikuttavat terveydenhuollon toimintaympäristön muuttumiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Terveydenhuollon organisaatioiden johtamisjärjestelmät muuttuvat prosessimaiseen suuntaan, johtamista sekä vastuuta madalletaan organisaatioiden hierarkiassa.

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menot kattavat noin puolet kuntien kokonaismenoista. Palvelujen toimivuutta, työhyvinvointia ja organisaatioiden tuottavuutta voidaan parantaa hoitotyön johtamisella muuttuvassa toimintaympäristössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Vallimies- Patomäki 2008). Hoitotyön johtamisella on merkitystä, kuinka käytettävissä olevia resursseja ohjataan.

Sinkkonen (1994) tunnisti jo 90-luvun alussa lähiesimiesten aseman korostumisen, kun henkilöstöhallinnon tehtäviä ja budjettivastuuta siirrettiin ylihoitajilta osastonhoitajille. Tämän myötä osastonhoitajat ovat saaneet uusia tehtäviä, lisää vastuuta sekä yhä suurempia henkilöstöryhmiä johdettavakseen (Skytt ym. 2007). Hallinnollisten tehtävien lisääntyessä päätösvalta koetaan kuitenkin

riittämättömäksi (Ikola- Norrbacka 2010) ja osastonhoitajat kokevat että heillä ei ole aikaa hoitotyön kehittämiseen. Lähiesimiesten merkitys tiedostetaan ja hoitotyön johtamiseen on viime vuosina panostettu muun muassa koulutuksen kautta. Tiedetään, että lähiesimiehet vaikuttavat siihen, kuinka hyvin muutokset pystytään implementoimaan ja sen myötä työyhteisöt saavuttavat niille asetetut toiminnan tavoitteet. Lähiesimiehet ovat myös itse muutoksen kohteita (Isosaari 2008).

Terveydenhuollon organisaatioiden johtajat kuvaavat valtansa vähäiseksi, mutta kertovat kuitenkin halustaan ja mahdollisuuksistaan vaikuttaa asioihin (Virtanen 2010). Johtavassa asemassa toimivat haluavat puhua vallan sijaan johtamisesta, vaikuttamisesta ja vastuun kantamisesta (Jabe & Kuusela 2013) sekä velvollisuuksien täyttämisestä (Taskinen 2003). Kansallisesti terveydenhuollon- ja hoitotyön johtaminen nähdään kaiken kaikkiaan valta- ja vastuusuhteiltaan epäselväksi (Tuomiranta 2002; Suonsivu 2003; Parvinen ym. 2005; Surakka 2006), mutta myös kansainvälisesti (Lindholm & Uden 2001; Manojlovich 2005). Samaan aikaan hoitotyön johtajilta ja hoitotyöntekijöiltä odotetaan yhä pienenevin resurssein tuloksekkaampaa, näyttöön perustuvaa toimintaa. Ilmeistä on, että terveydenhuollon organisaatiot, kuten myös hoitotyö tarvitsevat johtamista ja tavoitteellista toimintaa, johon valta ilmiönä kuuluu, halusimme tai emme. Organisaation strategisten tavoitteiden ja laadukkaan hoitotyön tulosten saavuttamiseksi tulisi hoitotyöllä ja hoitotyön johtajilla olla valtaa.

Jo yli kaksikymmentä vuotta sitten Heineken ja Wozniak (1988, s. 591) toteavat vallan puutteen olevan suurimpia esteitä sille, että hoitotyö ei saavuta koko potentiaaliaan. Tutkittaessa voimaantumista tai valtaistumista (empowerment) (Kuokkanen 2005; Kuokkanen ym. 2012) hoitotyöntekijät arvioivat omaavansa melko paljon valtaa. Hoitotyön valta mahdollistaa yksittäisen hoitotyöntekijän tai hoitotyöntekijöiden ryhmän tavoitteellisen ja tuloksellisen toiminnan (Sieloff 1996; Sieloff & Dunn 2008).

Valtaa hoitotyössä ja hoitotyön johtamisessa on tutkittu kansallisesti ja kansainvälisesti vähän. Hoitotyön johtamisen kontekstissa valtaa ei ole tutkittu kansallisesti juuri lainkaan, vaikka terveydenhuolto on työvoimavaltaista ja hoitotyön johtamisella on yhteyttä niin hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin (Kanste 2005; Utriainen & Kyngäs 2008), kuin heidän kokemaansa työn arvostukseen sekä työssä pysymiseen (Herrin & Spears 2007; Faulker & Laschinger 2008; Twig & McCullough 2014). Hoitotyön johtamisella ja johtajalta saadulla tuella on magneettisairaaloiissa saavutettu parempia työympäristöjä hoitotyön käytännölle ja muun muassa tutkimusmyönteiselle hoitotyön kehittymiselle (Kelly ym. 2011). Johtamiskäyttäytymisellä, johtamistyyllillä ja -toiminnalla on myönteinen vaikutus

hoitotyön tuloksien kautta potilastyytyväisyyteen (Wong & Cummings 2007). Aiempi kansainvälinen hoitotieteen tutkimus tunnistaa vallan osana hoitotyötä ja/tai hoitotyön johtamista, mutta yhtenäistä määritelmää tai puhtaasti valtaan kohdistuvaa tutkimusta ei etenään kansallisesti hoitotieteenalalta ole.

Terveydenhuollon toimintaympäristön muutoksena organisaatioita yhdistetään, jopa lakkautetaan ja niiden myötä myös organisaatiokulttuuri ja – ilmapääri muuttuvat niin organisaatioiden välillä, kuin sisällä. Organisaatioiden sisäiset tiimit ovat viime vuosina muuttuneet yhä enemmän monitieteisiksi ryhmiksi, joiden jäsenten erilainen osaaminen ja taustat yhdistyvät nyt uudella tavalla yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Mallidou ym. 2011; West & Lyubovnikova 2013.)

Terveydenhuollon palveluprosessien sujuvuuteen vaikuttavat ensisijaisesti terveydenhuollon asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja osaaminen niin sisäisissä prosesseissa, kuin niiden rajapinnoilla (Tanttu 2007). Toisaalta aiempi johtamis- ja organisaatiotutkimus ei ole riittävästi pystynyt selittämään ihmisten työmotiiveja ja keskinäistä kanssakäymistä. Wiili-Peltola (2005) muun muassa peräänkuulutti työyhteisöjen sisäisen toimintakulttuurin tutkimusta ja vertailua sosiaalisen toiminnan muotoutumisen vahvistavista ja heikentävistä tekijöistä. Kinnusen (1990) tutkimuksessa puolestaan ilmeni suomalaiselle terveydenhuollon organisaatioille yleisempääkin kulttuuristen ilmiöiden vähättelyä ja jopa kieltämistä. Toivottavasti suhtautuminen ei ole enää niin jyrkkää. Työyhteisön sosiaalisilla suhteilla on merkitystä ihmisten työhön sitoutumiseen, työn tuloksiin ja työssä pysymiseen. Erilaisilla organisaatiokulttuuriin ja -ilmapääriin liittyvillä tekijöillä on vastaavasti yhteys hoitotyöntekijöiden ja hoitotyön johtajien työn tuloksiin, siihen minkälaista palvelua sekä hoitoa kansalaiset ja potilaat saavat. Organisaatiokulttuuri ja -ilmapääri on tunnistettu jo 1990-luvun alussa kriittisen tärkeäksi tekijäksi organisaation tavoitteiden saavuttamisessa ja käytännön kehittämisessä. (Kinnunen 1990.) Sosiologian perusfilosofian mukaan yksilölliset ilmiöt ovat osin selitettävissä ja ymmärrettävissä suhteessa sosiaaliseen ympäristöön (Ellonen 2006). Terveydenhuoltoa tulisikin siten tutkia ja ymmärtää systeeminä ja työympäristöä organisaation sosiaalisena kontekstina.

Tämän hoitotieteen tutkimusalaan kuuluvan tutkimuksen tarkoituksena on tunnistaa ja kuvata hoitotyön ja hoitotyön johtajien valtaa julkisen terveydenhuollon organisaatioissa hoitotyön johtajien arvioimana. Tarkoituksena on myös selittää missä määrin organisaatiokulttuurilla ja -ilmapääriillä on yhteyttä hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa hoitotyön ja hoitotyön johtajan vallasta suomalaisessa julkisessa terveydenhuollon

organisaatioissa sekä niiden yhteydestä organisaatiokulttuuriin ja organisaatioilmapiiriin.

2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

2.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Tutkittavien ilmiöiden (hoitotyön valta, hoitotyön johtajan valta, hoitotyön johtaja, organisaation sosiaalinen konteksti) teoreettinen perusta pohjautuu kirjallisuushakuihin vuosilta 1995–2014, jotka tehtiin kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista (Medic, Linda, Medline (OVID), CINAHL, Ebsco, Kuopus). Laajalla aikarajauksella haluttiin varmistaa ilmiöiden kannalta relevanttien, vanhempien lähteiden mukaantulo etenkin organisaatiokulttuurin ja -ilmapiiritutkimuksen osalta. Tutkimuksen alussa hyödynnettiin Kuopion yliopiston (nykyisin Itä-Suomen yliopiston) ja Tampereen yliopiston informaattikkojen apua tietokantojen käytössä ja rajauksien tekemisessä. Tutkimuksia etsittiin myös käsihakuna tietokantahakujen avulla löytyneiden lähdeviittausten perusteella sekä sisällysluetteloista suomalaisista Hoitotiede- ja Tutkiva Hoitotyö lehdistä.

Ensimmäinen kirjallisuushaku tehtiin vuonna 2006, laajempi haku vuonna 2009 ja myöhemmin eri osajulkaisuja varten haettiin päivitettyä tietoa vuosittain. Yhteenvedo-osaa varten on tehty viimeinen päivitys tietokantahakuun syksyllä 2014. Hakusanojen yhdistelminä käytettiin termejä hoitotyö, valta, hoitotyön johtaminen, terveydenhuolto, organisaatiokulttuuri, organisaatioilmapiiri, moraalit sekä englanninkielisiä termejä power, nursing group power, nursing leadership, nursing management, health care, organizational social context, organizational culture ja organizational climate, morale. Hakujen perusteella löytyneistä tutkimuksista on otsikon ja tiivistelmän perusteella rajattu välittömään potilashoitoon liittyvät valtatutkimukset pois, joita on tehty etenkin psykiatrisen hoitotyön puolella. Empowerment käsitteeseen liittyvät tutkimukset hyväksyttiin mukaan tiivistelmän perusteella, kun tutkimuskohteena oli hoitotyön johtaminen.

Tutkimuksen teoreettinen osa perustuu pääosin suomen ja englanninkielellä julkaistuihin vertaisarvioituihin tutkimuksiin, mutta mukaan on hyväksytty myös johtamiseen sekä organisaatiokulttuuriin ja -ilmapiiriin liittyviä kirjoja. Tällä haluttiin varmistaa ilmiöiden laaja-alainen ja monipuolinen tarkastelu. Johtamisviitteiden valinnassa ei myöskään ole haluttu painottaa erityisesti johtamisen historiaa tai kehitystä, johtamisen tieteenalan tutkimusta, johtamismalleja tai johtamisen 'ismejä',

vaan pitäydtytty terveydenhuollon- ja erityisesti hoitotyön johtamisen nykypäivässä ja siihen liittyvissä haasteissa. Kirjallisuuskatsauksen perusteella kansallinen tutkimus hoitotyön johtamiseen liittyen on edelleen niukkaa ja vallan näkökulmasta jopa puutteellista. Lisäksi kirjallisuuskatsaus osoitti, että terveydenhuollon toimintaympäristön muuttuessa tarvitaan tutkimusta niin hoitotyön kuin hoitotyön johtajan tavoitteellisesta ja tuloksellisesta toiminnasta, kuin organisaation sosiaalisen kontekstin merkityksestä niille.

2.2 Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta osana hoitotyötä

Hoitotyön johtajia julkisessa terveydenhuollossa ovat apulaisosastonhoitajat, osastonhoitajat, ylihoitajat, johtavat hoitajat ja hallintoylihoitajat (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003). Tämä tutkimus kohdistuu julkisessa terveydenhuollossa toimiviin osastonhoitajiin sekä apulaisosastonhoitajiin, joista käytetään yhteisnimitystä lähiesimies sekä ylihoitajiin hoitotyön johtajan vallan osalta. Kirjallisuudessa ilmenee lähiesimieskäsitteen rinnalla myös lähijohtamisen ja lähijohtajuuden käsite (Nikkilä & Paasivaara 2007; Aarva 2009; Korpela ym. 2009; Laaksonen ym. 2012). Lähiesimiesasemalla viitataan 2010-luvulla useammin hierarkkiseen asemaan organisaatiossa, kuin johtamiseen omana työ- ja osaamisalueena (Reikko ym. 2010.) Osastonhoitajat sekä apulaisosastonhoitajat edustavat hoitotyöntekijöitä (Surakka 2006) ja toisaalta taas koko organisaation johtamisjärjestelmää (Isosaari 2008; 2011). Tässä tutkimuksessa heitä tarkastellaan omana professionaan lähiesimiehenä, kuitenkin osana terveydenhuollon johtamisjärjestelmää. Ylihoitajalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa keskijohdossa lähiesimiesten ja johtavan hoitajan tai hallintoylihoitajan välissä työskentelevää hoitotyön johtajaa osana terveydenhuollon johtamisjärjestelmää.

Suomalaisen julkisen terveydenhuollon organisaatorakenne on funktionaalinen ja hierarkkinen (Tanttu 2007). Sen johtamista, myös hoitotyön osalta, ohjaavat sairaaloiden hallintorakenteet ja hierarkiaan rakennettu toiminta (Rissanen & Hujala 2011). Johtamisen tehtävät ja vastuut määritellään organisaatioiden johto- tai hallintosäännöissä. Johtajalta edellytetään sääntöjen ja määräysten noudattamista, ammatillista tilivelvollisuutta sekä velvollisuutta saavuttaa tavoitteet. Tavoitteet voivat olla organisaation ylemmältä tasolta tulevia, ammatillista sitoutumista toiminnan substanssiin tai velvollisuutta kansalaisia kohtaan (Isosaari 2008). Toiseksi, julkisen terveydenhuollon johtamista, myös hoitotyön johtamisen osalta,

leimaa henkilötöyövaltaisuus ja toimintaa ohjaava runsas lainsäädäntö. Se määrittää organisaation toiminta-ajatuksen (Laaksonen ym. 2012), mutta samalla suojaa ammattilaisia potilaiden hoitoon liittyvissä asioissa (Vuori 2005). Terveydenhuoltolaki määrittää julkisen terveydenhuollon johtamisen moniammatilliseksi asiantuntijuudeksi, joka tukee laadukasta ja turvallista hoitoa, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä (Terveydenhuoltolaki 2010). Hoitotyön johtaminen on näin ollen osa terveydenhuollon kokonaisjohtamista ja sen tavoitteena on varmistaa perustehtävän eli hoitotyön toteutuminen.

Hoitotyön valta ja vastuu pohjautuvat hoitotyöntekijöiden lailliseen oikeuteen toimia ammatissaan (Kangasniemi ym. 2010). Hokanson- Hawksin (1991) hoitotieteen kontekstissa tehdyssä käsiteanalyysissä valta määritellään todelliseksi tai mahdolliseksi kyvyksi (power to) tai ominaisuudeksi saavuttaa tavoitteet ihmisten välisissä sosiaalisissa suhteissa. Hoitotyön vallan lähikäsitteenä käytetyn 'empowermentin' mukaan valtaistunut hoitotyöntekijä omaa henkilökohtaista ammatillista valtaa ja toimii muun muassa itsenäisesti, suunnitelmallisesti sekä innovatiivisesti. (Kuokkanen ym. 2002; Kuokkanen ym. 2012.) Näin tarkastellen valta on osa ammatillista hoitotyötä (Heikkilä & Heikkilä 2001).

Kansainvälisesti hoitotieteessä valtaa on tutkinut eniten Sieloff (1996), joka on kehittänyt mittarin hoitotyön vallan arvioimiseen sairaalassa. Hoitotyön valta hänen tutkimuksessaan on kuvattu hoitotyön ryhmän mahdollisuudeksi saavuttaa tavoitteita. Tavoite on hoitotyön toimintojen avulla aikaansaatu tulos. Hoitotyön valtaa tarkastellaan kahdeksan eri osa-alueen kautta; organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitsemisen, hoitotyön aseman, hoitotyön roolin, hoitotyön resurssien, yhteistyön, hoitotyön kyky saavuttaa tuloksia ja tavoitteita, esimiesten kyvyn saavuttaa tuloksia sekä hoitotyöntekijöiden tavoitetietoisuuden kautta (Sieloff 1996; 2003).

Kansallisesti hoitotyön tuloksien nimeäminen oli 2000- luvun alussa (Hentinen 2002) osin vasta alkuvaiheessa ja sen myötä myös tuloksellisuuden arviointi haasteellista. Kymmenisen vuotta myöhemmin hoitotyön tulos tunnustetaan paremmin (Tervo-Heikkinen 2008) ja sen yhteyttä muun muassa henkilöstömitoitukseen (Pitkäaho 2011) sekä hoidon vaikuttavuuteen (Simonen 2012) on tutkittu. Tässä tutkimuksessa hoitotyön valta ymmärretään Sieloffin (1996; 2003; 2007) mukaan myönteiseksi voimavaraksi, jonka avulla hoitotyöntekijöiden ryhmällä, työyhteisöllä tai tiimillä on mahdollisuus saavuttaa sen toiminnalle asetetut tavoitteet.

Hoitotyön johtajan valtaa on tutkittu kansallisesti ja kansainvälisesti vähän. Aiemmat kansalliset tutkimukset tarkastelevat valtaa ja vallan puutetta hoitajien keskuudessa (Raatikainen 1994), osastonhoitajien valtaa vaikuttaa (Suominen ym. 2005), lähijohtajien valtaa sekä tilivelvollisuutta lähiesimiesten hallinnollisesta näkökulmasta (Isosaari 2008). Aiemmat kansalliset tutkimukset eivät anna kuitenkaan selkeää kuvaa hoitotyön johtajan vallasta, mutta näyttävät toteen ilmiön olemassa olon osana suomalaista terveydenhuoltoa ja sen johtamista. Hoitotyön johtajan valta ymmärretään tässä tutkimuksessa osaksi hoitotyön valtaa, jonka avulla tuetaan hoitotyötä saavuttamaan tavoitteet (Sieloff 2004).

Hoitotyön lähiesimiehien työtä kuvataan työnjohtamistyyppiseksi johtamissuhteeksi johtajan ja työntekijän välillä (Narinen 2000; Rissanen & Hujala 2011). He toteuttavat työyhteisötasolla organisaation strategisia tavoitteita hoitotyöntekijöiden kanssa ja heidän avulla (Viitanen & Lehto 2005; Wiili-Peltola 2005; Laaksonen ym. 2012). Voinee sanoa, että lähiesimiehen työ on niin koko monitieteisen tiimin, kuin sen yksittäisen jäsenen johtamista kohti yhteistä tavoitetta (Sullivan & Decker 2005). Hoitotyön johtamisen päämäärä, väestön terveyden edistämisen, asiakkaille tarjottavien palvelujen ja hoitotyöntekijöiden tukeminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009), ilmenevät lähiesimiesten moninaisissa tehtävissä. Lähiesimiesten tehtäväalueiksi on määritelty henkilöstöhallinto, taloushallinto, työnjohtotehtävät, yhteistyö- ja kehittämistehtävät sekä jossain määrin kliininen työ (Surakka 2008.) Toisaalta voidaan puhua johtamisvastuuseen kuuluvista-, työnjohto- ja valvontaoikeuteen liittyvistä tehtävistä (Laaksonen ym. 2012).

Ylihoitajat johtavat lähiesimiesten kautta hoitotyötä ja heidän toiminnallinen sekä taloudellinen vastuu on yleensä lähiesimiesten vastuuta laajempi. Jossain paikoissa johtavan hoitajan tai hallintoylihoitajan tehtävät on lakkautettu, jolloin lähiesimiehille on siirtynyt myös heidän tehtävänsä (Surakka 2006; Vuorinen 2008.) Molempien hoitotyön johtajien tason oletetaan huolehtivan kustannustehokkaasta ja laadukkaasta hoitotyöstä omalla alueellaan. Enenevässä määrin hoitotyön johtajan on pyrittävä myös ennakoimaan ja tunnistamaan muutoksia seuraavat haasteet hoitotyössä (Nikkilä & Paasivaara 2007). Suunnitelmallinen johtaminen näyttää kuitenkin hiljattain valmistuneen kansallisen tutkimuksen myötä toteutuvan heikosti (Harmoinen 2014).

Lähiesimiehinä toimivien osastonhoitajien määrä näyttää laskevan hiljalleen vuosittain koko julkisen terveydenhuollon toimintakentässä (vuonna 2008 2030, vuonna 2011 1265). Tilanne on samansuuntainen koko Euroopan tasolla. Tämä voinee selittyä etenkin kansallisesti eläköityvien lähiesimiesten poistumisella (keski-

ikä vuonna 2011 50,2 vuotta) ja toimintojen uudelleen organisoinnilla. Toisaalta lähiesimiestyön tarve sinänsä ei ole vähentynyt. Vastaavasti apulaisosastonhoitajien määrä vaihtelee (vuonna 2008 1360, vuonna 2010 1390 henkilöä), mikä saattaa selittyä terveydenhuollon organisaatiomuutoksilla ja tehtävänimikkeen poistumisella. Tilastointia ei ole enää saatavilla vuoden 2010 jälkeen. Ylihoitajien määrä näyttää myös laskevalta (vuonna 2008 530, vuonna 2011 400, keski-ikältään 51,6 vuotta). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 2008; 2011.)

Aikaisempien tutkimustulosten perusteella hoitotyön johtajan valta on asemasidonnaista, toisin sanoen heillä on valtuudet johtaa hoitotyötä organisaatiossa, tulos-/toimialueella tai yksikössä/osastolla. Osastonhoitajilla ja ylihoitajilla on valtaa etupäässä omaa yksikköään koskevilla asioilla ja vallankäyttö liittyy työn organisointiin ja henkilöstöhallintoon. Valta ilmenee tietona ja taitona saavuttaa hoitotyön tavoitteet (ks. Sieloff 1996). Toisaalta se on yhteistyötä ja osallistumista organisaation päätöksentekoon (Manojlovich 2005; Surakka 2006; Isosaari 2008.) Suonsivun (2003) ja Suomisen ym. (2005) tutkimuksien mukaan hoitotyön johtajilla ei ole kuitenkaan riittävästi valtaa vaikuttaa haluamallaan tavalla organisaation hoitotyöhön. Hoitotyön johtajien asema ja vaikutusvalta eivät ole samalla tasolla kuin tehtävät ja asetetut vaatimukset. Vaikutusvallan puuttuminen tai rajoittuminen estää reflektiivisen hoitotyön toiminnan kehittymistä, vaikka hoitotyön johtajat voisivat oikeansuuntaisella vallankäytöllä lisätä henkilöstön valtaa sekä vastuuta ja auttaa saavuttamaan toiminnalle asetetut tavoitteet. (Klakovich 1996; Mantzoukas & Jasper 2004; Vuorinen 2008.)

Hoitotyön johtamisen kansainväliseen tutkimukseen liittyen vallasta ja vallankäytöstä löytyy tutkimuksien tuloksissa mainintoja muun muassa Lindholmin ja Udenin (2001) ja Upnieksin (2002) ja Manojlovichin (2005) tutkimuksista. Magneettisairaala koskettavissa tutkimuksissa valta nousee yhtenä keskeisenä organisaation piirteenä esiin (Scott ym. 1999; Laschinger ym. 2003; Armstrong & Laschinger 2006).

Hoitotyön johtajan valtaa ja vallankäyttöä mahdollistavat riittävä tieto, tuki, tukiverkostot ja resurssit sekä asiantuntijuus (Sieloff 1996; Lindholm ym. 1999; Upnieks 2002; Manojlovich 2005). Ammatillista valtaa vahvistaa organisaation ulkopuolisen informaation käyttäminen päätöksenteon apuna (Lindholm & Uden 2001; Upnieks 2002). Kantaakseen vastuunsa työstään hoitotyön johtajat tarvitsevat valtuudet päättää resursseista niin rahan kuin henkilöstön osalta. Ymmärtääkseen vallankäytön merkitys, täytyy myös ymmärtää miten valtaa käytetään sosiaalisissa konteksteissa (Bradburry-Jones ym. 2008). Valta organisaatiossa nähdään mahdollisuutena varmistaa hoitotyön vaikuttavuus ja sitä kautta hoitohenkilöstön

voimaantumisen tukemisena (empowerment) (Upnieks 2002; Manojlovich 2005). Aikaisemmat tutkimukset ovat yhdistäneet organisaatiokulttuurin ja –ilmapiirin sekä hoitotyön vallan jaettuun johtamiseen (Porter- O’Grady 2001; Argyris 2004).

Hoitotyön johtajien rooli on itsenäinen käsittäen sekä kliiniset- että johtamistaidot. Hoitotyön johtajan rooli voi vaihdella organisaatiosta, tulos-/toimialueesta tai yksiköstä johtuen. Vallan puute on suoraan verrannollinen heidän roolinsa vastuullisuuteen. (Paliadelis 2008.) Organisaatiomuutokset ovat aiheuttaneet kansallisesti rooliepäselvyyksiä osastonhoitajien työssä. Heidän mukaansa tiedonkulku vaikuttaa heidän johtamistyyliinsä, koska organisaation ylemmän tason vuorovaikutusongelmilla on negatiivinen vaikutus työskentelyyn työyksiköissä. (Vesterinen 2013).

Osastonhoitajan johtamistyyllillä on merkitystä kuinka ulospäin suuntautunutta henkilökunta on ja onko heillä yhteyksiä työyksikön ulkopuolelle. Toisin sanoen kuinka työyksikkö on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa (Vesterinen 2013). Kinnusen (1990) tutkimuksessa ilmeni näyttöä, että muodollisessa organisaatorakenteessa ja kulttuuristen perusolettamusten tasolla hoitajilla oli vähemmän valtaa, kuin lääkäreillä. Osastonhoitajan tai lähiesimiehen työtä on tutkittu toimivallan kautta, jolloin siihen liittyvät tehtävät ovat aseman tuomia velvollisuuksia (Surakka 2006; 2008). Terveystieteiden hierarkkisuuksien vuoksi lähiesimiesten valta ja vapausasteet on niukat (Viitanen & Lehto 2005). Lähiesimiehillä on kuitenkin päävastuu yksikkönsä toiminnan suunnittelusta ja sen myötä asiakkaiden tai potilaiden hyvästä hoidosta. Heillä pitäisi olla mahdollisuus suunnitella asiat niin, että työntekijöillä on mahdollisuus saavuttaa toiminnalle asetetut tavoitteet. (Laaksonen ym. 2012.)

Esimiesasemassa hoitotyön johtaja on työntekijöiden näkökulmasta auktoriteetti ja tavoitteista päättäjä vallan käyttämisestä riippumatta (Laaksonen ym. 2012). Suomalaisille hoitotyön johtajille kohdennetussa selvityksessä (n=1386) joka neljännen vastaajan mukaan hoitotyön johtajalla ei ollut esittelyoikeutta saatikka taloudellista- tai suoraa päätösvaltaa (Markkanen & Tuomioja 2014). Kansainvälisesti tarkasteltuna Fafard (2008) esittää, että terveydenhuollon johtajien itsenäiseen työskentelyyn liittyen heillä on tiedon suhteen runsaasti valtaa päätöksenteossa. Mitä ilmeisemmin päätöksentekoon liittyvä valta vaihtelee maiden ja organisaatiojärjestelmien mukaan.

Kansteen (2005) suomalaisessa hoitotyön johtamistutkimuksessa palkitseva muutosjohtajuus toimi muun muassa työuupumista ehkäisevänä tekijänä ja organisaatioiden erilaiset ympäristötekijät vaikuttivat työuupumuksen esiintymiseen. Vuorisen (2008) tutkimuksessa ilmeni merkkejä sairaalakohtaisista eroista liittyen

muutosjohtajuuteen ja tämän perusteella tutkija pohti miten nämä vaikuttavat hoitotyöhön ja henkilökunnan toimintaan. Osastonhoitajien johtamistyylin on todettu vaikuttavana organisaation ilmapiiriin (Vesterinen 2013). Tulos on samansuuntainen myös kansainvälisen tutkimuksen osalta (ks. Litwin 1984; Cummings ym. 2010). Hoitotyön johtajilla on siis merkitystä edellisten valossa muutoksien toteuttamiseen ja organisaation sosiaaliseen kontekstiin, tutkitusti ainakin organisaatiokulttuurin osalta.

Tietyntyylinen organisaatorakenne tukee erilaisia valtatyyppisiä, todetaan Isosaaren (2006) tutkimuksessa. Hoitotyön lähiesimiehiin kohdistuvassa tutkimuksessa todennetaan lähiesimiehien rajattu päätösvalta muun muassa resurssien suhteen. Samansuuntaiseen tulokseen ovat päätyneet myös Narinen (2000) sekä Surakka (2006) osastonhoitajia koskevissa tutkimuksissaan. Ikola-Norrbacka (2010) on tarkastellut puolestaan lääkärin ja hoitotyön johtajien työtä etiikan näkökulmasta. Tulosten perusteella professioiden väliset esimiestyön eettisyyden eroavaisuudet johtuvat erilaisista johtamisrooleista ja esimiesten käytettävissä olevista resursseista. Hoitotyön esimiesten päätösvalta näyttäytyy tutkimuksessa riittämättömänä suhteessa esimiehenä toimimiseen ja vastuun kantamiseen. Eri professioiden ammatilliset reviirit, hierarkkisuus ja erilaiset johtamiskulttuurit näyttäytyivät Tuomirannan (2002) lääkärijohtamiseen keskittyvässä tutkimuksessa johtamis- ja valtasuhteiden epäselvyytenä.

2.3 Valta osana organisaation toimintaa ja johtamista

Edellä tarkasteltiin hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaa, mutta on syytä kuvata myös valtaa yleisemmällä tasolla, sekä sen osuutta organisaation toiminnassa ja etenkin johtamisessa.

Valta ja englanniksi 'power' on johdettu latinankielisestä verbistä *potere*, mikä merkitsee pystymistä ja mahdollisuutta valita. Sanakirja määrittelee vallan ”jonkun tai jonkin oikeudeksi tai mahdollisuudeksi hallita jotakuta, määrätä tai päättää jostakin” (Kielitoimiston sanakirja 2012). Valta määritellään myös kyvyksi toimia, vahvistamiseksi, vaikuttamiseksi tai tehostamiseksi jonkun asian saavuttamiseksi (Marquis & Huston 2003). Valta on osa yhteiskunnan ja sen rakenteiden sekä instituutioiden toimintaa. Se ilmenee ihmisten välisissä sosiaalisissa suhteissa ja on kokemuksena inhimillistä (Jabe & Kuusela 2013), koska siihen liittyy niin

vallankäyttö, kuin vallankäytön kohteena oleminen. Yksilön lisäksi valtaa voi käyttää ryhmä.

Valtaa pidetään moniulotteisena ilmiönä, joka kuuluu olennaisena osana johtamiseen ja esimiesasemaan organisaatiossa. Esimiehen vallan oikeutus tulee hallinnollisesta asemasta ja siihen määritetyistä velvollisuuksista organisaation sääntöjen mukaisesti (Mintzberg 1983; Kanter 2001; Lindström 2003; Marquis & Huston 2003). Vuorovaikutuksessa tapahtuvat johtaminen ja valta voidaan nähdä lähtökohdiltaan samanlaisina, toisiansa edellyttävinä ilmiöinä. Ne yhdistyvät samaan pyrkimykseen; saada tavoitteet toteutumaan ja tehdä päätöksiä vastuuta kantaen (Clegg ym. 2006). Vallan lähikäsite 'auktoriteetti' merkitsee oikeutusta johtaa ja käytännön johtamisessa auktoriteetti kulminoituu vallan sekä vastuun jakamiseen organisaatiossa (Parvinen ym. 2005).

Valta voi olla myös organisaatioiden rakenteisiin sisältyvää ja se on silloin rakennettu osaksi niiden toimintaa sekä toimintatapoja. Organisaatiot ovatkin keskeinen vallankäytön paikka, jossa käytämme valtaa, mutta koemme myös itsemme vallankäytön kohteeksi tavoitteiden toteuttamisessa. Työssä tarvitaan sitä, että joku tekee päätökset ja ohjaa toimintaa (Kuusela 2010) sekä vaikuttaa työympäristöön vallan avulla (Taskinen 2003). Vallan määrä vaihtelee työyhteisön jäsenten välillä ja asemansa perusteella johtajilla pitäisi olla sitä enemmän. Ilman valtaa ja vallankäyttöä ei johtaja voi toimia täysivaltaisesti tai sen puute jopa heikentää suoriutumista johtajana (Lindström 2003; Smith ym. 2008). Toisaalta johtajan vastuullisen ja rakentavan vallankäytön myötä työntekijöiden itsenäisyys ja vastuullisuus voivat lisääntyä (Lämsä & Hautala 2005).

Valtaa voidaan jakaa muun muassa vallankäytön perusteiden mukaisesti. Näitä vallanmuotoja ovat asiantuntija-, laillinen-, toimi-, asema-, hallinnollinen-, palkkio-, pakottava- tai henkilökohtainen valta. Valtaa voidaan käyttää palkitsemalla, kannustamalla, käyttämällä auktoriteettiasemaa, sosiaalistamalla ihmisiä normeihin ja uskomuksiin tai hyväksymällä organisaatioille tiettyjä sääntöjä. Yksilön ominaisuutena valta voidaan jakaa rakenteellisiin tekijöihin, joihin kuuluvat henkilön virallinen asema ja mahdollisuus saada sekä kontrolloida tietoa. Henkilökohtaisiin tekijöihin liittyvät kyky keskittää voimavaransa olennaiseen ja taito ymmärtää toisia. (Lämsä & Hautala 2005; Sullivan & Decker 2005.)

Valtaa ilmiönä on tutkittu kansallisesti muun muassa suomalaisen yhteiskunnan näkökulmasta (Suomen Akatemia 2014). Tutkimuksen tuloksissa ilmenee, että valta ei 2000-luvun Suomessa ole samanlaista kuin 1970–1980-luvulla ja myös valtasuhteet muuttuvat ajassa. Vastaavasti tuloksena todetaan, että valta ilmiönä on edelleen osin läpinäkymätön ja piilossa oleva ilmiö. Kuusela (2010) puolestaan tutki

sosiaalitutkimuksen alalla keskijohdon kokemuksia valtatilanteista, vallankäytön vuorovaikutusprosesseista ja sukupuolen merkitystä vallankäyttöön. Tutkimuksen tulokset paljastivat, että naisilla ja miehillä on erilainen suhde valtaan ja sen merkitys vaihtelee. Naiset kokevat vallan tukena tehtävien hoitamiseen ja miehet vastaavasti mahdollisuutena vaikuttaa. Yhteisenä nimittäjänä ilmiölle on, että se nähdään mielekkään työn ja onnistumisen mahdollistajana, päätösten tekemisenä ja toimintaan vaikuttamisena. Valtatilanteissa ilmeneviksi arvoiksi kuvattiin hallinta, hyvä suhde, vaikuttaminen ja oikeudenmukaisuus. (Kuusela 2010.)

Vaikka valtaa on tutkittu, näyttää siltä, että kukin tieteenala tarkastelee ilmiötä omasta näkökulmastaan ja yhtenäistä määritelmää tai käsitettä ilmiölle ei ole. Yhtenäinen käsitys vallalle kuitenkin on, että se kuuluu keskeisesti organisaatioiden toimintaan ja sen johtamiseen.

2.4 Organisaation sosiaalinen konteksti (ulottuvuus) terveydenhuollossa

Organisaation sosiaalinen konteksti (ulottuvuus) muodostuu tässä tutkimuksessa käytetyn teoreettisen lähtökohdan mukaan organisaatiokulttuurista ja organisaatioilmapiiristä sekä yksilötason moraalista. Terveydenhuollon organisaatiot eroavat kulttuuriltaan ja ilmapiiriltään muista organisaatioista ja niiden sisällä toimii omanlaisiansa alakulttuureja eri erikoisalojen, ammattiryhmien sekä toimintayksiköiden osalta. Hierarkiarakenne jakaa toiminnalliset vastuut eri sektoreille (Wiili-Peltola 2005) ja sen myötä myös organisaatiotason ihmissuhteet hierarkkisiksi (Kinnunen 1990). Sisäistä jakautumista pidetään Virtasen (2010) mukaan itsestään selvänä terveydenhuollon toimintaympäristöön kuuluvana ilmiönä. Alakulttuurien olemassaolo terveydenhuollossa osoitettiin kansallisesti jo vuosituhanen vaihteessa, kun Kinnunen (1990) tutki terveyskeskusten organisaatiokulttuuria. Alakulttuurissa joku asia, esimerkiksi koulutus, yhdistää ja samalla erottaa tämän kulttuurin edustajat vallitsevasta valtakulttuurista. Vastaavasti valtakulttuuri voidaan ymmärtää kulttuuriksi, jota enemmistö organisaation henkilöistä tai väestöstä pitää organisaatioon luonnollisesti kuuluvana (Schein 2010).

Tiiringin (2014) äskettäin valmistuneessa tutkimuksessa potilaat pitivät edelleen terveyskeskuksia kulttuuriltaan muuttumattomina. Vaikka terveydenhuollon organisaatioiden kulttuurit ovat vuosien saatossa rakentuneet kestäviksi sosiaalisiksi rakenteiksi, ne eivät ole muuttumattomia. Nuo rakenteet ylläpitävät kuitenkin osin

tiedostamattomia toimintamalleja alakulttuurien sisällä (Wiili-Peltola 2005) ja niihin liittyvät oletukset vakiinnuttavat ja ratkaisevat valtaan, hierarkkisuuteen sekä vertaissuhteisiin liittyvät jännitteet sekä ongelmat (Kinnunen 1990; Tevameri 2010).

Alakulttuurit nähdään hoitotyön johtajien näkökulmasta erottavina ja koko organisaation johtamista jopa vaikeuttavina tekijöinä (Peltonen 2007; Kivinen 2008; Virtanen 2010). Tämä voi asettaa haasteita esimerkiksi kahden eri yksikön ja erikoisalan organisaatiokulttuurin yhdistämiselle (Aalto & Kujansuu 2014). Alakulttuurit muodostavat kyllä yhteisen organisaatiokulttuurin, jolloin työntekijät ajattelevat ja toimivat vallitsevan kulttuurin mukaisesti, mutta niihin voi siis sisältyä valtakulttuurille vastakkaisia elementtejä, jotka luovat hajaannusta koko organisaation sisälle (Peltonen 2007) aiheuttaen koordinaatio-ongelmia ja kokonaisvaltaisen tuloksen hahmottamisen vaikeuksia (Tevameri 2010). Onpa organisaatioilmapiirin todettu selittävän osaltaan muun muassa vaihtelevia hoitokäytäntöjä (Roch ym. 2014). Samansuuntainen tulos ilmenee kansallisessa Simosen (2012) tutkimuksessa, jossa ammattikuntien autonomian koettiin rajoittavan muun muassa tiedon hyödyntämistä. Organisaation sisäisten kulttuuri- ja ilmapiirierojen lisäksi eroja löytyy myös perustehtävältään samanlaisten terveydenhuollon organisaatioiden välillä (Kanste 2005; Clarke 2006).

Organisaatiokulttuurin määrittely

Kulttuuri yksittäisenä käsitteenä viittaa länsimaissa sivistämiseen ja sivistämisen tuloksiin (Hofstede 1993), samoin myös englanninkielen ”culture”. Kulttuuria voidaan kuitenkin käsitellä laajemmin kollektiivisena, opittuna ja sosiaalisesta ympäristöstä perittynä. Yleinen suomalainen asiasanasto (2014) kuvaa organisaatiokulttuuria rinnakkaiskäsitteenä ammatti-, hallinto ja työpaikkakulttuurille. Organisaatiokulttuurilla voidaan tarkoittaa myös työyhteisökulttuuria (Nikkilä & Paasivaara 2007).

Organisaatio muodostuu ihmisistä ja ihmisten tekemisistä (Juuti & Virtanen 2009). Se on erilainen sosiaalinen järjestelmä kuin yhteiskunta, koska jäsenillä on mahdollisuus vaikuttaa siihen kuulumiseen. Organisaatiokulttuurin perusteiksi nähdään yhteisen, kollektiivisen kokemuskertymän kautta muodostuneiden käyttäytymisnormien, omaksuttujen arvojen, toimintatapojen ja muiden vastaavien tekijöiden kokonaisuudet (Schein 2001; 2010). Vaikka organisaatio saattaa näyttäytyä kulttuuriltaan täysin erilaisena työntekijälle, kuin johtamistasolle (Hofstede 1993), sen avulla luodaan muun muassa edellytykset työntekijöiden väliselle yhteistyölle

(Kinnunen 1990). Vastaavasti työntekijöiden toiminta mielletään potilaiden näkökulmasta organisaation vallitsevaksi toimintamalliksi ja se heijastaa siten organisaatiokulttuuria ulospäin (Tiirinki 2014).

Organisaatiokulttuuria voidaan ohjata jonkin verran virallisilla määräyksillä, mutta merkittävä osa organisaatiokulttuurista syntyy epävirallisten normien kautta (Huhtala & Laakso 2007), jolloin erilaisten vuorovaikutustilanteiden myötä työntekijä toimii tai käyttäytyy samalla tavalla. Organisaatiokulttuurin muuttaminen on haasteellista (Rostila 2006; Alvesson & Sveningsson 2008) ja tämä johtuu osin siitä, että näkymättömissä olevia asioita kuten ryhmädynamiikkaa, vuorovaikutusta ja vallan jakautumista on vaikea havaita tai tulkita samansuuntaisesti (Juuti & Virtanen 2009; Schein 2001). Kinnusen (2011) mukaan erilaiset toimintatavat, ajattelumallit ja jopa järjenvastaiset tapahtumat voivat selittyä organisaatiokulttuurilla. Se ilmentää organisaation ja työyhteisön jäsenten yhteisesti hyväksymiä, arvoihin perustuvia käsityksiä organisaation tehtävästä ja käyttäytymisestä (Nikkilä & Paasivaara 2007).

Organisaatioiden muutokset, jotka kohdistuvat rakenteisiin, prosesseihin tai henkilöstöön kohdistuvat kuitenkin myös organisaatiokulttuuriin, vaikka pelkkien pintarakenteiden muuttaminen ei automaattisesti sitä tee (Nikkilä & Paasivaara 2007). Organisaatioiden yhdistyessä organisaatiokulttuuriset erot tulevatkin julkisesti näkyviin. Kulttuuri määrittää muun muassa miten asioista ajatellaan, miten asennoidutaan eri arjen asioihin tai muutoksiin ja millainen toiminta on oikeaa tai palvelee parhaiten pääsyä työlle asetettuihin tavoitteisiin (Schein 2001; Kinnunen 2011) ja siihen minkälaista hoitoa potilaat saavat (Wilson ym. 2005). Organisaatiokulttuurin tunnistaminen osana johtamista korostuu, kun halutaan vahvistaa tai muuttaa olemassa olevaa organisaatiokulttuuria. Toisaalta muutoksille alttiin organisaatiokulttuurin tavoittelemisen auttaa muutoksien ennakoimisessa, mutta myös niiden toteuttamisessa (Juuti & Virtanen 2009).

Scheinin (1985; 2001) mukaan johtajan tehtävä onkin pyrkiä vaikuttamaan kulttuurin eri osiin niin, että työntekijät ja ryhmät kokevat kulttuurin omaksi viitekehiksekseen. Organisaatiokulttuurin muodostuminen on loppujen lopuksi moniulotteinen koko ryhmän oppimisprosessi, johon johtajalla on oma vaikutuksensa (Schein 2001). Yksittäinen työntekijä mukautuu uuden ympäristönsä kulttuuriin helpommin, kuin ryhmä jonka jäsenet tuovat mukanaan oman ryhmäkulttuurinsa. Ryhmä on ajansaatossa kehittänyt kulttuurinsa osana keskinäistä vuorovaikutusta ja siksi se on vakiintunutta sekä vaikeasti muutettavaa (Hofstede 1993) ja voi olla jopa tavoitteellisen muutoksen este (Kinnunen 1990; Alvesson & Sveningsson 2008).

Organisaatiokulttuuria on Suomessa tutkittu melko paljon, mutta suhteellisen vähän huomiota on kiinnitetty eri organisaatioiden ja työryhmien välisten erojen vertailuun. Rostila ym. (2007; 2011) ovat tutkineet ensimmäistä kertaa suomalaisessa hyvinvointipalvelujen eriytymistä työyksikön tasolla. Organisaatiokulttuuri vaihteli työyksikkö ja organisaatiotasolla heidän tutkimuksessaan suomalaisessa kotihoidossa.

Organisaatiokulttuurin määritelmä on moninainen, mutta yksimielistä tutkijoiden keskuudessa on sen jonkinasteinen näkymättömyys ja perustuminen ryhmän tai yhteisön jaettuihin sekä yhteisinä pidettyihin asioihin (Juuti & Virtanen 2009; Schein 2001; 2010). Tässä tutkimuksessa organisaatiokulttuurilla ymmärretään ”tapaa millä tavalla asiat tehdään organisaatiossa” (Clarke 2006).

Organisaatioilmapiirin määrittely

Organisaatioilmapiiri käsitettä käytetään arkipuheessa yleisellä tasolla puhuttaessa työyhteisön hyvästä tai huonosta ilmapiiristä (Karjalainen 2010). Yleinen suomalaisen asiasanasto tunnistaa organisaatioilmapiirin sijaan pelkän ilmapiiri-käsitteen ja yhdistää sen työilmapiiriin, sekä rinnakkaisterminä motivaatioilmastoon ja organisaatioilmastoon (Yleinen suomalainen asiasanasto 2014). Englanniksi ”climate” merkitseekin suomennettuna ilmanalaa, ilmastoa tai ilmapiiriä. Organisaatioilmapiirin on tunnistettu jo varhain olevan merkittävä muuttuja organisaatiotutkimuksissa (Litwin 1984). Organisaatioilmapiiri ja organisaatiokulttuuri yhdistetään myös toisiinsa (Ross-Walker ym. 2012) ja osin niitä käytetään rinnakkaiskäsitteinä.

Tässä tutkimuksessa organisaatioilmapiirillä ymmärretään sitä ”miten työntekijät mieltävät työympäristönsä”. Toisin sanoen kyse on työryhmässä tai/ja organisaatiossa työskentelevien yksilöiden jaetusta kokemuksesta työympäristöä koskevista subjektiivisista havainnoista, tulkintoista ja kokemuksista. Yksilötason kokemuksesta muodostuu siten ryhmä- tai/ja organisaatiotason jaettu yksimielisyys (James & James 1989; Verbreke ym. 1989; Rostila 2006; James ym. 2008).

Moraalin määrittely

Moraalilla tarkoitetaan työstä puhuttaessa työmoraalia yleisen suomalaisen asiasanaston (2014) mukaan. Latinankielinen sana mos viittaa tapaan tai käyttäytymismalliin. Mitä korkeamman moraalin työntekijä omaa, sen sitoutuneempi hän on työhönsä ja työorganisaatioon sekä kokee päivittäisen työnsä ja tehtävänsä

myönteisesti (Glisson ym. 2012; 2014). Moraalilla on aiemmassa kansallisessa tutkimuksessa ollut vaikutusta työyksikötasolla organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin osa-alueisiin (Rostila ym. 2011). Vastaavasti kansainvälisesti positiivinen organisaatioilmapiiri on vaikuttanut myönteisesti työntekijöiden asenteisiin ja sitä kautta moraaliiin sekä pysymiseen työpaikassa (Glisson & James 2002; Cummings ym. 2010).

Tässä tutkimuksessa moraalilla ymmärretään kaksiosaisesti, yksittäisen työntekijän sitoutumisasteella organisaatioon ja tyytyväisyytenä työhönsä (Rostila ym. 2011).

Organisaation sosiaalisen kontekstin (ulottuvuuden) yhteys hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan

Aiemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että tietynlainen organisaatorakenne tukee valtaa ja julkista terveydenhuoltoa kuvaa parhaiten keskittynyt ja organisaation sisäinen vallan jakaantuminen (Isosaari 2011). Organisaatioon liittyvät tekijät, kuten epäselvyydet hoitotyön lähiesimiehen roolissa tai työn tavoitteissa ovat kuitenkin yhtenä syynä hoitotyön johtajien työstä lähtemiseen (Skytt ym. 2007). Organisaatiokulttuurilla yhdessä vallan kanssa on merkitystä kuinka hoitotyön johtaja kokee onnistuneensa hoitotyön johtamisessa moniammatillisissa tiimissä (Mur-Veeman ym. 2001). Myönteinen kokemus organisaatiokulttuurista ja -ilmapiiristä näyttäisi aiemman tutkimuksen mukaan tukevan hoitotyön johtajaa (Brown ym. 2013). Tämän myötä he pystyvät vaikuttamaan organisaatiokulttuurin muodostumiseen, mutta myös tukemaan hoitotyöntekijöiden voimaantumista (Kane–Urrabazo 2006).

Toisaalta organisaation sosiaalisen kontekstin on todettu selittävän hoitoa, hoitotyöntekijöiden toimintaa ja hoitokäytäntöjä (ks. Mallidou ym. 2011; Roch 2014). Organisaation sosiaalinen konteksti on etenkin kulttuurin kautta yhteydessä hoitotyön valtaan muun muassa kliiniseen päätöksentekoon (Hagbaghery ym. 2004) sekä hoidon laatuun (Glickman ym. 2007; Aiken ym. 2011). Aiemmin on myös tunnistettu, että hoitotyöntekijöiden työkuormaan ja siten heidän valtaansa sekä moraaliiin vaikuttaa lukuisa määrä sairaalan työympäristöön liittyviä kulttuurisia tekijöitä (Ross-Walker ym. 2012). Organisaation sosiaalisella kontekstilla on todettu olevan merkitystä myönteisempään asennoitumiseen työtä kohtaan (Glisson ym. 2012; 2014).

2.5 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Valta ilmiönä on perinteisesti saanut terveydenhuollossa negatiivisen merkityksen vaikka se on luonnollinen osa organisaation toimintaa ja sen johtamista. Hoitotyön valtaa ei ole juurikaan tunnistettu tutkimuksissa ja hoitotyön johtajan valta ilmenee hoitotyön johtajien kuvauksissa liittyen päätöksentekoon, vallan puutteeseen ja resursointiin. Tässä tutkimuksessa hoitotyön vallalla tarkoitetaan hoitotyön ryhmän, työyhteisön tai tiimin myönteistä voimavaraa, jonka avulla niiden on mahdollista saavuttaa toiminnalle asetetut tavoitteet (Sieloff 1996; 2010). Hoitotyön johtajan valta ymmärretään osaksi hoitotyön valtaa ja sen avulla tuetaan hoitotyötä saavuttamaan hoitotyöntekijöille asetetut tavoitteet (Sieloff 2004).

Johtamisen perusasiat ovat samanlaiset eri toimintaympäristöissä ja eri tasoilla, niin myös hoitotyön johtaminen terveydenhuollossa (Rissanen & Hujala 2011). Erityispiirteenä sitä on kuitenkin ohjaamassa runsas lainsäädäntö, ja meneillään oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, jonka ulottuvuus on vuosikymmeniä eteenpäin. On selvää, että uudistusta seuraavien epävirallisten konstruktoiden, kuten sosiaalisen kontekstin tunnistaminen ja muutostarpeet, eivät näy vielä tähän mennessä tehdyissä kansallisissa tutkimuksissa.

Työympäristöön linkittyvä, organisaation sosiaalisen kontekstin tutkimus on kuitenkin vähitellen saavuttanut myös terveydenhuoltotutkimuksen. Kansainvälistä näyttöä on olemassa niin organisaatiokulttuurin, kuin -ilmapiirin merkityksestä organisaation tuloksiin (Gershon ym. 2004; Aiken ym. 2011; Mallidou ym. 2011), muutoksien läpiviemisen onnistumiseen (Seren & Baykal 2007) ja ennen kaikkea hoidon laatuun sekä potilasturvallisuuteen (Scott-Findlay & Estabrooks 2006). Organisaation sosiaalisella kontekstilla ymmärretään tässä tutkimuksessa organisaatioissa ja työyhteisöissä osin näkymättömissä olevaa tapaa miten asiat tehdään (organisaatiokulttuuri) ja miten työntekijät työympäristönsä mieltävät (organisaatioilmapiiri).

Organisaation sosiaalinen konteksti yhdistyy hoitotyön valtaan siten, että vallitseva organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri ohjaavat eri työyksiköiden hoidon toteuttamista ja hoitokäytäntöjä (ks. Roch 2014). Vastaavasti organisaation sosiaalinen konteksti tukee hoitotyön johtajia heidän työssään ja mahdollistaa myös heidän itsensä vaikuttamisen sen muodostumiseen (ks. Kane-Urrabazzo 2006; Borwn ym. 2013). Moraalia osana organisaation sosiaalista kontekstia on tutkittu vähemmän (Rostila ym. 2011). Tutkimuksessa käytettävät keskeiset muuttujat on kuvattu oheisessa taulukossa (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytettävät muuttujat keskeisissä aiemmissa tutkimuksissa

Muuttuja	Tekijä, vuosi, maa	Tulokset suhteessa muuttajaan
Hoitotyön valta	Sieloff (1996), Yhdysvallat	Hoitotyön valta ilmenee hoitotyöntekijöiden tietoina ja taitoina, joiden avulla he saavuttavat toiminnalle asetetut tavoitteet
	Kangasniemi ym. (2010), Suomi	Hoitotyön valta ja vastuu pohjautuvat hoitotyöntekijän lailliseen oikeutekseen toimia ammatissa
Hoitotyön johtajan valta	Narinen (2000), Suomi	Hoitotyön lähiesimiehellä merkittävä osuus organisaation tavoitteiden saavuttamisessa, vähän itsenäistä päätösvaltaa
	Surakka (2006), Suomi	Hoitotyön lähiesimiesten työhön liittyy toimivalta ja vastuullisuus, valta on osin rajattua
	Isosaari (2008), Suomi	Hoitotyön johtajan valta ilmenee yhteistyössä ja osallistumisena päätöksentekoon. Resurssien suhteen päätösvalta on rajattu
	Sieloff (2010), Yhdysvallat	Hoitotyön johtajan valta on hoitotyön vallan osa, sen avulla hoitotyön johtaja auttaa hoitotyöntekijöitä saavuttamaan heille osoitetut tavoitteet
Organisaation sosiaalinen konteksti (ulottuvuus)	Kinnunen (1990), Suomi	Organisaatiokulttuurilla on merkitystä työyhteisön ylläpitämisessä, mutta myös tietoisien kehittämisen esteenä
	Glisson ym. (2002), Yhdysvallat	Organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri ovat erillisiä, ryhmätason ilmiöitä, moraaliksi kuvaa yksittäisen työntekijän sitoutumista ja tyytyväisyyttä työhönsä
	Peltonen (2007), Suomi	Organisaatioiden alakulttuurit muodostavat yhteisen sosiaalisen kontekstin, mutta niihin voi sisältyä myös vastakkaisia elementtejä
	Tanttu (2007), Suomi	Terveystieteiden organisaatioissa vallitsevat kulttuurit tukevat hierarkkista ja byrokraattista yhteistyötappaa eri toimijoiden välillä

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa ja kuvata sekä selittää hoitotyön ja hoitotyön johtajien valtaa julkisen terveydenhuollon organisaatioissa hoitotyön johtajien arvioimana. Tarkoituksena oli myös selittää missä määrin organisaatiokulttuurilla ja organisaatioilmapiirillä on yhteyttä hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa hoitotyön ja hoitotyön johtajan vallasta suomalaisessa julkisessa terveydenhuollon organisaatioissa sekä niiden yhteydestä organisaatiokulttuuriin ja organisaatioilmapiiriin.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä valtaa hoitotyöllä on julkisen terveydenhuollon organisaatiossa hoitotyön lähiesimiesten näkökulmasta? (Artikkeli II, III)
2. Mitä valtaa hoitotyön johtajalla on julkisen terveydenhuollon organisaatiossa
- ylihoitajien näkökulmasta? (Artikkeli I)
- lähiesimiesten näkökulmasta? (Artikkeli III)
3. Minkälainen organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri julkisen terveydenhuollon organisaatiossa vallitsee hoitotyön lähiesimiesten näkökulmasta? (Artikkeli IV)
4. Minkälainen yhteys organisaatiokulttuurilla ja -ilmapiirillä on hoitotyön valtaan ja hoitotyön johtajan valtaan toimialue ja ryhmätasolla? (Väitöskirjan yhteenveto)

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus muodostui neljästä vaiheesta (I-IV), joissa käytettiin kvalitatiivista ja kvantitatiivista aineistoa sekä erilaisia analyysimenetelmiä. Tutkimuksen vaiheet esitellään taulukossa 2. Tutkimuksen kohdeorganisaationa olivat suomalaisen julkisen terveydenhuollon organisaatioista sairaanhoitopiirit, joissa työskentelee hoitotyön johtajia eri tasoilla. Tutkimuksen tiedonantajiksi valittiin hoitotyön johtajista ylihoitajat sekä hoitotyön lähiesimiehet eli osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat. Ensimmäisessä vaiheessa muodostettiin ymmärrys hoitotyön johtajan vallasta ja sen yhteydestä hoitotyöhön teemahaastattelun sekä artikkelia varten tehdyn kirjallisuuskatsauksen avulla (Artikkeli I). Toisessa vaiheessa kuvattiin hoitotyön johtajien valtaa edellisen vaiheen avulla kehitetyllä mittarilla (Artikkeli II). Toisen vaiheen aikana mitattiin myös hoitotyön valtaa hoitotyön lähiesimiesten kuvaamana ja edellä mainittujen välistä yhteyttä (Artikkeli III). Kolmannessa vaiheessa kuvattiin minkälaisia yhtäläisiä organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin (sosiaalinen konteksti) vaihteluita vallitsee toimialue- ja ryhmätasolla hoitotyön lähiesimiesten kuvaamana (Artikkeli IV). Viimeisessä vaiheessa selitettiin minkälainen yhteys organisaation sosiaalisella kontekstilla (ulottuvuus) on hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan (Väitöskirjan yhteenveto).

Taulukko 2. Tutkimuksen tarkoitus, aineisto, analyysimenetelmät, raportointi vaiheittain

Vaihe	Tarkoitus	Aineisto ja osallistujat	Analyysimenetelmä	Raportointi
Vaihe 1	Tunnistaa ja kuvata ylihoitajien kokemuksia hoitotyön johtajan vallasta ja sen yhteydestä heidän itsensä kertomana	Teemahaastattelu, Kahden sairaanhoitopiirin ylihoitajat (n=10)	Sisällönanalyysi	Artikkeli I
Vaihe 2	Kuvata hoitotyön valtaa ja hoitotyön lähiesimiesten valtaa terveydenhuollossa heidän itsensä kertomana ja selittää niiden välistä yhteyttä	11 sairaanhoitopiirin operatiivisen, konservatiivisen ja psykiatrisen tulos-/toimialueen hoitotyön lähiesimiehet (n=264)	T-testi, varianssianalyysi (ANOVA) korrelaatio (Pearson ja Spearman)	Artikkelit II, III
Vaihe 3	Kuvata minkälaisia yhtäläisiä organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin vaihteluita vallitsee toimialue- ja ryhmätasolla hoitotyön lähiesimiesten näkökulmasta	11 sairaanhoitopiirin operatiivisen, konservatiivisen ja psykiatrisen tulos-/toimialueen hoitotyön lähiesimiehet (n=264)	Rwg, ICC, varianssianalyysiin (ANOVA) perustuva Eta-kerroin	Artikkeli IV
Vaihe 4	Selittää minkälainen yhteys organisaatiokulttuurilla ja -ilmapiirillä on hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan	11 sairaanhoitopiirin operatiivisen, konservatiivisen ja psykiatrisen tulos-/toimialueen hoitotyön lähiesimiehet (n=264)	Monitasoanalyysi (sekamalli)	Väitöskirjan yhteenvedo

4.2 Otos, tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Vaihe 1 (Artikkeli I)

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen otoksen muodostivat kahden sairaanhoitopiirin vapaaehtoiset ylihoitajat (n=10). Organisaatioiden kaikille ylihoitajille lähetettiin saatekirje hallintoylihoitajien nimeämien yhdyshenkilöiden kautta tutkimuslupien saamisen jälkeen ja tutkimukseen halukkaat ylihoitajat ottivat itse yhteyttä tutkijaan.

Aineiston keruu toteutettiin teemahaastatteluina tutkijan toimesta keväällä 2007. Taustamuuttujina kysyttiin demografisia tietoja, kuten ikää, sukupuolta, koulutusta ja työkokemusta sekä johdettavien osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien määrää. Haastattelujen teemat olivat; ylihoitajan valta, ylihoitajan vallankäyttö, valtaa edistävät ja estävät tekijät sekä vallan yhteys hoitotyöhön (Liite 1). Teemojen sisältö perustui kirjallisuuskatsaukseen ja ensimmäinen haastateltava toimi esihaastateltavana varmistaen teemojen yksiselitteisyyden ja ymmärrettävyyden kohderyhmässä (Vilkkä 2005; Polit & Beck 2012). Litteroidut ja puhtaaksikirjoitetut haastattelut muodostivat tutkimusaineiston.

Vaihe 2 (Artikkelit II ja III)

Toisen vaiheen otoksen muodostivat 11 sairaanhoitopiirin operatiivisen, konservatiivisen ja psykiatrisen toimi- tai tulosalueen hoitotyön lähiesimiehet eli osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat. Mukaan valitut tulos-/toimialueet olivat organisaatioiden rakenteiden mukaisesti toiminnallisesti samanlaisia ja niistä löytyi tutkimuksessa käytettyjen mittarien edellytyksenä vähintään kuusi lähiesimiestä kunkin esimiesryhmän sisältä. Lähiesimiesten lukumäärä ryhmien välillä vaihteli 6–16 henkilöä. Otoskokoa tuki tilastotieteilijän tekemä voimakkuus-analyysi (otoskoko n. 260–310), joka laskettiin 95 % ja 90 % voimakkuuksilla niin, että havaintoja voitiin tutkia ristiintaulukoimalla, khin neliö- testillä taustamuuttujien ja yksittäisten 5-luokkaisten väittämien välillä (Hayat 2010).

Tutkimusaineisto kerättiin keväällä 2010 samaan aikaan kolmannen ja neljännen vaiheen aineistonkeruun kanssa strukturoidulla kyselylomakkeistolla (Liite 2). Kyselylomake muodostui kolmesta osasta mittarien mukaisesti ja alussa kysyttiin taustakysymykset (Liite 3). Taustamuuttujien yhteydessä tiedonantajilta kysyttiin

lisäksi arviota heidän omasta kokonaisvallastaan ja – vastuustaan lähiesimiehinä VAS-janalla [0 =huonoin mahdollinen vaihtoehto (vähiten valtaa/vastuuta) – 10 =paras mahdollinen vaihtoehto (eniten valtaa/vastuuta)]. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui kohdeorganisaatioissa erikseen järjestetyissä tilaisuuksissa tutkijan läsnä ollessa. Tilaisuuksiin osallistui kunkin toimi- tai tulosalueen lähiesimiehet, jotka työskentelivät muutenkin yhteistyössä ja jakoivat siten oletetusti samanlaisen ymmärryksen toiminta-alueestaan. Kaikki osallistuneet lähiesimiehet (n=264) palauttivat tilaisuuden lopuksi lomakkeen nimettömänä suljetussa kuoressa.

Hoitotyön vallan mittaamiseksi käytettiin Sieloff- King Assessment of Group Outcome Attainment Within Organizations (SKAGOA) © - mittaria, joka on kehitetty sekä aiemmin testattu kansainvälisesti Sieloffin toimesta (1996, 2003, 2004, 2008). Kyseinen mittari tarkastelee kahdeksan eri osa-alueen kautta hoitotyön valtaa (Taulukko 3). Hoitotyön keskitason teoriaan (Theory of departmental power) perustuvan mittarin taustalla on Kingin (2006) käsitteellinen hoitotyön viitekehys. Viitekehys muodostuu sosiaalisesta- (organisaatio), ihmisten välisestä- (ryhmä) sekä yksilötason toiminnasta ja keskiössä nähdään hoitotyön toiminnan tavoite, yksilön terveys (King 2006). Mittarin perusoletuksena on, että ei niinkään yksittäisen työntekijän, vaan työntekijäryhmän valta mahdollistaa toiminnan keskiössä olevan tavoitteen, yksilön terveyden saavuttamisen organisaatiossa (Sieloff 1996). Tässä tutkimuksessa kunkin toimi- tai tulosalueen lähiesimiehet arvioivat tällä mittarilla oman alueensa hoitotyön valtaa. Mittari on suojattu tekijänoikeuksin ja sitä ei ole lupaa julkaista väitöskirjan liitteenä.

Hoitotyön johtajan vallan mittaamiseksi kehitettiin tähän tutkimukseen 31 väittämän mittari kirjallisuuskatsaukseen, laadulliseen tutkimukseen (Viinikainen 2007) ja Sieloffin (1996) mittariin perustuen (Liite 4). Sen kehittäminen oli perusteltua, koska kirjallisuushaun perusteella ei löytynyt olemassa olevaa mittaria hoitotyön johtajan vallan tutkimiseen. Mittarilla mitattiin kullakin osa-alueella onko vastaajalla valtaa, mikä mahdollistaa hoitotyön johtajan vallan ja mistä hoitotyön johtajan valta riippuu. Tässä tutkimuksessa kukin tulos-/toimialueen lähiesimiehet arvioivat omaa valtaansa hoitotyön johtajana. Molemmat mittarit on esitelty lyhyesti oheisessa taulukossa (Taulukko 3)

Hoitotyön vallan ja hoitotyön johtajan vallan mittarien leikkauspisteet keskiarvojen mukaan olivat samat kuin Sieloffin (1996; 2003; 2004; 2008) tutkimuksissa (1–2,3 = valta korkeimmalla/parhaimmalla tasolla, 2,4–3,6 = valta keskitasolla ja 3,7–5 = valta heikoimmalla tasolla).

Taulukko 3. Hoitotyön valta ja hoitotyön johtajan valta ulottuvuuksien osa-alueet, väittämät, asteikko sekä mittarit

Ulottuvuus	Osa-alueet	Väittämien määrä	Asteikko	Mittari
Hoitotyön valta	organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitseminen	7	5-portainen Likert vaihteluväli 1-5 (1= paras mahdollinen arvo- 5= huonoin mahdollinen arvo)	Sieloff-King Assessment of Group Outcome Attainment Within Organizations (SKAGOA©) (Sieloff 1996; 2003; 2004; 2008)
	hoitotyön asema	4		
	hoitotyön rooli	3		
	hoitotyön resurssit	6		
	yhteistyö	3		
	hoitotyön tavoitteiden ja tulosten saavuttaminen	4		
	esimiesten kyky saavuttaa tuloksia	4		
	tietoisuus tavoitteista/ja tuloksista	5		
Hoitotyön johtajan valta	hoitotyön johtajan asema	7	5-portainen Likert vaihteluväli 1-5 (1= paras mahdollinen arvo- 5= huonoin mahdollinen arvo)	Hoitotyön johtajan valta mittari (Viinikainen ym. 2009)
	hoitotyön johtajan resurssit	12		
	hoitotyön johtajan rooli	12		

Vaihe 3 (Artikkeli IV)

Kolmannen vaiheen otos muodostui, ja aineisto kerättiin toisen vaiheen kanssa yhtenevästi 11 sairaanhoitopiirin operatiivisen, konservatiivisen ja psykiatrisen tulos- tai toimialueen hoitotyön lähiesimiehiltä (n=264) 30 eri ryhmästä.

Organisaation sosiaalista kontekstia eli organisaatiokulttuuria ja -ilmapiiriä sekä moraalialueita mitattiin organisaation sosiaalisen kontekstin mittarilla (Organizational Social Context, OSC) (Glisson & James 2002; Glisson, Landsverk ym. 2008; Glisson, Schoenwald ym. 2008.) Mittari tarkastelee organisaation sosiaalista kontekstia kolmen ulottuvuuden kautta. Organisaatiokulttuurin osa-alueet ovat kulttuurin *joustamattomuus* (14 väittämää); missä määrin päätöksenteon koetaan olevan keskitettyä ja muodollisesti säänneltyä, *pätevyys* eli kunnianhimoinen ammatillisuus ja asiakaslähtöisyys (15 väittämää); missä määrin nämä kuuluvat kulttuuriin odotusarvoina sekä *vastarinta* (13 väittämää); missä määrin kilpailu, kriittisyys, joustamattomuus, haasteiden välttely, toisten seurailu ja toisaalta alistuminen kuuluvat kulttuuriin odotusarvoina. Organisaatioilmapiirin osa-alueet ovat *stressi* (20 väittämää); sisältäen emotionaalisen uupumuksen, roolikonfliktit ja työn kuormittavuuden, *osallisuus* (11 väittämää); sisältäen henkilökohtaisuuden/vieraantuneisuuden ja aikaansaamisen tunteen sekä *funktionaalisuus* (15 väittämää); käsittäen kasvun ja uralla etenemisen, roolin selkeyden ja yhteistoiminnan. Organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin osa-alueet ovat odotusarvoltaan ryhmätason ilmiöitä. Kun työyhteisön ryhmien perusolettamukset voidaan tulkita samansuuntaisiksi ja yhteneväiseksi, voidaan olettaa että koko organisaatiossa vallitsee vastaavia perusolettamusten piirteitä (Kinnunen 1990.) *Moraalin* osa-alue (väittämät 17) mittasi yksilön työtyytyväisyyttä ja organisaatioon sitoutumisen muodostamaa kokonaisuutta. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Organisaation sosiaalinen konteksti ulottuvuuksien osa-alueet, väittämät, asteikko ja mittari

Ulottuvuus	Osa-alueet	Väittämien määrä	Asteikko	Mittari
Organisaatiokulttuuri	joustamattomuus	14	5-portainen Likert vaihteluväli 1-5 (1= huonoin mahdollinen arvo- 5= paras mahdollinen arvo)	Organizational Social Context. OSC (Glisson & James 2002; Glisson, Landsverk ym. 2008; Glisson, Schoenwald 2008)
	pätevyys	15		
	vastarinta	13		
Organisaatioilmapiiri	stressi	20		
	osallisuus	11		
	funktionaalisuus	15		
Moraali		17		

Vaihe 4 (väitöskirjan yhteenveto)

Neljäs vaihe yhdistää toisen ja kolmannen vaiheen tutkimusaineiston, joten otos, tutkimusaineisto ja sen kerääminen on toteutettu aiemmissa vaiheissa. Vaiheen tarkoituksena on selittää organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin yhteyttä hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan. Hoitotyön johtamiseen liittyvä aineisto muodostuu kvantitatiivisilla mittareilla kerätystä tiedosta (Artikkeli II ja III). Organisaatiokulttuuriin ja -ilmapiiriin liittyvä aineisto muodostuu myös kvantitatiivisilla mittareilla kerätystä tiedosta (Artikkeli IV).

4.3 Aineiston analysointi

Vaihe 1 (Artikkeli I)

Ensimmäisen vaiheen laadullinen tutkimusaineisto analysoitiin kuuntelemalla haastattelut ja litteroimalla ne sanatakkasti tutkijan toimesta. Puhtaaksikirjoitettua tekstiä muodostui (rivivälillä 1,5) 108 sivua. Aineiston analyysi eteni aineistolähtöisesti induktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysillä haettiin aineistosta merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia tavoitteena järjestää, kuvailla ja kvantifioida ylihoitajien (hoitotyön keskijohdon) valtaa ja sen yhteyttä hoitotyöhön. Aineistosta analysoitiin vain selvästi ilmaistut viestit (Graneheim & Lundman 2004; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Vaihe 2 (Artikkelit II ja III)

Toisen vaiheen määrällinen aineisto tallennettiin samaan aikaan kolmannen vaiheen aineiston kanssa käsin tarkastamisen jälkeen SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows 16.0 ohjelmalla. Aineisto analysoitiin uudemmalla 18.0 ja 22.0 versiolla. Aineiston tallentamisen suoritti kokonaisuudessaan Tampereen yliopiston informaatiotieteiden yksikön matematiikan ja tilastotieteiden laitoksen tilastollisten palveluiden henkilökunta. Tutkija vastasi tallennuspohjasta sekä tallennuksen oikeellisuudesta ohjeistamalla tallennuksen suorittamisen ja tarkistamalla manuaalisesti aineiston ennen tallentamista sekä tallennetun aineistomatriisin. Aineiston analysoinnin tuesta vastasi tilastotieteilijä Tampereen yliopistosta.

Hoitotyön vallan mittaamisessa käytetyn Sieloff-King Assessment of Group Outcome Attainment within Organizations© (SKAGOAO) mittarin osalta tarkistettiin aineiston sopivuus faktorianalyysille Kaiser-Meyer-Olkin –testillä ($p=0,796$). Konfirmatorisen faktorianalyysin tarkoituksena oli vahvistaa aineiston ennalta tiedetty teoreettinen rakenne (Theory of departmental power) ja oletettujen summamuuttujien olemassaolo (Nummenmaa 2009; Valli 2001; Vehkalahti 2008). Faktorianalyysi toteutettiin teorian mukaisesti kaksitasoisesti (Töttö 2012). Tämän perusteella aineiston rakenne vastasi mittarin teoriaa. Summamuuttujien toimivuus arvioitiin puolitusanalyysin ja Cronbachin alphan avulla. Niiden normaalius tarkistettiin (Artikkeli III) myös analyysimenetelmien valintaa varten (Nummenmaa 2009).

Summamuuttujien eroavaisuuksia suhteessa taustamuuttujiin eri ryhmissä testattiin kaksiluokkaisten muuttujien osalta T-testin avulla ja useamman luokan muuttujien

yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin $p < 0,05$ (Polit & Beck 2012).

Hoitotyön johtajan valta mittarin osalta summamuuttujat muodostettiin tarkastelemalla aluksi osioanalyysin kautta miten yksittäiset yhteenlaskettavat väittämät korreloivat summan kanssa. Tämän perusteella olisi ollut mahdollisuus poistaa negatiivisesti tai hyvin huonosti korreloivia arvoja ja parantaa summamuuttujan toimivuutta, mutta tähän ei ollut tarvetta, koska yksittäisten väittämien arvot eivät jääneet alle 0.2 (Laippala ym. 2006; Vehkalahti 2008).

Vaihe 3 (Artikkeli IV)

Kolmannessa vaiheessa käytettiin analyysimenetelmiä, jotka sopivat ryhmätasonilmiöiden analysointiin. Keskiarvon sijaan havaintoarvoksi laskettiin standardoitu keskiluku niin kutsuttu T-arvo. (Streiner & Norman 2003; Song ym. 2013). Analyysin lähtökohtana oli, että organisaatiokulttuuri ja – ilmapiiri toimivat selitettävinä muuttujina ja ovat yksilötason vastauksista muodostettuja ryhmätason ilmiöitä. Tämä varmistettiin laskemalla muuttujille r_{wg} arvo (interrater agreement). Arvo vertaa havaittua ryhmän sisäistä varianssia mahdolliseen satunnaisen vastaajan varianssiin. Jos tiedonantajat eivät olisi olleet riittävässä määrin yksimielisiä, ei muuttujia voisi pitää ryhmätason ilmiönä (Cohen ym. 2001).

Aineiston oletettiin olevan hierarkkinen eli samaan lähiesimiesryhmään, toimi/tulosalueeseen tai organisaatioon kuuluvat hoitotyön lähiesimiehet muistuttaisivat jollakin tapaa toisiaan. Edellä mainittuihin kuulumisen muodosti siten jäsenyyden kautta selittävän muuttujan. Tämä varmennettiin laskemalla sisäkorrelaatio eli ICC-arvo (interclass correlation). Sisäkorrelaation itseisarvo vaihtelee 0 ja 1 välillä. Jos sisäkorrelaatio on 0, ei korrelaatiota ole (Bliese 2000; Kalisch 2010). Sisäkorrelaatio kertoo myös suoraan kuinka paljon tutkitun ilmiön kokonaisvariانسista on selitettävissä ryhmien keskiarvojen eroilla (Ellonen 2006).

Kolmanneksi aineistolle laskettiin ANOVA:an perustuva Eta-kerroin, joka muodostuu ryhmien välisen ja kokonaisvaihtelun suhteesta. Tällä selvitetään ryhmien välisiä eroja. Ryhmien välisen vaihtelun arvo on 1 ja jos ryhmien sisällä on vaihtelua Eta-kertoimen arvo on puolestaan 0 (Jokivuori & Hietala 2007).

Vaihe 4 (väitöskirjan yhteenveto)

Neljännessä vaiheessa aineisto analysoitiin monitasoanalyysiin kuuluvalla sekamallilla (mixed model), koska se todettiin sopivaksi menetelmäksi selittää organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin yhteyttä hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan huomioiden toimialueen tai lähiesimiesryhmän tuoma riippuvuus havaintoihin (Demidenko 2013; Ellonen 2006). Analyysin tekemiseen käytettiin R- tilasto-ohjelmaa (<http://www.r-project.org>), joka soveltui ohjelmana kaksitasoisen analyysin tekemiseen. Monitasoanalyysi huomioi aineiston sisäisen korreloituneisuuden eli yhteisötason varianssin, jonka mukaan ryhmällä ajatellaan olevan samanlaistava vaikutus jäseniinsä. Korreloituneisuus tutkittiin (vaihe 3) ICC-arvoon perustuen (Jokivuori & Hietala 2007).

Toisaalta analyysi mahdollisti eri tasojen tuomisen samaan selitysmalliin. Tässä analyysissä mallin rakentamisessa käytettiin kahta tasoa: kolmea eri toimialuetta (operatiivinen, konservatiivinen ja psykiatrinen) ja 30 eri hoitotyön lähiesimiesryhmää (Nummi 2005; Nieuwenhuis ym. 2012). Mallien kiinteinä vaikutuksina toimivat vuorotellen organisaation sosiaalisen konteksti- mittarin ulottuvuudet: organisaatiokulttuuri (joustamattomuus, pätevyys, vastarinta) ja organisaatioilmapiiri (stressi, osallisuus ja funktionaalisuus), toimialueen ollessa mukana jokaisessa mallissa. Lähiesimiesryhmiä käsiteltiin malleissa satunnaisena vaikutuksena. Toimialueen tarpeellisuus eli mallin sovitus testattiin mallin devianssin kohenemisella, tälle R- ohjelma laski χ^2 -jakaumaan perustuvan p-arvon (Hannila & Kiviniemi 2008).

5 Tutkimuksen tulokset

5.1 Tutkimukseen osallistuneet

Vaihe 1 (Artikkeli I)

Ensimmäisen vaiheessa haastatellut ylihoitajat (n=10) olivat iältään lähes kaikki yli 40-vuotiaita ja naisia. Työkokemusta hoitotyöstä heillä oli 8–40 vuotta sisältäen myös työkokemuksen osastonhoitajana tai apulaisosastonhoitajana. Ylihoitajana haastatellut olivat työskennelleet kahdesta kuukaudesta 23 vuoteen. Kaikilla, paitsi yhdellä oli ylempi korkeakoulututkinto. Ylihoitajat johtivat 8–28 osastonhoitajaa ja apulaisosastonhoitajaa ja työyksiköiden määrä vaihteli 5–12. Hoitotyöntekijöiden määrään laskettiin vain vakituudessa työsuhteessa olevat työntekijät, joiden määrä oli 100–400 kullakin toimi/tulosalueella. (Artikkeli I).

Vaiheet 2–4 (Artikkelit II, III, IV ja väitöskirjan yhteenveto)

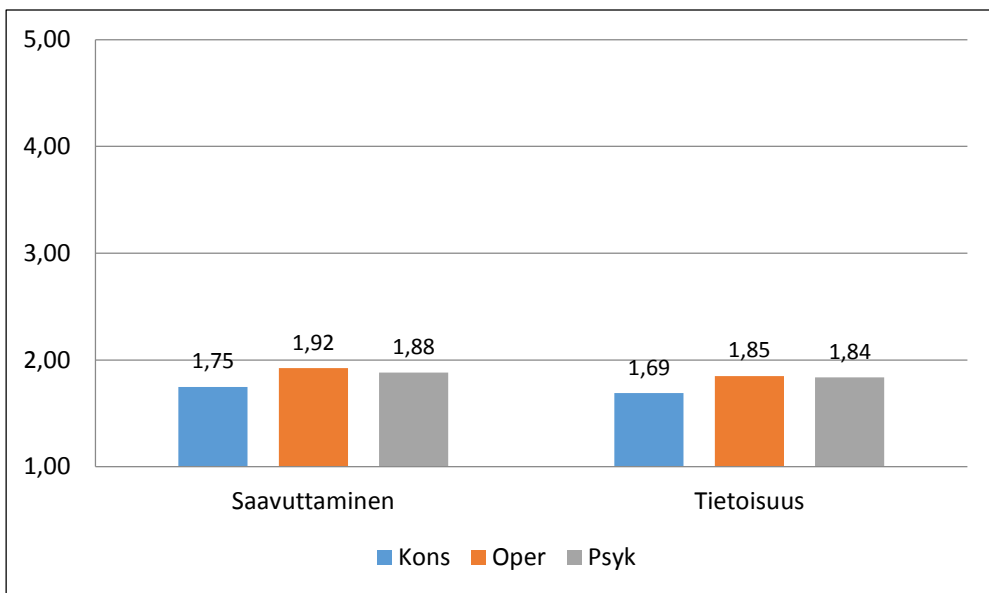
Tutkimukseen osallistuneet lähiesimiehet (n=264) olivat pääosin osastonhoitajia, naisia ja keski-ikäitään 49 vuotiaita (Artikkeli II, Taulukko 1.). Pitkä työkokemus hoitotyössä (keskiarvo 24 vuotta) ja hoitotyön johtajana (yli 10 vuotta) kuvasi tiedonantajia. Taustamuuttujien yhteydessä kysytyn VAS-janan avulla [0= huonoin mahdollinen vaihtoehto (vähiten valtaa/vastuuta) – 10= paras mahdollinen vaihtoehto (eniten valtaa/vastuuta)] lähiesimiehet arvioivat kokonaisvaltaansa ja kokonaisvastuutaan hoitotyön johtajana. Kokonaisvallan osalta arviot jakaantuivat melko tasaisesti; 5–7 vastanneita oli 45 % ja 8–10 49 %. Sen sijaan 80 % vastaajista arvioi kokonaisvastuunsa korkeimpaan luokkaan 8–10. Kokonaisvallan keskiarvo oli 7,10 (keskihajonta 1,44) ja kokonaisvastuun keskiarvo 8,22 (keskihajonta 1,19).

5.2 Hoitotyön valta

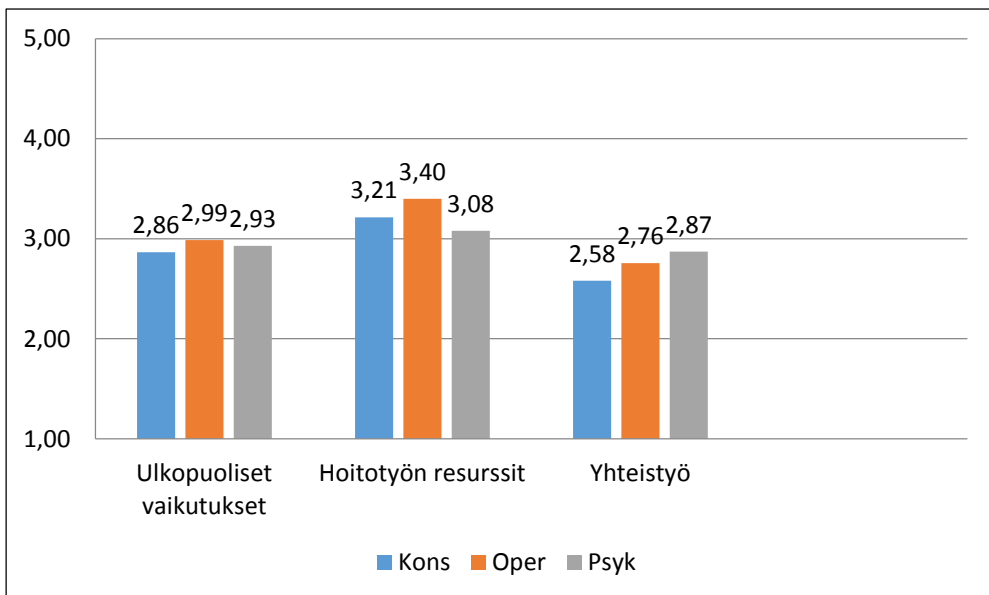
Hoitotyön valta arvioitiin hoitotyön lähiesimiesten toimesta keskitasolla olevaksi. Hoitotyön vallan osa-alueita olivat organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitseminen, hoitotyön asema, hoitotyön rooli, hoitotyön resurssit, yhteistyö, hoitotyön tavoitteiden ja tulosten saavuttaminen, esimiesten kyky saavuttaa tuloksia sekä tietoisuus tavoitteista/ja tuloksista. 5-portainen Likert asteikollisessa mittarissa vaihteluväli oli 1–5 (1= paras mahdollinen arvo- 5= huonoin mahdollinen arvo).

Parhaiten hoitotyön valta ilmeni vastaajien mukaan hoitotyöntekijöiden kykynä saavuttaa tavoitteita ja tuloksia (Saavuttaminen) sekä tietoisuutena tavoitteista/ja tuloksista (Tietoisuus). Hoitotyöntekijöiden kyky saavuttaa tavoitteita ja tuloksia sekä tietoisuus tavoitteista/ja tuloksista ilmeni tulos-/toimialueista korkeimmalle konservatiivisella toimialueella. Matalimmalle hoitotyön valta arvioitiin hoitotyön resurssien (ka 3,23), organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitsemisen (ka 2,93) sekä yhteistyön osalta (ka 2,74) (Artikkeli II). Hoitotyön valta oli yhteydessä vain kohtalaisesti hoitotyön johtajan vallan kanssa (Artikkeli III, Taulukko 3.).

Tulos-/toimialueet erosivat hoitotyön vallan suhteen. Tilastollisesti merkitseviä eroja (vaihteluväli $p < 0,0001$ - $p < 0,01$) ilmeni kaikilla muilla hoitotyön vallan osa-alueilla paitsi organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitsemisen alueelta. Kunkin kolmen tulos-/toimialueen hoitotyön vallan keskiarvot parhaiten ilmenevien hoitotyön vallan osa-alueiden (Kuvio 2.) ja heikoiten toteutuvien hoitotyön vallan osa-alueiden osalta (Kuvio 3.) on esitelty ohessa.



Kuvio 2. Parhaiten toteutuvat hoitotyön vallan osa-alueet toimialueiden keskiarvon mukaisesti (mitä matalampi keskiarvo, sitä enemmän valtaa)

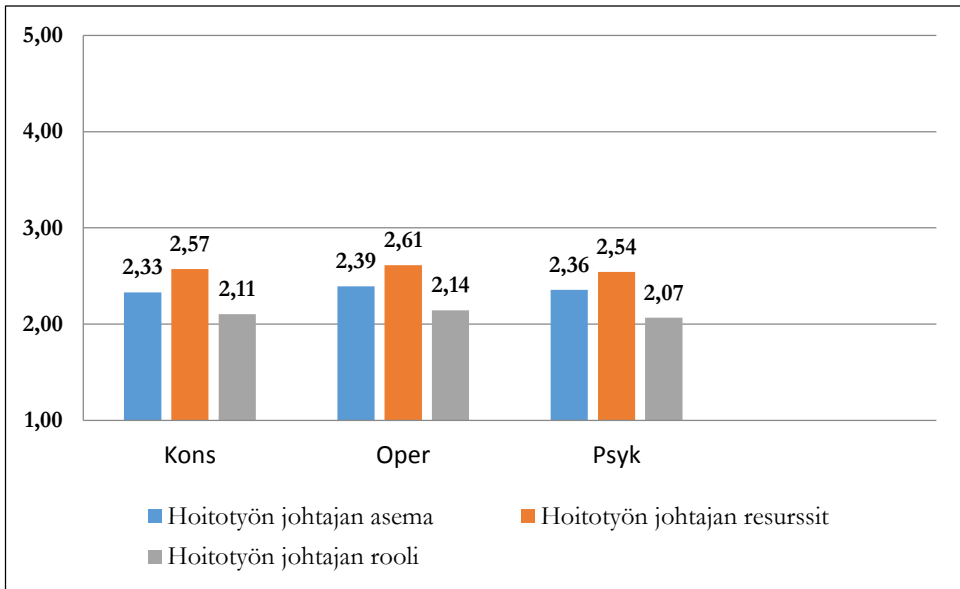


Kuvio 3. Heikoiten toteutuvat hoitotyön vallan osa-alueet toimialueiden keskiarvon mukaisesti (mitä korkeampi keskiarvo, sen vähemmän valtaa)

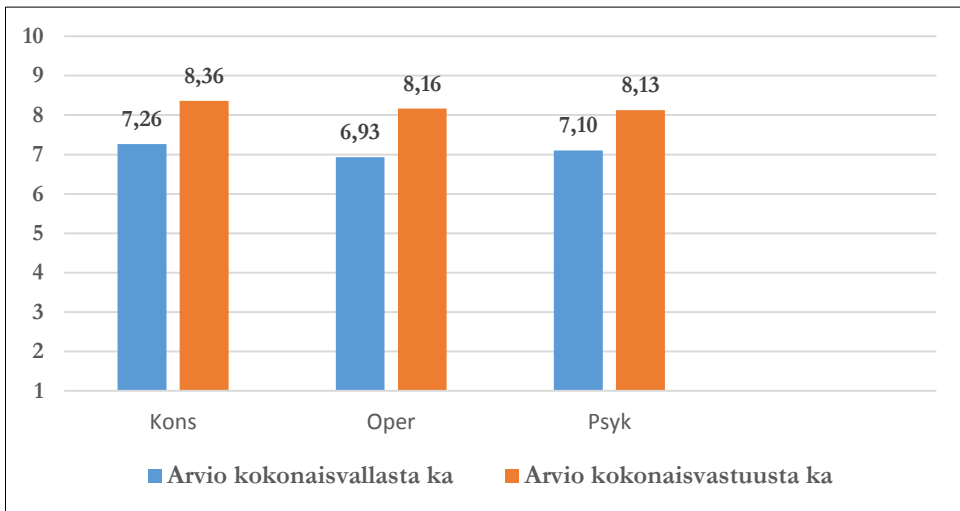
5.3 Hoitotyön johtajan valta

Ylihoitajat kuvasivat valtaansa aseman tuomana valtana, persoonallisena valtana ja legitimiivaltana. Kuvauksiensa mukaan heillä oli nimellisesti valtaa ja vastuuta hoitotyöstä. Ylihoitajien valtaa edistivät hoitotyön substanssin tunteminen, johtamisosaaminen ja persoonaan, yhteistyösuhteisiin ja organisaatioon liittyvät tekijät. Valtaa estivät puolestaan vaikutusmahdollisuuksien ja johtamisosaamisen puuttuminen sekä vaikeudet ja valtasuhteiden epäselvyydet työn organisoinnissa sekä yhteistyössä eri professioiden kanssa. Ylihoitajat liittivät vastauksissaan vallankäytön ja siihen liittyvän vastuun rooliinsa hoitotyön asioiden edistäjänä ja toimeenpanijana (Artikkeli I).

Hoitotyön lähiesimiehet arvioivat omaa hoitotyön johtajan valtaansa mittarin kolmen osa-alueen mukaisesti keskitasolle. Hoitotyön johtajan vallan osa-alueet olivat hoitotyön johtajan asema, hoitotyön johtajan resurssit ja hoitotyön johtajan rooli. Hoitotyön lähiesimiehillä oli tuloksien mukaan eniten valtaa roolinsa osalta (ka 2,11), seuraavaksi asemansa osalta (ka 2,43) ja vähiten resurssiensa osalta (ka 2,58). Toimialueiden välillä ei ilmennyt tilastollisia eroja ja keskiarvojen perusteella hoitotyön lähiesimiehet arvioivat valtansa kullakin osa-alueella suhteellisen samalle tasolle (Kuvio 4.) Hoitotyön lähiesimiehet arvioivat taustamuuttujina kokonaisvaltaansa ja kokonaisvastuutaan VAS-janalla (Kuvio 5.) Tilastollisesti merkittäviä eroja niissä ilmeni vain hoitotyön johtajan vallan osa-alueisiin (Artikkeli III, Taulukko 1.)



Kuvio 4. Hoitotyön johtajan valta kolmen eri osa-alueen keskiarvojen mukaan eri tulos-/toimialueilla (mitä matalampi keskiarvo, sen vähemmän valtaa)



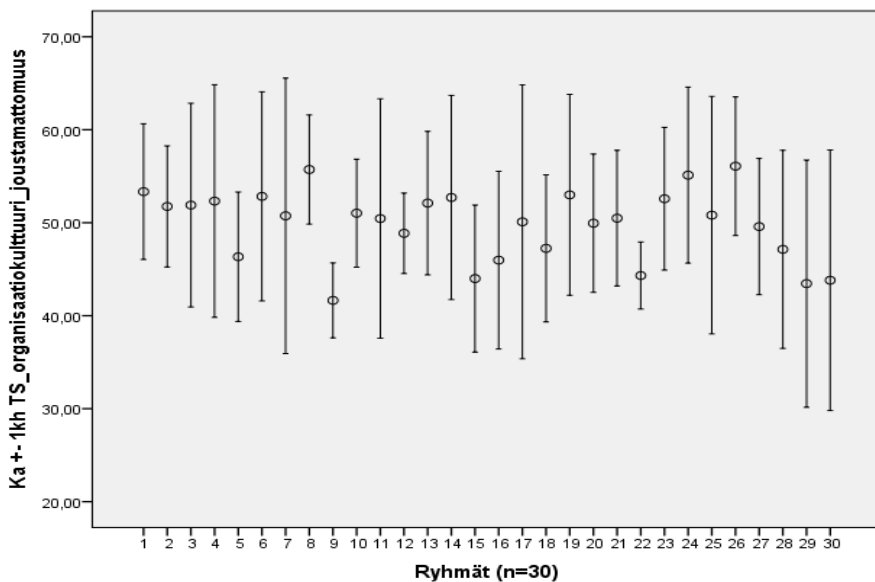
Kuvio 5. Hoitotyön lähiesimiesten arvio omasta kokonaisvallastaan ja kokonaisvastuustaan tulos-/toimialueittain (n=3) kuvattuna keskiarvojen mukaan

5.4 Organisaation sosiaalinen konteksti (ulottuvuus) lähiesimiesten kuvaamana

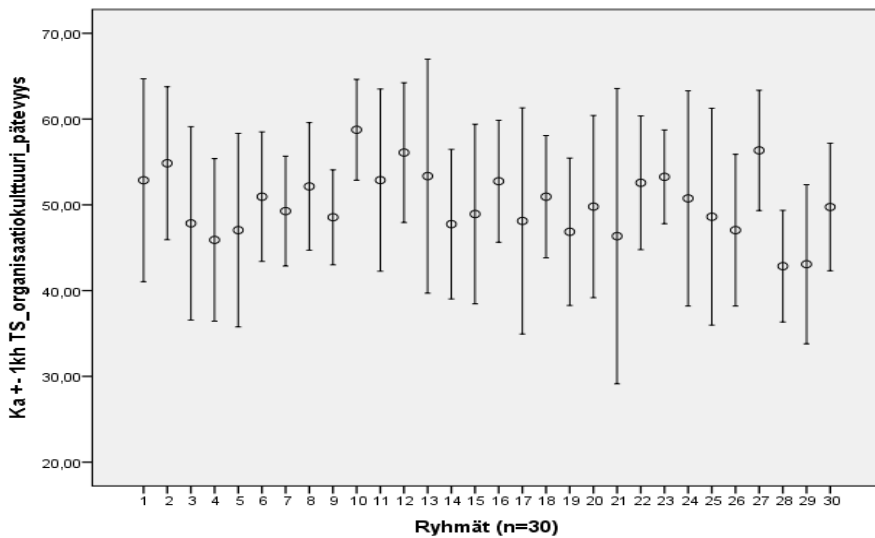
Hoitotyön lähiesimiehet jakoivat yhtenäisen käsityksen organisaation sosiaalisesta kontekstista kaikilla toimialueilla sisäkorrelaation avulla tarkasteltuna. Sosiaalinen konteksti kuitenkin erosi saman tulos-/toimialueen eri lähiesimiesryhmissä (n=30). Lähiesimiesten oma arvio lähiesimiesryhmänsä ja tulos-/toimialueensa organisaatiokulttuurista ja -ilmapiiristä on kuvattu standardoitujen keskilukujen; t-arvojen avulla.

Organisaatiokulttuurilla ymmärrettiin ”tapaa millä asiat tehdään organisaatiossa”. Se osa-alueista *joustamattomuus* kuvasi vastaajien näkemystä keskitetystä ja säännellystä päätöksenteosta omassa lähiesimiesryhmässään ja tulos-/toimialueellaan. *Pätevyys* kuvasi vastaajien näkemystä ammatillisesta ja asiakaslähtöisestä toiminnasta vallitsevan kulttuurin odotusarvona. *Vastarinta* kuvasi muun muassa kilpailua, kriittisyyttä, joustamattomuutta vallitsevan kulttuurin odotusarvona. Organisaatiokulttuuriin osa-alueiden vaihtelu lähiesimiesryhmissä on kuvattu t-arvojen avulla (Kuvio 6a, 6b ja 6c). Hoitotyön lähiesimiesryhmät erosivat toisistaan tilastollisesti vain organisaatiokulttuurin osa-alueen *vastarinta* osalta. Ryhmien sisällä lähiesimiesten kesken ilmeni tilastollisesti merkitsevää vaihtelua *pätevyiden* osa-alueella. (Artikkeli IV, Taulukko 2 ja 3.)

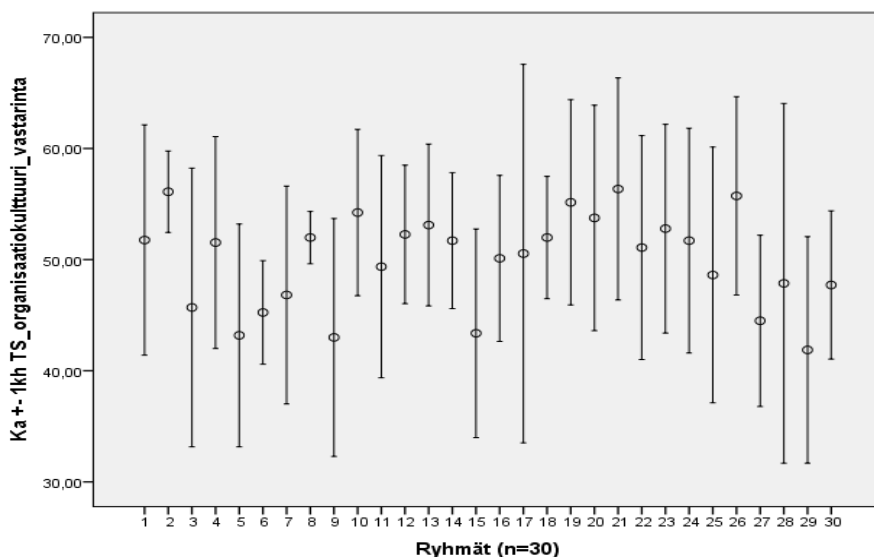
Vaihtelua kliinisesti tarkasteluna kuitenkin ilmeni ja se näkyi oheisten kuvioiden avulla hyvin. Organisaatiokulttuurin vallitsevana odotusarvona saattaa (esimerkiksi ryhmä numero 9) samaan aikaan olla ammatillinen ja asiakaslähtöinen toiminta, mutta tapa tehdä asioita sisältää keskitettyä ja säänneltyä päätöksentekoa ja joustamattomuutta. Vastaavasti (esimerkkinä ryhmä numero 22) lähiesimiehet omassa ryhmässään jakavat melko yhtenäisen näkemyksen joustamattomuudesta, mutta sen sijaan vaihtelua näkyy vallitsevan kulttuurin odotusarvosta pätevyiden ja vastarinnan suhteen.



Kuvio 6a. T-arvot organisaatiokulttuurin joustamattomuus osa-alueen osalta hoitotyön lähiesimiesryhmissä (n=30)



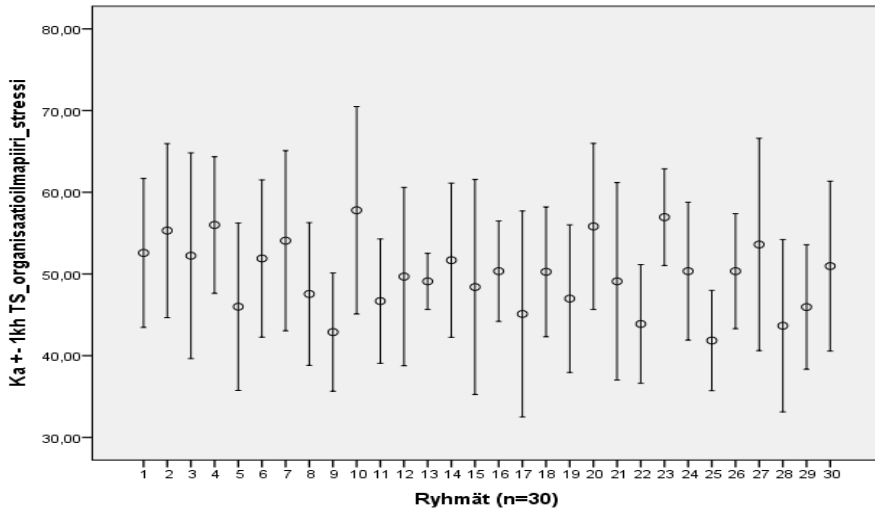
Kuvio 6b. T-arvot organisaatiokulttuurin pätevyys osa-alueen osalta hoitotyön lähiesimiesryhmissä (n=30)



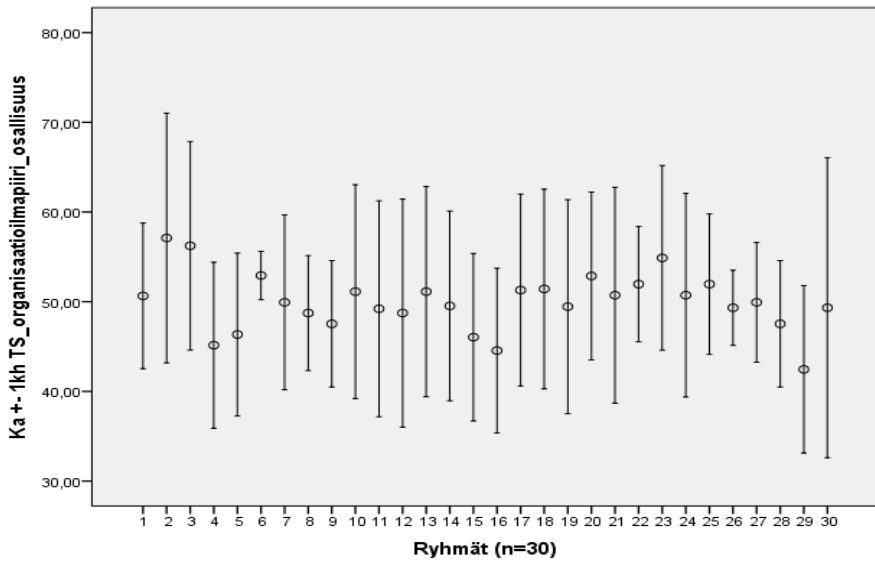
Kuvio 6c. T-arvot organisaatiokulttuurin vastarinta osa-alueen osalta hoitotyön lähiesimiesryhmissä (n=30)

Organisaatioilmapiirillä ymmärrettiin ”miten hoitotyön lähiesimiehet mieltävät työympäristönsä”. Sen osa-alueista *stressi* kuvasi vastaajien näkemystä työn kuormittavuudesta, emotionaalisesta uupumuksesta ja mahdollisista roolikonflikteista. *Osallisuus* kuvasi aikaansaamisen tunnetta ja työn henkilökohtaisuuden tai työstä vieraantumisen tunnetta. Funktionaalisuudella kuvattiin ammatillista kasvua ja uralla etenemistä, lähiesimiesroolin selkeyttä ja yhteistoimintaa. Organisaatioilmapiirin osa-alueiden vaihtelu lähiesimiesryhmissä on kuvattu t-arvojen avulla (Kuvio 7a, 7b ja 7c). Hoitotyön lähiesimiesryhmät erosivat tilastollisesti vain organisaatioilmapiirin osa-alueen *stressin* osalta. Ryhmien sisällä lähiesimiesten kesken ilmeni tilastollisesti merkitsevää vaihtelua *osallisuuden* osa-alueella. (Artikkeli IV, Taulukko 2 ja 3.)

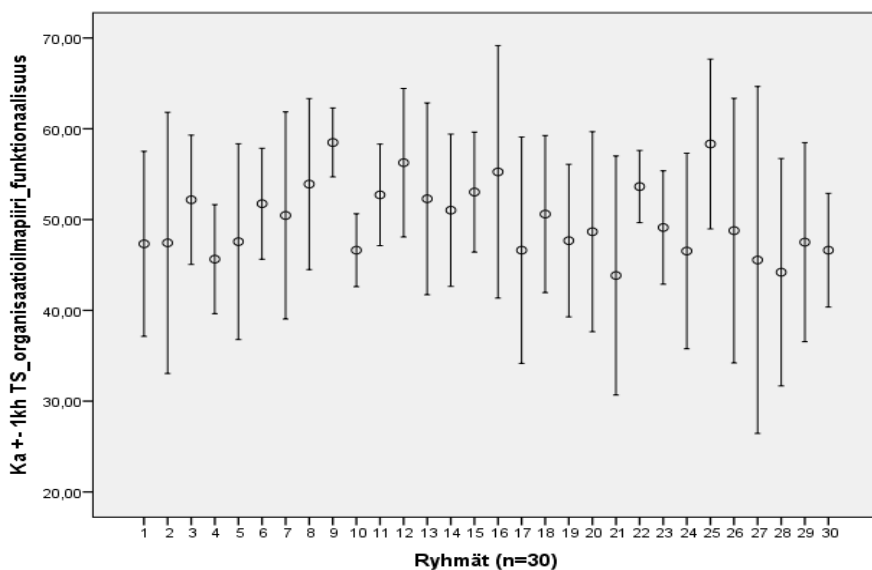
Vaihtelua kliinisesti tarkasteluna kuitenkin ilmeni ja se näkyy oheisten kuvioiden avulla hyvin. Työympäristö saatetaan mieltää (esimerkki ryhmä numero 10) lähiesimiesryhmän sisällä stressin ja osallisuuden kautta hyvin vaihtelevana, mutta samaan aikaan organisaatioilmapiiriin liittyy melko yhtenäinen näkemys lähiesimiesroolin selkeydestä. Vastaavasti (esimerkki ryhmä numero 25) lähiesimiesryhmän stressi osa-alue jää kaikkein matalimmalle ryhmistä ja ryhmässä mielletään työympäristö osallisuuden ja funktionaalisuuden osalta keskitasolle ja osin jopa korkealle verrattuna muihin ryhmiin.



Kuvio 7a. T-arvot organisaatioilmapiirin stressi osa-alueen osalta hoitotyön lähiesimiesryhmissä (n=30)

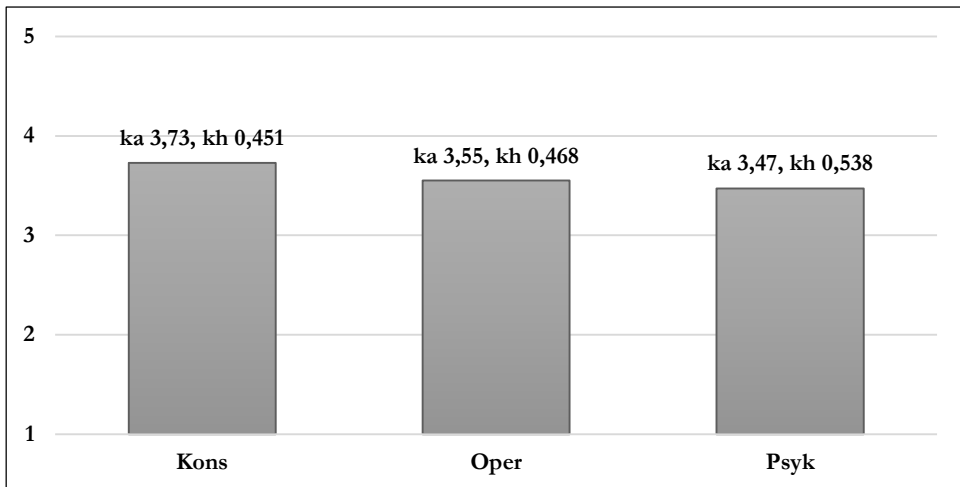


Kuvio 7b. T-arvot organisaatioilmapiirin osallisuus osa-alueen osalta hoitotyön lähiesimiesryhmissä (n=30)



Kuvio 7c. T-arvot organisaatioilmapiirin funktionaalisuus osa-alueen osalta hoitotyön lähiesimiesryhmissä (n=30)

Organisaation sosiaaliseen kontekstiin kuuluva moraalit vaihteli tulos-/toimialueiden välillä (Artikkeli IV). Yksilötasolla tarkasteltuna moraalit keskiarvot jakaantuivat tulos-/toimialueella samansuuntaisesti, psykiatrisen jäädessä keskiarvoltaan matalimmalle (Kuvio 8).



Kuvio 8. Moraalin keskiarvot ja keskihajonnat toimialueittain tarkasteltuna

5.5 Organisaation sosiaalisen kontekstin (ulottuvuus) yhteys hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan

Hoitotyön lähiesimiesten vastaukset hoitotyön ja hoitotyön johtajan vallan osalta jakaantuivat pääsääntöisesti ”täysin samaa mieltä tai samaa mieltä” vastausluokkiin riippumatta tulos-/toimialueesta ($n=3$) tai ryhmästä ($n=30$). Tästä syystä puolet hoitotyön vallan osa-alueista ei soveltunut mallintamiseen. Organisaation sosiaalisella kontekstilla näyttäisi olevan tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hoitotyön valtaan hoitotyön resurssien osalta tulos-/toimialueella ($n=3$). Organisaatioilmapiirin osa-alueella *osallisuus* oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys hoitotyön vallan osa-alueeseen esimiesten kyky saavuttaa tuloksia. Organisaatioilmapiirin osa-alueella *funktionaalisuus* oli myös tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys hoitotyön johtajan vallan osa-alueeseen hoitotyön johtajan resurssit.

Ryhmätasolla ($n=30$) hoitotyön lähiesimiesryhmien koot olivat suhteellisen pieniä sekä hajonnat suuria ja ryhmien väliset erot vastauksissa eri osa-alueilla niin vähäisiä, että ne eivät eronneet malleissa tilastollisesti merkitsevinä. Mallinnuksen tulos on esitetty hoitotyön vallan osa-alueiden (8) ja hoitotyön johtajan vallan osa-alueiden (3) kautta, jossa organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri sekä tulos-/toimialue toimivat selittäjinä (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Organisaation sosiaalisen kontekstin (ulottuvuus) yhteys hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan tulos-/toimialueetasolla (n=3)

	Hoitotyön resurssit	Yhteistyö	Esimiesten kyky saavuttaa tuloksia	Organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitseminen	Hoitotyön asema	Hoitotyön rooli	Tietoisuus tavoitteista ja tuloksista	Hoitotyön tavoitteiden ja tulosten saavuttaminen
Joustamattomuus	0.000***	0.154	0.084	0.709	ns.	ns.	ns.	ns.
Pätevyys	0.000***	0.194	0.125	0.506	ns.	ns.	ns.	ns.
Vastarinta	0.001***	0.128	0.098	0.707	ns.	ns.	ns.	ns.
Osallisuus	0.000***	0.159	0.040*	0.649	ns.	ns.	ns.	ns.
Funktionaalisuus	0.000***	0.323	0.120	0.688	ns.	ns.	ns.	ns.
Stressi	0.000***	0.159	0.064	0.732	ns.	ns.	ns.	ns.
	Hoitotyön johtajan asema	Hoitotyön johtajan resurssit	Hoitotyön johtajan rooli					
Joustamattomuus	0.715	0.152	0.763					
Pätevyys	0.566	0.066	0.626					
Vastarinta	0.794	0.110	0.809					
Osallisuus	0.837	0.088	0.947					
Funktionaalisuus	0.285	0.022*	0.303					
Stressi	0.773	0.123	0.812					

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

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimusvaiheittain kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimusmetodologian kautta.

Vaihe 1 (Artikkeli I)

Kvalitatiivisen aineiston luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen ja laatuun, aineiston analysointiin sekä tutkimuksen raportointiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Tämän tutkimuksen aineiston keräämisessä noudatettiin tarkoituksenmukaisuusperiaatetta, jonka perusteella mukaan kutsuttiin hoitotyön keskijohdossa työskenteleviä ylihoitajia. Aineisto on kerätty tutkimuksen kohteena olevan ilmiön keskiössä, julkisessa terveydenhuollossa. Kerääminen toteutettiin teemahaastattelemalla, mikä menetelmänä soveltuu myös melko teoreettisen ilmiön ja käsitteiden selvittämiseen (Nieminen 2006). Aineisto saturoitui aineistonkeruun edetessä. Aineistoa voidaan pitää riittävänä kuvaamaan hoitotyön johtajien kokemuksia hoitotyön johtajan vallasta ja sen yhteydestä hoitotyöhön.

Uskottavuuden vahvistamiseksi induktiivisen sisällönanalyysin eteneminen ja kategorioiden muodostamisen kuvaaminen on kuvattu taulukkoa ja alkuperäisilmaisuja hyväksi käyttäen (Artikkeli I) (Granaheim & Lundman 2004). Siirrettävyys on varmistettu kuvaamalla tutkimusasetelma, tiedonantajien valinta sekä aiemmin kerrottu sisällönanalyysin eteneminen riittävällä laajuudella. Suoria lainauksia on käytetty (Artikkeli I), heikentämättä raportoinnin jäsentyneisyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Kvalitatiivinen aineisto on raportoitu omana artikkelinaan (Artikkeli 1) ja se on tutkimusprosessina arvioitavissa sekä toistettavissa (Nieminen 2006). Mikään teoria ei ole ohjannut tätä tutkimusvaihetta, vaan olemassa olevaa teoriaa on jäsennetty tulosten tulkinnan kautta. Tämän myötä ensimmäisen tutkimusvaiheen tarkoitus esiymmärryksen muodostumisesta hoitotyön johtajan vallasta voitiin saavuttaa ja tulokset voitiin yhdistää tutkimusprosessin seuraaviin vaiheisiin.

Vaihe 2 (Artikkeli II ja III)

Tutkimukseen valittiin tarkoituksenmukaisesti kolme tulos-/toimialuetta (operatiivinen, konservatiivinen ja psykiatrinen) kustakin kohdeorganisaatiosta, joiden hoitotyön lähiesimiesten uskottiin työskentelevän perustyössä samassa kontekstissa ja olevan rakenteeltaan samantyyppisiä riippumatta tutkimusorganisaatiosta. Tutkimusaineiston keruu toteutettiin kohdeorganisaatioissa paikan päällä erikseen järjestetyissä tilanteissa. Tämän etuna tutkija oli keskellä tutkittavaa ilmiötä, sai palautetta suoraan tutkittavilta ja osallistumiskatoa ei ollut.

Kyselytutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa erityisesti tutkimuksen kohteena olevien ilmiöiden mittaamisen onnistuminen. Tutkittavien käsitteiden; hoitotyön valta ja hoitotyön johtajan valta on määritelty tässä tutkimuksessa käytetyn teorian (Theory of departmental power), kvalitatiivisen tutkimuksen ja kirjallisuuskatsauksen perusteella. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006). Tutkimuksessa käytettävät mittarit on valittu perehtymällä kansalliseen ja kansainväliseen tutkimukseen hoitotyön vallasta ja hoitotyön johtajan vallasta. Näin on arvioitu niiden sisältövaliditeettia ensimmäistä kertaa.

Tutkimusvaiheen 1 aikana tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa löydettiin Sieloffin väitöskirjassa (1996) ensimmäistä kertaa käytetty ja myöhemmin testattu, sekä kehitetty versio Sieloff- King Assessment of Group Outcome Attainment Within Organizations (SKAGOA) © - mittarista *hoitotyön vallan* mittaamiseksi (Bogue ym. 2009; Sieloff 1996; 2003; 2004; 2008). Tutkija otti ensin yhteyttä mittarin omistajaan keskustellakseen mittarin käsitteellisestä relevanttiudesta kun se jouduttaisiin modifioimaan toiseen kulttuuriin (Sieloff 2009.) Sieloffin 36 väittämän englanninkielinen mittari kaksoiskäännettiin asianmukaisten lupien jälkeen. Käännöstä tarkasteltiin yhdessä kielenkääntäjän kanssa. Käännöksessä ei käännetty väittämiä sanasta sanaan, vaan keskityttiin merkityksiin (Hilton & Skrutkowski 2002). Erityistä huomiota kiinnitettiin väittämien tulkinnallisuuteen sekä ymmärrettävyyteen suomalaisessa terveydenhuollon kontekstissa ja siinä tutkija hyödynsi omaa kokemustaan osastonhoitajana.

Hoitotyön johtajan valta mittari kehitettiin tähän tutkimukseen kirjallisuuskatsaukseen, kvalitatiivisen tutkimukseen (Artikkeli I) ja Sieloffin (1996) mittariin perustuen. Näiden perusteella muodostui kolmesta eri ulottuvuudesta koostuva 31 väittämän mittari.

Molempien mittarien sisältövaliditeettia arvioitiin edellä mainittujen vaiheiden jälkeen käyttämällä asiantuntija-arviointia (ns. näennäisvaliditeetti). Kahdeksan mukaan kutsuttua henkilöä valittiin mukaan asiantuntijuuden perusteella. Kaksi

heistä oli ylihoitajaa, kaksi osastonhoitajaa, kaksi valtatutkimuksen asiantuntijaa ja kaksi mittarin kehittämisen asiantuntijaa. Asiantuntijat arvioivat käsitteellisen arvioinnin kautta muun muassa käsitteiden ymmärrettävyyttä, väittämien kattavuutta, mittarin luettavuutta ja ymmärrettävyyttä sekä väittämien määrää. (Davis 1992; Beck ym. 2003.) Lisäksi kysyttiin kyselyihin vastaamiseen kulunutta aikaa. Haasteellista oli käännetyn Hoitotyön valta mittarin kulttuurisidonnaisuus, johon asiantuntijat antoivat erinomaisia kommentteja väittämiin tehtävien muutoksien perustaksi, niin että merkitykset pysyvät samana. (DeVon ym. 2007; Polit & Beck 2012). Tämän tarkoituksena oli hakea käsitteille yksimielisyyttä suomalaisessa tutkimuskontekstissa. Tässä yhteydessä ilmeni myös englanninkielisen ”power” käsitteen kaksisuuntainen merkitys suomenkielessä. Suomenkielessä ilmiö on käsitetty tähän saakka melko negatiivisena, kun taas englanninkielessä se saa positiivisen ja energisen sisällön.

Tämän jälkeen viimeistellyt mittarit esitettiin yhden sairaanhoitopiirin kolmen toimialueen osastonhoitajilla ja apulaisosastonhoitajilla (n=28). Esitestausaineiston luotettavuutta tarkasteltiin Cronbachin alpha kertoimella, joka oli *Hoitotyön valta* mittarissa 0.87 ja *Hoitotyön johtajan valta* mittarissa 0.85. Molempien mittarien osaluokkien väittämät olivat konsistensseja eli mittasivat tämän perusteella samaa asiaa. (Streiner & Norman 2003; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Varsinaisen tutkimusaineiston keräämisen jälkeen *Hoitotyön valta* mittarin rakenne arvioitiin kaksitasoisella konfirmatorisella faktorianalyysillä, minkä kautta saatiin vahvistus teoreettisen rakenteen säilymisestä ja oletettujen kahdeksan ulottuvuuden olemassaolo. (DeVon ym. 2007). *Hoitotyön johtajan valta* mittarin rakenne arvioitiin myös exploratiivisella faktorianalyysillä, mutta kolmen faktorin osalta selitysosuus jäi vain 37,39 %. Tähän tutkimukseen tulos kuitenkin hyväksyttiin, koska muuttujat latautuivat pääsääntöisesti oletetuille faktoreille. Molempien mittarien sisäinen johdonmukaisuus testattiin myös Cronbachin alpha kertoimella ja puolitusanalyysin avulla (Spearman-Brownin Rho- reliabiliteettikerroin). Alpha-kertoimet tulkittiin riittäviksi osoittamaan (Artikkeli III) mittarien sisäinen johdonmukaisuus. Myös puolitusanalyysien tulokset osoittivat mittarien osioiden positiivisen yhteyden. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Tähtinen ym. 2011).

Tässä tutkimusvaiheessa aineiston analysointiin käytettiin yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA), jolloin voitiin verrata useita ryhmiä samanaikaisesti. (Valli 2001). Taustamuuttujien yhteydessä käytetyt VAS-mittarit hoitotyön johtajan kokonaisvallasta ja -vastuusta toimivat osaltaan luotettavuuden arvioinnissa kriteerimittareina.

Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla kuvataan miten hyvin tutkimustulokset ovat yleistettävissä (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006 s. 211). Tutkimukseen osallistui 11 sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon organisaatiota. Vuonna 2010 julkisissa terveydenhuollon sairaalapalveluissa työskenteli 1960 osastonhoitajaa ja 1390 apulaisosastonhoitajaa. Otos kattaa vajaan 8 % heistä ja noin kolmanneksen tutkimusorganisaatioiden hoitotyön lähiesimiehistä. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoraportti 2011.) Toisaalta tutkimukseen kutsuttiin kaikkien tulos-/toimialueen hoitotyön lähiesimiehet, mutta saattoi olla työjärjestelystä johtuen vain toinen heistä. Apulaisosastonhoitaja lasketaan usein työyksikön tai -osaston hoitohenkilöstömitoitukseen ja toimii perustyössä osastonhoitajan ollessa paikalla.

Vaihe 3 (Artikkeli IV)

Aineiston keruu toteutettiin tutkimusvaiheen 2 yhteydessä. Organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri muuttujat tunnistettiin ryhmätason muuttujiksi jo aineistonkeruuvaiheessa. Edellytyksenä oli, että riippuvuus yhteisömuuttujien ja selitettävien yksilömuuttujien välillä säilyy vaikka yksilöllisten muuttujien vaikutus on vakioitu (Jokivuori & Hietala 2007). Tämän vaiheen aineistonkeruun edellytys oli kolmen eri tulos-/toimialueen lisäksi 30 eri hoitotyön lähiesimiesryhmää vähintään kuudella jäsenellä.

Tutkimuksen tämä vaihe, kuten toinen vaihe, on toteutettu poikkileikkaustutkimuksena, jonka haasteena on parhaan mahdollisen tiedonkeruujankohdan määrittäminen suhteessa mahdollisiin muutoksiin. Organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri muuttuvat hitaasti ja siten tässä tutkimuksessa todennettu organisaation sosiaalisen kontekstin tila kertoo tästä hetkestä, joka on muodostunut pitkän historian seurauksena. Vaikka tutkimusaineisto on viisi vuotta vanha, se antaa muutoksen hitauden vuoksi relevantin kuvan (ks. Alvesson & Sveningsson 2008). Toisaalta tulos on näkemys vain yhden profession lähiesimiehien näkökulmasta, mutta antaa viitteitä siitä millaisiin asioihin tai perusolettamuksiin voidaan puuttua sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä.

Organisaation sosiaalisen kontekstin- mittari (OSC) valittiin tutkimusmittariksi, koska se oli todettu Suomessa Rostila ym. 2007; 2011 toimesta sopivaksi mittaamaan organisaatiokulttuuria ja -ilmapiiriä. Mittari on testattu myös kansainvälisesti erittäin isoilla aineistoilla ja osoittautunut luotettavaksi (Glisson & James 2002; Glisson, Landsverk ym. 2008; Glisson, Schoenwald ym. 2008). Mittarin avulla saatiin uudenlainen näkökulma terveydenhuollon työympäristön tutkimiseen.

Analyysimenetelmät valittiin tarkoituksenmukaisesti ryhmätason ilmiöiden analysointiin. Ryhmän jäsenten keskinäistä yksimielisyyttä mittaavaa r_{wg} arvoa, ryhmien välisiä eroja ilmentävää Eta-kerrointa ja yksittäisen lähiesimiehen kuulumista samaan lähiesimiesryhmään, tulos-/toimialueeseen tai organisaatioon kuulumista mittaava ICC-arvoa on käytetty aiemmin palvelujärjestelmätutkimuksessa (Glisson & James 2002; Aarons & Sawitsky 2006; Rostila ym. 2011), mutta myös hoitotieteessä (Kalisch ym. 2010). Analyysimenetelmänä ne ovat soveltuvia ryhmätason muuttujien tutkimiseen myös tämän tutkimuksen perusteella.

Organisaatiokulttuurin ja –ilmapiirin tarkasta määrittelystä ja ulottuvuuksista ei liene täydellistä yksimielisyyttä tutkijoiden keskuudessa (Gershon ym. 2004; Scott-Findlay & Estabrooks 2006). Tässä tutkimuksessa ne määriteltiin käytetyn mittarin mukaan. Sen perusteella tulokset antavat yhdenlaisen näkökulman 11 suomalaisen julkisen terveydenhuollon organisaation organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin vaihteluista tulos-/toimialueetasolla ja lähiesimiesryhmätasolla. Tulokset ovat osin vertailukelpoisia aiemmin Suomessa samalla mittarilla tehdyn tutkimuksen tuloksiin (Rostila ym. 2011), joka on tehty julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä, mutta koko työyhteisön jäsenille.

Vaihe 4 (väitöskirjan yhteenveto)

Neljännän vaiheen luotettavuus perustuu aineistojen yhdistämiseen ja aineistolle tehtyyn analyysiin. Monitasoanalyysi valittiin sopivimmaksi analyysimenetelmäksi, koska sen avulla pystyttiin löytämään ymmärrettävä malli kuvaamaan selitettävien muuttujien; organisaatiokulttuurin ja –ilmapiirin yhteyttä hoitotyön ja hoitotyön johtajan vallan osa-alueisiin. (Uhari & Nieminen 2001). Lähtökohtana oli, että yksittäinen hoitotyön lähiesimies on yhteisön jäsen. Yleensä analyysimenetelmät olettavat, että havainnot ovat toisistaan riippumattomia, mutta monitasoanalyysi sallii ja huomioi aineiston sisäisen korrelaation (Ellonen 2006; Demidenko 2013).

Monitasoanalyysin käyttö edellytti monia vaiheita ja tietoisia valintoja analyysin tekemisessä. Tässä tutkimuksessa aineiston hierarkkisuus on huomioitu ennen aineistonkeruuta, joka toteutettiin sitä tukien kolmelta eri toimialueelta ja 30 eri ryhmästä (Demidenko 2013). Sen lisäksi aineiston analysoinnissa on perehdytty olemassa olevaan metodilähteisiin ja apuna on käytetty tilastotieteilijää tulosten luotettavuuden turvaamiseksi. Mallin hyvyttä on arvioitu mallin tilastollisen merkitsevyyden ja sisällöllisen tulkinnan näkökulmista (Uhari & Nieminen 2001).

6.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkija tekee ja vastaa itse tutkimustaan koskevista eettisistä ratkaisuista noudattaen yhteisesti sovittuja tiedeyhteisössä ja yhteiskunnassa hyväksytyjä toimintatapoja; rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta niin tiedonantajien valinnassa, aineistonkeruussa, kuin tulosten tallentamisessa sekä esittämisessä ja arvioinnissa. (Kuula 2011.) Toisaalta eettisiä kysymyksiä tulee tarkastella läpi tutkimusprosessin ja arvioida tutkimuksen hyötyä tiedonantajille, tutkimusorganisaatiolle ja tieteenalalle (Gillis & Jackson 2002).

Ensimmäiset eettiset ratkaisut tässä tutkimuksessa tehtiin tutkimuksen aiheen valinnassa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta osana sitä, sekä organisaation sosiaalinen konteksti, ovat tutkimusilmiöinä ajankohtaisia ja tärkeitä ajatellen meneillä olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta sekä hoitotyön ja hoitotyön johtajan asemaa osana sitä. Toisaalta se, että hoitotyön johtajat johtavat tavoitteellisesti ja hoitotyöntekijät saavuttavat tavoitteet hyödyttää viimekädessä potilaita ja kansalaisia (Gillis & Jackson 2002).

Tutkimuksessa käytetylle hoitotyön valta mittarille Sieloff- King Assessment of Group Outcome Attainment Within Organizations (SKAGOA)© ja Organisaation sosiaalisen kontekstin- mittari (OSC) haettiin kirjalliset käyttöluvut mittarien omistajilta. Organisaatioiden tutkimuslupien hakemisen yhteydessä ilmeni, että ilmiöinä hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta ovat terveydenhuollon toimintaympäristössä huonosti tunnistettuja ja osin vaiettuja asioita, joiden tutkiminen edellyttää toisaalta hienovaraisuutta, toisaalta taas rohkeaa lähestymistä sekä asioiden avointa käsittelyä. Tutkimuksessa on pyritty toimimaan niin, että yksikään tutkimusorganisaatio tai tiedonantaja ei ole vahingoittunut ilmiön tutkimisessa. (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2009; Kuula 2011).

Ennen ensimmäisen vaiheen laadullisen aineiston keräämistä tutkimukselle haettiin asianmukaiset tutkimusluvut kahdesta kohdeorganisaatioista. Samalla luvan myöntäjät vahvistivat ennako-olettamuksen, että tutkimus ei edellyttänyt eettisen toimikunnan lupaa. Ennen kyselyaineistonkeruuta lähestyttiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettistä toimikuntaa ja tarkistettiin sen kanta eettisen puollon hakemiselle (Kohonen 2009). Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tutkimuslain (488/1999) ja sen näkemyksensä mukaan tarvittu, joten tähän perustuen haettiin

tutkimusluvut kaikista 11 organisaatiosta. Tutkimusaineistot on kerätty tätä tutkimusta varten.

Tutkimukseen osallistuminen oli tutkittaville vapaaehtoista kummassakin aineistonkeruuvaiheessa. Tutkimuksella ei vahingoitettu yksittäistä tiedonantajaa tai hänen organisaatiotaan. Pyrkimyksenä oli lisätä myös tiedonantajien tietoisuutta tutkittavasta ilmiöstä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Ensimmäisessä vaiheessa tutkittavia lähestyttiin hallintoylihoitajien nimeäminen yhdyshenkilöiden kautta ja haastatteluun suostuvat ylihoitajat ottivat itse yhteyttä tutkijaan sopiakseen haastatteluajankohdasta ja -paikasta. Toisesta vaiheesta eteenpäin tutkija sopi kunkin tulos-/toimialueen ylihoitajan kanssa tutkimukseen osallistumistilaisuuksien järjestämisestä ja vastaavasti hän informoi lähiesimiehiä niistä. Tutkimukseen kutsuttiin lähtökohtaisesti kaikki lähiesimiehet sulkematta ketään ulkopuolelle. Tutkija kertoi tilaisuuksien alussa tutkimuksesta sekä mahdollisuudesta olla aloittamatta kyselyyn vastaamista lainkaan ja mahdollisuudesta keskeyttää se niin halutessaan. Kyselyyn vastaaminen tulkittiin tietoisena suostumuksena tutkimukseen osallistumisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Polit & Beck 2012.) Vastaajat palauttivat kyselylomakkeet itse sulkemissaan kirjekuorissa myös mahdollisten tyhjiä lomakkeiden osalta. Niitä ei tutkimuksessa ollut.

Laadullisen aineiston litterointi tapahtui anonymisti tutkijan toimesta. Kolmen muun vaiheen aineiston osalta aineiston tallentaminen tapahtui tutkijan manuaalisen tarkastamisen jälkeen Tampereen yliopistolla. Kyselylomakeaineiston laajuus ja aineiston määrä edellyttivät ulkopuolista, luottamuksellista tallennusapua. Tutkimuslomakkeet koodattiin ennen tallennusta tutkijan toimesta niin, että tallentajat pystyivät tallentamaan tutkimusorganisaation ja tulos- tai toimialueen ilman, että yksittäisen tiedonantajan henkilöllisyys paljastui. Tallennuksen suorittaneita henkilöitä sitoi myös vaitiolovelvollisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tutkimusaineistot on säilytetty tutkimusprosessin ajan asianmukaisesti ja hävitetään suunnitelman mukaisesti tutkimusprosessin päätyttyä.

Laadullinen aineisto on analysoitu sisällönanalyyysillä ja tulokset käsitelty sekä esitetty niin, että organisaatio tai yksittäinen tiedonantaja ei ole tunnistettavissa (Munhall 2001). Kyselylomakkeen aineiston analysointi toteutettiin tilasto-ohjelmilla, joissa tiedonantajien henkilöllisyyttä ei ole ollut mahdollisuus tunnistaa. Analysoinnissa apuna käytetyt tilastoasiantuntijat varmistivat myös tulosten eettisesti oikeanlaisen tuloksien tulkinnan. Osajulkaisuissa on kuvattu analysoinnit ja niistä johdetut tulokset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Tutkimusraportti muodostuu osajulkaisuista (I-IV) ja yhteenveto-osasta. Niissä on pyritty kuvaamaan tutkimusprosessin vaiheet tarkasti ja esittämään niiden sisältö

luotettavasti ja eettisesti oikein. Tutkimuksella ei ole taloudellisia sidonnaisuuksia apurahan myöntäjiin tai tutkimusorganisaatioihin. Tutkija ei ole ollut esimiessuhteessa tiedonantajiin (Latvala & Nuutinen 2003; Suomen Akatemia; Polit & Beck 2012).

6.3 Tutkimuksen tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa tunnistettiin ja kuvattiin sekä selitettiin hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaa julkisen terveydenhuollon organisaatiossa hoitotyön johtajien arvioimana. Hoitotyön ja hoitotyön johtajan vallan käsitteellistäminen niin yhteiskunnallisesti, kuin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä on perusteltua, koska se vaikuttaa organisaatioiden toimintaan erityisesti hoitotyöhön, ammattilaisten keskinäiseen yhteistyöhön ja viime kädessä potilaiden hoitoon, mutta myös tieteenalana hoitotieteen kehittymiseen. Organisaation sosiaalisen kontekstin (ulottuvuuden) tutkiminen antoi näkökulman miten hoitotyön lähiesimiehet ymmärtävät terveydenhuollon kompleksisen ja alakulttuureja sisältävän työympäristönsä, jossa he johtavat, ja hoitotyöntekijät toteuttavat hoitotyötä.

Hoitotyön valta nähdään hoitotyön lähiesimiesten mielestä tavoitteellisena sekä tuloksellisena ja hoitotyön vallan olemassaolo tunnistetaan (Artikkeli II). Sen sijaan organisaation ulkopuolisten vaikutusten ennakointi ilmenee heikkona. Aiemman tiedon valossa ulkopuolisten vaikutusten ennakoinnilla ja valmistautumisella on todettu olevan merkitystä, kuinka hoitotyöntekijät hallitsevat muutoksia omassa työssään (Boyle 2004; Sieloff ym. 2007) ja toisaalta johtamistyyli on vaikuttanut organisaation ilmapiiriin (Vesterinen 2013). Heijastaako tämän tutkimuksen tulos siis muutosjohtamisen tuloksettomuutta vai sitä, että terveydenhuollon toimintaympäristö muuttuu nopeammin, kuin hoitotyöntekijöiden kyky sopeutua niihin. Tuloksien perusteella korkeammin koulutetut arvioivat tämän hoitotyön vallan osa-alueen matalammalle, kuin alemman koulutuksen saaneet. Tulos voi kertoa siten koulutuksen kautta lisääntyneestä tietoisuudesta terveydenhuoltoon kohdistuvista vaikutuksista (ks. Fennimore & Wolf 2011.) On ehkä tarpeen myös miettiä, kuinka monta yhtäaikaista muutosta työyhteisö kestää ilman, että se vaikuttaa hoitotyön tulokseen tai voiko ulkopuolisiin vaikutuksiin ennakoimisen jättää vain lähiesimiesten muutosjohtamisen varaan. Toisaalta voidaan kysyä missä määrin hoitotyön johtajat voivat tai osaavat ennakoida ja tunnistaa hoitotyössä tai työympäristössä tapahtuvia muutoksia (ks. Nikkilä & Paasivaara 20007).

Yllättävä tutkimuksen tulos ei ollut, että hoitotyön valta suhteessa hoitotyön resursseihin koettiin huonoimpana vallan osa-alueena ja resurssit riittämättöminä hoitotyön tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta. Vastaavanlaisia tuloksia nimenomaan taloudellisiin resursseihin liittyen ovat löytäneet myös Isosaari (2008) ja ristiriitaa suhteessa toiminnan vaatimuksiin sekä rajallisiin resursseihin Ikola-Norrbacka (2010). Tutkimuksen aineistonkeruun jälkeen yhteiskunnallinen taloustilanne on edelleen heikentynyt ja resurssien niukkuus varsinkin julkisella sektorilla korostunee lähiaikoina entisestään.

Valitettavaa oli, että tämän tutkimuksen vastaajien mielestä hoitotyön vallan osa-alueista yhteistyö ei sujunut kovinkaan hyvin (Artikkeli II). Vastaavanlaisesti hoitotyön johtajista ylihoitajat (Artikkeli I) kuvasivat yhteistyösuhteisiin liittyviä tekijöitä heidän valtaansa tukevinä. Valta on aiemmissa tutkimuksissa ilmennyt muun muassa yhteistyönä. (Manojlovich 2005; Isosaari 2008.) Yhteisten tavoitteiden saavuttaminen edellyttää yhteistyötä (ks. Surakka 2006; 2008) ja terveydenhuollon johtajien tavoitteiden ja arvojen tulee olla samansuuntaiset. Tällainen tutkimustulos yhteistyön sujumattomuudesta saattaa heijastaa moniportaisen johtamisjärjestelmän haasteita ja kehittämistarpeita. Palvelurakennemuutoksen läpivieminen edellyttää sujuvaa ammattiryhmien yhteistyötä myös jatkossa.

Hoitotyön johtajan valtaan liittyvien tuloksien perusteella ylihoitajat kokevat valtansa nimelliseksi ja organisaatioiden sääntöihin pohjautuvaksi. Organisaation ja tulos- tai toimialueen yhteinen näkemys tavoitteista ja siten myös hoitotyön suunnasta vahvisti niin hoitotyön johtajien, kuin hoitotyön asemaa tässä tutkimuksessa. Laadullisen osan kautta esiin nousseet ylihoitajan vallan osa-alueet ja käsitteet linkittyivät *hoitotyön johtaja valta* mittarin kehittämiseen sujuvasti (Artikkeli I).

Hoitotyön lähiesimiehet arvioivat tässä tutkimuksessa valtansa hoitotyön johtajana keskitasolle kaikilla hoitotyön johtajan vallan kolmella osa-alueella (Artikkeli III). Tulosten perusteella hoitotyön lähiesimiehien rooli yksikössä ja tulos-/toimialueella on vallan osalta parempi, kuin hoitotyön johtajan asemaan liittyvä valta. Rooli liittyy terveydenhuollon organisaation työnjakoon ja heihin kohdistettuihin odotuksiin vastata osaston päivittäisen hoitotyön ja toiminnan sujumisesta. Aiemman tutkimuksen mukaan rooliin liittyvä valta yhdistyy siten myös korkeampaan työtyytyväisyyteen (Manojlovich 2005). Hoitotyön johtajan resurssit osa-alue ilmeni kaikkein matalimpana hoitotyön johtajan vallan osa-alueena. Kun tulos yhdistetään hoitotyön vallan matalimpaan osa-alueeseen hoitotyön resursseihin, voinee todeta, että hoitotyö kärsii ainakin hoitotyön johtajien näkökulmasta resurssipulasta tai hoitotyön johtajat eivät voi osallistua riittävästi niihin liittyvään organisaation päätöksentekoon (ks. Isosaari 2008; 2011; Suonsivu

2003). Resursseja käsiteltäessä täytyy muistaa, että ne sisältävät aineellisen puolen lisäksi aineettomia resursseja, kuten käytettävissä olevaa tietoa ja osaamista. Toisaalta aineellisiin resursseihin kuuluvat hoitotyöntekijöiden palkkarahojen lisäksi koulutusmäärärahat, hoitotarvikkeet ja -välineet.

Tässä tutkimuksessa haluttiin nostaa esille hoitotyön johtamiskeskusteluun tavanomaisesta poikkeavat ilmiöt; hoitotyön valta ja hoitotyön johtajan valta osana sitä (ks. Rissanen & Hujala 2011; Suomen Akatemia 2014). Sanotaan, että valta ei ole pysyvää, vaan se muuttuu muotoaan muun muassa muutosten mukana (Jabe & Kuusela 2013), näin liene myös tässä tutkimuksessa käsiteltyjen hoitotyön ja hoitotyön johtajan vallan osalta. Palvelurakennemuutos antaa mahdollisuuden uusien työnjakojen ja ympäristön myötä muuttaa tai jopa päästä eroon niistä hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan, kuin organisaation sosiaaliseen kontekstiin liittyvistä piirteistä, joita ei kannata siirtää uuteen toimintaympäristöön (Hofstede 1993; Isosaari 2011.)

Hoitotyön lähiesimiehet mieltävät organisaation sosiaalisen kontekstin suhteellisen samanlaisena (Artikkeli IV). Mitä ilmeisemmin julkisen terveydenhuollon hoitotyön lähiesimiehet jakavat samanlaisen työorientaation ja ymmärryksen hoitotyön johtamisen toimintaympäristöstä. Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) johtamiseen ja vetovoimaan liittyvässä toimintaohjelmassa kuvataan hoitotyön johtajan yhdeksi keskeiseksi tehtäväksi sellaisen toimintakulttuurin luomisen, joka voimaannuttaa hoitohenkilöstöä, kannustaa ammattitaidon ja työn kehittämiseen sekä varmistaa työhyvinvointia. Tulosten perusteella hoitotyön lähiesimiehillä on peruslähtökohtaisesti mahdollisuus tähän.

Tässä tutkimuksessa organisaation sosiaalinen konteksti kuitenkin vaihteli saman tulos-/toimialueen ryhmien välillä ja sisällä. Tulosten perusteella hoitotyön lähiesimiehet siten sallivat ja teoreettisesti tarkasteluna (ks. Schein 2001) osin itse vaikuttavat siihen millaisen organisaation sosiaalinen kontekstin he muodostavat työyksikössään tai osastollaan. Näin ollen se voi olla hyvinkin erilainen saman tulos-/toimialueen sisällä. Missä määrin toiminta tai tavoitteisiin pääsemisen tavat voivat sitten eriytyä? Onko niin, että saman tulos-/toimialueen sisällä yksi työyksikkö vastaa perustehtävästään paremmin, kuin toinen (ks. Rostila ym. 2007; 2011)? Aiemmin on nimittäin tulos-/toimialueen todettu selittävän hoitohenkilöstön vaihtelevaa toimintaa tai hoitokäytäntöjä (Roch ym. 2014).

Tämän tutkimuksen perusteella osa hoitotyön lähiesimiehistä mieltää osin epävirallisten normien kautta muodostuneen (ks. Huhtala & Laakso 2007) organisaatiokulttuurin omassa lähiesimiesryhmässään sisältävän kilpailua, joustamattomuutta ja kriittisyyttä. Ilmentääkö tämä tulos vain tulos-/toimialueen tai

lähiesimiesryhmän yhteisesti hyväksymää käsitystä käyttäytymisestä vai onko organisaation hallinnollisessa rakenteella tai johtamistyyleillä jotakin merkitystä? Prosessimaiseen toimintaympäristöön siirryttäessä on ehkä syytä pohtia tukevatko perinteiset tulos-/toimialuerajat haluttua lopputulosta. Voidaan myös pohtia kuvastaako tulos toimintatapaa millä asiat tehdään? Jos näin on, tulos stressistä, organisaatioilmapiirin yhtenä osa-alueena, ei yllätä. Osa lähiesimiehet kokee työnsä kuormittavaksi ja emotionaalisesti uuvuttavaksi. Tämä tulos korostui etenkin operatiivisella tulos-/toimialueella. Hoitotyön lähiesimiesryhmissä näyttää vaihtelevan ammatillisuuden, vuorovaikutuksen ja asiakkaiden tai potilaiden tarpeiden huomioon ottaminen (organisaatiokulttuurin osa-alue pätevyys). Tämä tulos voi olla seurausta hoitotyön lähiesimiehen itsensä kokemasta stressistä, mikä heijastuu työhön (ks. Brown ym. 2013).

Organisaation sosiaalinen konteksti (ulottuvuus) ei tuloksien perusteella näytä olevan este hoitotyön tai hoitotyön johtajan vallalle, kuin hoitotyön resurssien osalta. Vain tilastollisia viitteitä löytyy organisaatioilmapiirin osa-alueen osallisuuden yhteydestä esimiesten kykyyn saavuttaa tuloksia. Tämän perusteella hoitotyön lähiesimiehien kokemus siitä ottavatko he työnsä henkilökohtaisesti vai ovatko he vieraantuneet siitä ja hoitavat työnsä vain työnä vaikuttaa heidän omaan kykyynsä saavuttaa tuloksia. Tuloksien perusteella voidaan päätellä, että organisaatioon liittyvät tekijät, jotka joko rajoittavat tai estävät ylihoitajien valtaa (Artikkeli I) eivät selity organisaation sosiaalisella kontekstilla (ulottuvuus). Myöskään hoitotyön lähiesimiehen valtaa ei voida selittää sillä.

6.4 Tulosten hyödyntäminen terveydenhuollon ja hoitotyön johtamisessa sekä koulutuksessa

Tutkimus tuotti uutta, aiemmin kansallisesti puuttuvaa tietoa hoitotyön johtamiseen hoitotyön ja hoitotyön johtajan vallasta ja näiden yhteyksistä sekä terveydenhuollon organisaatioiden sosiaalisesta kontekstista (ulottuvuudesta). Tutkimusten tuloksien perusteella tunnistettuihin ja kuvattuihin hoitotyön vallan ja hoitotyön johtajan vallan osa-alueisiin voidaan kiinnittää huomiota ja vahvistaa niitä. Tämän myötä voidaan tukea hoitotyötä ja sen johtamista tulokselliseen ja tavoitteelliseen toimintaan, joiden avulla edistetään ja parannetaan kansalaisten terveyttä. Tutkimuksen merkitys käytännön hoitotyölle voidaan nähdä välillisenä, niin että hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta ovat yhteydessä potilaan tai asiakkaan saamiin hoitotyön tuloksiin.

Vahvistamalla hoitotyön valtaa, mahdollistetaan myös hoitotyöntekijöiden ammatillinen ja itsenäinen toiminta sekä voidaan auttaa heitä tavoitteiden saavuttamisessa ammattiryhmänä ja työyhteisönä. Kokemus riittävästä hoitotyön vallasta saattaa toimia myönteisenä moottorina alalle hakeutumiseen ja työssä pysymiseen.

Ylihoitaja totesivat tässä tutkimuksessa, että ilman valtaa mahdollisuudet tavoitteelliseen johtamiseen ovat huonommat. Lainsäädäntö ei velvoita turvaamaan erityisesti hoitotyön johtamista, mutta tämänkin tutkimuksen perusteella on ilmeistä että organisaatioiden kaikilla tasoilla tulisi olla johtamiseen koulutetut hoitotyön johtajat, jotta tuloksellisen ja tavoitteellisen hoitotyön toteutuminen olisi mahdollista, sekä yhteistyö eri ammattiryhmien välillä sujuisi hoitoprosesseissa asiakkaiden tai potilaiden parhaaksi. Hoitotyöntekijät ovat ja säilyvät sosiaali- ja terveydenhuollon suurimpana henkilöstöryhmänä. Toisaalta hoitotyön johtajan valta tutkimuskohteena ja hoitotyön johtamisen koulutuksen osa-alueena ansaitsee tulevaisuudessa enemmän huomiota.

Terveydenhuollon organisaatioiden sosiaalinen konteksti (ulottuvuus) muodostaa terveydenhuollon näkyvien rakenteiden ohella hoitotyön toimintaympäristön. Tämän tutkimuksen tuloksien avulla voidaan yhteistyössä eri professioiden kesken ja johtamisen tasoilla vahvistaa, muuttaa tai poistaa positiivisen organisaation sosiaalisen kontekstin esteitä. Organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin muotoutumisen kannalta palvelurakennemuutoksen implementoinnin ensimmäiset vaiheet ovatkin niiden kannalta tärkeimmät.

Hoitotyön ja hoitotyön johtamisen koulutuksessa tulee kiinnittää huomiota organisaation sosiaalisen kontekstin (ulottuvuus) merkitykseen työyhteisöjen ja työryhmien toiminnalle sekä edelleen kansalaisten ja potilaiden saamaan palveluun ja hoitoon.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Hoitotyön valta ja hoitotyön johtajan valta osana sitä ovat moniulotteisia ilmiöitä. Tässä tutkimuksessa hoitotyön valtaa lähestyttiin yhden teorian avulla (Theory of departmental power). Teoriaa tulee edelleen testata tämän päivän terveydenhuollon organisaatioissa ja kehittää sekä parantaa tutkimuksessa käytettyjä teoreettisia väittämiä. Hoitotyön valta -mittari oli ensimmäistä kertaa eurooppalaisessa ja suomalaisessa terveydenhuollossa käytössä ja se vaatii siten vielä tarkempaa

kulttuurista ja kielellistä tarkastelua. Näin voidaan vähentää siihen mahdollisesti liittyviä kulttuurisidonnaisia piirteitä.

Hoitotyön johtajan valta -mittari kehitettiin tätä tutkimusta varten ja sen käytettävyyttä sekä psykometrisia ominaisuuksia voitaisiin parantaa testaamalla sitä laajemmalla kohderyhmällä ja eri tason hoitotyön johtajilla. Tutkimuksessa käytettyä mallinnusmenetelmää tulee kehittää ja hyödyntää tutkittaessa esimerkiksi hoitotyön toimintaympäristöä ja erilaisten muuttujien vaikutuksia hoitotyöhön. Tutkimuksen ryhmätason ilmiöiden analysointiin käytettyjä tilastomenetelmiä voidaan hyödyntää tutkittaessa muita terveydenhuollon ryhmäilmiöitä.

Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaa tulee tutkia hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. On mielenkiintoista selvittää, miten hoitotyön lähiesimiesten tulokselliseksi ja tavoitteelliseksi arvioitu hoitotyö tai vallan osalta heikoiksi arvioidut hoitotyön ja hoitotyön johtajan resurssit näyttäytyvät hoitotyöntekijöille.

Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta käsitteet ovat melko abstrakteja ja voidaan pohtia saavutetaanko niiden empiirisellä testaamisella koskaan täsmällistä reaali maailman kuvausta. Toisaalta ilman testaamista ilmiöiden todellisuutta ja olemassaolon muotoja ei voida todentaa. Ajankohtaista on tutkia hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksen jälkeen ja verrata niissä mahdollisesti tapahtuneita muutoksia. Toisaalta tutkimusta eri organisaatiomuotojen, johtamisjärjestelmien ja työnjakomallien yhteydestä hoitotyön ja hoitotyön johtajan valtaan tarvitaan. Palvelurakennemuutuksen yhtenä tavoitteena on parantaa kansalaisen ja asiakkaan tai potilaan saamia palveluita ja niiden saavuttaminen edellyttää myös toimintarakenteiden tarkastelua. Erityisen kiinnostavaa olisi selvittää eri johtamisjärjestelmien yhteyttä hoitotyön valtaan. Eri yksiköiden ja osastojen tuloksellisuuteen on vaikuttamassa tällä hetkellä monessa paikassa jo useamman johdon alaisuudessa työskenteleviä toimijoita, kuten puhtauspalvelutyöntekijät ja erilaiset terapeutit. Onko niin, että hoitotyön oma linjaorganisaatio tukee tuloksellista johtamista, jos muiden toimijoiden roolit ovat selkeät ja toimintaprosessit kaikille tuttuja? Jatkotutkimusta tarvitaan laajemmin, kuin pelkästään hoitotyön ja lääkärien työn välisestä vallan jakaantumisesta. Palvelurakennemuutuksen myötä toimintaympäristössä valtaa ovat jakamassa ja käyttämässä niin sosiaalihuollon-, kuin terveydenhuollon toimijat.

Terveydenhuollon organisaatioiden tulee mahdollistaa organisaation sosiaalisen kontekstin tutkiminen ja tuloksien hyödyntäminen organisaatioiden kehittämisessä. Vaikka näiden melko näkymättömien sosiaalisissa vuorovaikutuksissa rakentuneiden konstruktioiden esille nostaminen saattaa herättää monenlaisia tunteita, niiden tunnistaminen on olennainen osa muutoksien toteuttamista ja niiden toteuttamisen

tukemista. Potilaiden hoitoprosessien kehittäminen potilaslähtöisiksi ja samalla tuottaviksi edellyttävät useimmiten myös organisaatiokulttuurin ja -ilmapiirin muuttamista. Tärkeää on myös tutkia miten tulos-/toimialueen organisaation sosiaalisten kontekstien erot vaikuttavat hoitotyön tuloksiin ja miten mahdolliset erot ylipäänsä muodostuvat.

7 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Hoitotyön valta kokonaisuudessaan on julkisessa terveydenhuollossa keskitasolla hoitotyön lähiesimiesten näkökulmasta. Se ilmenee tuloksellisena sekä tavoitteellisena toimintana ja siten hoitotyön vallan perusajatus hoitotyöntekijöiden myönteisestä voimavarasta toteutuu.
2. Hoitotyön valta vaihtelee tulos-/toimialueilla. Vaihtelua on sekä niiden sisällä, että välillä. Voidaan olettaa, että hoitotyön tavoitteiden ja tulosten saavuttaminen ei toteudu tasalaatuisesti ja vaikuttaa siten suoraan potilaiden hoidon tuloksiin.
3. Hoitotyön valta toteutuu heikoiden hoitotyön resurssien, organisaation ulkopuolisten vaikutusten ja yhteistyön osalta. Tulos heijastanee hoitotyössä ja hoitotyön toimintaympäristössä tapahtuvia muutoksia, jolloin hoitotyössä, sen johtamisessa, koulutuksessa kuin hoitotieteen tutkimuksessa tulee kiinnittää erityistä huomiota niihin ja vahvistaa niitä.
4. Hoitotyön johtajan valta ylihoitajien osalta on aseman tuomaa valtaa, persoonallista valtaa ja legitimiä valtaa. Asemaan liittyvä valta on muista toimijoista riippuvaista organisaatorakenteesta johtuen. Hoitotyön johtajan valta kytkeytyy perustehtävän toteuttamiseen ja siksi se on säilyttämisen arvoinen.
5. Vaikka valta koetaan nimelliseksi, ylihoitajien vallankäyttö yhdistyy hoitotyön johtajan perustehtävään päivittäisessä työssä edistäen, kehittäen ja toteuttaen hoitotyöhön liittyviä asioita. Substanssin tuntemus tukee hoitotyön johtajan potilaslähtöistä prosessien johtamista.

6. Hoitotyön lähiesimiesten arvioivat omaavansa eniten valtaa rooliinsa liittyen, vaikkakin hoitotyön lähiesimiesten valta kokonaisuudessaan on tällä hetkellä vain keskitasolla heidän arvionsa mukaan. Hoitotyön lähiesimiesten johtamista pitäisi vahvistaa organisaatioissa.
7. Hoitotyön vallan ja hoitotyön johtajan vallan osa-alueet korreloivat tilastollisesti tarkasteltuna kohtalaisesti toistensa kanssa. Hoitotyöntekijöiden ja hoitotyön johtajien kesken tarvitaan enemmän dialogia tavoitteiden asettamisessa sekä toiminnan suunnittelussa.
8. Organisaation sosiaalisen kontekstin osa-alueet organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri vaihtelivat hoitotyön lähiesimiesryhmissä (n=30). Näyttää siltä, että hoitotyön lähiesimiesten johtaminen ei toteudu samansuuntaisesti tällä hetkellä julkisessa terveydenhuollossa. Hoitotyön lähiesimiesten tulee lisätä yhteistyötään ja siten he voivat myös helpottaa työkuormaansa, mutta ennen kaikkea saavuttaa yhteiset tavoitteet.
9. Organisaation sosiaalinen konteksti (ulottuvuus) on yhteydessä hoitotyön valtaan hoitotyön resurssien osalta. Muilta osin hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta edellyttää tämän tutkimuksen perusteella hoitotyön johtajilta itseltään luottamusta kykyihinsä ja osaamiseensa johtaa, mutta myös rohkeutta.
10. Hoitotyön johtajilta edellytetään aktiivista vaikuttamista organisaation sosiaaliseen kontekstiin (ulottuvuuteen), koska sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä siihen tarjoutuu mahdollisuus.

Lähteet

- Aalto, P. & Kujansuu, E. 2014. Raportti toimialueen 2 johtamista koskevasta selvityksestä. Saatavilla: www.pshp.fi/default.aspx?contentid=38915&nodeid=9469&contentlan=1 (viitattu 6.5.2014).
- Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1421. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Aarons, GA. & Sawitzky, AC. 2006. Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and staff turnover in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(3), 289–301.
- Aiken, LH., Sloane, DM., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M. & Aunguroch, Y. 2011. Importance of work environment on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357–364.
- Alvesson, M. & Sveningsson, S. 2008. Changing organizational culture. Cultural change work in progress. Routledge, United States of America. (viitattu 14.2.2015)
Saatavilla: http://untagsmd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/ORGANIZATIONAL%20CULTURE%20Changing%20Organizational.pdf
- Argyris, C. 2004. Reasons and rationalizations: the limits to organizational knowledge. University Press. Oxford.
- Armstrong, KJ. & Laschinger, H. 2006. Structural empowerment, magnet hospital characteristics, and patient safety culture. Making the link. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), 124–132.
- Beck, CT., Bernal, H. & Froman RD. 2003. Methods to document semantic equivalence of a translated scale. *Research in Nursing & Health*, 26(1), 64–73.
- Bliese, PD. 2000. Within-group agreement non-independence and reliability: implications for data aggregation and analysis. 349–381. Teoksessa: In *Multilevel theory research, and methods in organizations*. Toim. Klein, K.K & Kozlowski, S.W.J. Jossey-Bass Inc, San Francisco.
- Bogue, J., Joseph, ML. & Sieloff, CL. 2009. Shared governance as vertical alignment of nursing group power and nurse practice council effectiveness. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 4–14.
- Boyle, S. 2004. Nursing unit characteristics and patient outcomes. *Nursing Economics*, 22(3), 111–123.
- Bradburry-Jones, C., Sambrook, S. & Irvine F. 2008. Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 258–266.
- Brown, P., Fraser, K., Wong, CA., Muise, M. & Cummings, G. 2013. Factors influencing intentions to stay and retention of nurse managers: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 459–472.

- Clarke, SP. 2006. Organizational climate and culture factors. 255–272. In: Fitzpatrick, J. J., Stone, P. & Walker, P. H. (Ed.) Annual Review of Nursing Research. Volume 24. Hardcover, Springer Publishing Company, United States of America.
- Cohen, A., Dovich, E. & Eick, U. 2001. Statistical properties of the $r_{ng(i)}$ index of agreement. *Psychological Methods*, 6(3), 297–310.
- Cummings, G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C., Lo, E., Muise, M. & Stafford, E. 2010. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363–385.
- Davis, L. 1992. Instrument review: getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 104–107.
- Demidenko, E. 2013. Mixed models: theory and applications with R. 2. painos. Wiley & Sons Inc, United States of America.
- DeVon, H., Block, M., Moyle-Wright, P., Ernst, D., Hayden, S., Lazzara, D., Savoy, S. & Kostas-Polston, E. 2007. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 155-164.
- Ellonen, N. 2006. Monitsoanalyysit ja niiden soveltaminen sosiaalietieteissä. *Janus* 14(2), 127–138.
- Fafard, P. 2008. Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Institute National Quebec. (viitattu 6.6.2014)
Saataavilla: <http://www.ncchpp.ca/docs/FafardEvidence08June.pdf>
- Faulker, J. & Laschinger, H. 2008. The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. *Journal of Nursing Management*, 16 (2), 214–221.
- Fennimore, L. & Wolf, G. 2011. Nurse manager leadership development. *Journal of Nursing Administration*, 41(5), 204–210.
- Gershon, R., Stone, P., Bakken, S. & Larson, E. 2004. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 33-40.
- Gillis, A. & Jackson, W. 2002. Research for nurses methods in interpretation. F.A. Davis Company. Philadelphia.
- Glickman, SW., Baggett, KA., Krubert, CG., Peterson, ED. & Schulman, KA. 2007. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 341–348.
- Glisson, C. & James, LR. 2002. The cross-level effect of culture and climate in human service teams. *Journal of Organizational Behaviour*, 23(6), 767–794.
- Glisson, C., Landsverk, J., Schoenwald, S.K., Kelleher, K., Hoagwood, M.S. & Green, P. 2008. Assessing the Organizational Social Context of Mental Health Services for Implementation Research and Practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1), 98–113.
- Glisson, C., Shoenwald, SK., Kelleher, K. Landeswerk, J. Hoagwood, MS. & Green, P. 2008. Therapist Turnover and New Program Sustainability in Mental Health Clinics as a Function of Organizational Culture, Climate, and Service Structure. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1), 124–133.
- Glisson, C., Green, P. & Williams, NJ. 2012. Assessing the organizational social context (OSC) of child welfare systems: implications for research and practice. *Child Abuse & Neglect*, 36 (9), 621–632.

- Glisson, C., Williams, NJ., Green, P., Hemmelgarn, A. & Hoagwood, K. 2014. The organizational social context of mental health Medicaid waiver programs with family support services: implications of research and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Service Research*, 41(1), 32–42.
- Graneheim, UH. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- Hagbager, MA., Salsali, M. & Ahamdi, F. 2004. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Human Resources for Health*, 2(9), 1–14. (viitattu 12.10.2014) Saatavilla: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/9>
- Hannila, M-L. & Kiviniemi, V. 2008. R- opas. Alkeista tilastollisiin perusmenetelmiin. Kuopion yliopisto, tietotekniikkakeskus. Kuopio. (viitattu 26.9.2014) Saatavilla: <https://www.uef.fi/documents/11873/891408/R-opas.pdf/9c2099cf-cac5-4859-a472-5bf284abb5fd>
- Harmoinen, M. 2014. Arvostava johtaminen terveydenhuollossa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 2007. Tampere University Press. Tampere.
- Hayat, MJ. 2010. Understanding statistical significance. *Nursing Research*. 59(3), 219–223.
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2001. Dialogi: avain innovatiivisuuteen. Wsoy. Porvoo.
- Heineken, J. & Wozniak, DA. 1988. Power perceptions of nurse manager personnel. *Western Journal of Nursing Research*, 10(5), 591–599.
- Hentinen, M. 2002. Ajatuksia hoitotieteen ja hoitotieteellisen koulutuksen tulevaisuudesta. *Hoitotiede*, 14(2), 86–91.
- Herrin, D. & Spears, P. 2007. Using nurse leader development to improve nurse retention and patient outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 31(3), 231–243.
- Hilton, A. & Skrutkowski, M. 2002. Translating instruments into other languages: development and testing process. *Cancer Nursing*, 25(1), 1–7.
- Hofstede, G. 1993. Kulttuurit ja organisaatiot. Mielen ohjelmointi. WSOY. Juva.
- Hokanson. Hawks, J. 1991. Power: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 16(6), 754–762.
- Huhtala, H. & Laakso, A. 2007. Kirjallisuuskatsaus organisaatiokulttuuriteorioihin: mitä ne ovat ja miten niistä on keskusteltu kansainvälisissä ja suomalaisissa tieteellisissä jouluaaleissa? *Hallinnon Tutkimus*, 26(1), 13–32.
- Ikola-Norrbacka, R. 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa. Akateeminen väitöskirja. Acta Wasaensia 222. Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Isosaari, U. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Acta Wasaensia 188. Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Isosaari, U. 2011. Power in health care organizations: contemplations from the first-line management perspective. *Journal of Health Care Organization Management*, 25(4), 385–399.
- Jabe, M. & Kuusela, S. (toim.) 2013. Hyvä paha valta. Talentum Media Oy. Helsinki.
- James, LA., Choi, C., Ko, C., McNeil, P., Minton, M., Wright, M. & Kim, K. 2008. Organizational and psychological climate: a review of theory and research. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(1), 5–32.
- James, LA. & James, LR. 1989. Integrating work environment perceptions: explorations into the measurement of meaning. *Applied Psychology*, 74(5), 739–751.

- Jokivuori, P. & Hietala, R. 2007. Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamentelmien käyttö ja tulkinta. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Juuti, P. & Virtanen, P. 2009. Organisaatiomuutos. Otavan Kirjanpaino Oy. Keuruu.
- Kalisch BJ, Lee H. & Salas, E. 2010. The development and testing of the nursing teamwork survey. *Nursing Research*, 59(1), 42–50.
- Kangasniemi, M., Viitalähde, K. & Porkka, S. 2010. A theoretical examination of rights of nurses. *Nursing Ethics*, 17(5), 628–635.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WsoyPro Oy. Helsinki.
- Kanste, O. 2005. Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D815. Oulun Yliopisto. Oulu.
- Kanter, RM. 2001. Power Failure in Management Circuits. Teoksessa: *Classics of Organization Theory*. 343–352. Toim. Shafritz, J.M. & Ott, S. Fort Worth: Harcourt College Publisher. United States of America.
- Karjalainen, H. 2010. ”Kai sitä ihminen on vaan semmoinen laumaeläin”- Virtuaalisen tiimin ilmapiiri. Akateeminen väitöskirja. Turun kauppakorkeakoulu. Turku.
- Kelly, LA., McHugh, MD. & Aiken, L. 2011. Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 42(1), 428–433.
- Kielitoimiston sanakirja. 2012. 3 painos. Kotimaisten kieltenkeskusten julkaisuja 170. Kotimaisten kieltenkeskus. Helsinki.
- King, I. 2006. A systems approach in nursing administration. Structure, process, and outcome. *Nursing Administration Quarterly*, 30(2), 100–104.
- Kinnunen, J. 2011. Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. 165–180. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat. Teoksessa: Rissanen, S. & Lammintakanen, J. toim. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOY Pro Oy. Helsinki.
- Kinnunen, J. 1990. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Akateeminen väitöskirja. Alkuperäistutkimukset 4/1990. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteen 158. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Klavovich, MD. 1996. Registered nurse empowerment: model testing and implications for nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*, 26(5), 29–35.
- Kohonen, K. 2009. Henkilökohtainen sähköposti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta sihteeri (30.9.2009)
- Korpela, M., Suominen T., Kankkunen P. & Doran, D. 2009. Hoitotyön lähijohtajien arviot omasta ja vastuuyksiköidensä hoitotyöntekijöiden työn hallinnasta ja heille antamasta tuesta. *Hoitotiede*, 22(2), 83–95.
- Kuokkanen, L. 2005. Millainen on valtaistunut hoitaja? *Tutkiva Hoitotyö* 3(11), 29–34.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2002. Do nurses feel empowered? Nurses assessments of their own qualities and performance with regard to nurse empowerment. *Journal of Professional Nursing*, 18(6), 328–335.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2012. Sairaanhoitajien käsitykset valtaistumisestaan ja siihen liittyvistä tekijöistä työssään. *Hoitotiede*, 24(1), 82–91.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Kuusela, S. 2010. Valta ja vuorovaikutus johtamisessa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1573. Tampereen yliopisto. Tampere.

- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Toinen painos. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita. Helsinki
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. 21–43. Teoksessa: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.)
- Laippala, P., Paavilainen, E. & Koponen, H. 2006. Kuvailevaa tilastotiedettä-summamuuttujien rakentamisen tarkastelua. 76–90. Teoksessa: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K.
- Laschinger, H., Almost, J. & Tuer-Hodes, D. 2003. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 410–422.
- Lindholm, M. & Uden, G. 2001. Nurse managers management direction and role over time. *Nursing Administration Quarterly*, 25(4), 14–29.
- Lindholm, M., Uden, G. & Råstam, L. 1999. Management from four different perspectives. *Journal of Nursing Management*, 7(2), 101–111.
- Lindström, K. 2003. Valta ja vallankäyttö esimiestyössä. *Ryhmätyö*, 32(2), 8–12.
- Litwin, G. 1984. Leadership and organizational climate. 467–480. Teoksessa: *Organizational psychology. Readings on human behavior on organizations*. Neljäs painos. Prentice-Hall Inc. New Jersey.
- Lämsä, A-M. & Hautala, T. 2005. Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Mallidou, A., Cummings, G., Estabrooks C. & Giovannetti P. 2011. Nurse specialty subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: a multiple-group structural equation modelling. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (1), 81–93.
- Manojlovich, M. 2005. The effect of nursing leadership on hospital nurses' professional practice behaviors. *Journal of Nursing Administration*, 35(7/8), 366–374.
- Mantzoukas, S. & Jasper, M. A. 2004. Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 925–933.
- Markkanen, K. & Tuomisoja, A. 2014. Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvitys tehyläisten johtajien ja esimiesten näkemyksistä. Tehyn julkaisusarja B Selvityksiä 1/14. Multiprint Oy. Vantaa.
- Marquis, BL. & Huston, CJ. 2003. Understanding organizational, political, and personal power. 184–207. Teoksessa: Marguis, B.L. & Huston, C.J. *Leadership roles and management functions in nursing theory and application*. 4. painos. Lippincott Williams & Williams. United States of America.
- Mintzberg, H. 1983. *Power In and Around Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice- Hall. United States of America.
- Munhall, P.L. 2001. Ethical considerations in qualitative research. 537–549. Teoksessa: Munhall, P.L. *Nursing research. A qualitative perspective*. Kolmas painos. Jones and Bartlett Publishers. United States of America.
- Mur-Veeman, I., Eijkelberg, I. & Spreeuwenberg, C. 2001. How to manage the implementation of shared care. A discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements. *Journal of Management in Medicine*, 15(2), 142–155.
- Narinen, A. 2000. *Terveydenhuollon osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa*. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. 215–221. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 4. painos. WSOY, Juva.

- Nieuwenhuis, R., de Grotenhuis, M. & Pelzer, B. 2012. Influence. ME: Tools for detecting influential data in mixed effects models. *R Journal*, 4(2), 38–47.
- Nikkilä, J. & Paasivaara, L. 2007. Arjen johtajuus. Rutiinijohtamisesta tulkintataitoon. Silverprint. Sipoo.
- Nummenmaa, L. 2009. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Nummi, T. 2005. Sekamallit. (viitattu 6.6.2014)
 Saatavilla: <http://www.sis.uta.fi/tilasto/sekamallit/moniste/SekamallitPDF.pdf>
- Paliadelis, PS. 2008. The working world of nursing unit managers: responsibility without power. *Australian Health Review*, 32(2), 256–264.
- Parvinen, P., Lillrank, P. & Iivonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Talentum. Helsinki.
- Peltonen, T. 2007. Johtaminen ja organisointi. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.
- Pitkäaho, T. 2011. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Akateeminen väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.
- Polit, DF. & Beck CT. 2012. Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. Yhdeksäs painos. Lippincott & Willkins. Philadelphia.
- Porter-O'Grady T. 2001. Is shared governance still relevant? *Journal of Nursing Administration*, 31 (10), 468–473.
- Raatikainen, R. 1994. Power or the lack of it in nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 19(3), 424–432.
- Reikko, K., Salonen, K. & Uusitalo, I. 2010. Puun ja kuoren välissä. Lähijohtajuus sosiaali- ja terveysalalla. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 31. Juvenes Print Oy. Tampere.
- Rissanen, S. & Hujala, A. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat. 81–104. Teoksessa: Rissanen, S. & Lammintakanen, J. toim. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOY Pro Oy. Helsinki.
- Roch, G., Dubois, C-A. & Clarke, SP. 2014. Organizational climate and hospital nurses' caring practices: a mixed- methods study. *Research in Nursing & Health*, 37(3), 229–240.
- Rostila, I., Suominen, T., Asikainen, P. & Green, P. 2011. Differentiation of organizational climate and culture in public health and social services in Finland. *Journal of Public Health*, 19(1), 39–47.
- Rostila, I., Suominen, T., Asikainen, P. & Mäenpää, T. 2007. Hyvinvointipalveluorganisaatioiden kulttuurien ja ilmapiirien erojen paikantuminen työyksikköön. *Premissi*, 1, 38–46.
- Rostila, I. 2006. Hyvinvointipalvelujen haasteet ja organisaatioiden kulttuuri. Näköaloja hyvinvointipalvelujen tuottamisen seminaari 3.10.2006. Pori.
- Ross- Walker, C., Rogers-Clark, C. & Pearce, S. 2012. A systematic review of register nurses; experiences of the influence of workplace culture and climatic factors on nursing workload. *JBL Library of Systematic Reviews*, 10(49), 3080–3145.
- Schein, E.H. 1985. Leadership and organizational culture. Calif. Jossey-Bass Publisher, San Francisco.
- Schein, E.H. 2001. Defining organizational culture. 369–376. Teoksessa: Classic of organization theory. 5th edition. Hartcour College Publishers. United States of America.

- Schein, E.H. 2010. *Jossey-Bass Business and Management: organizational culture and leadership*. 4th edition. Jossey-Bass Inc, San Francisco.
- Seren, S. & Baykal, U. 2007. Relationships between change and organizational culture in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 191–197.
- Scott, J., Sochalski, J. & Aiken, L. 1999. Review of magnet hospital Research: findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9–19.
- Scott-Findlay, S. & Estabrooks, C. 2006. Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 498–513.
- Sieloff, C. L. 1996. Development of an instrument to estimate the actualized power of a nursing department. Doctoral Dissertation. Wayne State University. United States of America. Julkaisematon.
- Sieloff, C.L. 2003. Measuring nursing power within organizations. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 183–187.
- Sieloff, C. L. 2004. Leadership behaviours that foster nursing group power. *Journal of Nursing Management*, 12(4), 246–251.
- Sieloff, C.L. 2007. The theory of group power within organizations. 196–124. Teoksessa: Sieloff, C.L. & Frey, M.A. (toim.) *Middle Range theory development using King's conceptual system*. Springer Publishing Company, New York.
- Sieloff, C.L. 2009. *Mittarin; Sieloff-King Assessment of Group Outcome Attainment within Organizations* © käyttöluupa. Henkilökohtainen tiedoksianto, sähköposti 27.11.2009.
- Sieloff, C. L. & Dunn, K. 2008. Factor Validation of an Instrument Measuring Group Power. *Journal of Nursing Management*, 16(2), 113–124.
- Simonen, O. 2012. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tampereensis* 1690. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Sinkkonen, S. 1994. Hoitotyön johtaminen muuttuvassa ympäristössä. 190–200. Teoksessa: Simoila, R., Kangas, R. & Ranta J. *Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Skytt, B., Ljungren, B. & Carlsson M. 2007. Reasons to leave: the motives of first-line nurse managers' for leaving their post. *Journal of Nursing Management*, 15 (3), 294–302
- Smith, P., Jostmann, N., Galinsky, A. & van Dijk, W. 2008. Lacking power impairs executive functions. *Psychological Science*, 19(5), 441–447.
- Song, MK., Lin, F-C., Ward, S. & Fine, JP. 2013. Composite variables. When and how. *Nursing Research*, 62(1), 45–49.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisuja 2003:18. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Julkaisuja 2012:1. Juvenes Print- Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Julkaisuja 2009:18. (viitattu 3.7.2014) Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf
- Streiner, DL. & Norman, GR. 2003. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Third edition. Oxford University Press. New York.

- Sullivan, E.J. & Decker, P.J. 2005. *Effective Leadership Management Nursing*. 84–97. Chapter 6: Understanding Power and Politics. Kuudes painos. Pearson Prentice Hall. United States.
- Suomen Akatemia. 2008. Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. (viitattu 4.6.2014) Saatavilla: <http://www.aka.fi/fi/A/Tutkijalle/Rahoituksen-kaytto/Eettiset-ohjeet/>
- Suomen Akatemia. 2014. Valta Suomessa tutkimusohjelma. (viitattu 4.6.2014) Saatavilla: <http://www.aka.fi/valta>
- Suominen, T., Savikko, N., Puukka, P., Doran, D.I. & Leino-Kilpi, H. 2005 Work empowerment as experienced by head nurses. *Journal of Nursing Management*, 13(2), 147–153.
- 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. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1171. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Surakka, T. 2008. Osastonhoitajan työ ja sen muuttuminen. 53–67. Teoksessa: Surakka, T., Kikkala, I., Lahti, T., Laitinen H. & Rantala, T. Osastonhoitaja ja johtaminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Acta Wasaensia 176. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Taskinen, S. 2003. Valta ja minä. *Ryhmätyö* 32(2), 2-7.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. (viitattu 4.6.2014) Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveys- ja hyvinvoinninlaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. (viitattu 4.6.2014) Saatavilla: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/677215d6-9126-46f3-8d9c-11a42d84beda>
- Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoraportti 2008. Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2008. Helsinki. (viitattu 8.6.2014). Saatavilla: http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/80035/Tr23_09.pdf?sequence=1
- Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoraportti 2011. Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2011. Helsinki. (viitattu 8.6.2014). Saatavilla [www-muodossa:http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116033/Kokonaisraportti.pdf?sequence=3](http://www.muodossa:http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116033/Kokonaisraportti.pdf?sequence=3)
- Tervo-Heikkinen, T. 2008. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatietee 162. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Tevameri, T. Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa. *Hallinnon Tutkimus*, 29(3), 221–238.
- Tiirinki, H. 2014. Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla - terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D 1241. Oulun yliopisto. Oulu.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. (viitattu 26.6.2014) Saatavilla:http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

- Tuomiranta, M. 2002. Lääkärijohtaja- lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajien roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 854. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Twig, D. & McCullough, K. 2014. Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 85–92.
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisu C:20. Painosalama Oy. Turku.
- Töttö, P. 2012. Henkilökohtainen tiedoksianto 24.3.2012.
- Uhari, M. & Nieminen, P. 2001. *Epidemiologia & biostatistiikka*. Ensimmäinen painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Upnieks, VV. 2002. What Constitutes Successful Nurse Leadership? *Journal of Nursing Administration*, 32(12), 622–632.
- Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2008. Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*, 20(1), 36–47.
- Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Vallimies- Patomäki, M. 2008. Terveystieteiden kasvatustieteiden tutkimusmetodit – Seurannan ja ennakoinnin tuloksia. 35–50. Teoksessa: Koponen, L. & Hopia, H. toim. *Hoitotyön vuosikirja 2008*. Suomen Graafiset palvelut Oy. Helsinki.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kutsannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen M. 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. 206–214. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 4. painos. WSOY, Juva.
- Verbreke, W., Volgering, M. & Hessels, M. 1998. Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behaviour: organizational climate and organizational culture. *Journal of Management Studies*, 35(3), 303–329.
- Vesterinen, S. 2013. Osastonhoitajien johtamistyyliä osana johtamiskulttuuria. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D 1200. Oulun yliopisto. Oulu.
- Viinikainen, S. 2007. Ylihoitajien kokemuksia vallasta ja sen yhteydestä hoitotyöhön. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Viinikainen, S., Suominen, T. & Asikainen, P. 2009. Hoitotyön johtajan valta mittari.
- Viitanen, E. & Lehto, J. 2005. Lähijohtaminen ja – johtajuus: uusi johtamisympäristö kulttuuriperinteen muokkaajana. 117–130. Teoksessa: Vuori, J. toim. *Terveys ja johtaminen*. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.
- Virtanen, JV. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Sarja A-2:2010. Turun kauppakorkeakoulu. Uniprint. Turku.
- Vuori, J. 2005. Terveys ja hallinnon käsitteet. 34–73. Teoksessa: Vuori, J. toim. *Terveys ja johtaminen*. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki.
- Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1358. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print. Tampere.

- West, MA. & Lyubovnikova, J. 2013. Illusions of team working in health care. *Journal of Health Organizations and Management*, 27(1), 134–142.
- Wiili-Peltola, E. 2005. Sairaala muutosten ristipaineessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Savion Kirjapaino Oy. Kerava.
- Wilson, VJ., McCormack, BG. & Ives, G. 2005. Understanding the workplace culture of a special care nursery. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 27–38.
- Wong, C. & Cummings, G. 2007. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 508–521.
- Yleinen suomalainen asiasanasto (YSA). 2014. (Viitattu 29.9.2014) Saatavilla: <http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>

Liitteet

Liite 1 Teemahaastattelun teema-alueet

TEEMAT	Ylihoitajan valta
	Ylihoitajan vallankäyttö
	Ylihoitajan valtaa edistävät tekijät
	Ylihoitajan valtaa estävät tekijät
	Ylihoitajan vallan yhteys hoitotyöhön

Liite 2 Saatekirjeet tutkimukseen vastaajille

Arvoisa osastonhoitaja/apulaisosastonhoitaja!

Toivomme Sinun vastaavan oheisiin kyselylomakkeisiin. Tutkimuksessamme tarkastellaan organisaatiokulttuurin ja – ilmapiirin yhteyttä hoitotyön valtaan terveydenhuollon organisaatioissa. Kyselyn alussa ovat taustakysymykset, joihin vastaaminen on tutkimuksen kannalta erittäin tärkeää. Tarkemmat ohjeet kyselyjen täyttämisestä löytyvät kunkin osion (kyselyn) alusta.

Kyselylomakkeet

Hoitotyön valta julkisen terveydenhuollon organisaatioissa- mittaristo

Sieloff-King Assessment of Group Outcome Attainment within Organizations ©

Hoitotyön johtajan valta ©

ja

Organisaatio sosiaalisena kontekstina -mittaristo (OSC) Organizational Social Context (OSC) Measurement System

University of Tennessee Children’s Mental Health Services Research Center

Oheiset kyselyt ovat osa laajempaa tutkimusprojektia, josta vastaavat professori Tarja Suominen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta, professori Ilmari Rostila Tampereen yliopiston sosiologian laitokselta ja THT, hallintoylihoitaja Paula Asikainen Satakunnan sairaanhoitopiiristä. Nyt vastattavana olevista vastauksistanne valmistuu Sari Viinikaisen väitöskirjatyö, jonka tuloksia raportoidaan sekä kansallisissa että kansainvälisissä artikkeleissa vuosina 2010 - 2011.

Kiitos ajastasi ja hyvää kevään jatkoa!

Tutkimusprojektin tutkijat

*Tarja Suominen
Professori, THT
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
tarja.suominen@uta.fi*

*Sari Viinikainen
TtM, TtT-opiskelija
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
sari.viinikainen@uta.fi*

HOITOTYÖN VALTA JULKISEN TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOISSA- kyselylomakkeet

OHJEET

Kyselyn ensimmäinen osa selvittää hoitotyöntekijöiden kykyä saavuttaa tuloksia organisaatioissa (Sieloff-King Assessment of Group Outcome Attainment within Organizations ©) Organisaatiolla tarkoitetaan koko sairaanhoitopiiriä missä työskentelet. Maininnat hoitotyöntekijöistä tarkoittavat siis hoitotyöntekijöitä (sairaanhoitajat, lähihoitajat jne.) ryhmänä toimi/tulosalueellasi, ei yksittäistä hoitajaa siinä ryhmässä. **Toinen kyselyn osa selvittää hoitotyön johtajien** valtaa ryhmänä organisaatiossa, vastaa kysymyksiin ajatellen omaa tilannettasi hoitotyön johtajana toimi/vastuu/tulosalueellasi (operatiivinen, konservatiivinen, psykiatrinen). Yksiköllä puolestaan tarkoitetaan osastoa tai työpistettä, jossa työskentelet hoitotyön johtajana.

- Ole hyvä ja vastaa kaikkiin kysymyksiin valitsemalla henkilökohtaista käsitystäsi vastaava vastausvaihtoehto.
- Pyrihän vastaamaan jokaiseen kohtaan. Mikäli jokin kysymys tai väite ei täysin sovellu tilanteeseesi, valitse kuitenkin valita annetuista vaihtoehdoista tilanteeseesi parhaiten sopiva tai paras vaihtoehto.
- Vastauksesi ovat luottamuksellisia, ja sinua henkilönä tai nimeäsi ei tulla liittämään millään tavalla vastauksiisi.
- Kukaan toimialueellasi tai organisaatiossasi ei tule näkemään vastauksiasi.

Liite 3 Tutkimuksen taustakysymykset

Vastaa seuraaviin taustakysymyksiin ympäröimällä sopivin vastausvaihtoehto tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

1. Ikä vuosina _____
2. Sukupuoli
 1. Nainen
 2. Mies
3. Työkokemus hoitotyössä _____ vuotta
4. Työkokemus hoitotyön johtajana _____ vuotta, **jos alle**, niin _____kk
5. Nykyinen virkanimikkeesi _____
6. Työkokemus nykyisessä tehtävässä _____ vuotta, **jos alle**, niin _____kk
7. **Ylin** Koulutuksesi
 1. sairaanhoitajatutkinto (AMK)
 2. sairaanhoitajatutkinto (AMK) sekä johtamisen lisäkoulutus
 3. erikoissairanhoitajatutkinto
 4. erikoissairanhoitajatutkinto sekä johtamisen lisäkoulutus
 5. yliopistotutkinto kandidaatti
 6. yliopistotutkinto maisteri
 7. joku muu, mikä _____
8. Organisaatiosi tällä hetkellä
 1. Yliopistollinen keskussairaala
 2. Keskussairaala
9. Organisaatiosi henkilöstömäärä kokonaisuudessaan
 1. alle 99
 2. 100-499
 3. 500-999
 4. 1000-5000
 5. yli 5000 henkilöä

10. Organisaatiosi **hoitotyöntekijöiden** määrä kokonaisuudessaan

1. alle 99
2. 100-499
3. 500-999
4. 1000-5000

11. Esimiehesi virkanimike

1. ylihoitaja
2. ylilääkäri
3. osaston ylilääkäri
4. joku muu, mikä _____

12. Johtamasi osastojen/työyksiköjen määrä on _____

13. Johtamasi osastojen/työyksiköiden hoitohenkilökunnan määrä on _____

14. Arvioi kokonaisvaltaasi hoitotyön johtajana ympyröimällä sitä parhaiten kuvaava kokonaisarvo (0 on huonoin mahdollinen vaihtoehto, 10 paras mahdollinen vaihtoehto)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Arvioi kokonaisvastuutasi hoitotyön johtajana ympyröimällä sitä parhaiten kuvaava kokonaisarvo (0 on huonoin mahdollinen vaihtoehto, 10 paras mahdollinen vaihtoehto)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kysely osa 2 Hoitotyön johtajan valta

copyright: Viinikainen, Suominen, Asikainen 2009

Hoitotyön johtajana...	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei eri, eikä samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Minulla on asemaani liittyvää valtaa yksikössäni					
2. Hoitotyön substanssin tunteminen ja hallinta mahdollistavat asemaani liittyvän vallan yksikössäni					
3. Minulle delegeoitu valta mahdollistaa asemaani liittyvän vallan yksikössäni					
4. Organisaation säännöt mahdollistavat asemaani liittyvän vallan yksikössäni					
5. Asemaani liittyvä valta yksikössäni on esimiehestäni riippuvaista					
6. Asemaani liittyvä valta yksikössäni on hoitotyöntekijöistäni riippuvaista					
copyright: Viinikainen, Suominen, Asikainen 2009					
7. Asemaani liittyvä valta yksikössäni on työparistani riippuvaista					

8. Minulla on persoonaani liittyvää valtaa yksikössäni					
9. Minulla on riittävät taloudelliset resurssit johtaa hoitotyötä yksikössäni					
10. Minulla on saatavilla riittävästi tietoa päätöksenteon perustaksi yksikössäni					
11. Minulla on riittävä koulutus tehtävääni hoitotyön johtajana yksikössäni					
12. Minulla on riittävät yhteistyösuhteet organisaatiossani					
13. Minulla on käytettävissä riittävät henkilöstöresurssit yksikössäni					
14. Hoitotyön substanssin tunteminen ja hallinta mahdollistaa resursseihin liittyvän valtani yksikössäni					
15. Minulle delegoitu valta mahdollistaa resursseihin liittyvän valtani yksikössäni					
copyright: Viinikainen, Suominen, Asikainen 2009					
16. Organisaation säännöt mahdollistavat resursseihin liittyvän valtani yksikössäni					

17. Resursseihin liittyvä valtani yksikössäni on esimiehestäni riippuvaista					
18. Resursseihin liittyvä valtani yksikössäni on työntekijöistäni riippuvaista					
19. Resursseihin liittyvä valtani yksikössäni on työparistani riippuvaista					
20. Roolini hoitotyön johtajana yksikössäni on toimia hoitotyön asiantuntijana					
21. Roolini hoitotyön johtajana yksikössäni on vastata hoitotyön henkilöstöhallinnosta					
22. Roolini yksikössäni on toimia hoitotyön kehittäjänä					
23. Roolini yksikössäni on vastata taloudesta hoitotyön osalta					
24. Roolini yksikössäni on vastata toiminnasta hoitotyön osalta					
25. Roolini yksikössäni on vastata valvonnasta hoitotyön osalta					
copyright: Viinikainen, Suominen, Asikainen 2009					
26. Hoitotyön substanssin tunteminen ja hallinta mahdollistavat rooliini					

liittyvän vallan yksikössäni					
27. Minulle delegoitu valta mahdollistaa rooliini liittyvän vallan yksikössäni					
28. Organisaation säännöt mahdollistavat rooliini liittyvän vallan yksikössäni					
29. Rooliini liittyvä valtani yksikössäni on esimiehestäni riippuvaista					
30. Rooliini liittyvä valtani yksikössäni on hoitotyöntekijöistäni riippuvaista					
31. Rooliini liittyvä valtani yksikössäni on työparistani riippuvaista					

Ylihoitajien valta ja vallan yhteys hoitotyöhön

Sari Viinikainen

TtM, jatko-opiskelija, osastonhoitaja
Tampereen yliopisto ja Keski-Suomen
sairaanhoitopiiri, päivystyksen
toimialue
sari.viinikainen@uta.fi

Tarja Kvist

TtT, yliopistotutkija
Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen
laitos
tarja.kvist@uef.fi

Tarja Suominen

THT, professori
Tampereen yliopisto, hoitotieteen
laitos
tarja.suominen@uta.fi

Hyväksytty julkaistavaksi 29.5.2010.

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ylihoitajien kokemuksia vallasta heidän itsensä kertomana. Tutkimuksessa haastateltiin 10 ylihoitajaa kahdessa erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Ylihoitajien valta muodostui aineiston perusteella asemaan perustuvasta, persoonallisesta ja legitiimistä vallasta.

Ylihoitajien valtaa edistävinä tekijöinä ilmenivät hoitotyön substanssin tunteminen ja hallinta, johtamisosaaminen sekä persoonaan, organisaatioon ja yhteistyösuhteisiin liittyvät tekijät. Valtaa estäviä tekijöitä olivat todellisten vaikutusmahdollisuuksien puuttuminen, johtamisosaamisen puuttuminen, työn organisointivaikeudet ja valtasuhteiden epäselvyydet eri professioiden kanssa. Ylihoitajien vallalla oli yhteys ylihoitajan asemaan hoitotyön johtajana, hoitotyön toimintaedellytysten ylläpitämiseen ja lisäämiseen, hoitotyön kehittämiseen sekä hoitohenkilökunnan- ja osastonhoitajien johtamiseen hoitotyössä.

Tuloksien perusteella ylihoitajien päätöksentekomahdollisuuksia ja valtaa on perusteltua lisätä sekä selkiyttää. Vallan avulla ylihoitajan on mahdollisuus ylläpitää ja lisätä hoitotyön toimintaedellytyksiä sekä vaikuttaa hoitotyön tuloksiin. Tämän vuoksi myös muiden hoitotyön johtajien valtaa terveydenhuollon organisaatioissa on tarpeen tutkia lisää.

ASIASANAT

valta, ylihoitaja, hoitotyö

Kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa (KASTE) todetaan, että terveydenhuollon johtamiskäytäntöjä tulee uudistaa, jotta rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset terveydenhuollossa voidaan toteuttaa (STM 2008a). Uuden terveydenhuoltolain haaste on myös, että työolojen ja johtamisen kehittämällä saadaan turvattua terveydenhuollon riittävä koulutettu hoitohenkilöstö (STM 2008b). Koulutetut ja kokeneet hoitotyön johtajat ovat toimintaperiaatteiden ja -tavoitteiden näkökulmasta keskeisessä asemassa uudistuvassa terveydenhuollossa, koska he johtavat suurinta osaa henkilöstövoimavaroista, päivittäisestä hoitotyöstä ja vastaavat sitä kautta hoitotyön tuloksista (Honkalampi 2009). Hoitotyön kehittämis- ja toimintaedellytysten turvaamisen lähtökohdalla on, että hoitotyön johtajia on

riittävästi ja heillä on substanssiosaamisensa lisäksi valtaa toimia muuttuvissa terveydenhuollon palvelujärjestelmissä. Hoitotyön johtamisella voidaan parantaa terveyspalvelujen toimivuutta, vaikuttaa työhyvinvointiin ja tuottavuuteen sekä hoitotyön avulla saavutettuihin tuloksiin. (STM 2008a, Vallimies-Patomäki 2008.) Tämän vuoksi on tärkeää tunnistaa hoitotieteen näkökulmasta ylihoitajan tarvitsema valta, jonka avulla on mahdollisuus saavuttaa hyviä hoitotyön tuloksia ja tavoitteita.

KIRJALLISUUSKATSAUS

Valta yhdistetään usein sen negatiivisessa merkityksessä hallintaan, kontrollointiin ja manipulointiin. Positiivisena

valta on kuitenkin luova, mahdollisuuksia antava voima, jolla voidaan saavuttaa tavoiteltavia asioita. Valta liittyy olennaisena osana johtamiseen ja esimiesasemaan organisaatiossa. (Bradbury-Jones 2007, Clegg ym. 2006.) Valta on määritelty hoitotieteen kontekstissa todelliseksi ja mahdolliseksi kyvyksi tai ominaisuudeksi vaikuttaa ja ohjata ihmisiä haluttuun suuntaan tai tavoitteeseen toisistaan riippuvien toimijoiden välisissä sosiaalisissa suhteissa (Hokanson Hawks 1991).

Ylihoitaja työskentelee erilaisilla tasoilla suomalaisessa terveydenhuollossa. Hän huolehtii hoitohenkilökunnan osaamisesta ja sen kehittymisestä, toimintaedellytysten luomisesta sekä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä. Ylihoitajalla on organisaation johtosäännön mukainen tulosvastuu, jonka perusteella hän seuraa tavoitteiden saavuttamista ja resurssien käyttöä. Ylihoitajat ovat osastonhoitajien ja hoitohenkilökunnan hoitotyön johtajia, jotka huolehtivat, että hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus ja hyvät toimintaedellytykset ammatilliseen kehittymiseen ja tavoitteiden suuntaiseen tulokselliseen toimintaan. (STM 2003.) Vetovoimaisissa sairaaloissa ylihoitajien muodollinen asema päätöksenteossa on vahva ja hallinnollisesti korkealla tasolla. Ylihoitaja nähdään kehittäjänä, joka edistää hoitotyön ammatillisuutta tukemalla hoitohenkilökuntaa vastuunottamisessa ja kliiniseen päätöksentekoon vaikuttamisessa. (Havens ja Aiken 1999, Scott ym. 1999, Armstrong ja Laschinger 2006.)

Hoitotyön johtamisessa valtaa on tutkittu vähän. Suomalaisessa terveydenhuollossa hoitotyön johtajan valtaa ei ole aiemmin laajasti tunnistettu ja kuvattu. Hoitotyön johtajan valta on asemasidonnaista (Manojlovich 2005). Valta ilmenee tietona ja taitona saavuttaa hoitotyön tavoitteet, toisaalta se on yhteistyötä ja osallistumista organisaation päätöksentekoon (Sieloff 2004). Valta edellyttää aina vastuun kantamista. Se mahdollistaa oikeuden päättää resursseista niin rahan kuin henkilöstön osalta, ja sitä kautta se varmistaa hoitotyön vaikuttavuuden. Virallinen valta (legitiimivalta) muodostuu hoitotyön johtajan laillisesta asemasta toimia johtajana. Epävirallinen valta puolestaan koostuu erilaisista organisaation sisäisistä suhteista. Pitkä työhistoria näyttää esimerkiksi lisäävän epävirallisen vallan määrää organisaatiossa (Upnieks 2002). Hoitotyön johtajan valtaa ja vallankäyttöä mahdollistavat riittävä tieto, tuki, tukiverkostot ja resurssit sekä asiantuntemus. (Upnieks 2002, Manojlovich 2005.)

Vallan ja vastuun rajat eri professioiden välillä ovat tutkimuksien mukaan epäselvät ja niiden autonomia, valta ja tiedon monopolisointi ovat ristiriidassa moniammatillisen tiimityön kanssa. Profiisoiden erilliset linjaorganisaatiot aiheuttavat valtaan ja vastuuseen liittyviä ongelmia ja jopa

riskin organisaation toiminnan ja tavoitteiden eriytyemisessä. (Lindholm ym. 1999, Torppa 2007.) Johtajien tehtävä on huolehtia, että perustehtävä toteutuu, ja se ei voi toteutua, jos terveydenhuollon kaksilinjainen johtaminen ei toimi tiiviissä toisia arvostavassa yhteistyössä ja siten yhdistä ammattilaisten toimintaa yhteisten tavoitteiden mukaisesti (Laschinger ym. 2003). Vahva hoitotyön johtajuus tukee magneettisairaala-tutkimuksen mukaan myös hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden yhteistyötä (Kramer ja Schmalenberg 2003).

Hoitotyön johtajan valta ja vallankäyttö vaikuttavat myönteisesti hoitotyöhön ja hoitohenkilökuntaan. Vallankäytön mahdollistaminen hoitotyön ylimmälle johdolle edistää oman tieteenalan tiedon jakamista hoitohenkilökunnalle osastonhoitajien avulla ja siten mahdollisesti tukee myös hoitohenkilökunnan valtautumista. (Patrick ja Laschinger 2006.) Valtautumisen (empowerment) kokemuksella näyttää olevan yhteyttä hoitotyöntekijöiden työtyytyväisyyteen, omaan professioon, työtehokkuuteen ja luottamukseen organisaatiota kohtaan sekä halukkuuteen pysyä organisaatiossa (Burrit 2005, Armstrong ym. 2009). Myös hoitohenkilökunnan kokemus hoitotyön johtajan vallasta ja vaikutusvallasta ovat merkityksellisiä tekijöitä hoitohenkilökunnan työhön hakeutumisessa ja pysymisessä. Hoitohenkilökunnan valtauttaminen puolestaan luo mahdollisuuksia potilaiden hoidon laadun parantamiseen ja edistää potilasturvallista hoitoympäristöä (VanOyen Force 2005).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ylihoitajien kokemuksia vallasta heidän itsensä kertomana. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa vallan ilmenemisestä ylihoitajan työssä ja vallan merkityksestä hoitotyön käytännölle sekä sen johtamiselle.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Minkälaista valtaa ylihoitajilla on?
2. Miten ylihoitajat käyttävät valtaa?
3. Mitkä tekijät edistävät ylihoitajien valtaa?
4. Mitkä tekijät estävät ylihoitajien valtaa?
5. Millainen yhteys ylihoitajien vallalla on hoitotyöhön?

TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimus toteutettiin tutkimustehtäviin pohjautuvina teema-haastatteluinä yksittäisille ylihoitajille (n = 10) keväällä 2007 kahdessa erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Teema-haastat-

telu valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska se sopii heikosti tiedostettujen asioiden tai ilmiöiden tutkimiseen. Ylihoitajan valtaa voitiin pitää tällaisena ilmiönä jo olemassa olevan tutkimuksen vähäisyyden vuoksi. Ylihoitajille lähetettiin tiedote tutkimuksesta hallintoylihoitajien kautta, ja he ottivat itse vapaaehtoisuuteen perustuen yhteyttä tutkijaan. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin erikoissairaanhoidossa työskentelevät ylihoitajat, koska näissä organisaatioissa ylihoitaja työskentelee useimmiten kahden eritasoisen hoitotyön johdon kanssa (osastonhoitajien ja hallintoylihoitajan). Haastateltavilla oli työkokemusta hoitotyöstä 8–40 vuoteen ja työkokemusta ylihoitajana kahdesta kuukaudesta 23 vuoteen. Haastatelluista yhdeksällä oli maisterin tai tohtorin tutkinto. Osastonhoitajia ja apulaisosastonhoitajia johdettavanaan ylihoitajilla oli 8–28 henkilöä ja osastoja tai työyksiköitä 5–12.

Haastattelun teemat olivat yhteydessä tutkimustehtäviin. Haastattelija esitti kysymykset (esim. miten hän käyttää valtaa ylihoitajana) ylihoitajille. Haastattelut toteutettiin pääsääntöisesti ylihoitajien omissa työtiloissa, ja ne kestivät keskimäärin tunnin (50 minuuttia – 70 minuuttia). Haas-

tattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen ne kirjoitettiin sanasta sanaan. Aineistoa oli kirjoitettuna 108 A4-sivua (riviväli 1,5 ja pistekoko 12). Aineisto analysoitiin tutkimustehtävien ja haastatteluteemoihin perustuvan luokittelun jälkeen aineistolähtöisesti. Analyysi eteni pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta alakategorioihin ja yläkategorioihin. (Morse ja Field 1998, Latvala ym. 2001.) Taulukossa 1 on esitelty esimerkki ensimmäiseen tutkimustehtävään liittyvien kategorioiden muodostamisesta.

TULOKSET

Ylihoitajan valta

Ylihoitajien valta jakaantui aseman tuomaan valtaan, persoonalliseen valtaan ja legitimiivaltaan, mitkä kaikki ilmenivät ylihoitajan valtana ihmisten ja asioiden johtamisessa (kuvio 1). Ylihoitajilla oli nimellisesti valta ja vastuu hoitotyöstä. Asemaan liittyvä valta oli kuitenkin organisaatorakenteesta johtuen muista henkilöistä riippuvaista. Tämän vuoksi ylihoitajilla ei kaikilta osin ollut itsenäistä asemaa johtajana,

Taulukko 1. Ylihoitajan aseman tuoma valta esimerkkinä kategorioiden muodostamisesta.

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoria
<i>Käytännön valtaa</i>	Hoitotyön toiminnasta vastaaminen	
<i>Miten asiat käytännössä järjestetään</i>	Hoitotyön käytännön järjestelyistä vastaaminen	
<i>Päivittäisten toimintojen sujumiseen liittyvä</i>	Hoitotyön arjesta vastaaminen	
<i>Minkälaista annetaan</i>	Annettua	Aseman tuoma valta
<i>Alueen johtajasta riippuvaista</i>	Johtajasta riippuvaista	
<i>Voidaan ottaa pois</i>	Pois otettavaa	
<i>Tilannesidonnaista</i>		
<i>Keskinäisellä sopimuksella sovittua</i>	Sovittavaa	
<i>Minkälaista delegoidaan</i>	Muilta saatua	
<i>Suoraan siirretty päätäntävaltaa</i>	Siirrettyä	
<i>Alueen johtajan antamat tehtävät</i>	Johtajan antamaa	
<i>Hallintoylihoitajan antamat tehtävät</i>	Hallintoylihoitajan antamaa	

ja valta koettiin rajoitetuksi. Ylihoitajien työnkuva ja valta tulivat lääkäreiltä sen sijaan, että organisaation hoitotyön ylin johto olisi sen määritellyt tai antanut: ” – ylihoitajalla ei ole semmoista itsenäistä asemaa, että se työkuva mitä on ja se ei tule hallintoylihoitajalta, vaan se tulee lääkäriltä.” Lääkärijohtajat delegoivat ylihoitajille valtaa, mikä tarkoitti lähinnä päätöksenteko-oikeutta budjettiin liittyvissä asioissa. Aseman tuomaan valtaan liittyi vahvasti hoitotyön substanssin tuntemus ja hallinta. Substanssi antoi ylihoitajalle oikeutuksen mutta myös mahdollisuuden kehittää hoitotyötä. Tämän avulla he pystyivät viemään hoitotyöhön liittyviä asioita eteenpäin erilaisissa yhteistyöryhmissä: ” – valtaa pystyn käyttämään hoitotyön kehittämisen osalta, eli sitä mihin panostetaan, mihin koulutuksiin ihmisiä lähetetään eli myös siihen henkilöstön osaamiseen ja sitä kautta potilaan parhaaksi.”

Ylihoitaja sai asemansa kautta muodollisen vallan, mutta persoonasta riippui sen voimakkuus. Persoonallista valtaa kuvattiin kyvyksi ja mahdollisuudeksi saada asioita vietyä eteenpäin. Sitä pidettiin taitona saada tuotua asioita esille ja vakuutettua muut esille tuotujen asioiden tähdellisyydestä. Valta nähtiin osittain itse luotuna, joko kokemukseen tai osaamiseen perustuvana. Ylihoitajan valta organisaatiossa lisääntyi, kun hänen tapansa toimia opittiin tuntemaan. Legitiimivalta muodostui organisaation sääntöjen mukaisesta vallasta, joka yhdistyi henkilöstöhallintoon ja käytännön järjestelyihin liittyvään päätöksentekoon. Organisaation, osin historiallisten, sääntöjen koettiin määrittelevän mutta myös rajoittavan ylihoitajien valtaa. ” – valta mikä on, niin se on mitä sanotaan meidän säännöissä, että mitä kuuluu ylihoitajan tehtäviin.” Ylihoitajien päätöksenteko kohdistui pääasiassa hoitohenkilökunnan palkkaamiseen, sijaisten hankintaan ja päivittäisen toiminnan sujumiseen liittyviin asioihin. Päätöksenteossa valta oli kuitenkin rajattua talouteen liittyvissä asioissa.

Ylihoitajan vallankäyttö

Vallankäyttö yhdistettiin hoitotyön johtajan perustehtävään. Vallankäyttö ilmeni tutkimuksen mukaan sekä ihmisten että asioiden johtamisessa, jotka limittyivät osittain toisiinsa (kuvio 1). Ihmisten johtamiseen kuuluva vallankäyttö muodostui hoitohenkilökunnan rekrytoinnista ja palkkaamisesta budjetin sallimissa rajoissa sekä hoitotyön johtajan roolin määrittämistä tehtävistä. Johtajan roolissaan ylihoitajat kokivat vallankäytön olevan läsnä päivittäisessä toiminnassa joko näkyvästi tai näkymättömästi: ” – no se on varmaan niin kuin kaikessa toiminnassa, että sillä vallankäytöllä on se näkyvä osuus, tällainen virallinen osuus ja sitten se epävirallinen osuus, näkymätön osuus.” Rooliinsa liittyen ylihoitajat kokivat olevansa velvoitettuja kantamaan vastuunsa osastonhoitajien heille tuomien asioiden edistämisestä, koska heillä oli mahdollisuus käyttää valtaa: ” Vallankäytön paikka on esimerkiksi johtoryhmä. Että mitä ehdotan esityslistalle sinne kokoukseen, niin siitähän se osittain lähtee. Minä valmistelen ne asiat siihen, että mitä

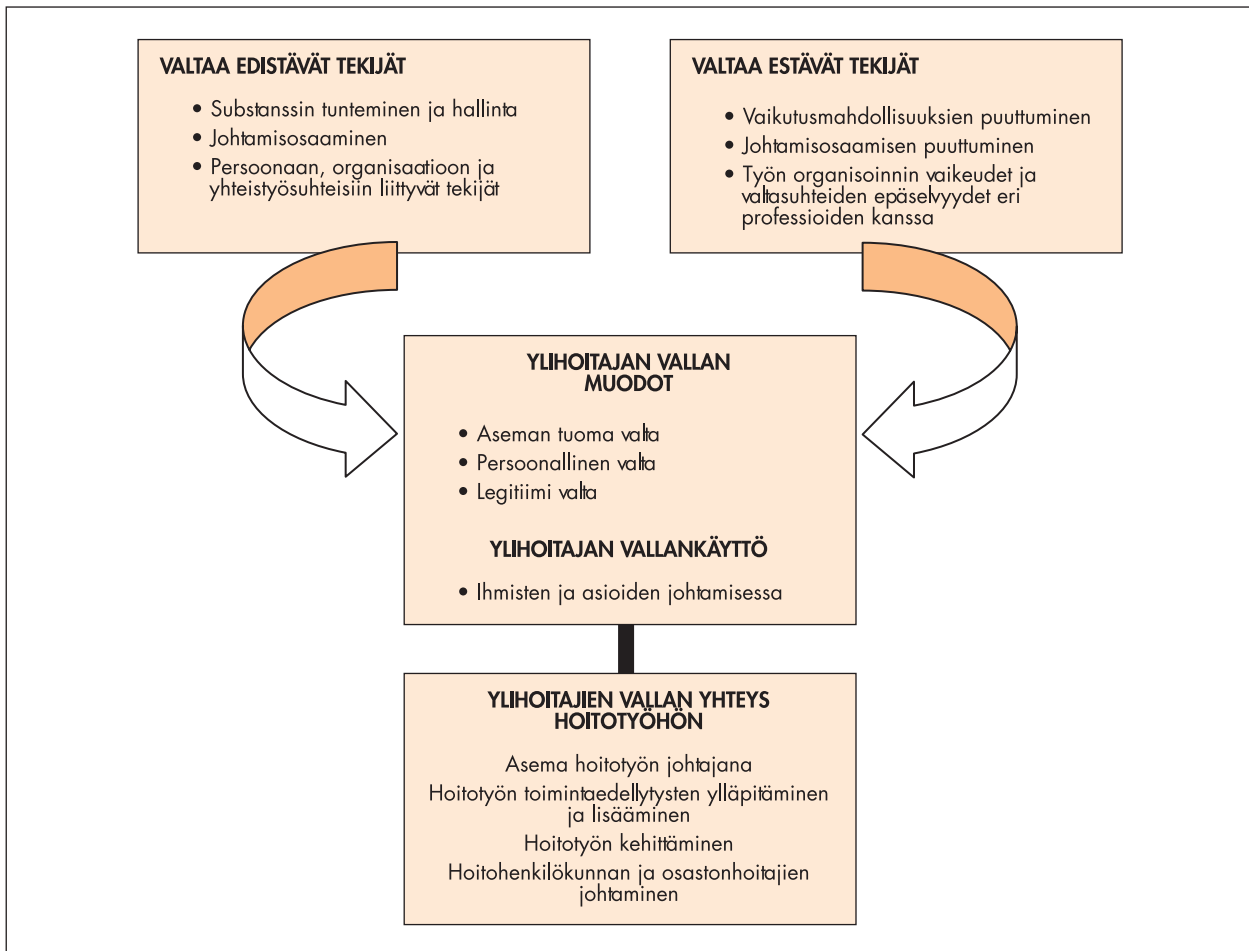
haluan sanoa ja mitä asioita edistää.” Toisaalta oikeus käyttää valtaa johti tietynlaiseen päätöksenteon mahdollisuuteen hoitotyötä koskettavissa asioissa. Toiminnallaan ylihoitaja mahdollisti johdettavan hoitohenkilökunnan osallistumisen heitä koskettavaan päätöksentekoon. Ihmisten johtamisessa korostuivat hoitohenkilökunnan tukeminen, kannustaminen ja mahdollistaminen. Hoitotyön johtajan roolissaan he kokivat voivansa innostaa ja arvostaa henkilökuntaan kuuluvia yksilöinä oikeudenmukaisesti ja tasavertaisesti. Hoitotyön kehittäminen tapahtui haastateltujen mukaan yhteistyössä osastonhoitajien kanssa osittain sopimalla mutta myös määräämällä hoitotyön tavoitteisiin ja toimintaan liittyvissä asioissa: ” – osastonhoitajat ryhmänä ja yksilönä sekä minä suunnitellaan asioita, arvioidaan ja haetaan yhteisymmärrystä – tällaista neuvottelevaa.”

Ylihoitajien valtaa edistävät ja estävät tekijät

Ylihoitajan valtaa edistäviä tekijöitä kuvaava yläkategoria muodostui substanssin tuntemisesta ja hallinnasta, johtamisosaamisesta, persoonaan ja organisaatioon sekä yhteistyösuhteisiin liittyvistä tekijöistä (kuvio 1). Hoitotyön substanssin tunteminen ja hallinta auttoivat ylihoitajia johtamaan toimintaa potilaslähtöisesti: ” – pitää osata ajatella niin, että mitkä ovat hoitotyön substanssin asioita, joita pitäisi viedä sinne potilaille ja millä se hoitotyön substanssi kohenee, paranee ja kehittyy, että potilas saa tarvitsemansa avun.” Terveystieteiden alan ja ylihoitajan johtaman erikoisalalan tiedon seuraaminen vahvisti heidän kokemaansa hoitotyön substanssia. Koulutautuminen ja sen myötä osaamisen lisääntyminen edistivät heidän johtamisosaamistaan ja sitä kautta heidän valtaansa. Asiantuntijuus hoitotyötä koskettavissa asioissa vahvistui, ja he kokivat saavansa lisää tilaa toimia.

Persoonallisina edistävinä tekijöinä ilmenivät hyvät vuorovaikutustaidot ja se, että pystyy perustelemaan asioita. Ylihoitajat joutuvat työskentelemään monimuotoisessa työyhteisössä ja on tärkeää, että he pystyvät ammatilliseen osaamiseensa ja persoonaan pohjautuen olemaan myös tarvittaessa eri mieltä muiden toimijoiden kanssa. Kun ylihoitaja oli varma omasta kyvykkyydestään toimia hoitotyön johtajana, valta lisääntyi: ” – ylihoitaja seisoo ammatillisesti omilla jaloillaan, että hallitsee johtamansa organisaation perustehtävän lisäksi suunnittelun, seurannan, budjetoinnin ja henkilökunnan rekrytoinnin.” Organisaatiokulttuurilla, jossa ylihoitajalla oli hoitotyön ylimmän johdon tuki, oli edistävää merkitys ylihoitajien valtaan. Organisaatiokulttuuriin kuuluivat selkeästi sovitut pelisäännöt ylihoitajan asemasta, selkeät delegoinnit ja siihen liittyen oikeutus tehdä työtä itsenäisesti. Yhteistyösuhteet olivat osittain sidoksissa organisatorisiin tekijöihin, mutta sen lisäksi niissä korostui yhteistyö eri professioiden välillä. Yhteistyön toimivuus edisti ylihoitajien valtaa, kun taas toimimattomuus esti sitä.

Valtaa estäviä tekijöitä kuvaava yläkategoria muodostui todellisten vaikutusmahdollisuuksien puuttumisesta, johtamis-



Kuvio 1. Ylihoitajan valta ja siihen yhteydessä olevat tekijät.

osaamisen puuttumisesta sekä työn organisoinnin vaikeuksista ja valtasuhteiden epäselvyyksistä eri professioiden kanssa (kuvio 1). Ylihoitajan asema hoitotyön johtajana hoitotyön ylimmän johdon ja hallinnollisen lääkärijohdon välissä koettiin hankalana. Valtasuhteiden epäselvyys johtui vanhoista perinteistä ja asenteista, mutta ylihoitajien mukaan ennen kaikkea organisaation säännöistä. Toisaalta eri professioiden edustajilla ei ollut kokemusta siitä, mikä ylihoitajan tehtävä voisi olla tai mitä lisäarvoa ylihoitaja voisi johtamiseen ja toimintaan tuoda. Tähän liittyen vaikutusmahdollisuuksia ei ollut riittävästi. Haastateltavat kuvasivat, että he eivät saaneet riittävästi tietoa vaikuttaakseen tai tieto puuttui kokonaan. Ylihoitajat eivät myöskään saaneet hoitotyön ääntänsä kuuluviin tai heitä ei otettu lainkaan mukaan päätöksentekoon: ”— alueen kokouksissa ei ylihoitaja saa hirveästi ääntänsä kuuluviin. Ehkä kokenut ylihoitaja saa jollain tavalla, mutta aika helposti siellä yleensä vallitsee lääketieteen lait.”

Johtamisosaaamisen puuttuminen liittyi ylihoitajaan itseensä, toisaalta lääkärijohtajiin. Aineiston mukaan lääkärijohtajilla ei ollut tietoa, miten toimintaa johdetaan yhdessä, ja ylihoitajien mukaan he johtivat mielellään yksin. Työn organisointiin liittyvinä esteinä kuvattiin liiallista työmäärää tai ajanpuutetta. Ajanpuute esti ylihoitajia osallistumista esimerkiksi työyksiköissä tapahtuvaan kehittämistyöhön siinä määrin, kun he olisivat halunneet. Työnkuva koettiin aika ajoon hajanaiseksi, ja tämän vuoksi he kokivat vaikeaksi viedä tärkeitä strategisia asioita intensiivisesti eteenpäin. Hoitotyöllä ei koettu olevan riittävän vahvaa asemaa muutoksen johtamisessa, tai siihen ei annettu mahdollisuutta osallistua ylihoitajan roolissa: ”— Tiettyihin asioihin täytyy aina hakea siunaus alueen lääkärijohdolta. Meidän säännöt, jos mieltii sitä, että sinulla pitäisi olla valta ja vastuu, kaikki mahdollinen käytössä, jolloin se olisi ihan oikeata vallankäyttöä.”

Ylihoitajien vallan yhteys hoitotyöhön

Ylihoitajien vallan yhteyttä hoitotyöhön kuvaava yläkategoria muodostui ylihoitajan asemasta hoitotyön johtajana, hoitotyön toimintaedellytysten ylläpitämisestä ja lisäämisestä, hoitotyön kehittämisestä sekä hoitohenkilökunnan- ja osastonhoitajien johtamisesta hoitotyössä (kuvio 1). Valta nähtiin työvälina, jonka avulla ylihoitajat pystyivät mahdollistamaan hoitotyön ja toimimaan hoitotyötä edistävasti: ” – – sitä varten sitä valtaa on, että pystyisi mahdollistamaan sen hoitotyön.” Vallan päätarkoitus oli hoitotyön puolesta puhuminen. Haastateltavat pitivät itseään monen asian yhdistäjänä, joka yhdistää käytännön todellisuutta hallinnolliseen maailmaan, tutkimukseen ja opettamiseen.

Toimintaedellytysten ylläpitäminen merkitsi jo olemassa olevan hoitohenkilökunnan osaamisen johtamista koulutuksen ja kullekin sopivan työyksikön löytämisen kautta. Hoitotyön kehittäminen merkitsi toimintaedellytysten turvaamisen lisäksi hoitotyön prosessien johtamista hoitotyön keinoin. Hoitotyötä haluttiin kehittää entistä enemmän näyttöön perustuvaksi, tutkittua tietoa ja hoitotyön interventioita hyödyntäväksi: ” – – kun olen mukana projekteissa ja kehittämisessä, niin aina täytyy miettiä että mikä hyöty siitä on hoitotyölle ja miten voi edistää niitä asioita siellä kentällä.” Näiden koettiin lisäävän ylihoitajan valtaa organisaatiossa, koska hoitotyön vaikuttavuus tuli niiden avulla esille. Haastateltavat kuvasivat, kuinka organisaation yhteisten linjausten ja vallan avulla saatettiin tutkittua tietoa viedä eteenpäin yhdessä osastonhoitajien kanssa. Tähän tarvittiin systemaattista johtamista ja tärkeiden hoitotyön kehittämisalueiden valikoimista.

Hoitohenkilökunnan ja osastonhoitajien johtamisessa ylihoitajien vallan yhteys näyttäytyi haastateltujen kuvauksissa vahvasti. Ylihoitajat kokivat johtavansa välillisesti hoitotyöntekijöitä ja sitä kautta hoitotyön substanssia. Oma rooli nähtiin osastonhoitajia tukevana ja heidän toimintaansa mahdollistavana esimerkiksi koulutuksien suunnittelemisessa ja järjestämisessä sekä kehittämissuunnitelmien aloittamisessa. Toisaalta ylihoitajat kokivat olevansa myös osastonhoitajien resurssija ongelmallisissa tilanteissa, vaikka päävastuu lähijohtamisesta oli osastonhoitajilla.

POHDINTA

Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen tavoitetta ja tutkimustehtäviä asetettaessa päädyttiin käsitysten sijaan ylihoitajien kokemuksen tutkimiseen, koska ilmiöstä haluttiin esille ylihoitajan omakohtainen kokemus ja sitä kautta totuudenmukainen ja uskottava tieto. Teema-haastattelurunko esitettiin yhdellä kohdeorganisaation ylihoitajalla, ja sen pohjalta teemoihin tehtiin tarkennuksia ja todettiin teema-haastattelu ilmiön tutkimiseen sopivaksi aineistonkeruun menetelmäksi (Kylmä ja Juvakka 2007). Tutkimusluvut saatiin organisaatioiden hallintoylihoitajilta. Haastateltaviksi ilmoitettiin 10 ylihoitajaa, jotka allekirjoittivat

haastattelutilanteen alussa suostumuksensa tutkimukseen. Tutkimuksen uskottavuutta voi toisaalta vahvistaa mutta myös heikentää se, että tutkimukseen valikoituivat ehkä ne ylihoitajat, joilla oli halu kertoa vallasta omassa työssään. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella ja nauhoitukset kirjoitettiin paperille, joka mahdollisti aineiston tarkan käsittelyn. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla, jossa aineisto ohjasi sen luokittelua ja lopullista tulkintaa. Tutkimustulokset on kuvattu läpi tutkimusprosessin tarkasti, mikä lisää tutkimuksen vahvistettavuutta. Tutkimuksen rajoituksena voidaan pitää sitä, että tutkimuksen aineisto koostuu melko pienestä ja kahteen organisaatioon rajoittuvasta aineistosta. Haastattelujen kuluessa haastatteluissa alkoi toistua samanlaisia asioita eli aineisto saturoitui, eikä uutta tietoa tutkimustehtäviin enää ilmennyt. Tästä syystä aineisto katsottiin kooltaan riittäväksi. (Tuomi ja Sarajärvi 2006.) Koska ilmiönä valta on melko moninainen käsite, tämän tutkimuksen tulosten siirrettävyys on rajoitettua. Tulos voi olla riippuvainen muun muassa organisaation sen hetkisistä taustatekijöistä, joita tutkimuksessa ei selvitetty. Tutkimusprosessilla on pyritty hoitotyötä ja sen johtamista hyödyttävään lopputulokseen ilman, että se vahingoittaa yksittäistä tutkimukseen osallistunutta ylihoitajaa tai hänen organisaatiotaan (Gillis ja Jackson 2002).

Tulosten tarkastelu

Tuloksien mukaan ylihoitajien valta muodostui henkilöstö- ja asioiden johtamisessa asema-, persoona- ja legitiimivallasta. Valta pohjautuu vahvasti organisaatioiden sääntöihin. Terveystieteiden organisaatioiden perinteinen byrokraattinen organisaatorakenne ja johtaminen ovat myös aiempien tutkimuksien perustella olleet johtamisen vahva perusta. (Lindholm ym. 1999, Torppa 2007.) Toisaalta valta on organisaatioteorioiden mukaan aina instituutiosta riippuvaista. Suomalaisen terveydenhuollon organisaatioiden olemassa olevat säännöt ovat ehkä tämän päivän terveydenhuoltoon sopimattomat ja kaipaavat uudistamista. Tämä tutkimus osoitti, että valtaa voitiin delegoida organisaatiossa, mutta se oli pitkälti riippuvaista työparina toimivan johtajan persoonasta ja johtamisosaamisesta.

Ylihoitajien valtaa edistävänä tekijänä oli ylihoitajan oikeutus johtaa hoitotyötä nimenomaan substanssiosaamisensa pohjautuen. Tämän perusteella ylihoitajalla olisi syytä olla valtaa kaikkeen hoitotyötä koskettaviin asioihin, ei ainoastaan hoitohenkilökuntaa koskettavaan budjettiin. Itsenäinen päätöksentekomahdollisuus hoitotyön osalta lisäsi myös tämän tutkimuksen perusteella ylihoitajan valtaa ja toisaalta selkeytti ylihoitajien asemaa organisaatiossa (Vrt. Armstrong ym. 2006). Tuloksien mukaan organisaation ja toimialueen yhteinen näkemys tavoitteista ja hoitotyön suunnasta vahvisti myös hoitotyön asemaa organisaatiossa.

Valtaa estävinä tekijöinä tunnistettiin valtasuhteiden epäselvyyden lisäksi todellisten vaikutusmahdollisuuksien

puuttuminen. Aiemman tutkimuksen (Laschinger ym. 2003) mukaan perustehtävän toteutuminen edellyttää kuitenkin toista arvostavaa yhteistyötä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Ylihoitajilla ei tämän tutkimuksen mukaan kuitenkaan ollut riittävästi tietoa ja tukea vaikuttaa. (Vrt. Manojlovich 2005, Upnieks 2002.)

Ylihoitajien vallan yhteys hoitotyöhön ilmeni ylihoitajan asemana hoitotyön johtajana, hoitotyön toimintaedellytysten ylläpitämisenä ja lisäämisenä sekä hoitotyön kehittämisenä. Valtaa kuvattiin työvälineeksi, jonka avulla ylihoitaja pystyy mahdollistamaan hoitotyön ja toimimaan hoitotyötä edistävästi sekä vaikuttamaan tätä kautta potilaiden hoidon laatuun yhteistyössä hoitohenkilökunnan ja osastonhoitajien kanssa. Ylihoitajien osallistuminen yksiköiden toimintaan oli tarvittaessa läsnä olevaa ja osastonhoitajia tukevaa johtamista. Niin sanotuissa magneettisairaaloissa ylihoitajan näkyvyydellä ja vastavuoroisella toiminnalla hoitohenkilökunnan kanssa on todettukin positiivinen yhteys organisaation vetovoimaisuuteen (Armstrong ym. 2006).

Päätelmät

1. Ylihoitajien valtaa edistää hoitotyön substanssin tunteminen.
2. Tämän tutkimuksen perusteella ylihoitajien valtaa estävät todellisten vaikutusmahdollisuuksien puuttuminen ja valtasuhteiden epäselvyydet eri professioiden kanssa. Ylihoitajien päätöksentekomahdollisuuksia ja valtaa toimia on syytä selkiyttää läpi terveydenhuollon organisaatioiden.
3. Vallan avulla hoitotyön johtajan on mahdollisuus vaikuttaa hoitotyön toimintaedellytyksiin ja sitä kautta hoitotyön tuloksiin. On tarpeen tunnistaa ja kuvata minkälaista valtaa hoitotyön johtamisen eri tasoilla suomalaisessa terveydenhuollossa on hoitotyön johtajien itsensä sekä hoitohenkilökunnan arvioimana.

LÄHTEET

- Armstrong KJ, Laschinger H, Wong C. 2009. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality* 24(1), 55–62.
- Armstrong KJ, Laschinger H. 2006. Structural empowerment, magnet hospital characteristics, and patient safety culture. Making the link. *Journal of Nursing Care Quality* 21(2), 124–132.
- Bradbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F. 2007. Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing* 62(2), 258–266.
- Burrit J. 2005. Organizational turnaround. The role of the nurse executive. *Journal of Nursing Administration* 35(11), 482–489.
- Clegg S, Courpasson D, Philips N. 2006. *Power and organizations*. Sage Publications, London.
- Gillis A, Jackson W. 2002. *Research for nurse methods and interpretation*. F. A. Davis Company, Philadelphia.
- Havens D, Aiken L. 1999. Shaping systems to promote desired outcomes: the magnet hospital model. *Journal of Nursing Administration* 29(2), 14–20.
- Hokanson Hawks J. 1991. Power: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 16(6), 754–762.
- Honkalampi, T. (toim.) 2009. Johtaminen avainasemassa muutoksessa. Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell Oy, Juva, 21–43.
- Laschinger H, Almost J, Tuer-Hodes D. 2003. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing Administration* 33(7/8), 410–422.
- Lindholm M, Uden G, Råstam L. 1999. Management from four different perspectives. *Journal of Nursing Management* 7(2), 101–111.
- Manojlovich M. 2005. The effect of nursing leadership on hospital nurses' professional practice behaviors. *Journal of Nursing Administration* 35(7/8), 366–374.
- Morse J, Field P. 1998. *Nursing Research. The application of qualitative approaches*. Second edition. Stanley Thornes Publisher, United Kingdom.
- Patrick A, Laschinger H. 2006. The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. *Journal of Nursing Management* 14(1), 13–22.
- Scott J, Sochaski J, Aiken L. 1999. Review of magnet hospital research. *Journal of Nursing Administration* 29(1), 9–18.
- Sieloff CL. 2004. Leadership behaviours that foster nursing group power. *Journal of Nursing Management* 12(4), 246–251.
- STM. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalle hoitotyölle. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisuja 2003:18. Edita Prima Oy, Helsinki.
- STM. 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008–2011. Selvityksiä 2008:6. Yliopistopaino Kustannus, Helsinki.

- STM. 2008b. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolaki-työryhmän muistio. Selvityksiä 2008:28. Yliopistopaino Kustannus, Helsinki.
- Torppa K. 2007. Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto, Oulu.
- Tuomi J, Sarajärvi A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Upnieks VV. 2002. What constitutes successful nurse leadership? *Journal of Nursing Administration* 32(12), 622–632.
- Vallimies-Patomäki M. 2008. Terveydenhuollon kasvavat henkilöstövoimavarat – Seurannan ja ennakoinnin tuloksia. Teoksessa: Koponen L, Hopia H. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2008*. Suomen Graafiset palvelut Oy, Helsinki, 35–50.
- VanOyen Force M. 2005. The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *Journal of Nursing Administration* 35(7/8), 336–341.

ABSTRACT

Nursing Directors' Power and its Connection to Nursing

Sari Viinikainen MNSc, Tarja Kvist PhD, Tarja Suominen PhD

The aim of this study was to describe nursing directors' experiences of power within nursing as told by the nurses themselves. Altogether, ten nursing directors were interviewed in two specialised health care organizations. Based on the data, the nursing directors' power consisted of position-related power, personal power and legitimate power.

Knowledge of nursing substance, competent management as well as factors related to person, organization and co-operation were described as factors promoting the nursing directors' power. Lack of real influence on things, lack of competent management, organizational difficulties at work and power relationships with other professions were considered as factors that hampered the use of power. The nursing directors' power had connections to the position of a nursing director as a leader of nursing, to the maintenance and increase of preconditions of nursing, to the development of nursing and to the management of nursing staff and nurse managers.

Based on findings, it is justified to increase and clarify the nursing directors' decision-making opportunities and power. The power enables the nursing director to maintain and increase the operational preconditions of nursing and to affect the results of nursing. Because of this, it is necessary to examine further the power of the other nursing managers in the health care organizations.

KEY WORDS

Power, nursing director, nursing

Hoitotyön valta erikoissairaanhoidossa – osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien arvio

Sari Viinikainen

TtM, jatko-opiskelija, osastonhoitaja
Tampereen yliopisto, terveystieteiden
yksikkö, hoitotiede
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri,
päivystyksen toimialue
sari.viinikainen@uta.fi

Paula Asikainen

TtT, dosentti, hallintoylihoitaja
Satakunnan sairaanhoitopiiri
paula.asikainen@satshp.fi

Mika Helminen

FM, biostatistikko
Tampereen yliopisto, terveystieteiden
yksikkö
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri,
tiedekeskus
mika.helminen@uta.fi

Tarja Suominen

THT, professori
Tampereen yliopisto, terveystieteiden
yksikkö, hoitotiede
tarja.suominen@uta.fi

Hyväksytty julkaistavaksi 31.8.2012

Hoitotyöltä odotetaan yhä tavoitteellisempaa ja tuloksellisempaa toimintaa. Tällaisen toiminnan edellytys on, että hoitotyöllä on valtaa. Vallan puute nimetään suomalaisissa tutkimuksissa (Ikola-Norrbacka 2010, Virtanen 2010) usein toiminnan esteeksi, mutta ei ole määritelty, mitä valta käytännössä tarkoittaa. Hoitotyön valta ymmärretään tässä tutkimuksessa positiiviseksi voimavaraksi ja mahdollisuudeksi, jonka avulla hoitotyön on sekä työyksikkö- että organisaatiossa mahdollisuus saavuttaa tavoitteensa. Tutkimuksessa kuvataan 11 suomalaisen sairaanhoitopiirin konservatiivisen, operatiivisen ja psykiatrisen

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida ja kuvata hoitotyön lähiesimiesten näkökulmasta hoitotyön valtaa julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Aineisto kerättiin keväällä 2010 kyselylomakkeella. Tutkimukseen osallistui 11 sairaanhoitopiirin 264 hoitotyön lähiesimestä eli osastonhoitajaa ja apulaisosastonhoitajaa konservatiiviselta, operatiiviselta sekä psykiatriselta toiminta-alueelta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Lähiesimiehet arvioivat hoitotyön valtaa tutkimuksessa käytetyn mittarin kahdeksan ulottuvuuden kautta. Hoitotyöntekijöiden tietoisuus vallasta sekä hoitotyön kyky saavuttaa tuloksia ja tavoitteita arvioitiin parhaiten toteutuviksi vallan osa-alueiksi. Hoitotyön roolin, hoitotyön aseman ja esimiesten kyvyn saavuttaa tuloksia arvioitiin olevan kohtalaisesti toteutuvia vallan osa-alueita. Huonoiten toteutuivat hoitotyön resurssit, organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitseminen ja yhteistyö.

Toimi- tai tulosalueet eroavat vallan suhteen, mikä saattaa vaikuttaa muun muassa hoitoketjujen sujuvuuteen ja hoitohenkilökunnan saatavuuteen. Jatkossa on tarpeen selvittää organisaation sosiaalisen kontekstin merkitystä hoitotyön valtaan.

ASIASANAT

hoitotyön valta, hoitotyön lähiesimies, osastonhoitaja, Sieloff-King

toiminta-alueiden osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien arvioita hoitotyön vallasta.

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Hoitotyön valtaa ei ole suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa laajasti tunnistettu eikä kuvattu, vaikka sillä näyttää kansainvälisesti olevan yhteys hoitotyöntekijöiden työtyytyväisyyteen, omaan ammatillisuuteen ja työssä pysymiseen (Burrit 2005, Lashinger ym. 2006, Manojlovich ym. 2007, Armstrong ym. 2009) sekä sitä kautta hoidon laadun paranta-

miseen ja aiempaa turvallisempaan potilaan hoitoympäristöön (VanOyen Force 2005). Valta yhdistetään terveydenhuollon kontekstissa useimmiten sen negatiivisen käyttötapaan: esimies-alaisuuteeseen, hoitaja-lääkärisuhteeseen tai potilaan hoitosuhteeseen (Kuokkanen ja Leino-Kilpi 2000, Paynton 2009). Valta on kuitenkin hoitotyön eettisestä lähtökohdasta tarkasteltuna kykyä saavuttaa yhdessä sellaista, mitä ei voisi saavuttaa yksin, esimerkiksi kykyä toimia toisen hyväksi ja hoitotyön näkökulmasta ammatillisesti potilaan hyödyksi (Kangasniemi 2007.) Asiantuntijaorganisaatioissa, kuten sairaaloissa, valta on työtä tekevillä ammattilaisilla ja ilmenee oman osaamisen, kollegiaalisuuden ja ammattietiikan kautta (Sveiby 1990).

Hoitotyön valta määritellään tässä tutkimuksessa käytetyn teorian mukaisesti hoitotyön positiiviseksi voimavaraksi sekä mahdollisuudeksi saavuttaa toiminnalle asetetut tavoitteet, mukaan lukien hoitotyön tuloksen (Sieloff 1996, 2003 ja 2004, Sieloff ja Dunn 2008). Hoitotyön valtaa tarkastellaan kahdeksalla osa-alueella: (1) organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitseminen, (2) hoitotyön asema, (3) hoitotyön rooli, (4) hoitotyön resurssit, (5) yhteistyö, (6) hoitotyön kyky saavuttaa tuloksia ja tavoitteita, (7) esimiesten kyky saavuttaa tuloksia sekä (8) hoitotyöntekijöiden tietoisuus vallasta.

Organisaation ulkopuoliset vaikutukset kohdistuvat terveydenhuollon toimintaympäristöön ja siinä toteutettavaan hoitotyöhön sekä sen kehittämiseen (Boyle 2004, Surakka 2006). Ulkopuolisia vaikutuksia ovat terveyspoliittiset tekijät, kuten lainsäädännön uudistaminen sekä kunta- ja palvelurakenteiden kautta toteutettavat organisaatorakenteiden muutokset, mutta myös hoitokäytäntöjen muuttuminen ja potilaiden oman aktiivisuuden lisääntyminen. Ulkopuolisten vaikutusten ennakoivalla hallitsemisella on siten merkitystä myös hoitotyön valtaan työyksikkö- ja organisaatiotasolla. Hoitotyöntekijöiden kyvyn sopeutua, ennakoita sekä valmistautua ympäröiviin muutoksiin on todettu auttavan hallitsemaan muutoksien vaikutuksia omaan työhön ja sitä kautta hoidon tuloksiin (Boyle 2004, Sieloff ym. 2007).

Hoitotyön asema ja rooli organisaatiossa perustuu hoitotyön asiantuntijuuteen, mikä ilmenee laadukkaina palveluina ja potilaisiin kohdistuvana työpanoksena (Sieloff ym. 2007). Terveydenhuollossa vallitsevat sosiaaliset asemat perustuvatkin erilaisiin professioihin, työtehtäviin ja koulutukseen. Hoitajien ja hoitotyön asemaa potilaan hoidossa ei ehkä tunnusteta riittävästi muiden ammattiryhmien osalta. Hoitotyöntekijät arvostavat kyllä itse omaa työtään, mutta kokevat edelleen, että muualta tuleva arvostus ei ole samansuuntaista.

Hoitotyön resurssiksi voidaan käsittää organisaation tai henkilökunnan palkkaamiseen ja hoitovälineisiin tarkoitettut rahat. Resurssit voivat olla myös aineettomia, kuten aikaa, tietoa tai osaamista. Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä sujuu aiempien tutkimuksien mukaan lähiesimiesten näkemyksen mukaan hyvin (Virtanen 2010) ja ammatillista tietoa jaetaan molemminpuolisesti (Upnieks 2002). Hoitotyön johtajat voivat tukea ja ohjata hoitajia positiivisen yhteistyön toteutumisessa (Manjolovich ym. 2007). Toimivalla yhteistyöllä ei ole ainoastaan myönteistä merkitystä potilaiden saamaan hoitoon tai henkilökunnan työhyvinvointiin, vaan myös organisaation potilasvirtojen sujuvuuteen (Upnieks 2002). Osastonhoitajien näkökulmasta organisaation sisäistä yhteistyötä on koettu olevan enemmän kuin yhteistyötä organisaatiosta ulospäin (Narinen 2000).

Hoitotyön tulee terveydenhuollon tavoitteiden saavuttamiseksi yhä enemmän keskittyä tuloksien ja tuloksellisuuden parantamiseen. Perinteisessä työ- ja toimintaympäristötutkimuksessa ei ole kiinnitetty juurikaan huomiota hoitotyön tai hoitotyöntekijöiden kykyyn saavuttaa tavoitteita ja tuloksia (Sieloff 2010). Sen sijaan suomalaisten terveydenhuollon organisaatioiden on kuvattu olevan jopa heikosti suuntautuneita ja tavoitteisiin sitoutuneita (Kivinen 2008). Toisaalta terveydenhuollon palvelurakennemuutosten myötä organisaatioiden toimintaa organisoidaan uudelleen. Perinteisistä lääketieteen erikoisalojen ympärille muodostuneista toimintakokonaisuuksista ollaan siirtymässä prosessimaisesti toimiviin organisaatioihin. Samaan aikaan niin hoitohenkilökunnan itsensä kuin muiden organisaatioiden toimijoiden on vaikea tunnistaa, mikä on hoitotyön aikaansaamaa tulosta. Tuloksellisen hoitotyön edellytys on, että niin hoitotyön johtajat kuin hoitotyöntekijät ovat itse tietoisia vallastaan ja toimintansa tavoitteista ja tunnistavat työnsä tuloksen.

Esimiesten kyky tulokselliseen toimintaan vaikuttaa luonnollisesti hoitotyön tuloksellisuuteen. Osastonhoitajat ovat kokeneet, että omalta esimieheltä saatu tuki on ollut heikkoa, ja vain kolmasosa saa säännöllistä palautetta esimieheltään (Narinen 2000). Kuitenkin osastonhoitajat kaipaavat tukea kollegoidensa lisäksi ylihoitajaltaan ja muilta sairaalan johtajilta (Parsons ja Stonestreet 2003, Skytt ym. 2007). Ylihoitajien ja osastonhoitajien välisen yhteistyön luonteen on kuvattu vaikuttavan myönteisesti osastonhoitajien osallistumisen tunteeseen ja muutosten hallintaan (Wiili-Peltola 2004). Osastonhoitajat haluavat olla myös aktiivisesti osallisena hoitotyötä koskevassa päätöksenteossa, koska se edistää tietoisuutta asioista, tukee heidän kykyä tulokselliseen toimintaan ja edistää siten hoitotyön valtaa (Sieloff 2004).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida ja kuvata hoitotyön lähiesimiesten näkökulmasta hoitotyön valtaa julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa hoitotyön vallasta.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Minkälaista valtaa hoitotyöllä on suomalaisessa julkisen terveydenhuollon organisaatioissa?
2. Mitkä taustatekijät ovat yhteydessä hoitotyön valtaan?

TUTKIMUSMENETELMÄT

Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen kohderyhmä oli 11 suomalaisen sairaanhoitopiirin organisaatioiden konservatiivisen, operatiivisen ja psykiatrisen toimi- tai tulosalueen hoitotyön lähiesimiehet eli osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat. Aineisto kerättiin keväällä 2010 strukturoidulla kyselylomakkeella. Sairaanhoitopiirit valittiin edustamaan kattavasti koko maata väestöpohjaltaan samansuuruisilta alueilta. Oletuksena oli, että organisaatiot pysyvät kuntarakenneuudistuksista huolimatta tutkimuksen ajan suhteellisen muuttumattomina.

Tutkimukseen pyydettiin mukaan kaikki lähiesimiehet kultakin kolmelta toimi- tai tulosalueelta. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Otoksiksi oli laskettu tilastotieteilijän avulla 259–308 luottamustasolla 90–95 %. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui kohdeorganisaatioissa erikseen järjestetyissä tilaisuuksissa tutkijan läsnä ollessa. Tutkittaville kerrottiin aineistokeruuseen järjestetyn tilaisuuden alussa tutkimuksesta. Vastatessaan kyselylomakkeeseen he antoivat tietoisesti suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Kyselylomakkeen yhteydessä oli myös saatekirje ja vastaamisohje. Aikaa vastaamiseen kului keskimäärin tunti. Kaikki tilaisuuksiin osallistuneet lähiesimiehet (n = 264) palauttivat lomakkeen nimettömänä suljetussa kuoressa.

Tutkimuksessa käytetty mittari

Mittarina käytettiin Sieloff-King Assessment of Nursing Group Power Within Organization -mittaria. Sen valinta perustui kirjallisuushakuihin Cinahl-, Medline (OVID)-, Medic- ja Arto-tietokannoissa (vuodet 1995–2010). Hakujen perusteella mittari todettiin aiemman kehittämisen ja testauksen perusteella (Sieloff 1996, 2003 ja 2004, Sieloff ja Dunn 2008) sopivaksi hoitotyön vallan mittaamiseen ryhmätasolla. Mittarin soveltuvuuden perusteista käytiin keskustelu myös mittarin kehittäjän ja omistajan (Sieloff) kanssa. Mittari perustuu hoitotyön keskitason teoriaan (theory of departmental power), jonka taustalla on Kingin (2006) käsitteellinen hoitotyön viitekehys, jonka mukaan hoitotyön valta on keskeinen menestystekijä yksikön toiminnalle ja

tärkeä resurssi toiminnalle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Sieloffin mittarin perusajatuksena on, että ryhmän valta mahdollistaa sen tavoitteiden ja tulosten saavuttamisen organisaatioissa (Sieloff 1996). Tässä tutkimuksessa osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat arvioivat strukturoidulla kyselylomakkeella (viisiportainen Likert-asteikko, 1 = täysin samaa mieltä, 5 = täysin eri mieltä) oman toimi- tai tulosalueensa hoitotyön valtaa.

Mittari (36 väittämää) tarkastelee hoitotyön valtaa kahdeksalla osa-alueella. Osa-alueet ovat: organisaation ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksen hallitseminen (7 väittämää), hoitotyön asema (4 väittämää), hoitotyön rooli (3 väittämää), hoitotyön resurssit (6 väittämää), yhteistyö (3 väittämää) hoitotyön tavoitteiden ja tulosten saavuttaminen (4 väittämää), esimiesten kyky saavuttaa tuloksia (4 väittämää) sekä hoitotyöntekijöiden tietoisuus vallasta (5 väittämää).

Tutkimuksen summamuuttujat muodostettiin teorian osa-alueiden perusteella. Taustamuuttujina kysyttiin demografisia taustatietoja ja työhön liittyviä taustatietoja (ikä, sukupuoli, työkokemus hoitotyössä ja hoitotyön johtajana, nykyinen virkanimike ja työkokemus nykyisessä tehtävässä, ylin koulutus, organisaatio sekä organisaation henkilöstön ja hoitohenkilökunnan määrä, esimiehen virkanimike, vastaajan johtamien osastojen/työyksikköjen ja hoitohenkilökunnan määrä). Näiden lisäksi kysyttiin arviota lähiesimiehen omasta kokonaisvallasta ja -vastuusta (0–10, 0 = huonoin mahdollinen vaihtoehto ja 10 = paras mahdollinen vaihtoehto). Taustamuuttujana käsiteltiin myös toimi- tai tulosaluetta (konservatiivinen, operatiivinen ja psykiatrisen)

Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 18.0 for Windows -tilasto-ohjelmalla. Aineistoa kuvailtiin ensin tarkastelemalla muuttujien frekvenssejä ja sijaintia sekä hajontaa kuvaavia tunnuslukuja. Summamuuttujat rakennettiin teorian (theory of departmental power) mukaisesti. Sisäisen johdonmukaisuuden tarkasteluun käytettiin Cronbachin alfa-kerrointa, osiosumma-analyysiä ja puolitusanalyysiä (SplitHalf) (Burns ja Grove 2001). Summamuuttujien normaalisuutta tarkasteltiin Kolmogorov-Smirnovin testin avulla ja tutkimalla jakaumien muotoa sekä vinokkuutta että huipukkuutta. Summamuuttujien ja taustamuuttujien keskiarvojen välistä yhteyttä testattiin kaksiluokkaisten muuttujien osalta T-testillä ja useampiluokkaisten osalta yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Tilastollisesti merkitseväksi katsottiin testin tulos, jossa p-arvo oli pienempi tai yhtä suuri kuin 0,05.

TULOKSET

Lähiesimiesten taustatiedot

Kyselyyn vastanneiden lähiesimiesten keski-ikä oli 49 vuotta (mediaani 49, vaihteluväli 29–63). Lähes kaikki heistä olivat naisia ja osastonhoitajia. Vastaajilla oli pääosin pitkä työko-

Taulukko 1. Hoitotyön lähiesimiesten taustatiedot.

Taustamuuttuja	n	%
Ikä (v) (n = 263)		
≤ 40	33	12
41–50	105	40
≥ 51	125	48
Sukupuoli (n = 263)		
Nainen	241	92
Mies	22	8
Työkokemus hoitotyössä (v) (n = 264)		
≤ 4	72	29
≤ 20	91	34
≥ 21	173	66
Työkokemus hoitotyön johtajana (v) (n = 249)		
≤ 4	72	29
5–9	68	27
10–14	33	13
≥ 15	76	31
Nykyinen virkanimike (n = 263)		
Osastonhoitaja	223	85
Apulaisosastonhoitaja	36	14
Joku muu	4	2
Työkokemus nykyisessä tehtävässä vuosina (n = 237)		
5–9	70	30
≥ 10	64	27
Ylin koulutus (n = 256)		
Sairaanhoitaja- tai erikoissairaanhoitajatutkinto	62	24
Sairaanhoitaja- tai erikoissairaanhoitajatutkinto sekä johtamisen lisäkoulutus	135	53
Yliopistotutkinto	59	23
Organisaatio tutkimukseen osallistumisen aikaan (n = 262)		
Yliopistollinen keskussairaala	22	8
Keskussairaala	240	92

Taulukko 1. Hoitotyön lähiesimiesten taustatiedot, jatkuu.

Taustamuuttuja	n	%
Organisaation henkilöstömäärä kokonaisuudessaan (n = 262)		
≤ 99	8	3
100–499	10	4
500–999	11	4
≥ 1000	233	89
Organisaation hoitotyöntekijöiden määrä kokonaisuudessaan (n = 259)		
< 1000	102	39
≥ 1000	157	61
Esimiehen virkanimike (n = 264)		
Ylihoitaja	198	75
Ylilääkäri	43	16
Joku muu	23	9
Johtamien osastojen/työyksikköjen määrä (n = 261)		
1	170	65
2	58	22
≥ 3	33	13
Johtamien osastojen/työyksikköjen hoitohenkilökunnan määrä (n = 264)		
< 10	22	8
10–19	69	26
20–29	93	35
30–39	44	17
≥ 40	36	14
Arvio kokonaisvallasta hoitotyönjohtajana (n = 264)		
0–4	15	6
5–7	120	45
8–10	129	49
Arvio kokonaisvastuusta hoitotyönjohtajana (n = 262)		
0–4	4	2
5–7	48	18
8–10	210	80

kemus hoitotyöstä ja hoitotyön johtajana toimimisesta. Sen sijaan nykyisessä tehtävässään toimimisessa oli huomattavaa hajontaa. Neljänneksellä lähiesimiehistä oli yliopistotutkinto ja puolella sairaanhoitajan tutkinto sekä johtamisen lisäkoulutus. Vastaajat työskentelivät pääosin keskussairaaloissa ja johtivat 1–2 osastoa tai työyksikköä, joissa heidän alaisuudessaan oli hoitohenkilökuntaa useimmiten 10–29. Lähiesimiehet arvioivat kokonaisvaltansa melko korkeaksi (keskiarvo 7,10; keskihajonta 1,44), mutta kokonaisvastuu arvioitiin vielä korkeammaksi (8,22; 1,19). (Taulukko 1.)

Hoitotyön valta osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien arvioimana

Hoitotyön valtaa arvioitiin mittarin mukaisesti kahdeksalla eri osa-alueella (taulukko 2). Lähiesimiehet arvioivat, että parhaiten hoitotyön valta ilmenee hoitotyöntekijöiden tietoisuutena vallasta (keskiarvo 1,79; keskihajonta 0,39) sekä kykynä saavuttaa tavoitteita ja tuloksia (1,85; 0,42). Vastaajat pitivät tärkeänä, että organisaation ja hoitotyöntekijöiden odotukset toiminnan tuloksista olivat yhtenäiset ja valta toteutui, kun hoitotyöntekijät tiedostivat roolinsa yhteisten tavoitteiden saavuttamisessa. Tavoitteiden ja tuloksien saavuttaminen edellytti vastaajien mukaan myös hoitotyön tavoitteiden selkeää määrittelyä.

Hoitotyö valta toteutui huonoiten hoitotyön resurssien (keskiarvo 3,23; keskihajonta 0,59), organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitsemisen (2,93; 0,53) sekä yhteistyön

(2,74; 0,65) osalta. Vastaajat arvioivat, että hoitotyön valta ei toteutunut resursoinnin osalta. Käytettävissä olevia taloudellisia resursseja pidettiin pääosin riittämättöminä myös hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi. Vaikka vastaajat arvioivat hoitotyöntekijöiden sopeutuvan terveydenhuollon muutoksiin, ei niitä samassa suhteessa aktiivisesti ennakoitu eikä omassa työssä valmistauduttu niihin. Hoitotyön valta toteutui heikosti myös organisaatiossa tapahtuvassa yhteistyössä. Vastaajista vain kolmasosa arvioi, että hoitotyön näkemyksellä on painoarvoa organisaatiotason päätöksenteossa. Sen sijaan useampi arvioi, että organisaation sisäisissä työryhmissä valta ilmeni paremmin ja hoitotyön näkemys otettiin huomioon.

Vastaajien taustojen yhteys arvioihin

Nykyisessä tehtävässään 5–9 vuotta toimineet arvioivat hoitotyöntekijöiden tietoisuuden vallasta korkeimmalle (keskiarvo 1,73; keskihajonta 0,37; $p = 0,01$). Vastaajat, jotka pitivät vastuutaan suurena (arvio 8–10) arvioivat tietoisuuden vallasta myös suurimmaksi. Konservatiivisen toimi- tai tulosalueiden lähiesimiehet arvioivat tietoisuuden vallasta (1,69; 0,42; 0,01) sekä hoitotyön kyvyn saavuttaa tuloksia ja tavoitteita (1,75; 0,44; 0,01) korkeammalle kuin muut lähiesimiehet.

Vastaajat, joiden esimiehenä oli ylihoitaja, arvioivat esimiehen kyvyn saavuttaa tuloksia hieman paremmaksi (keskiarvo 2,17; keskihajonta 0,63) kuin he, joiden esimies oli ylilääkäri (2,19; 0,85). Konservatiivisen toimi- tai tulosalueen lähiesimiehet arvioivat oman esimiehensä kyvyn saavuttaa

Taulukko 2. Hoitotyön lähiesimiesten arvio hoitotyön vallasta summamuuttujittain.

Summamuuttuja	n	Keskiarvo	Keskihajonta	Vaihteluväli	Cronbachin alfa
Tietoisuus vallasta	258	1,79	0,398	1–5	0,56
Hoitotyön kyky saavuttaa tuloksia ja tavoitteita	260	1,85	0,420	1–5	0,53
Esimiesten kyky saavuttaa tuloksia	247	2,21	0,698	1–5	0,79
Hoitotyön asema	262	2,35	0,557	1–5	0,62
Hoitotyön rooli	258	2,39	0,558	1–5	0,49
Yhteistyö	260	2,74	0,659	1–5	0,60
Organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitseminen	261	2,93	0,536	1–5	0,75
Hoitotyön resurssit	250	3,23	0,599	1–5	0,72

Arviointi: viisiportainen Likert-asteikko (1 = täysin samaa mieltä, 5 = täysin eri mieltä), mitä pienempi keskiarvo, sitä enemmän valtaa

tuloksia paremmaksi kuin muiden alueiden lähiesimiehet (1,99; 0,58; $p = 0,001$).

Eri toimi- tai tulosalueiden välillä oli myös hoitotyön aseman kokemuksessa merkitseviä eroja ($p = 0,002$). Konservatiivisen toiminta-alueen lähiesimiehet arvioivat hoitotyön asemaan liittyvän vallan suuremmaksi (keskiarvo 2,19; keskihajonta 0,55) kuin operatiivisen ja psykiatrisen alueen lähiesimiehet ($p < 0,001$).

Työkokemusvuosilla oli merkitsevä yhteys siihen, millaiseksi lähiesimiehet näkivät hoitotyön roolin organisaatiossa ($p = 0,04$). Yli 15 vuotta hoitotyön johtajana toimineet arvioivat hoitotyön roolin parhaimmaksi vallan osalta (keskiarvo 2,25; keskihajonta 0,43). Lähiesimiehet, joiden arvio omasta kokonaisvastausta jakaantui luokkiin 8–10, arvioivat hoitotyön roolin hieman muita korkeammalle (2,34, 0,55). Yliopistotutkimuksen suorittaneet lähiesimiehet näkivät hoitotyön vallan vähäisemmäksi (2,54; 0,54) kuin sairaanhoitajan tai johtamisen lisäkoulutuksen käyneet lähiesimiehet.

Lähiesimiesten oman esimiehen virkanimikkeellä oli merkitsevä yhteys yhteistyön toteutumiseen. Vastaajat, joiden esimies oli ylilääkäri, arvioivat yhteistyön hieman huonommaksi (keskiarvo 2,98) kuin ne, joiden esimies oli ylihoitaja (2,68). Vastaajat, joilla oli kokemuksensa mukaan eniten valtaa (asteikolla 8–10), arvioivat yhteistyön toteutumisen kaiken kaikkiaan keskiarvoltaan (2,66) parhaiten toteutuvana (keskihajonta 0,60; $p = 0,023$). Lähiesimiehen johtamien yksiköiden tai hoitohenkilökunnan määrällä ei ollut tilastollista merkitystä yhteistyön toteutumiseen. Parhaimmaksi yhteistyön toteutumisen arvioivat konservatiivisen toimi- tai tulosalueen lähiesimiehet (keskiarvo 2,58; keskihajonta 0,63; $p = 0,01$).

Koulutuksella oli merkitys organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitsemisessa: yliopistotutkimuksen suorittaneet arvioivat ulkopuolisten vaikutusten hallitsemisen huonommaksi kuin muun koulutuksen suorittaneet ($p = 0,007$). Toimi- tai tulosalueiden välillä ei ollut merkitsevää eroa, mutta vastauksien keskiarvon perusteella valta näyttäytyi kaikilla alueilla alle keskitason (operatiivisen keskiarvo 2,99, psykiatrisen 2,93 ja konservatiivisen 2,86).

Hoitotyön resurssit jäivät heikoimmin toteutuvista vallan osa-alueista keskiarvoltaan matalaksi. Nykyisessä tehtävässään yli 10 vuotta toimineet lähiesimiehet kokivat hoitotyön resurssit huonoimmin toteutuviksi ($p = 0,03$). Lähiesimiehien kokonaisvastaan arviolla oli myös yhteys kokemukseen resurssien toteutumisesta ($p = 0,02$). Operatiivisen toiminta-alueen lähiesimiehet arvioivat (keskiarvo 3,4; keskihajonta 0,56) vallan hoitotyön resurssien osalta matalammalle kuin muiden toiminta-alueiden lähiesimiehet ($p < 0,001$).

POHDINTA

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa käytetty mittari on valittu perehtymällä kansalliseen ja kansainväliseen tutkimukseen hoitotyön valasta. Näiden perusteella valittiin Sieloffin hoitotyön valta mittaava mittari (Sieloff-King Assessment of Group Power Within Organization), jonka katsottiin mittaavan kattavasti tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Mittarin käyttöön saatiin omistajan lupa. Mittarin luotettavuus on aiemmissa tutkimuksissa ollut sisäisen johdonmukaisuuden osalta vahva: Cronbachin alfa-arvo 0,91–0,92, puolitusanalyysi 0,76–0,92 (Sieloff 2003, Bogue 2009).

Mittari kaksoiskäännettiin ja sen sisältövaliditeettia arvioitiin myös asiantuntijaryhmällä ($n = 8$, 2 ylihoitajaa, 2 osastonhoitajaa, 2 valtatutkimuksen asiantuntijaa, 2 mittarin kehittämisen asiantuntijaa) (Beck ym. 2003). Ennen varsinaista aineistonkeruuta mittari esitettiin osastonhoitajilla ja apulaisosastonhoitajilla ($n = 28$) yhdessä erikoissairaanhoidon organisaatiossa kolmella eri toiminta-alueella (konservatiivinen, operatiivinen ja psykiatrisen). Esitestausaineiston Cronbachin alfa-arvo koko mittarilla oli 0,71. Esitestausaineisto ei ole mukana tutkimusaineistossa. Esitestauksen perusteella tehtiin tarkennuksia muun muassa väittämien käännöksiin (Streiner ym. 2003, Maneesriwongul ym. 2004).

Mittarin luotettavuutta arvioitiin tämän tutkimuksen aineistossa puolitusanalyysillä (0,86) ja Cronbachin alfa-arvolla, joka koko mittarin osalta oli 0,87 ja summamuuttujien osalta 0,53–0,79. Cronbachin alfa-arvo arvoa yli 0,80 pidetään merkittävänä aiemmin käytetyn mittarin luotettavuuden arvioinnissa. Vaikka summamuuttujien osalta arvot jäivät pienemmiksi, väittämiin ei tehty tässä tutkimuksessa muutoksia (Burns ja Grove 2001).

Vuonna 2010 suomalaisessa julkisen terveydenhuollon sairaaloissa työskenteli 1 960 osastonhoitajaa ja 1 390 apulaisosastonhoitajaa. Tutkimukseen vastanneet ($n = 264$) edustavat noin 8 % julkisen terveydenhuollon sairaaloiden (THL 2010) ja yli kolmasosaa 11 tutkimusorganisaation kaikista hoitotyön lähiesimiehistä. Tuloksia voidaan pitää ainakin tutkimukseen osallistuvissa yksiköissä yleistettävänä.

Tutkimuksen eettisyys

Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle saatiin luvat sairaanhoitopiireistä. Tämän jälkeen tutkija otti yhteyttä toiminta-alueiden ylihoitajiin aineistonkeruutilaisuuksien järjestämisestä kullakin toiminta-alueella. Tutkimusaineiston keräämisestä tutkijan ollessa läsnä oli hyötynä se, että kaikki mukaan pyydetty osallistuivat ja täyttivät koko kyselyn. Vastaajat olisivat voineet palauttaa myös tyhjän lomakkeen, koska osallistuminen oli vapaaehtoista. Kukaan ei tehnyt näin, vaan kaikki tilaisuuteen osallistuneet täyttivät koko lomakkeen. Voidaan pohtia, saattoiko tutkijan läsnäolo vaikuttaa niin, että vastaajat eivät kokeneet voivansa olla vastaamatta. Tut-

kimukseen osallistumisen luottamuksellisuus ja anonyymiy raportoinnissa taattiin. Läpi tutkimusprosessin pyrittiin hoitotyötä ja sen johtamista hyödyttävään lopputulokseen ilman, että se vahingoittaa yksittäistä tutkimukseen osallistunutta hoitotyön lähiesimiestä tai hänen organisaatiotaan (Gillis ja Jackson 2002).

Tulokset aiemman tutkimustiedon valossa

Tulosten perusteella näyttää siltä, että hoitotyössä ollaan tietoisia omasta vallasta sekä kyvystä saavuttaa tuloksia ja tavoitteita (vrt. Burrit 2005). Sen sijaan valta toteutuu heikoimmin hoitotyön resurssien sekä yhteistyön alueilla, eikä organisaation ulkopuolisten vaikutuksia koeta voitavan hallita. Siten tällaiset tekijät vaikuttavat kielteisesti hoitotyön valtaan.

Merkittävimmät erot vallan osa-alueiden keskiarvoissa olivat verrattaessa eri toimi- tai tulosalueita. Terveystieteiden organisaatioiden onkin kuvattu olevan hyvin toimintokohtaisia organisaatioita, joissa erikoisalot itse määrittelevät toimintaansa (Kivinen 2008, Virtanen 2010). Tämä voi kuitenkin muodostua organisaation potilasturvallisuutta, hoitoketjuja ja hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä heikentäväksi tekijäksi, jos valta eri alueilla vaihtelee (vrt. VanOyen Force 2005, Armstrong ym. 2009). Tämän tutkimuksen perusteella konservatiivisen toimi- ja tulosalueen lähiesimiehet arvioivat hoitotyön vallan lähes kaikilla osa-alueilla parhaimmaksi.

Korkeammalla koulutuksella oli yllättäen negatiivinen vaikutus organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitsemisen arviointiin. Tulosten perusteella ulkopuolisiin muutoksiin mukautumisen sijaan hoitotyöntekijöiden tulisi aktiivisemmin ennakoita niitä. Tällä olisi myös myönteinen vaikutus kokemukseen työnhallinnasta ja sitä kautta myönteinen vaikutus myös potilaan hoitoon (Boyle 2004, Sieloff ym. 2007). Kielteinen näkemys organisaation ulkopuolisten vaikutusten hallitsemisesta saattaa selittyä koulutuksen tuomalla tietoperustalla ja sitä kautta lisääntyneellä tietoisuudella toimintakentän muutostarpeista. Hoitotyön lähiesimiehet ehkä tunnustavat ennakoinnin tärkeyden toiminnan johtamisessa, mutta tulosten perusteella muutosjohtaminen ei konkretisoidu toivotulla tavalla. Tätä tukee Isosaaren (2008) tutkimus, jonka mukaan osastonhoitajat kokivat, että valtaa olisi ulkoa asetettujen tavoitteiden toteuttaminen.

Yhteistyöhön liittyvä valta toteutuu parhaiten niiden vastaajien kohdalla, joiden esimies on ylihoitaja. Samansuuntainen tulos ilmenee myös vastaajien arvioissa oman esimiehensä kyvystä tulokselliseen toimintaan. On luonnollista, että hoitotyön lähiesimiehelle ylihoitaja on professionaalista näkökulmasta lähempänä, ja yhteinen dialogi hoitotyön johtamisesta onnistuu sen myötä (vrt. Wiili-Peltola 2001). Tulos, jonka mukaan valtaa ei juuri ilmene yhteistyön osa-alueella saa osittain tukea Surakan (2006) tutkimuksesta, jossa osastonhoitajat kertoivat yhteistyön lääkärin kanssa vähentyneen 2000-luvulle tultaessa. Ilmeisesti tilanne ei ole kuluneen vuosikymmenen aikana parantunut. Sen sijaan sairaalan eri

professoiden johtajien kuvataan olevan epätietoisia ja heillä kuvataan olevan toisistaan poikkeavia käsityksiä esimiesasemasta (Virtanen 2010). Lisäksi professoiden arvomaailmaa pidetään osin epäyhtenäisenä (Ikola-Norrbacka 2010). Eikö johtamisen tavoitteen tulisi kuitenkin olla yhteinen? Profiisista riippumatta organisaation toiminnan tavoite on kuitenkin yhteinen (vrt. Surakka 2006).

Hoitotyön resurssit koettiin keskiarvotarkastelun mukaan huonosti toteutuviksi. Taloudellisten resurssien lisäksi hoitotyöllä on myös tieto- ja osaamispuutetta (Sieloff ym. 2007), mitä ei ehkä mielletty osa-alueeseen kuuluvaksi. Tulos on kuitenkin samansuuntainen aiempien tutkimusten ja vallitsevan käsityksen kanssa. Osastonhoitajat kokevat suuresta vastuusta huolimatta vaikutusmahdollisuutensa rajallisiksi juuri taloudellisten resurssien vähäisyyden vuoksi (Isosaari 2008, Ikola-Norrbacka 2010). Hoitotyön lähiesimiesten tehtävänä on varmistaa työyksikön toiminta sekä riittävä henkilöstöresursointi kussakin työvuorossa ja näin hyödyntää resursseihin liittyvää valtaa.

PÄÄTELMÄT JA EHDOTUKSET HOITOTYÖN KÄYTÄNNÖN JA JOHTAMISEN KEHITTÄMISEKSI

1. Suomalaisen erikoissairaanhoidon valta ilmenee parhaiten tietoisuutena vallasta ja hoitotyön kykyä saavuttaa tuloksia ja tavoitteita.
2. Heikoiden hoitotyön valta näkyy hoitotyön resurssien ja yhteistyön toteutumisessa. Organisaation ulkopuolisia vaikutuksia ei voi hallita.
3. Taustamuuttujista toimi- ja tulosalueilla oli eniten merkitystä hoitotyön vallan toteutumiseen. Onko alueiden sisälle muodostunut omanlainen kulttuuri, joka saattaa vaikuttaa negatiivisesti potilaiden hoidon sujuvuuteen yli toimi- tai tulosalueiden?
4. Hoitotyön asema ja rooli eri toimi- tai tulosalueilla vaihtelee. Tähän tulee kiinnittää huomiota organisaation eri alueilla, koska sillä saattaa olla vaikutusta hoitohenkilökunnan saatavuuteen ja työhyvinvointiin.
5. Hoitotyön lähiesimiehet näkevät, että heillä ei juuri ole valtaa hallita organisaation ulkopuolisten tekijöiden vaikutusta omassa johtamisen toimintakentässään. Hoitotyön lähiesimiehille tulee tarjota ennakoivasti tukea muutosjohtamiseen.
6. Tulosten perusteella ”valta” vaatii suomalaisessa terveydenhuollossa edelleen sen tunnustamista ja tunnustamista, sillä valta on hoitotyön, hoitotyön tuloksellisuuden sekä hoitotyön johtamisen näkökulmasta osa organisaatioiden sosiaalista kontekstia.

Kiitokset

Tutkimusta ovat tukeneet taloudellisesti Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (EVO B10204) ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin Tiedekeskus (EVO Hanke9L099).

LÄHTEET

- Armstrong KJ, Laschinger HK, Wong CA. 2009. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality* 24(1), 55–62.
- Beck CT, Bernal H, Froman RD. 2003. Methods to document semantic equivalence of a translated scale. *Research in Nursing and Health* 26(1), 64–73.
- Bogue R, Joseph M, Sieloff CL. 2009. Shared governance as vertical alignment of nursing group power and nurse practice council effectiveness. *Journal of Nursing Management* 17(1), 4–14.
- Boyle S. 2004. Nursing unit characteristics and patient outcomes. *Nursing Economics* 22(3), 111–123.
- Burns N, Grove S. 2001. *The Practice on Nursing Research. Conduct, Critique ja Utilization*. 4. painos. W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Burrit J. 2005. Organizational turnaround. The role of nurse executive. *Journal of Nursing Administration* 35(11), 482–489.
- Gillis A, Jackson W. 2002. *Research for nurse methods and interpretation*. F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Ikola-Norrbacka R. 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa. *Acta Wasaensia* 222. Väitöskirja. Filosofinen tiedekunta, Julkisjohtaminen. Vaasan yliopisto.
- Isosaari U. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. *Acta Wasaensia* 188. Väitöskirja. Hallintotieteiden tiedekunta, Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta. Vaasan yliopisto.
- Kangasniemi M. 2007. Monoliittisestä trilogiseen tasa-arvoon. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 933. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.
- King IM. 2006. A systems approach in nursing administration. Structure, process and outcome. *Nursing Administration Quarterly* 30(2), 100–104.
- Kivinen T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 158. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. 2000. Power and empowerment in nursing three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 235–241.
- Laschinger HK, Wong CA, Greco P. 2006. The impact of staff nurse empowerment on person-job fit and work engagement/burnout. *Nursing Administration Quarterly* 30(4), 358–367.
- Maneesriwongul W, Dixon JK. 2004. Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing* 48(2), 175–186.
- Manojlovich M, Laschinger H. 2007. The nursing worklife model: extending and refining a new theory. *Journal of Nursing Management* 15(3), 256–263.
- Narinen A. 2000. Terveydenhuollon osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Parsons ML, Stonestreet J. 2003. Factors that contribute to nurse manager retention. *Nursing Economics* 21(3), 120–126.
- Paynton ST. 2009. The informal power of nurses for promoting patient care. *Online Journal of Issues in Nursing* 14(1), www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No1Jan09/ArticlePreviousTopic/InformalPowerofNurses.html [luettu 25.4.2012].
- Sieloff CL. 1996. Development of an instrument to estimate the actualized power of a nursing department. Väitöskirja. Wayne State University. United States of America.
- Sieloff CL. 2003. Measuring nursing power within organizations. *Journal of Nursing Scholarship* 35(2), 183–187.
- Sieloff CL. 2004. Leadership behaviours that foster nursing group power. *Journal of Nursing Management* 12(4), 246–251.
- Sieloff CL. 2010. Improving the work environment through the use of research instruments. *Nursing Administration Quarterly* 34(1), 56–60.
- Sieloff CL, Frey MA, King IM. 2007. King's conceptual system and middle range theory development. Springer Publishing Company, New York.
- Sieloff CL, Dunn K. 2008. Factor Validation of an Instrument Measuring Group Power. *Journal of Nursing Management* 16(2), 113–124.
- Skytt B, Ljunggren B, Carlsson M. 2007. Reasons to leave: the motives of first line nurse managers` for leaving their posts. *Journal of Nursing Management* 15(3), 294–302.
- Streiner DL, Norman GR. 2003. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Third Edition. Oxford University Press, New York.
- Surakka T. 2006. Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla. *Acta Universitatis Tampereensis* 1172. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Sveiby K-E. 1990. Valta ja johtaminen asiantuntijaorganisaatioissa. Weillin ja Göös. Porvoo, 61–62.
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti. 28/2011. Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö. Helsinki.
- www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr28_11.pdf [luettu 11.10.2011].
- Upnieks VV. 2002. What constitutes successful nurse leadership? *Journal of Nursing Administration* 32(12), 622–632.
- VanOyen Force M. 2005. The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *Journal of Nursing Administration* 35(7/8), 336–341.

Virtanen JV. 2010. Johtajan sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaanhoidossa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Turun kauppakorkeakoulu Sarja A-2:2010. Väitöskirja. Turun Kauppakorkeakoulu. Turun yliopisto.

Wiili-Peltola E. 2001. Sairaanhoidopiirin strategia sairaaloiden lähijohdon tulkintana. Hallinnon tutkimus 20(4), 384–397.

ABSTRACT

Power of nursing in special health care evaluated by head nurses and assistant head nurses

Sari Viinikainen MNSc, Paula Asikainen PhD, Mika Helminen FM, Tarja Suominen PhD.

This study set out to examine and describe the power of nursing in public health care organisations from the point of view of the first-line nurse managers. The data was collected via a questionnaire in spring 2010. 264 first-line nurse managers, i.e. head nurses and staff nurses, from medical, surgical and psychiatric wards in 11 hospital districts took part in the study. The data was analysed statistically.

The first-line nurse managers evaluated the power of nursing through the instrument's eight dimensions. Power perspective and goals/outcome competency were evaluated as the most successful aspects of power. The role of nursing, the position of nursing, and the leader's ability to achieve goals were assessed as somewhat successful aspects of power. Nursing resources, controlling effects of environmental factors and communication competency were perceived as the least successful aspects.

The organisational or profit units differ in terms of power, which can affect, for example, the fluency of nursing chains and the availability of nursing staff. It is therefore important that future studies assess the impact of the organisation's social context on the power of nursing.

KEY WORDS

nursing power, nursing first-line manager, head nurse, Sieloff-King

Is the first-line nursing managers' power congruent with that of the nursing group?

Sari Viinikainen¹, Paula Asikainen², Christina Sieloff³,
Mika Helminen² and Tarja Suominen²

Nordic Journal of Nursing Research
2015, Vol. 35(1) 3–9
© The Author(s) 2015
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0107408314560324
njn.sagepub.com



Abstract

Aim: This research examined the relationship between nursing managers' power and nursing group power in public health service organizations.

Approach/Methods: A cross-sectional survey of first-line nurse managers ($n = 264$) from 11 Finnish hospitals was conducted. The power of nurse managers and nursing groups was examined through two reliable instruments: the Nursing Managers' Power instrument and the Sieloff-King Assessment of Group Power within Organizations instrument[©].

Findings: The power of nurse managers was perceived to be moderate on a 5-point Likert scale. Managers reported that they gained the most power from their role and position as a nursing manager, and lastly, from their resources. The power of nurse managers correlated no more than moderately with nursing group power.

Implications for Nursing Management: Organizations need to ensure that nursing managers have the power and opportunity to influence nursing goals and outcomes.

Keywords

nursing group, nursing manager's power, power

Accepted: 7 August 2014

Introduction

In recent years, nursing managers have faced different challenges resulting from changes in health care organizations and service structure reform. One of these changes involves the changing role of first-line nursing managers (i.e., nurse managers and assistant nurse managers). For the first-line nurse manager, this means new and additional tasks, increased responsibilities and larger staff groups.¹ Competent professional nurses do not need to be managed. Rather, the health care environment needs to be managed so that nurses can better work with patients.² Thus, by managing the environment, the nurse managers exert influence on the achievement of the goals and outcomes of wards and nursing groups.^{3,4}

During the last few years, researchers have studied nursing management from the point of view of hospitals' Magnet factors and first-line nurse managers' competency.^{5,6} First-line nurse managers need competencies, knowledge and skills in the essentials of power and influence to lead nursing groups to achieve their goals.⁷ However, whether first-line nurse managers have the power to lead nurses, and the type of power they possess, has not been investigated.

In studies by Skytt¹ and Brown et al.,⁸ first-line nurse managers described the difficulties they face every day, such as staffing, nursing shortages and economics. These managers are responsible for issues such as the

management of ward resources, recruitment, staff development, the guidance or support of staff, etc.⁹ It is obvious that if first-line nurse managers are provided with additional support, resources and access to information, they could use the resulting power to more effectively influence ward, staff and patient outcomes.¹⁰

Nursing group power, as a concept, has been minimally defined in public health care services in Finland,¹¹ although nursing power has been identified as an essential pre-requisite if a nursing group is to achieve its goals. Although traditional work environment factors have drawn the attention of nursing researchers, nursing group power (as a work environment factor) has received minimal attention. This study examined the relationship of first-line nurse managers' power to the power of the nursing group.

¹University of Tampere and Central Finland Health Care District, Finland

²University of Tampere, Finland

³Montana State University – Bozeman, USA

Corresponding author:

Sari Viinikainen, School of Health Sciences, Nursing Science, University of Tampere and Central Finland Health Care District, Valkotie 2 a 1, 01620 Vantaa, Finland.

Email: sari.viinikainen@uta.fi

Background

The concept of power

Power is a complex and broad concept with many diverse definitions and theoretical approaches drawn from organizational, psychological and social sciences. Several definitions of power have been identified in nursing.¹² Although power is often perceived as a negative concept, some nursing researchers² have viewed it as a positive resource available to every group within every health care organization.

Leadership, influence, authority and power are interrelated concepts. Power can be seen as a capacity to influence, while authority is the right to influence. In any case, power is an essential part of management, and is a characteristic of the social context and individual behaviour.¹³ In this study, the concept of power is defined as a group's capability to achieve its goals (Sieloff, personal communication, 27 November 2009), affecting the goals and outcomes of the health care organization.

Nurse managers' power

Sieloff³ defined nurse managers' power as the knowledge and skills of a manager in relation to the achievement of nursing group goals. Several types of nurse manager power have been identified in the nursing literature: legitimate, expert, referent,¹⁴ positional and personal.^{15,16} Based on these types, we examined nurse managers' power in relation to their role, position and resources. First-line nurse managers were defined as nurse managers and assistant nurse managers, as these individuals work as the manager of units or wards.

Hersey et al.¹⁶ stated that managers who understand and know how to use power in their role, are more effective than those who do not. Managers who feel they have the power in their role to implement change also report higher job satisfaction.¹⁷ In addition, nurse managers who feel more efficacious in their nursing manager roles not only report more access to power for themselves but they also provide more access to power for their staff.¹⁸

The literature shows that not all levels of nursing management have equal access to the same sources of power. The findings of Manojlovich¹⁷ showed that the sources of power available to a nurse manager depended on the manager's position in the organizational hierarchy. Positional power has been associated with nursing knowledge and management. Organizational cultures have clearly identified behaviours associated with nurse managers' positions, delegated responsibilities and the authority to work independently.¹⁶

Nursing group power

Sieloff² defined nursing group power as 'the capacity of a group to achieve its goals' (p. 54). This definition is based on Sieloff's theory of the group power within organizations, that power is composed of eight components: controlling the effects of environmental forces, nursing position, nursing resources, nursing role, communication

competency, goals/outcomes competency, manager's power competency and power perspective.³

Nurses expect that managers will provide them with resources to deliver patient care. Without these resources, nurses describe that they are unable to control their work environment.²² However, literature has suggested that this provision of resources is not actually occurring, as nurses rated their levels of power in controlling the effects of environmental forces, nursing resources and their manager's power competency as low. In contrast, nurses' perceptions of the power perspective and goals/outcome competency were reported as moderate.²⁴ Nurses themselves perceive nursing group power as professional power that is related to the application of knowledge and skills to nursing practice,²³ and to achieving their professional role as patient advocates.²⁵ It is thus logical to propose that increasing work experience and knowledge would also increase power.

Groups who collaborate well with others are more likely to achieve their goals.³ Doctor–nurse collaboration and communication have been found to contribute to positive results in patient care.²⁶ The nurses' role as members of multi-professional groups also involves having a sufficient degree of power and autonomy.²⁷

The study

Aim and the research questions

The aim of this study was to answer the following research questions: 1) What is the level of power perceived by first-line nurse managers in public health care services? 2) What is the relationship between first-line nurse managers' power and nursing group power in the public health care services?

The hypotheses designed to address the above research questions were: 1) Nurse managers' overall levels of power are positively correlated with an individual nurse manager's instrument scores. 2) Nurse managers' power is positively correlated with nursing group power, as measured by the SKAGPO©.

Design

A cross-sectional descriptive correlation survey design was used. Information was obtained from first-line nurse managers in three specific divisions in eleven public health care hospitals in Finland.

Sample

In Finland, five university hospitals and 15 central hospitals provide public health care services. A convenience sample of 11 hospitals (population base approximately 200,000–250,000) was selected with divisions of surgical, medical and psychiatric care.

In calculating the differences between means, a power analysis identified a required sample size of 259 based on 90% power ($p=0.05$) in order to detect a statistically significant 20% difference. At the time of conducting the

research, there were 1,960 nurse managers and 1,390 assistant nurse managers working in Finnish hospitals. All first-line nurse managers in the three designated divisions of the selected hospitals were invited to participate in the survey. The nursing directors informed respondents about the study and data collection.

The first-line managers who responded to this study ($n = 264$) represented about 8% of the population. In addition to a bachelor degree in nursing, Finnish first-line nurse managers may have additional management education or university degrees.

Data collection

Data was collected from February to May 2010 using a questionnaire that consisted of three parts: 1) a background questionnaire, 2) the Nursing Managers' Power instrument, 3) the Sieloff-King Assessment of Nursing Group Power within Organizations © (SKAGPO) instrument. The instruments were both pre-tested by a group of first-line managers ($n = 27$) to confirm the content validity and language clarity of the instruments in Finnish. Based on the outcomes, only linguistic revisions were required.

Background variables. The demographic data collected included: age, gender, length of work experiences in nursing (both as a nursing manager and in their present position), present title, and education level. The data collected on the organizations and divisions included: the type of organization, total number of health care staff in the organization, and the title of the first-line nurse manager's supervisor, total number of wards managed by the first-line nurse manager and the nursing professionals on those wards.

In addition, managers were asked to assess their own overall level of power and responsibility as a first-line nurse manager using a Visual Analogue Scale of 0–10 (zero indicating the lowest and 10 the highest level). These were used as additional background variables.

Nurse Managers' Power instrument. The Nurse Managers' Power instrument included 31 items with three subscales: role¹² position⁷ and resources.¹² Power was measured for each of the subscales by asking whether managers perceived that they had power, what made power possible for them, and also the source of that power. Items were measured on a 5-point Likert-scale (1 = Strongly agree to 5 = Strongly disagree). Consistent with the ranges associated with Sieloff's instrument: 1–2.3 indicated a high level of power; 3.6–2.4 indicated a moderate level of power, and 3.7–5 indicated a low level of power. The internal consistency of the scale was measured by Cronbach's alpha (overall $\alpha = 0.847$; role subscale, $\alpha = 0.632$; position subscale $\alpha = 0.599$; resources subscale $\alpha = 0.697$). These were at the satisfactory level, if a coefficient alpha of 0.70 is acceptable for new scales. The overall split-half reliability, tested by the Equal-Length Spearman- Brown Formula was 0.77.

Nursing Group Power Instrument. The Sieloff-King Assessment of Group Power within Organizations © (SKAGPO) is a 36-item questionnaire that estimates nursing group power and includes eight subscales: controlling the effects of environmental forces,⁷ nursing position,⁴ nursing role,³ nursing resources,⁶ communication competency,³ goals/outcome competency,⁴ group manager's power,⁴ and power perspective.⁵ The items were measured, and cut-off (mean) scores indicated as above. The instrument has previously been psychometrically evaluated in three studies and its reliability and validity has been consistently demonstrated.^{27,28,29} In this study, for the Finnish version of the instrument, the internal consistency of the overall scale was 0.87 and the Cronbach's alpha coefficients for the eight subscales were at satisfactory level ranged from 0.49 to 0.75. The overall split-half reliability (Spearman- Brown Formula) was 0.86.

Ethical considerations

Permission to conduct the study was obtained from each target organization, however further permissions from associated ethical committees were not required. Written permission to use the survey instrument was obtained from the authors. The participants were informed about the opportunity to participate in the study by their own supervisor by the cover letter. In that had been told about length of the instrument and possibility to interrupt their completion of the questionnaires without cause. No one took advantage of this option. Each respondent consented to participate in the study by completing the research questionnaires and questionnaires were completed anonymously.²⁵

Data analysis

The data was analysed using SPSS 18.0 statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL). Descriptive statistics (mean, range, and standard deviation) were analysed for all variables and demographic data. The distribution of the variables and sum scores were analysed with tests of skewness and kurtosis. The mean scores for the subscales were derived by calculating the scores of the individual items and then dividing them by the number of items in the subscale. Differences between groups were examined using the independent samples *t* test and one-way analysis of variance (ANOVA). Pearson Product-moment correlations were used to analyse the relationship between the nurse managers' and nursing group's power. The relationship between the overall level of power and responsibility as a constant variable was analysed using Spearman's Rank Correlation Coefficient. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$ for all analyses.³¹

Validity and reliability

The Nursing Managers' Power instrument was developed for this study based on a literature review, the SKAGPO instrument and a qualitative study.^{14,15} Construct validity

Table 1. First-line nursing managers' ($n = 264$) perceptions of their own overall level of power and responsibility as reported by their scores on nursing managers' power-instrument.

	Position			Resources			Role		
	Mean	SD	<i>p</i> value	Mean	SD	<i>p</i> value	Mean	SD	<i>p</i> value
Assessment of overall level of power			<0.001			<0.001			<0.001
0–4 ($n = 15$)	2.81	0.45		2.95	0.41		2.53	0.48	
5–7	2.37	0.44		2.60	0.37		2.16	0.37	
8–10	2.30	0.49		2.51	0.48		2.01	0.38	
Assessment of overall level of responsibility			<0.05			0.369			<0.01
0–4 ($n = 4$)	2.93	0.60		2.75	0.49		2.73	0.59	
5–7	2.44	0.43		2.64	0.37		2.18	0.38	
8–10	2.34	0.48		2.56	0.45		2.08	0.39	

Overall level of power and responsibility are measured by VAS 0–10. Scores of nursing managers' power are measured by a 5-point Likert scale; 1 = Strongly agree to 5 = Strongly disagree.

was statistically evaluated using item-total correlations. A pilot study was conducted with the first-line nurse managers in three different divisions in one health care organization. The reliability of the instrument was measured by its internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.847$; Split-Half = 0.77). The SKAGPO© was translated into Finnish using back translation.²⁵ A panel of eight experts (two charge nurses, two nurse managers, two experts in research related to organizational power and two experts in research methodology) assessed content validity.²⁶ They were chosen on the basis of their length of work experience, experience in the field of research, and their educational background. The construct validity of the translated instrument was statistically evaluated using item-total correlations.²⁷ The reliability of the translated SKAGPO© was comparable the basis of Cronbach's α and item-total correlations to that determined in previous studies.^{28,29}

Results

Description of participants

The study participants' mean age was 49 years ($SD = 6.94$, range = 29–63). The majority of the participants were women 92% ($n = 241$). The mean length of nursing work experience was 24 years ($SD = 7.97$, range 5–40) and the mean length of managerial nursing work experience was 10 years ($SD = 8.51$, range = 1–32). Over half, 56% ($n = 249$), of the respondents had less than 10 years of experience as a nursing manager. The mean length of time in their current position was 8 years ($SD = 7.36$, range 1–30) ($n = 237$). However, of the 25 participants who had been in their current position for less than one year (mean of six months, $SD = 3.2$, range = 1–11), 85 % were nurse managers and 14 % assistant nurse managers.

Nursing managers' power

The first-line nurse managers assessed their power as nurse managers in their specific divisions through three

subscales: role, position and resources. They experienced that their power was highest in their role as a nursing manager (mean 2.11, range = 1–5), second in regard to their position as a nursing manager (mean 2.43, range = 1–5), and lowest in regard to their resources (mean 2.58, range = 1–5). Statistically significant differences were found between the background variables and the sum variables regarding the overall level of power as nurse manager (position $p < 0.001$, resources $p < 0.001$ and role $p < 0.001$), and the overall level of responsibility as nurse manager (position $p < 0.05$ and role $p < 0.01$) (Table 1). When measuring overall power using the Visual Analogue Scale, respondents who perceived their overall level of power or responsibility as low (i.e., between 0 and 4), also assessed the other subscales of role, position and resources of the Nurse Managers' Power instrument at the low levels.

Comparing the first-line nurse managers' perceptions of their overall level of power and responsibility; based on the manager's work areas there were not significant differences. Respondents from the surgical division perceived their overall level of power to be the lowest, and of the three divisions, the psychiatric division first-line managers reported the lowest levels of responsibility. Hypothesis 1 (Table 2) was therefore not supported.

First-line nursing managers' power as described by subscales

Respondents' self-reported power was initially evaluated on a visual analogue scale from 0 to 10. This level of power correlated negatively, but weakly with the nurse managers' position ($r = -0.178$, $p < 0.01$), resources ($r = -0.197$, $p < 0.01$), and with the nurse managers' role ($r = -0.275$, $p < 0.01$). Most respondents (92%, $n = 264$) reported that they drew power from their position as a nurse manager, while an indication of personal power was only reported by 65% of the respondents.

More than a third of participants (36.9%, $n = 97$) reported that they did have enough financial resources to manage their ward, in contrast to 38.4% ($n = 100$) who

Table 2. Relationship between sum scores of nursing manager's power and assess of overall power and responsibility perceived by first-line nurse managers ($n = 264$).

Nursing manager's power	Overall power, r	Overall responsibility, r
Nursing manager's position	-0.178**	-0.109/ns
Nursing manager's resources	-0.197**	-0.076/ns
Nursing manager's role	-0.275**	-0.182**

Spearman's rank correlations r , $p < 0.01$ ** , two-tailed, ns = non-significant.

perceived they did not. Similar results were reported in relation to human resources, with 42% ($n = 112$) of participants perceiving they had sufficient resources, while 43% ($n = 113$) did not. Over two-thirds (68%, $n = 179$) of the participants reported that sufficient informational resources were available for decision-making.

Nearly all of the respondents thought that their role as a nurse manager included staff development (93%, $n = 245$) for their ward. 98% ($n = 258$) believed that their role included responsibility for the performance of the ward. 87% ($n = 228$) perceived that they were responsible for the finances of the ward, and 97% ($n = 256$) perceived that they were responsible for monitoring the delivery of nursing care on the ward.

Participants reported that nursing management knowledge contributed more to their position of power on the ward, than power that was delegated to them (84%, $n = 221$). About two-thirds (65%, $n = 170$) of the respondents perceived that the power delegated to them was associated with the availability of resources, however 85% ($n = 224$) perceived that delegated power facilitated power associated with their role.

In relation to organizational contributions to power, 78% ($n = 204$) totally agreed or agreed that organizational hierarchy facilitated their position of power, while 74% ($n = 193$) reported it facilitated power associated with their role, and 57% ($n = 149$) of respondents totally agreed or agreed in terms of whether the organization's hierarchy facilitated their power associated with resources.

The greatest differences were noted in participants' responses regarding the factor that contributed most to their power. Nearly one-third (30%, $n = 78$) of the participants perceived that their position power was not effected by their supervisor. In contrast, 64% ($n = 168$) of the respondents reported that the power associated with resources was influenced by their supervisor.

In total, 92% of the respondents perceived that their power was associated with their position ($n = 242$), however 46% ($n = 120$) felt their role was not dependent on nurses. Similarly, 56% ($n = 146$) of the respondents also reported that their power associated with resources was not dependent on nurses. In contrast, 32% ($n = 84$) of the respondents perceived that their power associated with their position, role and resources, was dependent on their colleagues, while 25% ($n = 66$) did not report which type of power was most dependent on their colleagues.

Table 3. Relationship between sum scores of Nursing Manager's Power and the Sieloff-King Assessment of Group Power within Organizations instrument (SKAGOAO©) perceived by first-line nurse managers ($n = 264$).

Nursing manager's power	SKAGOAO©	r
Nursing manager's position	Position	0.292**
Nursing manager's resources	Resources	0.351**
Nursing manager's role	Role	0.468**

Pearson product-moment correlations r , $p < 0.01$ ** , two-tailed.

The relationship of a first-line nursing manager's power to the power of nursing

The SKAGPO instrument and its eight subscales were used to estimate nursing group power. The scores on the subscales of goals/outcome competency (mean = 1.79, $SD = 0.39$) and power perspective (mean = 1.85, $SD = 0.42$) were reported in the high range. Nursing group power was reported to be lowest for the subscale of resources (mean = 3.23, $SD = 0.59$), followed by the subscales of controlling the effects of environmental forces (mean = 2.93, $SD = 0.53$) and communication competency (mean = 2.74, $SD = 0.65$). Hypothesis 2 (Table 3) was therefore supported. Only moderate correlations were found between the total scores of first-line nurse managers' power and nursing group power in relation to the three subscales of the nurse manager's instrument: position ($r = 0.292$, $p = 0.01$), resources ($r = 0.351$, $p = 0.01$) and role ($r = 0.468$, $p = 0.01$).

Discussion

Study limitations

Even if power is a general concept within organizational and social theory, there is a paucity of literature addressing the power of nurse managers or nursing. Therefore, it is difficult to compare the results of this study with previous research. In addition, it was the first time the Nursing Managers' Power and SKAGPO instruments had been used in Finland, although the Nursing Managers' Power instrument demonstrated reliability in this study and the SKAGPO instrument had previously demonstrated reliability and validity in the United States.^{12,29,30,32} Despite the translation issues related to SKAGPO, there may also have been different cultural interpretations of items by the respondents and this may have affected their responses. There may be differences in interpretation between the use of the SKAGPO© in different countries and when using different languages. Consequently, these differences may present some limitations to the generalizability of related findings. However, the generalizability of findings within the Finnish public health care system is possible as the sample was representative of ten of the twenty public hospitals in Finland.

Discussion of study results

The findings revealed that first-line nurse managers perceive the highest levels of power to be associated with their role, position and resources (respectively), on all three subscales at a moderate level. The respondents also perceived that their role as nurse manager was to be responsible for the ward's daily operations, staffing and finance, and as a developer of nursing practice. This supports the earlier findings of Kleinman⁹ and Jooste⁷. However, the respondents did not unanimously support the idea that they should be nursing experts, so first-line nurse managers must further identify those nursing practices that need improvement and support their nurses to develop nursing practice.

The nurse managers' role related power and the power of the nursing group (also associated with the role subscale), were moderately related to each other ($r=0.468$, $p < 0.01$). This positive relationship is consistent with findings from previous studies, since a nurse manager's role is to provide leadership in their ward and support nursing groups to achieve defined outcomes and goals^{3,4,12}. When nurse managers perceive themselves to be powerful in relation to their role, this perception should also contribute to the nursing group's view of the importance of their role within the organization.

According to the respondents' perceptions of their power of position, they have power and legitimacy that occur specifically through the nursing context.¹⁶ The results concerning the overall level of power and the first-line nursing managers' power of position support this. However, the correlation between first-line nursing managers' position and the nursing group's position subscale was weak ($r=0.292$). Both positional powers could be influenced by organizational culture factors not explained by this study, however, the respondents' assessments of the power of first-line nursing managers' position in the different divisions did not differ significantly.

Even if first-line nurse managers perceive that they have power associated with their position, the level of power seems to depend on the manager's supervisor and colleagues, and depends less on the nursing group. In addition, respondents described the organization's statutes as facilitating this positional power. This perception seems logical as the position of first-line nurse managers is defined by the organization's policies, and these policies and guidelines also play a role in the nursing group's power.³ In contrast, previous research has found that the organization's past and current statutes also could limit first-line nurse managers' power¹⁶ through the organization's culture.

Over half of the first-line nurse managers experienced personal power. Personal power was previously described as the ability and opportunity to get things done in advance, and is also seen to influence cooperation and communication.¹⁶ Upenieks³² stated that personal power increases through the development of trust in relation to others. Therefore, personal power is an important resource and proposed to be linked to informal power.

In this study, the respondents perceived that they had low levels of resources to support the provision of care. This perception was consistent with that of the nursing group. At the same time, first-line nurse managers perceived that they are responsible for the budget of the ward's nursing practice and the organization's policies, governing the work of nurse managers, are thought to generally contribute to these perceptions.

Respondents also reported that they did not have sufficient information on which to base their decisions. These findings support those of Upenieks,³² where first-line nurse managers reported that they did not have sufficient knowledge to manage their budgets effectively. As a result, first-line nurse managers are often the least prepared to meet organizational challenges, even though they are expected to provide sufficient information to the staff.⁴ Power related to knowledge has been identified in other studies as important,^{10,18} and having sufficient knowledge means being informed of the organization's overall goals and actively participating in the organization's decision-making processes.³³

Conclusion

When first-line nurse managers do not have sufficient power, they cannot effectively foster the development of nursing practice, or ensure that their units achieve their operational goals. The positive relationships between a manager's perceived power and the power perceived by their nursing group should be viewed as important at unit and organizational levels, as these relationships could subsequently have a significant impact on the attainment of patient goals and outcomes related to safety and quality of care.

The results of this study suggest that nurse managers perceive that their power base lies with their supervisor and colleagues, rather than their own nursing group. In order for nurse managers to further increase their power and decrease their oppressed group behaviours, it is critical that they look to alliances within their nursing group rather than to external parties.

Due to changing health care environments, particular attention should be paid to the first-line nurse manager's role, position and resources, in order to enable them to safeguard the operations of their unit or ward and ensure successful change management.

Author contributions

SV, PA and TS were responsible for the study conception and design; SV performed the data collection and data analysis; MH provided statistical expertise; SV were responsible for the drafting of the manuscript; CS, PA and TS made critical revisions to the paper for important intellectual content; PA and TS supervised the study.

Funding

Competitive Research Funding of the Central Finland Health Care District (B11208), Satakunta Hospital District 67/2011 (81021), Pirkanmaa Hospital District (9L099),

(9N074), (R9048) and Finnish Cultural Foundation supported this study.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

References

1. Skytt B, Ljungren B and Carlsson M. Reasons to leave: the motives of first-line nurse managers' for leaving their post. *J Nurs Manag* 2007; 15(3): 294–302.
2. Sieloff CL. Improving the work environment through the use of research instruments. *Nurs Admin Q* 2010; 34(1): 56–60.
3. Sieloff CL. Leadership behaviours that foster nursing group power. *J Nurs Manag* 2004; 12(4): 246–251.
4. Fennimore L and Wolf G. Nurse manager leadership development. Leveraging the evidence and system-level support. *J Nurs Admin* 2011; 41(5): 204–210.
5. Wolf G, Triolo P and Ponte PR. Magnet recognition program. The next generation. *J Nurs Admin* 2008; 38(4): 200–204.
6. Kelly L, McHugh M and Aiken L. Nurse outcomes in magnet© and non-magnet hospitals. *J Nurs Admin* 2011; 41(10): 428–433.
7. Jooste K. Leadership: a new perspective. *J Nurs Manag* 2004; 12(3): 217–233.
8. Brown P, Fraser K, Wong CA, et al. Factors influencing intentions to stay and retention of nurse managers: a systematic review. *J Nurs Manag* 2013; 21(3): 459–472.
9. Surakka T. The nurse manager's work in hospital environment during the 1990s and 2000s: responsibility, accountability and expertise in nursing leadership. *J Nurs Manag* 2008; 16(5): 525–534.
10. Viinikainen S, Asikainen P, Helminen M, et al. Hoitotyön valta erikoissairaanhoidossa osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien arvio [Power of nursing in special health care evaluated by head nurses and assistant head nurses]. *Tutkiva Hoitotyö* 2012; 11(1): 14–23.
11. Manojlovich M. Power and empowerment in nursing: looking backward to inform future. *Online J Issues Nurs* 2007; 12(1). <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol122007/No1Jan07/LookingBackwardtoInformtheFuture.aspx> (accessed 17 March 2014).
12. Bogue R, Joseph M and Sieloff CL. Shared governance as vertical alignment of nursing group power and nurse practice council effectiveness. *J Nurs Manag* 2009; 17(1): 4–14.
13. Manfredi CM. A descriptive study of nurse managers and leadership. *West J Nurs Res* 1996; 18(3): 314–329.
14. Viinikainen S, Suominen T, and Asikainen P. *Power of nursing managers - instrument*. Unpublished, 2009.
15. Viinikainen S, Kvist T and Suominen T. Ylihoitajien valta ja vallan yhteys hoitotyöhön [Nursing Directors' power and its connecting to nursing]. *Tutkiva Hoitotyö* 2010; 8(3): 4–11.
16. Hersey P, Blanchard KH, and Johnson DE. *Management of organizational behavior: leading human resources* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc., 2001.
17. Manojlovich M. The effect of nursing leadership on hospital nurse's professional practice behaviors. *J Nurs Admin* 2005; 35(7/8): 366–374.
18. Sieloff CL. Development of a theory of departmental power. In: Frey M and Sieloff C (eds) *Advancing King's systems framework and theory of nursing*. Thousand Oaks, CA: SAGE, 1995, pp.46–65.
19. Hagbaghery M, Salsali M and Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Hum Resour Health* 2004; 2(9): 1–14.
20. Peltomaa K, Viinikainen S, Rantanen A, et al. Nursing power as viewed by nursing professionals. *Scand J Caring Sci* 2013; 27(3): 580–588.
21. Paynton ST. (2009). The informal power of nurses for promoting patient care. *Online Journal of Issues in Nursing* 14(1). Available: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No1Jan09/ArticlePreviousTopic/InformalPowerofNurses.html> (accessed 17 March 2014).
22. Krairiksh M and Anthony M. Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision-making. *The J Nurs Admin* 2001; 31(1): 16–23.
23. Furåker C. Registered nurses view's on their professional role. *J Nurs Manag* 2008; 16(8): 933–941.
24. Parahoo K. *Nursing research, principles, process and issues*. (2nd ed). New York, NY: Palgrave Macmillan, 2006.
25. Maneesriwongul W and Dixon J. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs* 2004; 48(2): 175–186.
26. DeVon H, Block M, Moyle-Wright P, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(2): 155–164.
27. Sieloff CL. *Development of an instrument to estimate the actualized power of a nursing department*. Unpublished PhD Thesis. Wayne State University, USA, 1996.
28. Sieloff CL and Dunn K. Factor validation of an instrument measuring group power. *J Nurs Meas* 2008; 16(2): 113–124.
29. Sieloff CL. Measuring nursing power within organizations. *Journal of Nursing Scholarship* 2003; 35(2): 183–187.
30. Sieloff CL and Bularzik AM. Group power through the lens of the 21st century and beyond: further validation of the Sieloff-King Assessment of Group Power within Organizations. *J Nurs Manag* 2011; 19(8): 1020–1027.
31. Polit F and Beck CT. *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
32. Upenieks V. Nurse leaders' perceptions of what compromises successful leadership in today's acute inpatient environment. *Nurs Admin Q* 2003; 27(2): 140–152.
33. Patrick A and Laschinger H. The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse manager's role. *J Nurs Manag* 2006; 14(1): 13–22.

The organizational social context in public health care as viewed by first-line nursing managers: a cross-sectional study

Sari Viinikainen^{1,2*}, Ilmari Rostila³, Philip Green⁴, Paula Asikainen⁵, Mika Helminen^{1,6}, Tarja Suominen^{1&}

¹ School of Health Sciences, Nursing Science
University of Tampere

² Central Finland Health Care District, Finland

³ School of Social Sciences and Humanities
University of Tampere/ Department of Pori, Finland

⁴ University of Tennessee, USA

⁵ Satakunta Hospital District, Finland

⁶ Pirkanmaa Hospital District, Science Center, Finland

* Corresponding author
Viinikainen.sari.m@student.uta.fi (SV)

The authors have contributed equally to this work

Conflict of interest:

No conflict of interest has been declared by the authors.

Funding:

Competitive Research Funding of the Central Finland Health Care District (B12202) and Pirkanmaa Hospital District (9L099), (9N074), (R9048). The Finnish Doctoral Programme in Nursing Sciences and Finnish Foundation for Nurse Education have provided financial support for this study.

The organizational social context in public health care as viewed by first-line nursing managers: a cross-sectional study

Abstract

Background: Different organizational climates and cultures appear within health care organizations and vary within their associated sub groups. Groups (i.e nurse managers) within the same health care setting can also have unique cultures and climates when members of the group share the same specialty area (i.e. surgical, medical, and psychiatric).

Aims and methods: The aim of this cross-sectional study was to examine the differentiation of organizational social contexts in hospitals, as viewed by first-line nurse managers (n=264) at organizational and division levels.

Findings: First-line managers concurred in their conceptions of the organizational social context in organizations and divisions. The results reveal that at the divisional level, the organization's social context is different. Some cultural, climatic and moral similarities were identified in all groups (n=30)

Conclusions: The results of the study indicated that it is necessary to ascertain the kind of culture new nurses and nursing leaders are socialized into. It also provokes the question as to whether first-line nursing managers have an opportunity to act as nurse managers in an organizational social context. Attention should be paid as to why discrepancies are found in different divisions, and how these affect subsequent patient care.

Keywords: Organizational social context, OSC, first-line nursing manager, division, culture, climate, morale, work environment

Background

Healthcare organizational culture differs from other institutional cultures because hospitals have their own unique organizational structure and management (1). Health care organizations have a broad primary culture, but also encompass the subcultures of different work units and these can vary considerably (2). Subcultures must be in alignment with each other in order to benefit the overall operation and effectiveness of the organization. There is also evidence that organizational cultural value systems positively affect the delivery of care (3). Healthcare organizations have traditionally been divided into the functional groups of nursing, medical specialties and administration, and medical specialties have an important role in hospital organization (4). Laws and rules strictly control the operational running of health care organizations and work is accomplished in various clinics and wards, involving specific teams or groups. Each of these units have subcultures, however their operations are guided by strong common values, which are directed towards the patient's best interest.

Organizational culture, climate and morale maybe viewed as multilevel and multidimensional constructs (5), which together constitute the organization's social context (6), and play a key role in the organization's outcomes (7). These three constructs of the organizational social context have interlocking connections with each other. Culture influences the organizational climate, and also individual attitudes, including positive attitudes to work (8, 9).

“Organizational culture refers to shared expectations; beliefs and norms that affect employees’ perceptions, behaviors and emotional responses to the workplace” (9, p. 290, 10), and is a dominant feature of discussions about modernizing health care (11).

Organizational culture guides and shapes behaviors and attitudes. It is also an element of

the organization which is malleable and controllable (12). In this study, culture refers to “*the way things are done in the organization*” (13). Organizational culture has been found to be partly created by managers (14). It is important to identify or assess the organizational culture prior to embarking on a change process because this may help the change leaders to create a positive cultural structure (1, 15, 16). Moreover, change efforts meet with less resistance if note is taken of those elements that may strengthen or undermine the intended change.

According to Verbreke et al. (13), climate is defined as “*the way how people perceive their work environment*” and may be divided into psychological climate and organizational climate. Psychological climate, at the individual level, is the psychological impact of the work environment on the individual worker (for example emotional exhaustion). Organizational climate is understood as the shared perceptions of an organizational unit or division (8, 17, 18). These team or group climate perceptions provide information about their members’ shared attitudes, performance and outcomes (19). The perceptions of working and practice conditions are influenced by managers (20). According to James & James (21), the organizational climate in a team may include role stress and lack of harmony, challenge and autonomy, manager facilitation and support, and work-group cooperation.

In contrast to culture and climate, morale is an individual-level construct which indicates the employee’s commitment to the organization and satisfaction with his or her own work (18, 22). It can be described as a positive or motivated employee psychological state. There are a number of factors that can influence this state; for example, pride in the organization and its goals, the opportunity for professional growth, pay, loyalty to co-workers, and faith in management (23). In the study by Brunetto et al, (24), nurses’ commitment to the organization was to a large extent explained by morale, and there is

reason to assume that this also affects nursing managers. Morale is usually identified as an individual's attitude towards work, but in this study it is evaluated as a collective group-level phenomenon and is used in-line with theory previously proposed by Glisson & James, 2002 (8), Glisson et al, 2006 (17) and Glisson et al, 2008 (18).

Health care managers (including nurse managers) have not given sufficient recognition to the differences that exist in the working environment, such as the culture, climate or morale in organizations or subunits (specialty areas). However, these factors have been shown to cause significant differences in working conditions, processes and outcomes of care (20). First-line nurse managers have the primary responsibility for linking the clinical ward to the rest of the organization (25). They have a role in establishing and maintaining an organizational culture in their work unit (26), and thereby promoting safe, effective and quality patient care (27). Thus it can be said, that managers shape organizational culture. At the same time, that culture can also shape the manager, so organizational culture is an important aspect of a nurse manager's work. A positive social context helps nurse managers to lead the unit more effectively, and feel that they can act independently and gain more support. A negative organizational culture however, may cause nurse managers to feel that they are disrespected and unappreciated in their roles (28).

In recent years, research in health care has focused on culture and climate from a patient safety perspective (29, 30), and also on the work environment's attraction factors (Forces of Magnetism) (31, 32). The healthcare and nursing work environment has been studied from the individualist perspective rather than an organizational or nurse managers' group perspective (27). However, less research has been conducted on health care's organizational social context. This study examines organizations social context at different divisions, as viewed by first-line nurse managers' groups. In other words, how

they see the work environment in which they manage nursing care. The perspective is therefore on collective perceptions and interpretations.

Aim

The aim of the study was to examine the differentiation of organizational social contexts (organizational culture, organizational climate and morale) at various divisional and organizational levels in hospitals, as perceived by first-line nurse managers.

Methods

Design

A cross-sectional, descriptive survey design was used to analyse how culture and climate vary in teams, by examining within-group consistency and significant between-group differences.

Ethic Statement

Permission to conduct the study was obtained from each target organization. No further permissions from associated ethical committees were deemed to be required (Pirkanmaa Hospital District Ethical Committee, Finland approved this). The participants were informed about the opportunity to participate in the study by their own supervisor by the cover letter. One of the authors administer the survey to the participants. Each respondent consented to participate in the study by completing the research questionnaires and questionnaires were completed anonymously. The participants were allowed to discontinue their completion of the questionnaires without consequences, but no one took advantage of this option. The demographic data collected regarding individual first-line nurse managers included: age, gender, length of work experiences in

nursing both as a nursing manager and in the present position, present title, and education level.

Sample

A convenience sample of eleven hospitals, with a population base of approximately 250,000 was used. This offered consistent types of divisions (surgical, medical and psychiatric) for each participating hospital. In Finland there are five university hospitals and fifteen central hospitals that provide public specialized health care. The study used a group consensus estimate (r_{wg}) and required that each group had a minimum of six participants (8, 33, 34).

After receiving research permissions from each of the targeted Finnish hospitals, all first-line nurse managers, head nurses, and assistant head nurses from three different functional divisions (surgical, medical and psychiatric) were invited to participate in the study. The participants completed a questionnaire at events organized by each of the target organizations in the presence of the researcher. The data collection period was from February to May 2010. The retrieved data consisted of the responses of 264 first-line nurse managers in 30 different units, including 10 groups of each of the three functional divisions. All organizations have three functional divisions and the size of groups were 8,8 (median), 6-16 (range).

Instrument

The Organizational Social Context (OSC) measurement system was used to assess characteristics of culture, climate and morale (18, 35). Social context examined three dimensions; organizational culture, climate and morale. Organizational culture consisted

of measures of rigidity (14 items), proficiency (15 items) and resistance (13 items). This was measured as the behavioural expectations reported by members of the group or organization (18, p. 100.) The organizational climate measure addressed stress (20 items), engagement (11 items) and functionality (15 items). Morale (17 items) measured the first-line nurse manager's commitment to the organization and job satisfaction (36). The survey also contained questions on the respondents' backgrounds.

Items were scored on a 5-point Likert scale, ranging from 1 (not at all) to 5 (to a very large extent). Internal consistency reliabilities (Cronbach's alpha) for the 3 dimensions of culture were assessed for rigidity (.66), proficiency (.80) and resistance (.70). The dimensions of climate stress (.91), engagement (.55) and functionality (.80) were also assessed. The Cronbach's alpha for morale was (.89). These are comparable to a previous Finnish study by Rostila et al, (36). The OSC has previously been found to be reliable for measuring organizational social context, and the reliability and validity of the instrument has been verified in Finnish health care contexts (8, 17, 18, 36).

Data analysis

Statistical analysis of the survey results was carried out using PASW Statistics for Windows, Version 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). T-scores were used for each dimension of the OSC, and measure deviations from the group average. These were computed by averaging the dimension scores for each group, subtracting this from the average dimension scores of all groups, and then dividing them by the standard deviation obtained from all groups (35, 37). The homogeneity of variances was tested before comparing means (ANOVA). The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

Three complementary measures of within-group agreement were used to assess group-level agreement. Within-group consistency was assessed with (r_{wg}) which measures the variance that determines the agreement of responses within the group. This was calculated by comparing an observed group variance to an expected random variance (38). r_{wg} is not dependent on between-group variance and provides a measure of agreement for each group rather than groups as a whole. According to Glisson & James (8), values of 0.70 or greater indicate an acceptable agreement among individual responses on a scale. On this basis it can be assumed that there is agreement in a working unit on culture and climate scales.

Between-group differences were assessed with ANOVA-based eta-squared and Intraclass Correlation Coefficient (ICC) (38). These were calculated using the between-group and within-group sum squares and mean squares. ANOVA-based eta-squared is useful in describing how variables are behaving within this first-line nursing managers sample. It we are able to compare effects of grouping variables related studies. Equal between group and within group variance suggest chance similarity among first-line nursing manager group members. ICC refers to the proportion of total variance that is explained by unit membership with values ranging from -1 to +1 (38, 39). ICC values are typically less than 0.20 and usually much smaller than eta-squared values (38).

Results

The variation of organizational social context

The ANOVA analysis found no significant differences between organizations (n=11). However, it is often the case that while there are no significant differences in climate and culture at the organizational level, there may be more variation in OSC scores seen at the

subgroup level. For example, one sub group might have an extremely low average on resistance, whilst another has an extremely high average. Combining these two groups into a higher (organizational) level would therefore result in eliminating the variation in OSC scores.

As shown in Figure 1a, each culture profile type represented different subgroup or divisions. Again, variation in responses between subgroups meant that one groups culture rigidity may be very high, whilst their culture proficiency may be seen as low. Correspondingly, Figure 1b provides examples of the best and worst culture profiles in the three divisions.

Figure 2 provides examples of climate profiles in three different divisions . The first-line nurse managers' profile had scores that were close to the mean on all three climate dimensions (Figure2a). According to figure 2b, stress is the predominant factor in climate, but scores on engagement and functionality were over 1.5 standard deviations below the stress score.

The figures have been picked as one of first-line nursing manager's group, and they want to tell the result by way of example, that at the same time, the organizational culture in one part of the area can be estimated very well be realized, and the other badly to occur.

(Insert Figure 1a and b and 2 a and b here)

At the group level (n=30), there were statistically significant differences in climate (stress $p=.001$) and culture (resistance $p=.036$) (Table 1). Divisions differed in some respects (Table 2). In the surgical division, climate (stress) varied significantly ($p =.025$). Among surgical groups, the greatest variations seemed to be between culture

(resistance), climate (engagement) and morale. According to the ICC analysis, surgical divisions differed from each other in each respect, and in one group the within-group variability was large. Aspects of culture (resistance), climate (engagement) and morale were seen to vary within the group. Medical divisions did not differ from each other and based on ICC, the ward views were very congruent. Even though the units in this medical division were not very consistent, significant differences were found. In the psychiatric division, culture (resistance) ($p = .028$) and climate (functionality) ($p = .040$) varied significantly. Otherwise in this ward context, first-line nurse managers' views were consistent with the social context.

(Insert Table 1. and 2. here)

First-line nurse managers in each of the three groups (surgical, medical and psychiatric) showed a remarkable consensus regarding the social context and morale in their divisions. The estimates of r_{wg} at the division level were above the critical value of (.70). At the divisional level, the estimates for rigidity and resistance were (.96), and proficiency varied between (.97 – .98), stress, engagement and functionality (.96 – .97) and morale (.96 – .97).

Discussion

This study provides a snapshot of the organizational social context in 11 Finnish health care organizations, in 30 groups and 3 divisions as viewed by first-line nurse managers. According to r_{wg} , the organizational social context in the organizations was perceived to be consistent. The organizational social context seems to be associated specifically with differences in the health care sector, and not with differences in organizations, groups or

divisions as work units. Taking into consideration the shared mission of public health organizations and first-line nurse managers, the result was logical and provides a collective perception and interpretation of the organizational social context in Finnish public health care. Lower internal consistency reliability for culture rigidity, culture resistance and climate engagement were the parallel previous national research (36). Any specific reason for this is not in this study emerged, but the follow-up study to this should pay attention.

On the basis of eta squared and ICC analysis, variations between organizations and groups seemed be more within rather than between the groups (cf. Weinberg et al.) (40). The extent of negative ICC values both at the organizational and group level differed considerably. Only climate stress and culture resistance differed significantly at group level. This result is in-line with an earlier Finnish study by Rostila et al. (36). However, it was quite disturbing to note that first-line nurse managers are emotionally exhausted, conflicted in their roles and overworked. If the managers themselves feel the organizational climate to be as described above, this will inevitably have a knock-on effect their staff (cf. 26, 28).

The results for culture resistance strengthen this, because culture resistance consists of apathy and the suppression of culture (18). Maybe the competition between first-line nurse managers regarding both criticism and perceived inflexibility in management also increases the level of climate stress experienced. On the other hand, the results suggest that especially at the group level, the culture requires both active and passive resistance.

This affects the organization's implementation of change, especially if the attitudes and values of the institution begin at the management level (cf. 26). According to an earlier study (41), first-line nurse managers feel that they cannot achieve change in the decision-making process and that it is difficult for them to implement change. As such, they risk marginalization in expressing opposition to change, but the prevailing organizational social context perhaps allows it to take place.

It is interesting that culture proficiency and climate engagement varied both among managers and at the organizational level. Although not statistically significant, the negative ICC values suggest that there were indeed variations within and between the groups. If we consider that both are positive aspects of the social context, they do not belong to the result of the general health care sector, but vary dependent on. For example, is patient-centeredness the default value in the prevailing culture, or does patient-centeredness mean different things, depending on the group or organization? It has also previously been found that nurses learn the culture of the work unit by way of being told what to do (11, 42), but can each of the work units allow their own kind of culture? If so, then this result could be expected to affect the patient's quality of care and the ability of nursing to achieve its goals or other organizational outcomes (cf. 7, 27, 43). According to Weinberg 2013 et al. (40), the variation of work environments both by unit and by occupation underlines the important role of the middle manager.

Cultural rigidity varies between organizations. First-line nurse managers considered that decision-making is centralized and regulated, depending on the organization. The result reflects that Finnish health care organizations are heavily influenced by the law, but also by the organizations' rules and instructions. According to Glickman et al. (16), the

development of a less centralized, service-line orientation should help support management at the division or ward level. In years to come, hospital structures formed around medical specialties in Finland will transform into more professional organizations. This subsequently requires a review of decision-making processes and management, and the role of cultural rigidity needs to change in this respect. However, the results of this study do not tell whether cultural rigidity has a negative impact on nurse managers' management opportunities, or on operation within an organization. A previous Finnish survey (44) has found that organizational rules as perceived by first-line nurse managers, did not facilitate their power in the unit.

Examining the results of different divisions showed that statistically significant differences emerge in regard to climate stress on surgical wards, and cultural resistance and climate functionality on psychiatric wards. With the exception of the medical divisions, statistically significant differences were found, but according to ICC there also appeared to be variation within the groups. According to the views of first-line nurse managers in the surgical division, climate stress seems to be consistently viewed regardless of groups or organization, and in-line with the ward level view that the culture climate contains emotional exhaustion, work overload and role conflict. It would be interesting to know how these issues affect daily operations, the fluency of patient care chains or the job satisfaction of nurse managers or nurses.

In this study, culture resistance in the psychiatric division was associated with competition and a lack of flexibility, and also with avoiding difficulties and challenges. The results indicate that the individuals in this division are assumed to be both dominant and assertive. Professional growth and career progress, as well as the clarity of roles and

collaboration are key features of the climate functionality revealed by this study. The reason these features are emphasized in the psychiatric division may be explained by its typical social interaction and social structures (45).

Overall, first-line nurse managers seem to have a collective understanding and interpretation of the organizational social context. The results reveal that there are differences in various divisions, regardless of the organization or group. There are also comparable findings that values tend to differ between groups and even within the same profession (46). Although nursing work is carried out following basically similar policies and functional environments, it is shaped around medical specialties (surgical, medical and psychiatric) and their own organizational social contexts. If these specializations can not define their own operations, then it is likely to affect employees' job satisfaction, their commitment to the organization and common goals, or even to impair the flow of care chains and patient safety. From the perspective of nursing and nursing management, different social contexts could also impact on their working conditions, for example through the influence of power. Health care is changing rapidly on both global and national scales, thus it is clear that the new types of operations and innovations that are part of this process, are also going to require changes in the social context. Nursing managers have their own part to play in this process.

Conclusions

If the organization is to maintain or promote a certain organizational social context, it is necessary to identify the different issues and contexts involved, and to discuss what kind of image they want to convey regarding their organization and performance. It is also necessary to ascertain what kind of culture new nurses and nursing leaders are socialized

into. Although organizational culture is slow to change, efforts should be made now to influence that change. Considering organizational culture, and the connection between climate and morale; there are many things that can be changed to improve the efficiency and effectiveness of the organization, division or unit. Attention should also be paid to why differences are found in and between different divisions, and how these might affect patient care and patient flows. In the implementation of change in health care, it is important to recognize what barriers social context highlights, and how they may be dismantled or reduced.

Above all, be a serious look at how first-line nurse managers perceive organizational social context in their own unit or among colleagues. Do they have an opportunity to act as nurse managers in an organizational social context using their capabilities and knowledge or for example, whether their power is tied to the prevailing culture? Do they recognize and accept them as an opportunity to influence the climate of the organization or division and the whole social context to improve it in the best interests of the organization?

References

1. Seren S, Baykal U. Relationships between change and organizational culture in hospitals. *J Nurs Scholarship* 2007; 39: 191–197. doi: 10.1111/j.1547–5069.2007.00166.x
2. Schein EH. *Jossey-Bass Business and Management: organizational culture and leadership*. 2010, 4th edition. Jossey-Bass Inc, San Francisco.
3. Carney M. Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery? *Nurs Manag* 2006; 14: 23–33.
4. Virtanen JV. *Being a manager in the hospital setting. Managerial environment in a public hospital providing specialized care from the perspective of physician and nurse managers in middle and upper management*. 2010, Dissertation. Turku School of Economics, Finland. Available in Finnish; http://info.tse.fi/julkaisut/vk/Ae2_2010.pdf
5. Sleutel M. Climate, culture, context, or work environment: organizational factors that influence nursing practice. *J Nurs Adm* 2010; 30: 53–58.
6. Ashkanasy NM, Wilderom CPM, Peterson MF. Introduction to the handbook of organizational culture and, climate. In *Handbook of organizational culture and climate* (Ashkanasy NM, Wilderom CPM, Peterson MF, eds), 2011. 2th edition. Thousand Oaks, Ca, Sage Publications, United States of America, 3–10.
7. Gershon R, Stone P, Bakken S, Larson E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *J Nurs Adm* 2004; 34: 33–40.
8. Glisson C, James R. The cross-level effects of culture and climate in human service teams. *J Organ Behav* 2002; 23:767–794.
9. Aarons GA, Sawitzky AC. Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence- base practice. *Psychol Serv*, 2006a; 3: 61–72.
10. Alvesson, M. Organizational culture. Meaning, discourse and identity. In *Handbook of organizational culture and climate*. (Ashkanasy NM, Wilderom CPM, Peterson MF, eds), 2011. 2th edition. Thousand Oaks, Ca, Sage Publications, United States of America, 11–28.
11. Wilson VJ, McCormack BG, Ives G. Understanding the workplace culture of a special care nursery. *J Adv Nurs* 2005; 50: 27-38.
12. Scott-Findlay S, Eastbrooks CA. Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review. *J Adv Nurs* 2006; 56: 498–513.
13. Verbreke W, Volgering M, Hessels M. Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behaviour: organizational climate and organizational culture. *J Manag Studies* 1998; 35: 303–329.
14. Schein EH. Defining organizational culture. In *Classics of organization theory* (Shafritz JM, Ott JS, eds), 2001. 5th edition. Harcourt Inc, United States of America, 369–376.

15. Callen JL, Braithwaite J, Westbrook JI. Cultures in hospitals and their influence on attitudes to, and satisfaction with, the use of clinical information systems. *Soc Sci Med* 2007; 65: 635–639.
16. Glickman SW, Baggett KA, Krubert, Peterson ED, Schulman KA. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *Int J Qual Health* 2007; 19: 341–348.
17. Glisson C, Dukes D, Green P. The effects of the ARC organizational intervention on caseworker turnover, climate, and culture in children’s service systems. *Child Abuse Negl* 2006; 30: 855-880.
18. Glisson C, Landsverk J, Schoenwald S, Kelleher K, Hoagwood K., Mayberg S, Green P. Assessing the organizational social context (OSC) of mental health services: implications for research and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2008; 35: 98–113.
19. West AW, Richter AW. Team climate and effectiveness outcomes. In *Handbook of organizational culture and climate* (Askansay, NM, Wilderom CPM, Peterson MF, eds), 2011. 2th edition. Thousand Oaks, Ca, Sage Publications, United States of America, 249–270.
20. Clarke SP. Organizational climate and culture factors. In *Annual Review of Nursing Research* (Fitzpatrick JJ, Stone P, Walker PH, eds), 2006; 24. Hardcover, Springer Publishing Company, United States of America, 255–272.
21. James LA, James LR. Integrating work environment perceptions: explorations into the measurement of meaning. *Appl Psychol* 1989; 74: 739–751.
22. Aarons GA, Sawitzky AC. Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and staff turnover in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2006b; 33: 289–301.
23. McFadzean F, McFadzean E. Riding the emotional roller-coaster: a framework for improving nursing morale. *J Health Organ Manag* 2005; 19: 318–339.
24. Brunetto Y, Farr-Wharton R, Shacklock K. The impact of supervisor-subordinate relationships on morale: implications for public and private sector nurse’s commitment. *Hum Resource Manage* 2010; 20: 206–225.
25. Likert R. The nature of highly effective groups. In *Organizational psychology. Readings on human behaviour in organizations* (Kolb DA, Rubin, IM, McIntyre JM, eds), 1984. Practice-Hall Inc, United States of America, 153–186.
26. Kane-Urrabazo C. Management’s role in shaping organizational culture. *J Nurs Manag* 2006; 14: 188–194.
27. King T, Byers JF. A review of organizational culture instruments for nurse executives. *J Nursing Adm* 2007; 37: 21–31.
28. Shirey MR. Authentic leadership, organizational culture and healthy work environments. *Crit Care Nurs* 2009; 32: 189–198.
29. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh* 2010; 42: 156–165.

30. Groves PS, Meisenbach RJ, Scott-Cawiezell J. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *J Adv Nurs* 2011; 67: 1846–1855.
31. Tomey AM. Nursing Leadership and management effects work environments. *J Nurs Manag* 2009; 17: 15–25.
32. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M, Aunguroch Y. Importance of work environment on hospital outcomes in nine countries. *Int J Qual Health* 2011; 23: 357–364.
33. Cohen A, Doveh E, Eick U. Statistical properties of the $r_{wg(J)}$ index of agreement. *Psychol Methods* 2001; 6: 297–310.
34. Dunlap WP, Burke MJ, Smith-Crowe K. Accurate tests of statistical significance for r_{wg} and average deviation interrater agreement indexes. *J Appl Psychol* 2003; 88: 356–362.
35. Glisson C, Green P, Williams NJ. Assessing the organizational social context (OSC) of child welfare systems: implications for research and practice. *Child Abuse Negl* 2012; 36: 621–632.
36. Rostila I, Suominen T, Asikainen P, Green, P. Differentiation of organizational climate and culture in public health and social services in Finland. *J Public Health* 2011; 19: 39–47.
37. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use* 2003, 3th edition. Oxford University press, New York.
38. Bliese, PD. Within-group agreement non-independence and reliability: implications for data aggregation and analysis. In *Multilevel theory research, and methods in organizations* (Klein KK, Kozlowski, SWJ, eds), 2000, Jossey-Bass Inc, San Francisco, 349–381.
39. Kalisch BJ, Lee H, Salas, E. The development and testing of the nursing teamwork survey. *Nurs Res* 2010; 59: 42–50.
40. Weinberg DB, Avgar AC, Surgue NM, Cooney-Miner D. The importance of a high-performance work environment in hospitals. *Health Serv Res* 2013; 48: 319–333.
41. Skytt B, Ljunggren B, Carlsson M. Reasons to leave: the motives of first-line nurse managers' to leaving their posts. *J Nurs Manag* 2007; 15: 294–302.
42. Scott SD, Pollock C. The role of nursing unit culture in shaping research utilization behaviors. *Res Nurs Health* 2008; 31: 298–309.
43. Sieloff CL. Improving the work environment through the use of research instruments. An example. *Nurs Adm Q* 2010; 34: 56–60.
44. Viinikainen S, Asikainen P, Sieloff CL, Helminen M, Suominen T. Is the first-line nursing manager's power congruent with that of nursing group power? *Nordic J of Nurs Research* 2015; 25: 3–9
45. Tuvesson H, Eklund M, Wann-Hanson C. Stress of conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *J Nurs Ethics* 2012; 19: 208–219.

46. Malloy DC, Hadjistavropoulo T, McCarthy EF, Evans RJ, Zakus DH, Park I, Lee Y, Williams J. Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians. *J Nurs Ethics* 2009; 16: 719–733.

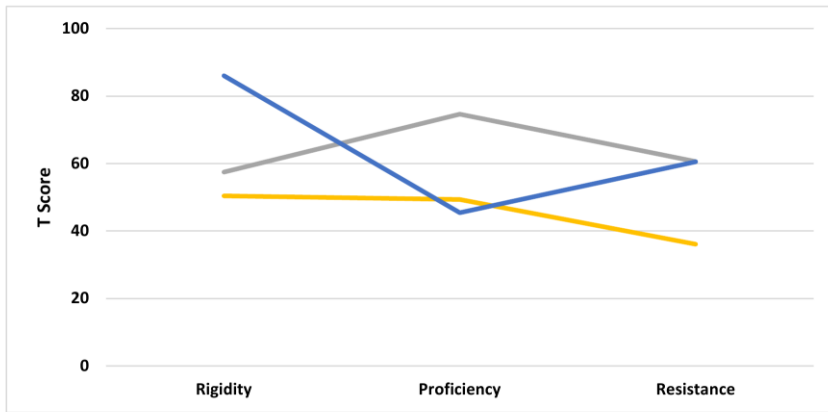
Table 1. Differences in organizational social contexts and morale among groups and organizations assessed by first-line nursing managers (n=264). Means, ANOVA-based eta-squared, significance of differences (*p* value), and ICC.

	Means min-max	Eta squared	Sig.	ICC
Groups (n=30)				
Culture rigidity	24.57–69.06	.118	.386	.007
Culture proficiency	26.38–71.53	.108	.516	-.003
Culture resistance	30.50–64.78	.168	.036	.061
Climate stress	32.81–69.51	.216	.001	.199
Climate engagement	31.23–73.03	.099	.647	-.013
Climate functionality	28.10–71.52	.055	.162	.027
Morale	26.52–74.92	.156	.078	.046
Organizations (n =11)				
Culture rigidity	25.05–87.83	.034	.536	-.004
Culture proficiency	11.36–76.14	.015	.946	-.025
Culture resistance	23.90–82.32	.062	.100	.025
Climate stress	28.60–77.99	.054	.159	.018
Climate engagement	20.04–77.42	.018	.915	-.022
Climate functionality	18.85–72.24	.136	.190	.027
Morale	6.46–74.92	.045	.320	.006

Table 2. Differences in organizational social contexts and morale among three different divisions. Means, ANOVA-based eta-squared, significance of differences (*p* value), and ICC.

	Means max-min	Eta-squared	Sig.	ICC
Surgical wards (n=10)				
Culture rigidity	70.04 - 24.75	.152	.157	.055
Culture proficiency	76.58 - 27.05	.162	.115	.069
Culture resistance	70.46 - 28.58	.046	.932	-.073
Climate stress	71.61 - 32.96	.210	.025	.126
Climate engagement	76.36 - 25.82	.053	.883	-.065
Climate functionality	72.61 - 24.23	.079	.668	.030
Morale	77.14 - 25.71	.079	.693	-.033
Medical wards (n=10)				
Culture rigidity	69.66 -28.45	.098	.505	.008
Culture proficiency	75.41 - 25.45	.036	.965	.083
Culture resistance	72.96 - 25.79	.114	.410	.005
Climate stress	78.92 - 30.42	.166	.103	.074
Climate engagement	75.75 - 23.89	.098	.499	.007
Climate functionality	70.58 - 24.86	.121	.319	.020
Morale	65.09 - 24.67	.103	.508	.008
Psychiatric wards (n=10)				
Culture rigidity	86.08 - 27.69	.116	.263	.012
Culture proficiency	73.24 - 14.26	.127	.289	.025
Culture resistance	81.18 - 27.51	.207	.028	.123
Climate stress	73.11 - 30.09	.153	.147	.058
Climate engagement	73.35 - 20.48	.076	.695	.033
Climate functionality	70.06 - 24.06	.132	.040	.028
Morale	70.76 - 11.73	.124	.299	.023

a



b

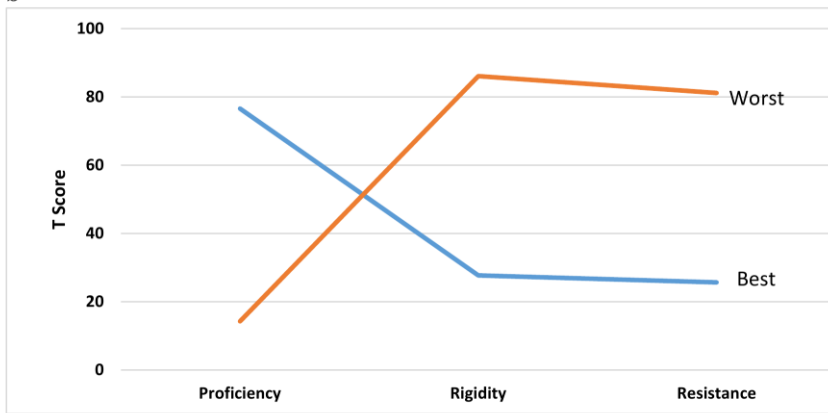


Figure 1. Examples of culture profiles from three divisions (surgical, medical and psychiatric)

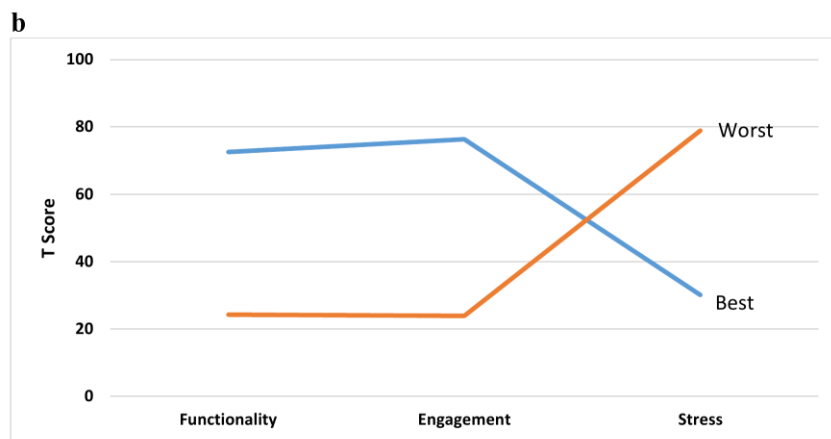
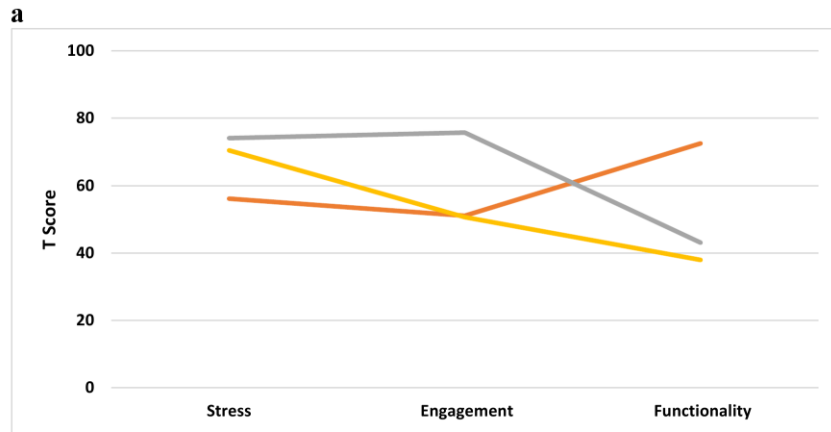


Figure 2. Examples of climate profiles from three divisions (surgical, medical and psychiatric)