



RIITTA VUORINEN

Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa
osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteen laitoksen
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
joulukuun 5. päivänä 2008 kello 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Ohjaajat

Dosentti Marja-Terttu Tarkka
Tampereen yliopisto
Professori Päivi Åstedt-Kurki
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Jari Vuori
Kuopion yliopisto
Dosentti Merja Miettinen
Tampereen yliopisto

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Puh. (03) 3551 6055
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
<http://granum.uta.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 1358
ISBN 978-951-44-7484-2 (nid.)
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 776
ISBN 978-951-44-7485-9 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2008

Kiitokset

Osastonhoitajilla on ainutlaatuinen rooli lähiesimiehinä työskennellä johtamisen ja käytännön hoitotyön rajapinnassa ja vaikuttaa monipuolisesti yksikkönsä toimintaan. Osastonhoitajat ovat koulutukseltaan, kokemukseltaan ja persoonallisuudeltaan erilaisia. Heillä on tietoisesti tai tiedostamattaan käytössään erilaisia johtamismalleja. Mutta onko mahdollista löytää suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien johtamisesta yhtenäistä johtamismallia? Tunnistavatko sairaanhoitajat yliopistosairaaloiden osastojen suurimpana henkilöstöryhmänä esimiehensä johtamisessa saman mallin? Näistä kysymyksistä heräsi kiinnostukseni tutkimuksen aihetta kohtaan. Tutkimusaihe ei olisi avautunut ilman osastonhoitajina ja sairaanhoitajina työskentelevien kollegoiden osallistumista. Lämpimät kiitokseni teille suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajat, jotka osallistumalla tutkimukseen mahdollistitte sen tekemisen. Samoin vilpittömät kiitokseni suomalaisten yliopistosairaaloiden sairaanhoitajille, jotka osallistumalla autoitte ymmärtämään esimiestenne johtamista.

Lämpimät kiitokset työni ohjaajalle dosentti Marja-Terttu Tarkalle asiantuntevasta, jämäkästä ja selkeästä työni ohjaamisesta. Yhteistyömme alkoi jo pro gradu-työni ohjaamisesta, toimit lisensiaatin tutkielmani esitarkastajana ja sain ilokseni tehdä yhteistyötä kanssasi vielä väitöskirjatutkimuksessani. Olen aina arvostanut yhteistyötä kanssasi. Lämpimät kiitokseni työni toiselle ohjaajalle professori Päivi Åstedt-Kurjelle kollegiaalisesta ja asiantuntevasta ohjauksesta, josta välittynyt kannustus ja ihmisseläisyys auttoivat työni etenemistä. Seurantaryhmääni kuuluneille dosentti Kaija Nojoselle sekä terveystieteiden tohtori Pirjo Aallolle haluan lausua kiitokseni arvokkaista kommentteista, jotka auttoivat työtäni eteenpäin. Esitarkastajani professori Jari Vuori ja dosentti Merja Miettinen auttoivat merkittävästi kirkastamaan ja laajentamaan näkökulmaa johtamiseen sekä selkeyttämään tutkimusraportin rakennetta. Vilpittömät kiitokseni siitä, että kannustavalla ja kollegiaalisella ohjauksellanne saitte aikaan vahvan voimaantumisen tunteen työni loppuvaiheeseen. Lämmin kiitokseni yhteiskuntatieteiden kandidaatti Hannu Kuposelle arvokkaasta avusta työni tilasto-osiossa ja raportin ulkoasun viimeistelyssä. Kiitän myös filosofian maisteri Katriina Kaakkolampea Tampereen yliopiston Kielikeskuksesta työni kieliasun tarkistamisesta.

Olen tehnyt väitöskirjatyötä työni ohella. Haluan lausua lämpimät kiitokseni monille työtovereilleni HYKS:n Silmätautien klinikalla sekä Medisiinisessä tulosyksikössä kannustavista kommentteista sekä huumorista, jotka ovat auttaneet jaksamaan tutkimustyön tekemistä ja taivaltani ”ikuisena opiskelijana”. Olen

näin sekä käytännössä että keskusteluissa saanut erinomaisia esimerkkejä onnistuneesta johtajuudesta.

Opiskelu ja tutkimustyö ovat mielenkiintoisia mutta ainoaksi elämänsisällöksi ne eivät kuitenkaan riitä. Kaikkein tärkein on perhe ja sen antama tuki. Sisareni ja sairaanhoitajakollegani Merja-Liisan kanssa olen vuosien varrella pohtinut monia hoitotyön johtamiseen liittyviä asioita. Sisareni lapset Aurora ja Henrik ovat tuoneet iloa elämään isänsä Jounin seuratessa kannustavasti työni etenemistä. Kiitos teille. Miehelleni Laurille tahdon lausua kiitoksen koko yhteisen, yli 35-vuotta kestäneen elämäntaipaleemme aikana saamastani rakkaudesta ja tuesta. Olen jatkuvan opiskeluni aikana saanut kokea, että olet vilpittömästi uskonut minun saavuttavan aina seuraavankin tavoitteeni. Jos et joitakin vuosia sitten olisi ilmaissut haluasi tulla ”tohtorskaksi”- en olisi tähän ryhtynyt. Tyttäreni Henrika on toinen elämäni keskipiste. Kiitos sinulle olemassaolostasi ja rakkaudestasi. Pieni lapsenlapseni Joose valaisee elämäni samoin auringon lailla jo pelkällä olemassaolollaan. Omistan väitöskirjani teille.

Espoon Tapiolassa lämpimänä alkusyksyn päivänä 6.9.2008

Riitta Vuorinen

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien muutosjohtamista osastonhoitajien sekä sairaanhoitajien arvioimana. Arviointiin käytettiin Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) muutosjohtamismalliin perustuvaa Posnerin ja Kouzesin ”The Leadership Practices Inventory”, LPI (Posner & Kouzes 1988, 1993, Kouzes & Posner 2002, 2003a, 2003b) mittaria.

Tutkimusjoukon muodostivat viiden suomalaisen yliopistosairaalan osastonhoitajat (n = 481) ja sairaanhoitajat (n = 2 405) sekä kolmessa yliopistosairaalassa ryhmähaastatteluihin osallistuneet osastonhoitajat (n = 13). Tutkimuksessa käytettiin metodologista triangulaatiota yhdistäen sekä kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen aineiston keruu että analyysimenetelmät. Kvantitatiivista tutkimusaineistoa kuvailtiin käyttämällä frekvenssejä, prosentteja, keskiarvoja sekä keskihajontoja. Vastaajaryhmien vertailu tehtiin varianssianalyysillä. Monimuuttujamenetelminä käytettiin logistista regressioanalyysia ja faktorianalyysia (Principal component analysis). Kvalitatiivinen aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arviointien mukaan osastonhoitajat käyttivät mallin mukaisista johtamistoiminnoista ”Muiden valtuuttamista toimintaan”, ”Tien näyttämistä”, ”Rohkaisemista”, ”Yhteiseen visioon innostamista” ja ”Prosessien kyseenalaistamista.” Osastonhoitajat arvioivat käyttävänsä kaikkia johtamistoimintoja useammin kuin sairaanhoitajat. Osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arviot johtamistoimintojen yleisyydestä samoilla osastoilla erosivat toisistaan. Sairaanhoitajien arvioinneissa oli eroja sekä sairaaloiden että osastotyyppien suhteen.

Suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajat valtuuttivat muutosjohtamisessa sairaanhoitajia toimintaan. He käyttivät johtamisessa tien näyttämistä, joka ilmeni harkittuna ja suunnitelmallisena johtamisena. Rohkaiseminen tuli esille sairaanhoitajien tukemisena, kannustamisena sekä realistisena palkitsemisena. Yhteiseen visioon innostaminen osastonhoitajien johtamistoiminnassa tarkoitti yhteistyötä sekä asiantuntijoiden käyttämistä tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisen arvioinnissa. Prosessien kyseenalaistaminen ilmeni maltillisuutena uudistuksissa perustehtävän turvaamiseksi.

Avainsanat: osastonhoitaja, johtaminen, hoitotyön johtaminen, muutosjohtaminen

ABSTRACT

AIM: The purpose of this study is to describe the transformational leadership of head nurses in five Finnish university hospitals as evaluated by the head nurses and nurses. The Posner and Kouzes "The Leadership Practices Inventory", LPI (Posner & Kouzes 1988, 1993, Kouzes & Posner 2002, 2003a, 2003b) was used in the evaluation.

METHOD: The data was collected from the head nurses (n = 481) and nurses (n = 2 405) of the five Finnish university hospitals' and from the head nurses of three university hospitals (n = 13) who participated in the focus group interviews. The methodological triangulation was used in the study, and it connecting the quantitative and qualitative data collection and analysis. The quantitative data was statistically described and logistical regression analysis and factor analysis (Principal component analysis) was used. The qualitative data was analysed by deductive content analysis.

RESULTS: According to the head nurses' and nurses' evaluation the head nurses' used in their transformational leadership according to the model "Enabling Others to Act", "Modelling the Way", "Encouraging the Heart", "Inspiring a Shared Vision" and "Challenging the Process". According to the head nurses self-evaluation they used all the leadership actions more frequently than the nurses' evaluation showed. Also the evaluations of the frequency of the head nurses' leadership actions differed in same wards. Differences emerged between university hospitals' and wards' in the nurses' evaluations.

CONCLUSION: The transformational leadership of the head nurses of the Finnish university hospitals' emerged by enabling others to act. The head nurses used Modelling the Way in their leadership, which means reasoned and systematic leadership. Encouraging the Heart meant supporting, encouraging and realistically rewarding the nurses. Inspiring Shared Vision meant co-operation and the use of experts in planning the goals and evaluating their achievement. The head nurses' moderation in making reformation and thus securing the fundamental operations manifested challenging the process.

Key words: head nurse, leadership, nursing leadership, transformational leadership

SISÄLLYS

KIITOKSET	3
TIIVISTELMÄ.....	6
ABSTRACT	7
TEKSTISSÄ ESIINTYVÄ TAULUKOT.....	10
TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT KUVIOT.....	13
LIITTEET	14
1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	15
2. KIRJALLISUUSKATSAUS	18
2.1 Kirjallisuushaut.....	19
2.2 Osastonhoitajien johtamisen sisältö ja haaste	19
2.3 Management- eli asiajohtaminen.....	24
2.3.1 Vuorovaikutuksellinen johtaminen.....	25
2.4 Leadership- eli ihmissuhdejohtaminen	26
2.4.1 Muutosjohtaminen	27
2.4.2 Karismaattisen ja voimaistavan johtamisen yhteydet muutosjohtamiseen.....	33
2.4.3 Vuorovaikutuksellinen johtaminen ja muutosjohtaminen hoitotyön tutkimuksissa.....	35
2.4.4 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta	39
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	45
4. TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	46
4.1 Tutkimusaineisto ja aineiston keruu	46
4.2 Mittari ja sen luotettavuus.....	48
4.3 Kvantitatiivisen tutkimusjoukon kuvaus ja aineiston keruu	53
4.4 Kvalitatiivisen tutkimusjoukon kuvaus ja aineiston keruu	55
4.5 Kvantitatiivisen aineiston analyysi.....	58
4.6 Kvalitatiivisen aineiston analyysi.....	60

4.7 Eettiset näkökohdat	61
5. TUTKIMUSTULOKSET	64
5.1 Taustamuuttajat.....	64
5.2 Sairaanhoidajien arviointi osastonhoitajien muutosjohtamisesta	68
5.3 Osastonhoitajien ja sairaanhoidajien arviointien eroavaisuudet	71
5.4 Taustamuuttajien yhteys osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaaviin summamuuttajiin	73
5.4.1 Osastonhoitajien itsearviointit.....	73
5.4.2 Sairaanhoidajien havainnoitsija-arvioinnit	76
5.5 Faktorianalyysin tulokset.....	81
5.6 LPI-mittarin johtamistoimintojen kuvaukset osastonhoitajien mukaan	84
5.6 Yhteenveto tutkimustuloksista	94
6. POHDINTA	97
6. 1 Tutkimuksen luotettavuus.....	97
6.1.1 Mittarin luotettavuus	99
6.1.2 Ryhmähaastattelujen luotettavuus.....	102
6.2 Tutkimustulosten tarkastelu	104
7. JOHTOPÄÄTÖKSET	113
8. JATKOTUTKIMUSAIHEET JA TULOSTEN MERKITYS HOITOTYÖSSÄ JA HOITOTYÖN JOHTAMISESSA	115
LÄHTEET.....	118

TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT TAULUKOT

Taulukko 1. Vuorovaikutuksellisen- ja muutosjohtamisen piirteet	31
Taulukko 2. Karismaattisen johtamisen piirteet	35
Taulukko 3. Asia-, vuorovaikutuksellisen-, ihmissuhde- ja muutosjohtamisen yhtäläisyydet ja erot kirjallisuuskatsauksen mukaan	42
Taulukko 4. Johtamistoiminnot ja muuttajat LPI-itsearviointilomakkeen mukaan (Kouzes & Posner 2003c)	50
Taulukko 5. LPI-mittarin luokitusasteikko	52
Taulukko 6. Lähetettyjen ja palautettujen itsearviointi- ja havainnoitsija-arviointilomakkeiden frekvenssit ja vastausprosentit yliopistosairaaloittain	54
Taulukko 7. Osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaavista muuttujista muodostetut haastatteluteemat	57
Taulukko 8. Osastonhoitajien taustatiedot	64
Taulukko 9. Sairaanhoitajien taustatiedot	65
Taulukko 10. Osastonhoitajien itsearvioinnin mukaiset kymmenen useimmin esiintyvää muuttujaa	66
Taulukko 11. Osastonhoitajien itsearvioinnin mukaiset kymmenen harvimmin esiintyvää muuttujaa	67
Taulukko 12. Sairaanhoitajien havainnoitsija-arvioinnin mukaiset kymmenen useimmin esiintyvää muuttujaa	68
Taulukko 13. Sairaanhoitajien havainnoitsija-arvioinnin mukaiset kymmenen harvimmin esiintyvää muuttujaa	70
Taulukko 14. Osastonhoitajien itsearviointien ja sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien muuttujakohtainen vertailu	72
Taulukko 15. Osastonhoitajien itsearviointien ja sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien summamuuttujakohtainen vertailu	73
Taulukko 16. Sairaalan, iän, työvuosien, tutkinnon sekä osastotyypin yhteys osastonhoitajien johtamistoimintoihin osastonhoitajien itsearviointien mukaan	74

Taulukko 17. Osastonhoitajien johtamistoimintojen yleisyyden, työvuosien, tutkinnon sekä osastotyyppin mukaan osastonhoitajien itsearviointien mukaan	74
Taulukko 18. Summamuuttujien frekvenssit, keskiarvot ja keskihajonnat sairaaloittain osastonhoitajien itsearvioinnin mukaan	75
Taulukko 19. Sairaalan, iän, työvuosien, tutkinnon sekä osastotyyppin yhteys osastonhoitajien johtamistoimintoihin sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien mukaan	76
Taulukko 20. Taustamuuttuja osastotyyppin yhteys osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaaviin summamuuttujiin sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien mukaan	77
Taulukko 21. Osastonhoitajien johtamistoimintojen yleisyys sairaalan, iän, työvuosien, tutkinnon sekä osastotyyppin mukaan sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien mukaan	77
Taulukko 22. Summamuuttujien frekvenssit, keskiarvot ja keskihajonnat sairaaloittain sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien mukaan	78
Taulukko 23. Vastemuuttujien sekä selittävien taustamuuttujien sairaalan ja osastotyyppin yhteys osastonhoitajien johtamistyyliin sairaanhoitajien kuvaamana	80
Taulukko 24. Sairaanhoitaja-aineistosta muodostetut faktorit	81
Taulukko 25. Sairaanhoitaja-aineistosta muodostetun faktorin ”Tulevaisuussuuntautunut johtaminen” muodostaminen	83
Taulukko 26. Sairaanhoitaja-aineistosta muodostetun faktorin ”Ihmisiä arvostava johtaminen” muodostaminen	83
Taulukko 27. Sairaanhoitaja-aineistosta muodostetun faktorin ”Johtamisen perusta” muodostaminen	84
Taulukko 28. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Kunnioitus ja arvostus muita kohtaan”	85
Taulukko 29. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Luottamus ja luotettavuus”	85
Taulukko 30. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Tuki ja kannustaminen”	86
Taulukko 31. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Valinnanvapaus”	87
Taulukko 32. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Johtamisfilosofia ja esimerkin antaminen”	88
Taulukko 33. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Palaute”	89
Taulukko 34. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa	

”Palkitseminen”	89
Taulukko 35. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Kyseenalaistaminen ja innovatiivisuus, uusien työtapojen kokeilu ja riskien ottaminen”	90
Taulukko 36. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Konkreettiset ja mitattavat tavoitteet”	91
Taulukko 37. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Osastonhoitajien tuen saaminen ja valmentautuminen tehtävään”	92

TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT KUVIOT

Kuvio1. Johtamisen käsitehierarkia	44
Kuvio2. Tutkimuksen toteuttaminen	48
Kuvio3. Pääkategorioiden sijoittuminen Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallin LPI-mittarin johtamistoi- mintoihin	93
Kuvio 4. Osastonhoitajien muutosjohtaminen	96

LIITTEET

- Liite 1. Osastonhoitajien johtamisen sisältö ja haasteet.
- Liite 2. Asia- ja ihmissuhdejohtaminen kirjallisuudessa.
- Liite 3. Vuorovaikutuksellinen- ja muutosjohtaminen hoitotyön tutkimuksissa.
- Liite 4. Faktorianalyysi osastonhoitaja aineistosta.
- Liite 5. Esimerkki laadullisen aineiston analysoinnista teemassa ”Valinnanvapaus”.
- Liite 6. Summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet osastonhoitaja- ja sairaanhoitajaryhmissä.
- Liite 7. Summamuuttujien yleisyys kolmessa aineistossa.
- Liite 8. Johtamistoimintojen sisältö Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallin ja tulosten mukaan.

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Terveydenhuollon toimintaympäristöissä on tapahtunut 2000-luvulla suuria muutoksia. Ne aiheutuvat yhteiskunnallista muutoksista, kansalaisten terveystarpeiden, niitä koskevien odotusten sekä tätä koskevan tiedon lisääntymisestä, tieto- ja viestintätekniiikan kehittymisestä sekä palvelurakenteiden ja organisaatioiden toimintaprosessien uudistamisvaatimuksista. Näissä muutoksissa terveydenhuollon johtaminen ei ole enää mahdollista yhdellä muuttumattomalla ja perinteisellä tavalla. Johtamisessa ei riitä pelkkä hallinnointi eli toimintojen sujuvuudesta huolehtiminen (Burns 1978, Kanter ym. 1992, Altieri & Elgin 1994, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Uudistuvaan johtamiseen tarvitaan toimivia ja tutkittuja johtamismalleja, jotka toimivat johtamisen työkaluina silloin kun muutoksen tavoitteet ja suunnitellut tulokset on määritelty. Erilaisten johtamismallien käyttäminen sinänsä ei tuo muutosta, vaan muutoksen on oltava organisaatioissa todellista rakenteissa ja henkilökunnan työssä (Hewison & Griffiths 2004). Henkilöstön työpanos suunnataan johtamisella oikeisiin asioihin eli potilaslähtöiseen työhön käyttäen hyödyksi laajasti kunkin ammattilaisen asiantuntemusta. Terveydenhuollon johtaminen on merkittävän toimialan johtamista sillä terveystalvet kehittyvät hyödykkeinä maailmanlaajuisesti yhä merkittävämmäksi toiminnaksi, ja jotta voitaisiin saavuttaa suurimmat terveyshyödyt kansalaisille, tulee suuntautua terveyden edistämiseen sairauksien hoitamisen sijaan. Näissä muutoksissa tarvitaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietämystä ja asiantuntijuutta. (Lammintakanen & Kinnunen 2006, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Hoitotyön johtajat ovat terveydenhuollon muutoksissa ristiriitatilanteessa. Vastatakse haasteisiin heidän tehtävänä on kyseenalaistaa vallitsevaa tilannetta ja muuttaa toimimattomia rutiineja. Rutiinit saattavat pahimmillaan tylsistää ihmisten aistit, nujertaa luovuuden sekä kaventaa ajattelua. (Kouzes & Posner 1995, 1999, 2001.) Toisaalta rutiinit pitävät yllä jatkuvuutta muutoksissa, koska ne vapauttavat ihmisten aikaa ja energiaa luovuudelle (Stähle ym. 2004).

Kansalaisten terveyttä koskevan tiedon ja sen saannin paraneminen tuo osaltaan muutostarvetta hoitotyön johtamiseen. Potilaille on yhä useammin samat tiedot kuin hoitohenkilökunnalla, ja osa sairaanhoitajille perinteisesti kuuluneista töistä kuuluu omissa elinympäristöissään hoidettaville potilaille. Potilaiden hoito ei näin ole pelkästään organisaatiokeskeistä, vaan se täytyy käsittää laajemmin. (Porter-O' Grady 2003a, 2003b.) Voimavaralähtöinen johtaminen, hoitohenkilökunnan asiantuntijuuden oikea kohdennus potilaan saamien hyötyjen ja haittojen arvioinnin perusteella sekä asiantuntijoiden työn hallinnan edistäminen ovat ny-

kyisiä terveydenhuollon muutosjohtamisen haasteita. (Vuori 2004.) Perinteisellä hoitotyön johtamistavalla on vaikea lisätä työn houkuttelevuutta, kun työntekijät ovat liikkuvia ja sitoutuvat heikosti yhteen organisaatioon (Johnson & Buelow 2003). Henkilökunnan rekrytointi osana johtamista muodostuu näin hoitotyön johtajille yhä haastavammaksi sekä aikaa vievämmäksi toiminnaksi (Sullivan ym. 2003, Sherman ym. 2007) samoin kuin esimiehen vastuu perehdytyksen järjestämisestä, sisällöstä ja organisoinnista (Miettinen ym. 2006). Asiantuntijoiden osaaminen pitäisi saada organisaatioiden käyttöön. Terveydenhuollossa työntekijän ja työnantajan vastavuoroinen sitoutuminen ei enää ole itsestään selvää. Työntekijä muuttuu yhä useammin ”keikka-ammattilaiseksi”, joka on uskollinen ammatilleen muttei yhdelle organisaatiolle tai organisaatio hänelle. Hoitotyön johtamisen haaste on myös organisoida ja järjestää työ niin, että se tehdään eettisyyttä unohtamatta. Työntekijöiden nykyisin instrumentaalinen suhde työhön. Työ on väline muuhun toimintaan, eikä se ole ekspressiivistä eli arvokasta sinänsä. (Vuori & Siltala 2005.) Myös terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen automaattinen tunnustaminen Euroopan unionin jäsenmaissa tuo henkilöstölle mahdollisuuden entistä vapaampaan liikkumiseen ja luo myös haasteen eri kulttuureista tulevan työvoiman johtamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998, 2003, Viitanen & Lehto 2005.)

Ongelmia tähän johtamishaasteeseen vastaamiseen aiheuttaa se, että terveydenhuollosta on puuttunut systemaattinen johtamiskoulutus, eikä hoitotyön johtaminen ole aina ollut yksilön tietoiseen urakehitykseen perustuvaa. (Simoila 1999b, Sherman ym. 2007.) Tähän liittyy haasteena myös suomalaisessa hoitotyön lähiesimieskunnassa tapahtuva sukupolvenvaihdos eläköitymisen vuoksi. Vuonna 2003 osastonhoitajien keski-ikä oli Suomessa 49,1 vuotta (Simoila 2003). Haasteen johtamiselle tuo myös se, että useat eläkkeelle siirtyvät työntekijät ovat työhönsä ekspressiivisesti suhtautuvia eli työ on heille arvokasta sinänsä. Lisäksi johtamisen haasteena on ikääntyvän henkilöstön äänettömän ammattitaidon siirtäminen työhön jäävälle henkilökunnalle. (Vuori 2004, Vuori & Siltala 2005.)

Hoitotyön johtamisen tutkimus on ollut runsasta mutta johtamisen teoreettista, ja yleisesti hyväksyttyä viitekehystä ei ole kyetty luomaan. Hoitotyön johtamistutkimuksesta on katsottu puuttuvan selkeä, pitkän tähtäimen tutkimussuunta, jossa hoitotyötä tarkastellaan proaktiivisena, muuttuvana ja kehittyvänä toimintana (Lynn & Layman 1996, Lynn ym. 1998). Hoitotyön johtamisen tutkimustulokset eivät myöskään ole antaneet systemaattista linjausta esimiesten tehokkaiden johtamisominaisuuksien kehittämiseksi (Kleinman 2004). Osastonhoitajia käsittelevissä tutkimuksissa ei ole myöskään selkeästi määritetty eikä riittävästi tutkittu heidän johtamisominaisuuksiaan ja -taitojaan (Oroviogioicoechea 1996, Simoila 1999a, 1999b). Hoitotyön johtamisen tutkimuksen on suositeltu kohdistuvan muutosjohtamiseen, jonka arvioidaan olevan tulevaisuuden johtamismalli ja eräs vuoden 2020 johtamisvisioista terveydenhuollossa (Altieri & Elgin 1994, Scobe & Russell 2003). Terveydenhuollon johtamistutkimisen eräs tavoite on käytännön toimenpiteiden tutkiminen esimerkiksi muutosjohtamiseen suuntautuneen tutkimuksen avulla (Torppa 2007).

Transformationalista eli muutosjohtamista on käsitelty vähän suomalaisissa

hoitotyön tutkimuksissa. Muutosjohtamisen katsotaan kuitenkin olevan mallin, jonka mukaisen johtamisen hoitotyössä odotetaan olevan osaavaa, jämäkkää, ihmisläheistä ja välittävää. Näin muutosjohtamisen avulla organisaatioiden tehotomuuden korjaaminen ja muutokset ovat mahdollisia (Syvänen 2003). Transformationaalista johtamista on tutkittu Kansten (2005) väitöskirjassa sekä Uusitalon (2003) pro gradu –tutkielmassa. Kauppatieteissä muutosjohtamista on tutkinut Hautala (2005) ja Maanpuolustuskorkeakoulussa Nissinen (2001). Suomessa on valmiiden johtamista tutkivien mittareiden käyttäminen hoitotieteen opinnäytetöissä samoin ollut vähäistä. Johtamistutkimuksissa on käytetty yhteispohjoismaisia mittareita, jotka liittyvät Pohjoismaissa käynnistettyyn perusterveydenhuollon hoitotyön johtamisosaamista tutkivaan hankkeeseen (Lorensen ym. 2002, Sinkkonen & Taskinen 2002).

Tässä tutkimuksessa on kiinnostuksen kohteena suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien muutosjohtaminen valmiilla kansainvälisellä muutosjohtamista tarkastelevalla mittarilla. Tutkimuksessa tarkastellaan mallin mukaisen muutosjohtamisen esiintymistä suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien johtamisessa sekä mittarin soveltuvuutta suomalaisessa aineistossa. Tutkimuksessa verrataan osastonhoitajien itsearviointien ja sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien vastaavuutta. Tulosten perusteella on mahdollista arvioida osastonhoitajien mallin mukaisia muutosjohtamisvalmiuksia, ja tietoa voidaan käyttää osastonhoitajien johtamisen kehittämisessä sekä johtamiskoulutuksessa.

2. KIRJALLISUUSKATSAUS

Johtaminen on perinteisesti jaettu management- eli asia- ja leadership- eli ihmishuuhdejohtamiseen. Jakoa on hoitotyössä pidetty keinotekoisena ja perinteisenä (Kinnunen & Vuori 1999, Reinhard 2004). Johtamiskirjallisuudessa sitä on kuitenkin kuvattu kahden yhtä tärkeän, vastakkaisen ja toisiaan täydentävän johtamismuodon jaoksiksi (Kotter 1995). Asia- ja ihmishuuhdejohtamisen olennainen ero on suhtautuminen muutokseen. Asiajohtamisessa tavoitellaan pysyvyyttä, ennustettavuutta ja järjestystä. Ihmishuuhdejohtamisessa taas on olennaista osoittaa toiminnan tarkoitus ja tavoitteena on pyrkiä kohti muutosta. (Kotter 1990.)

Kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan aluksi osastonhoitajien johtamisen sisältöä ja haasteita. Hoitotyön johtamistutkimus on voimakkaasti suuntautunut johtajan ominaisuuksien kuvailuun (Vance & Larson 2002). Esimiehen johtamisominaisuuksien, -kykyjen ja johtamisen haasteiden runsaus tekee hoitotyön johtamisesta vaikeasti hahmoteltavan ilmiön. Kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan johtamista yläkäsitteiden management- eli asiajohtaminen ja leadership- eli ihmishuuhdejohtaminen avulla. Alakäsitteenä asiajohtamisen alla tarkastellaan transaktionaalista eli vuorovaikutuksellista johtamista. Ihmishuuhdejohtamisen alla alakäsitteinä tarkastellaan transformationaalista eli muutosjohtamista. Katsauksessa tarkastellaan myös karismaattisen ja voimaistavan johtamisen yhteyttä muutosjohtamiseen, koska näiden käsitteiden määrittely on osin päällekkäistä. Yläkäsitteissä asia- ja ihmishuuhdejohtaminen kuvataan niille tyypillisiä johtamisen periaatteita, joita alakäsitteinä esitetyissä johtamismalleissa laajennetaan kunkin mallin mukaisesti. Kaikissa johtamiskäsitteissä tarkastellaan kuitenkin johtamisen suhdetta muutokseen, eikä erilaisten johtamiskäsitteiden sisältö ei ole toisensa pois sulkevaa. Tutkimuksen pääkäsitteen eli muutosjohtamisen sisältöä on näin tunnistettavissa myös muissa tarkastelluissa johtamiskäsitteissä.

Tutkimuksen pääkäsitteen muutosjohtamisen (transformationaalisen) ja sen vastinparin vuorovaikutuksellisen (transaktionaalinen) johtamisen käsitteet perustuvat politiikan tutkija James McGregor Burnsin (1978) kvalitatiivisiin tutkimuksiin poliittisista johtajista. Hänen mukaansa kaikki johtajat on mahdollista luokitella joko vuorovaikutuksellista tai muutosjohtamista käyttäviin. Burnsin käsitteiden on taas sanottu perustuvan Weberin (1947) kuvauksille karismaattisista johtajista (Alimo-Metcalf & Alban Metcalfe 2001). Jatkossa transaktionaalisesta johtamisesta käytetään tässä tutkimuksessa suomenkielistä nimitystä vuorovaikutuksellinen johtaminen ja transformationaalista johtamisesta muutosjohtaminen (Juuti 1995).

2.1 Kirjallisuushaut

Kirjallisuushaut tehtiin etsien hoitotieteen tutkimus- ja review-artikkeleita vuosilta 1992-2008, jotta katsaukseen saatiin mahdollisimman ajankohtaista tietoa. Yleisesti johtamista käsittelevää kirjallisuutta otettiin katsaukseen myös aikaisemmilta vuosilta, jotta alan klassikoita ei suljettaisi pois. Haut tehtiin Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINALH), Cochrane Database of Abstracts of Review of Effects, Cochrane Central register of Controlled Trials ja "The National Library of Medicine and the National Institutes of Health" (PubMed) -tietokannoista hakusanoilla nursing, transactional, transformational, head nurses, ward sister, human resource management, personnel management, human capital management, leadership, management, leadership style, nursing administrators, change, future, questionnaires, change, charisma, empowerment ja sekä näiden yhdistelmillä. Suomalaisista Helka-, Linda- ja Medic-tietokannasta haut tehtiin hakusanoilla osastonhoitaja, johtaminen, leadership, management, inhimillisten resurssien johtaminen, transformationaalinen ja transaktionaalinen, muutos, administration, nursing, personnel management, human resource management, change, head nurse, ward sister, karisma, voimaistaminen sekä näiden yhdistelmillä. Tietokannoista löydettyjen tutkimusten lähdeluettelosta etsittiin myös aihetta käsitteleviä tutkimuksia. Lisäksi hakuja tehtiin myös käsihauilla suomalaisten yliopistojen tietokannoista.

2.2 Osastonhoitajien johtamisen sisältö ja haaste

Osastonhoitajat työskentelevät hoitotyön lähijohtajina ja keskittyvät yksikön sisällä sen operatiiviseen johtamiseen johtamisroolin painottuessa tilannejohtajuuteen. He vastaavat osaltaan lyhyen ja pitkän aikavälin suoritustavoitteiden saavuttamisesta johtaen ja koordinoiden yksikössä moniammatillista työryhmää. Osastonhoitajien tehtäviin kuuluu työn organisointi ja vastuu resurssien tehokkaasta käyttämisestä sekä osaltaan palvelujen laadusta. Osastonhoitajat edistävät potilaskeskeisen ja innovatiivisen hoitotyön kehittämistä ja tukevat henkilöstön hyvinvointia ja jaksamista. Osastonhoitajia on haastettu myös kehittämään johtamisessaan ammatillista hoitotyötä tukevia elementtejä. (Nojonen 1994, Työministeriö 2000, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, Sairaanhoitajien koulutussäätiö 2004, Hintsala 2005.) Haastavan johtamisen oikeutuksen on sanottu tulevan hoitotyön tiedosta (Antrobus & Kitson 1999, Cook 2001). Ongelma tässä vaahteessa on kuitenkin se, että hoitotyön ydinsisällön kuvaus ei ole yksiselitteinen. Perustana pidetty huolenpidon käsite on epäselvä ja hämärä. (Brilowski & Wender 2005.)

Osastonhoitajien työajasta on kulunut puolet kliiniseen työhön ja siihen he ovat kokeneet saaneensa valmiudet ammatillisessa koulutuksessaan. (Fox ym. 1999, Narinen 2000, Williams ym. 2001). Uudempien tutkimusten mukaan osastonhoitajien työnkuvien jakautumisesta hoitotyön tekijän osuus oli kuitenkin

vain 13,5 % työstä. (Surakka 2006) ja kliiniseen työhön käytetty aika oli keskimäärin 19 % (Efeko 2007). Sullivan ym. (2003) tuovat esille sen, että osastonhoitajat ovat itse halunneet säilyttää substanssiosaamisensa ja asiantuntijuutensa ”etulinjan” johtajina nopeasti muuttuvassa sairaalaympäristössä. Narinen (2000) ja Surakka (2006) kuitenkin painottavat, että kliinisen työn osuus osastonhoitajien työssä vähenee tulevaisuudessa. Osastonhoitajien työ on 2000-luvulla jo muuttunut toimintaedellytyksiä mahdollistavaksi lähijohtamiseksi sekä työnjohdotehtäväksi, jossa on olennaista osastonhoitajien substanssiosaamisen lisäksi myös heidän toimivaltansa ja vastuullisuutensa osaston toiminnasta. Välitöntä ja välillistä hoitotyötä tutkittaessa on käynyt ilmi, että hoitohenkilökunta on käyttänyt välittömään hoitotyöhön ainoastaan 25-37 % työajastaan. Välittömän hoitotyön osuuden lisääminen ja sen sisällön kehittäminen sekä organisaation tukitoimintojen uudelleen organisoiminen tulee nousemaan johtamisessa erityisen haasteelliseksi (Partanen 2002). Vielä suuremman haasteen tulevaisuudessa terveydenhuollon johtajille tuo kysymys siitä, minkälaisia työntekijät ovat työorientaatioiltaan, mitä hyötyä ja haittaa heistä on organisaation tai yksikön tavoitteille. Jos kun työntekijät eivät enää ole kutsumustyöntekijöitä vaan huippusuorittajia - mitä johtajan on tehtävä? (Vuori & Siltala 2005.)

Merkittävästi lähijohtajien työhön vaikuttaa se, että sairaaloiden virallisissa dokumenteissa tai johtosäännöissä ei ole määritelty osastonhoitajien toimenkuvia, yksikön johtamista tai lähijohtajien eli osastonhoitajan ja osastonlääkärin keskinäisiä suhteita (Viitanen & Lehto 2005). Lisäksi osastonhoitajien työhön kiinteästi liittyvä ihmisten johtaminen on jäänyt taka-alalle organisaation laatusuosituksissa (Mäki 2004). Osastonhoitajien työ on näin sekoitus virallista ja epävirallista valtaa sekä legitiimiä ja ei-legitiimiä vastuuta. Heidän asemansa, päätöksentekomahdollisuutensa sekä toimivaltansa ovat epäselviä. (Simoila 2003.) Osaston esimiesten roolin on kuvattu laajentuneen organisaation strategisten painopisteiden ja palveluiden tilaajilta tulevien velvoitteiden ja odotusten takia. Silti heidän vaikutusmahdollisuutensa näihin johtamisrooliinsa liittyviin asioihin on ollut vähäistä. (Wiili-Peltola 2005.)

Osastonhoitajien runsas erilaisten kykyjen ja ominaisuuksien kuvailu johtuu siitä, että terveydenhuollon johtamisen tutkimus on vuosina 1970-1999 keskittynyt näiden kuvailuun. Osastonhoitajien kykyjä ja ominaisuuksia on käsitelty lähes puolessa tutkimuksista. Vajaassa viidessä prosentissa tutkimuksista on käsitelty johtamismittareiden kehittämistä, ja vain yksi kolmannes tutkimuksista on käsitellyt johtamisen vaikutuksia esimerkiksi henkilöstön työtyytyväisyyteen, työssä pysyvyyteen tai työsuorituksiin. (Vance & Larson 2002, Grönroos & Perälä 2004.) Vesterisen ym. (2007) mukaan kuitenkin 45 suomalaisen hoitotyön johtamistyytlejä käsittelevän tutkimuksen analyysin perusteella niissä keskityttiin muutostilanteisiin sekä johtamistyylin vaikutuksiin hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin. Yleisessä johtamistutkimuksessa piirreteorioihin pohjautuva johtajan ominaisuuksien perusteella perustuva erottelu oli käytössä 1940-50-luvuilla. Johtaminen määriteltiin synnynnäiseksi tai opituksi. Vielä 1950-70-luvuilla olttiin kiinnostuneita johtajan johtamistyylistä ja tämän ajattelun perusta oli käytäytymistieteissä. (Juuti 1994.)

Tutkimusten mukaan hoitotyön johtaminen on päivittäisjohtamista, josta on puuttunut sekä proaktiivisuus että suunnitelmallisuus. Hoitotyöntekijöillä yleensäkin on kuvattu perinteisesti olevan vähän kaaoksen ja epävarmuuden sietoa sekä kykyä riskien ottamiseen (Drach-Zahavy & Dagan 2002, Morjikian & Belack 2005). Tämä näkyy osastonhoitajien toiminnassa siten, että he ovat kyvykkäitä pitämään yllä nykyistä toimintaa osastoillaan mutta kyvyttömiä aikaansaamaan muutosta (Edwards & Roemer 1996, Mettiäinen ym. 2003), jossa on kysymys aina myös pois oppimisen vaikeudesta (Syvänen 2003). Johtamisen konkreettisenä tehokkuuden mittarina on tutkimustuloksista ja suosituksista huolimatta pidetty usein potilaiden ”sänkyjen tyhjentymisen” nopeutta (Wong 2004). Koulutuksella ei ole todettu olevan vaikutusta osastonhoitajien muutosjohtamisen lisääntymiseen, koska maisterin tutkinnon hoitotyön hallinnossa tai johtamisessa suorittaneet osastonhoitajat eivät ole erottuneet muista. Aikaisempi kokemus sairaanhoitajana samassa organisaatiossa on sen sijaan saanut aikaan osastonhoitajille kokemuksen siitä, että he olivat muita osastonhoitajia kyvyttömämpiä (Edwards & Roemer 1996, Drach-Zahavy & Dagan 2002). Näistä osastonhoitajien johtamisen lisääntyvistä haasteista huolimatta on pelkkää työssä oppimista pidetty riittävänä koulutuksena osastonhoitajille (Kleinman 2003).

Osastonhoitajilta edellytetyjä yksityiskohtaisia ominaisuuksia ovat vuorovai-
kutuskky, kyky taloudelliseen sekä inhimillisten resurssien johtamiseen ja systemaattiseen ajatteluun, proaktiiviseen strategiseen suunnitteluun, kyky johtaa osaltaan organisaation muutosta sekä edistää tehokkaiden hoitopolkujen luomista. Osastonhoitajilta on odotettu olevan verkostoitumistaitoja ja taitoja tiedon välittämiseen, henkilökunnan rohkaisuun ja tehtävien selkiyttämiseen, henkilökohtaisten konfliktien hoitamiseen ja hyvien suhteiden edistämistaitoja, tiimien motivointitaitoja ja muutosagentteina toimimista. (Gelinas & Manthey 1997, Christian & Norman 1998, Reay ym. 2003, Sherman ym. 2007.) Osastonhoitajien johtamisen on myös kuvattu olevan ”palvelevaa johtajuutta” työntekijöitä kohtaan, jotka puolestaan palvelevat potilaita (Anthony ym. 2005). Osastonhoitajilta on lisäksi vaadittu johtamiskykyjä, joilla sairaanhoitajien analyttinen ja kriittinen asenne hoitotyöhön sekä ammatillinen rohkeus lisääntyy (Welford 2002).

Osastonhoitajilta vaadittuja taitoja ovat myös tehokkuus, rehellisyys, näkyvyys ja yhteistyökyky. Muutoksen mahdollistamisen edellytetään olevan ennakoitua eli hoitotyön johtajat eivät perusteetta muuta toimintatapoja uusien trendien mukaisesti. Sekä toiminta että muutos pohjautuvat näyttöön perustuvaan tietoon. (Upenieks 2003b.) Osastonhoitajilla on vaativa rooli toiminnassa siltana ylimmän johdon asettamien tavoitteiden ja käytännön työtä tekevien työntekijöiden välillä linjassa organisaation tavoitteiden ja potilaiden tarpeiden kanssa (Calpin-Davies 2003, Oughtibridge 2003, Porter-O’ Grady 2003a, 2003b). Osastonhoitajat ovat näin kaksoisroolissa toimien sekä esimiehenä muille että alaisena omalle esimiehelle. Roolista saattaa tulla ristiriitaa, jos esimerkiksi osastonhoitajan oma esimies luo toimintalinjat, jotka eroavat osastonhoitajan ja työntekijöiden tavoitteista. (Keskinen 2005.)

Osastonhoitajan työn olennaista sisältöä on ihmissuhdejohtaminen ja siihen kuuluva henkilökunnan tukeminen (Christian & Norman 1998, Drach-Zahavy

2004). Se on johtamistoimintana palautteen antamista, ihmisten työn ja henkilökohtaisten tarpeiden huomiointia sekä työn ohjaamista. Tämä konkreettinen johtamistoiminta on lisännyt sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä. Sairaanhoitajien tuottavuutta taas on lisännyt osastonhoitajan toiminta positiivisen ilmapiirin luomisessa osastolla. Sairaanhoitajien organisaatioon sitoutumista on edistänyt johtamisen positiivisuus, johtajien avoin vuorovaikutus työyhteisössä sekä toiminta roolimalleina ja sairaanhoitajille annetut mahdollisuudet jatkuvaan koulutukseen sekä koulutuksen tukeminen. (McNeese-Smith 1997, Cronin & Becherer 1999, Mrayyan 2004.) Osastonhoitajien on toimittava esimiehinä oikeudenmukaisesti. Työntekijöille muodostuu oikeudenmukaisuuden kokemus mikäli he kokevat, että heitä kuullaan päätöksiä tehtäessä, toimintasäännöt ovat kaikille samat, esimies kertoo päätösten perusteet, työntekijät luottavat esimieheen ja esimies kohtelee muita arvostavasti ja kunnioittavasti. (Kivimäki ym. 2005.)

Osastonhoitajat ovat itse kokeneet olevansa ensisijaisesti henkilöstöjohtajia ja selviävänsä tästä tehtävästään kohtalaisen hyvin (Grönroos & Perälä 2004). Kansainvälisessä kirjallisuudessa taas on kuvattu osastonhoitajien olevan epävarmoja ihmissuhdejohtamisen osaamisestaan (Cunningham & Kitson 2000a, 2000b, Gould ym. 2001, Krugman & Smith 2003). Sairaanhoitajat eivät myöskään ole kokeneet osastonhoitajia tukijoikseen, vaan he ovat kuvanneet saavansa tukea pääasiallisesti vertaisiltaan ja perheeltään. Sairaanhoitajat eivät ole luottaneet osastonhoitajiin, eivätkä arvostaneet heitä. Osastonhoitajan asemaa on kuvattu lähinnä realiteettien tarkastajaksi yhdessä sairaanhoitajien kanssa sekä sairaanhoitajien itsearvioinnin ”peilaajiksi”. Myös potilailta ja työtovereilta saatu palautte on ollut osastonhoitajien antamaa palautetta arvostetumpaa. Tosin esimieheltä henkilökohtaisesti saatua palautetta on arvostettu. (Donner ym. 1997, Cronin & Becherer 1999.) Osastonhoitajat ovat olleet epävarmoja myös konfliktien ja kurinpitomenetelmien hallinnassa, talous- ja tietoteknisissä asioissa, yhteistyötaitoissa, laadunparantamisessa sekä kommunikaatiotaidoissa sekä toimiessaan keskijohdon sijaisina työnjohtotehtävien laajentuessa (Morrison 1997b, Gould ym. 2001). Suonsivun (2003) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon nopea muutos on saanut vanhemmille osastonhoitajille aikaan kokemuksen siitä, että heidän ammatillinen pätevyytensä ei enää riitä työn vaatimuksiin. Vaatimuksia työhön tuovat aktiivisemmat potilaat ja heidän omaisensa sekä ulkopuoliset tahot, kuten taloudellisista tuloksista ja menestyksestä kiinnostunut luottamushenkilöjohto.

Tulevaisuudessa osastonhoitajien työn sisällön kuvataan suuntautuvan yhä enemmän klinisen hoitotyön tekemisestä ihmisten johtamiseen sekä henkilöstön voimavarojen vahvistamiseen (Allen 1998, Narinen 2000, Sinkkonen & Taskinen 2002, Mettiäinen ym. 2003, Kvist 2004). Sekä näihin, että myös organisatorisiin haasteisiin vastaaminen edellyttää osastonhoitajilta yhteistyö- ja kehittämistaitoja sekä henkilöstöjohtamista, klinisen hoitotyön taitoja, taloushallintotaitoja, kommunikaatio- ja neuvottelutaitoja, kykyä kriittiseen ajatteluun, työntekijöiden yksilöllisten työaikatarpeiden huomiointia, laadunhallintaa, muutoksen mahdollistamista sekä kykyä konfliktijohtamiseen. (Dufva 1995, Narinen 2000, Williams ym. 2001, Mathena 2002, Sinkkonen & Taskinen 2002, Kleinman 2003, Scobe & Russell 2003, Russell & Scobe 2003.)

Johtamisella vaikutetaan työntekijöiden työtyytyväisyyteen, ja se on edellytys korkeatasoisen potilashoidon toteuttamiselle (Reay ym. 2003). Yhdysvalloissa vuonna 2002 sairaaloissa työskentelevien sairaanhoitajien työtyytymättömyys oli neljä kertaa korkeampi kuin työntekijöillä keskimäärin työhönsä tyytymättömien prosenttiosuuden ollessa 40 %. Näistä sairaanhoitajista 20 % aikoi vaihtaa ammattia (Aiken ym. 2001, Aiken ym. 2002, Aiken ym. 2007). Osastonhoitajien ja uusien sairaanhoitajien välillä on myös kuvattu vallitsevan sukupolvien välinen kuilu. Uudet sairaanhoitajat ovat halunneet korkeiden vaatimustensa välitöntä tyydyttämistä, joihin osastonhoitajien on odotettu kykenevän vastaamaan nopeasti (McGibbon 1997, Sullivan ym. 2003). Henkilökunnan rekrytointi ja toisaalta työssä olevien sairaanhoitajien vaihtuvuuden vähentäminen on eräs osastonhoitajien työn suurimmista haasteista (Anthony ym. 2005, Sherman ym. 2007). Johtamisella on suuri merkitys pyrittäessä saamaan sairaanhoitajia sitoutumaan sen organisaation palvelukseen, jossa on resursoitu henkilöstöä ja kustannuksia heidän perehdytykseensä. Nuorten sairaanhoitajien vaihtuvuus ensimmäisen työvuotensa aikana on ollut 35-60 %. Heidän työtyytyväisyyttään on lisännyt hyvä vuorovaikutus työtovereihin sekä hoitotyön johtajan tuki (Halfer & Graf 2006). Stressiä nuorten sairaanhoitajien työssä ovat sen sijaan lisänneet työn organisointitapa sekä työvuorot osastoilla. Vasta työnsä aloittaneet sairaanhoitajat ovat totuneet vapaisiin iltoihin ja viikonloppuihin, ja sopeutuminen vuorotyöhön on ollut vaikeata. Työtyytyväisyyttä on saatu parannettua joustavalla ja eri tavoin toteutetulla työvuorojen suunnittelulla, johon sairaanhoitajat ovat voineet aktiivisesti vaikuttaa. Sairaanhoitajat eivät ole myöskään aina ymmärtäneet oman lähiesimiehensä tai muun hoitotyön johdon roolia organisaatiossa (Rivers ym. 2000, Fletcher 2001). Lähiesimiehellä on myös merkittävä osuus nuoren työntekijän hallinnantunteen kehittymisessä. Esimies edistää tätä kannustamisella ja arjessa pienin rohkaisevin kysymyksin. (Rasimus 2005.) Esimies voi vaikuttaa työhyvinvointiin konkreettisin keinoin kuten lisäten työntekijöiden sananvaltaa ja osallistumista työjärjestykseen, työmenetelmiin tai töiden jakoon liittyvissä kysymyksissä (Kivimäki ym. 2005). Tehokkaan hoitotyön johtamisen esteiksi on kuvattu sairaanhoitajien yhteisöllisyyden ja koulutusmahdollisuuksien puutetta sekä lääketieteen valta-asemaa ja oikeutta määrätä resursseista. Sairaanhoitajien käytös on lisäksi ollut passiivista ja puolustavaa, eivätkä johtajat ole saaneet heiltä tukea. Sairaanhoitajat ovat hyväksyneet lääketieteen vallan, ja ammattikunta on osin jopa vastustanut omaa korkeakoulutusta. (Chan 2002.)

Osastonhoitajien johtaminen on onnistuessaan myös henkilökuntaa voimaistavaa. Sairaanhoitajat ovat kuvanneet onnistuvansa potilaiden huolenpidossa, mikäli esimies on kyennyt voimaistamaan sairaanhoitajia läsnäololla, dialogilla, tasapuolisella kohtelulla sekä sairaanhoitajien arvostamisena yksilöinä. Potilaiden huolenpitoa ovat edistäneet myös johtajien ja sairaanhoitajien arvojen samankaltaisuus, sairaanhoitajien rohkaisu päätöksentekoon sekä heidän ammatillisen kasvunsa tukeminen, resurssien hankkiminen potilashoittoon sekä hoidon kehittäminen. Henkilökunta on luottanut sekä kliinisessä että johtamisroolissaan pätevään johtajaan. (Chantal 1999.) Laschinger ym. (1999) tuovat esille henkilökunnan voimaantumisen ja johtajan käyttäytymisen välisen voimakkaan korrelaation. Henkilökunta tuntenee itsensä voimaantuneeksi silloin, kun johtaja ky-

kenee pitämään esillä työn tarkoitusta. Johtamisessa on myös tärkeää auttaa henkilökuntaa ymmärtämään oman roolinsa merkitys organisaatiossa, lisätä henkilökunnan osallistumista päätöksentekoon, luottaa yksilöiden kykyyn toimia korkealla ammatillisella tasolla sekä lisätä henkilökunnan itsenäisyyttä.

Hoitotyön johtamisen positiiviset vaikutukset ja edellä kuvattuihin haasteisiin vastaamisen on kuvattu onnistuneen anglosaksisissa maissa, erityisesti Yhdysvalloissa ja Kanadassa, 1980-luvulta lähtien kehittyneissä ns. magneettisairaaloissa. Magneettisairaala-nimitys on näissä maissa korkein mahdollinen status, jonka terveydenhuollon organisaatio voi saavuttaa erinomaisesta hoitotyöstä (Broom & Tilbury 2007). Magneettisairaalaksi kehittyminen vaatii koko organisaatiolta sitoutumista hoitohenkilökunnan jatkuvaan koulutukseen ja ammatilliseen kehittymiseen sekä hoitohenkilökunnan täysvaltaista jäsenyyttä potilasta hoitavan tiimin toiminnassa (Schlag 2005). Hoitotyön johtamisen tulokset ovat hyviä. Magneettisairaaloiden hoitotyön johtajat ovat näkyviä hoitotyön arjessa. He tukevat hoitohenkilökuntaa antaen hoitotiimeille vastuuta potilaiden hoidosta ja käyttävät vaikutusvaltaa hoitotyössä ja sen kehittämisessä. He käyttävät hyväkseen laajoja verkostojaan, ja kykenevät maksimoimaan henkilökunnan voimaantumisen luoden arvoille, potilaiden hoitoa korostavalle sekä henkilökunnan ammatillisuuden kehittämiseksi perustuvaa työympäristöä. Magneettisairaaloiden hoitotyötä kuvaavat sairaanhoitajien ammatillinen itsenäisyys ja vastuullisuus, riittävä henkilöstö, sairaanhoitajien ja lääkäreiden hyvä vuorovaikutus, ydintehävän eli potilaiden hoitamisen korostaminen, henkilökunnan ammatillista toimintaa ja kehittymistä tukeva johtaminen, henkilökunnan jatkuva koulutus sekä tutkimusaktiiviteetti sekä johtajien näkyvyys ja vahva vaikutusvalta hoitotyössä. Magneettisairaaloissa sairaanhoitajien työtyytyväisyys on ollut myös tavallisia sairaaloita korkeampi ja vaihtuvuus vähäisempää. Tulokset potilaiden hoidosta ovat myös olleet muita sairaaloita parempia. (Upenieks 2002b, Spence Laschinger ym. 2003, Upenieks 2005, Roberts 2007.) (Liite 1.)

2.3 Management- eli asiajohtaminen

Asiajohtamisen on perinteisesti kuvattu olevan johtamismalli organisaatioissa, joissa tavoitteena on ylläpitää olemassa olevaa toimintaa ja saada johtamisella aikaan vain vähäisiä muutoksia. Asiajohtamisella saavutetaan tuloksia rutiinilla hierarkkisessa systeemissä ja stabiilissa ympäristössä. Johtajan täytyy etukäteen tietää haluttu lopputulos koska asioita käsitellään ennalta määrättyjen standardien mukaan. Onnistunut asiajohtaminen edistää organisaation toiminnan tietynasteista ennustettavuutta, järjestystä toiminnassa sekä hierarkkista verkostoitumista. Sisällöltään se koostuu budjetoinnista, suunnittelusta, toiminnan organisoinnista, henkilökunnan hankinnasta sekä toiminnan kontrolloinnista ja ongelmien ratkaisusta. Asiajohtamisen vahvuus on paitsi ennustettavuus myös tietynasteinen objektiivisuus siksi, että toiminta laaditaan mitattavaksi. Asiajohtaja on asemaltaan muodollinen resurssien kontrolloija. Asiajohtajaksi on mahdollista kouluttautua, ja johtajan asema organisaatiossa on selkeä. Johtajan toiminta perustuu

ulkoisten vaateiden täyttämiseen ja ulkoisiin haasteisiin vastaamiseen. Asiajohtamisen ongelmana on se, että organisaation muutosvalmius on huono nopeaa reagointia vaativassa ympäristössä. Lisäksi asianjohtaminen ainoana johtamismallina saattaa johtaa kahlitsevaan byrokraatiaan ja sääntöjen noudattamiseen niiden itsensä vuoksi. (Burns 1978, Kotter 1990, 1995, 1996, 1999, Juuti 1995.) (Liite 2.)

2.3.1 Vuorovaikutuksellinen johtaminen

Asiajohtamisen tapaan vuorovaikutuksellinen johtaminen sopii stabiileihin organisaatioihin, joissa vahvistetaan olemassa olevaa toimintaa ja joissa ei ole tarvetta suuriin muutoksiin. Johtamisessa vältetään riskejä, ja korostetaan prosesseja laajemman päämäärän tavoittelun sijaan. Johtaminen on asiajohtamisen tapaan jatkuvaa ulkoista ihmisten työn vahvistamista. Vuorovaikutuksellista johtamista kuvataan esimiehen ja työntekijöiden väliseksi ”vaihtokaupaksi”, jossa työtä vaihdetaan korvausta vastaan. Vuorovaikutukselliseen johtamiseen tuo vahvuutta ja laajuutta sen perustuminen arvoihin. Arvot osoittavat toiminnan tapaa, ja niitä ovat johtajan ja työntekijöiden rehellisyys, oikeudenmukaisuus sekä sitoutuminen. (Burns 1978.) Bass ym. (1987), Bass ja Avolio (1994) sekä Bass (1995) kuvaavat vuorovaikutuksellisen johtamisen ”vaihtokauppa-käsitettä” ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi ja käyttäytymiseksi, jossa johtaja tarjoaa työntekijöille rahaa ja uralla etenemisen mahdollisuuksia huomioiden heidän toimintaansa. Vaihtokaupan tavoitteena on saada työ tehtyä. Työntekijät puolestaan pyrkivät sanktioiden pelossa suoriutumaan työstään hyvin. Vuorovaikutuksellisen johtamisen heikkous on pitkäntähtäimen tavoitteiden puute, koska sitä kuvataan päivittäisjohtamiseksi. Tämän tyyppisessä johtamisessa hyväksytään johtajan ja työntekijöiden yksilölliset ja käytännölliset päämäärät. Johtajalla ja työntekijöillä on sama vapaus sekä valinnan mahdollisuudet, ja onnistuakseen vuorovaikutuksen on oltava arvojensa mukaan rehellistä.

Onnistuneessa vuorovaikutuksellisessa johtamisessa työntekijät kokevat tulensa reilusti kohdelluiksi niin kauan kuin palkkiot ovat riittäviä. Johtamisen onnistumista edistää aktiivinen ja rakentava toiminta, jolloin johtajan lupaukset, työntekijöiden huomiointi ja palkkiot auttavat työntekijöitä saavuttamaan tavoitteita. Vuorovaikutuksellinen johtaminen epäonnistuu mikäli se on passiivista ja korjaavaa. Tällöin johtaja huomioi työntekijät ainoastaan kun tapahtuu virheitä tai kun tavoitteita ei saavuteta. Johtaja ei luota työntekijöiden kykyihin tehdä sovittuja tehtäviä, vaan haluaa kontrolloida toimintaa. Johtaja saattaa delegoida muille tehtäviä tavoitteiden saavuttamiseksi. Mutta hän ei delegoidessaan kuitenkaan huomioi työntekijöiden ammattitaidon ja vastuullisuuden lisäämistä, joka edistäisi tavoitteiden saavuttamista myös pitkäjänteisesti. Vuorovaikutuksellinen johtaja ei myöskään onnistu johtamisessaan toimiessaan ns. ”tiimipelaaja” jos se tapahtuu määrittelemällä itsensä muiden kautta ja ollen riippuvainen muiden mieltymyksistä. Tällöin johtaja kuvittelee muiden toimivan samoin, ja tuntee olevansa vastuussa muiden itsetuntemuksesta. Ongelmana tämän tyyppisessä

johtamisessa on johtajan kyvyttömyys tehdä vaikeita päätöksiä, koska hän pelkää menettävänsä arvostusta niiden takia. Johtaminen voi pahimmillaan olla myös eivuurovaikutuksellista eli ”laissez-faire”- johtajuutta, jolloin johtajan ja työntekijöiden välillä ei tapahdu mitään. (Kuhnert 1994, Avolio 1999.)

Hoitotyön kirjallisuudessa vuorovaikutuksellista johtamista kuvataan samoin. Se on perinteistä johtamista, jossa ei pyritä olennaisiin toiminnan muutoksiin. Vuorovaikutuksellisen johtamisen käyttäminen ainoana hoitotyön johtamismuotona on aiheuttanut sairaanhoitajien ammatillisten arvojen ja organisaatioissa valitsevan todellisuuden välisiä ristiriitoja. Tämän on arveltu olevan eräs sairaanhoitajien ammatista luopumisen syistä. Vuorovaikutuksellinen hoitotyön johtamisen vahvuuksia on sen mitattavuus, koska johtamisen tunnusmerkkejä ovat johtajan pätevyys suunnitella ja kontrolloida toimintaa, kyky ratkaista ongelmia sekä lisätä toiminnan tuottavuutta. (Marriner-Tomey 1996, Crohar-Murray & DiCroce 1997, Weddenburn Tate 1999, Thyer 2003.)

2.4 Leadership- eli ihmissuhdejohtaminen

Ihmissuhdejohtaminen on kehittynyt ihmissuhdekoulukuntien kautta ajatteluksi henkilöstöhallinnosta, joka taas on muuntunut inhimillisten voimavarojen kehittämiseksi ja johtamiseksi. Ihmissuhdejohtamisen haaste on siinä, että edellytyksenä on johtajan kypsä ja aikuismainen työtapo, joka on parhaimmillaan silloin, kun organisaatioissa tarvitaan uusia ajattelumalleja sekä yhteistä sitoutumista tavoitteisiin. Tämä tarve tulee erityisesti esille kriisitilanteissa tai, kun muutokseen tarvitaan sosiaalista innovaattoria. Ihmissuhdejohtajan toiminta perustuu omiin sisäisiin vaateisiin. (Juuti 1995.) Inhimillisten resurssien johtamisessa korostetaan ihmisiä yrityksen resurssina ja voimavarana. Työntekijä on organisaation investointi kustannuksen sijaan. Terveystuollossa johtajan rooli ei perustu viralliseen asemavaltaan vaan asiantuntijoiden työn organisointiin, koordinoimiseen ja valtuuttamiseen toimimaan potilaan parhaaksi. (Vuori 2004.)

Ihmissuhdejohtamisen tavoitteena on muutoksen aikaansaaminen, jotta organisaatio selviytyy jatkuvasti muuttuvassa ulkoisessa ja sisäisessä ympäristössä. Ihmissuhdejohtamisen johtamiskäsitys on asiajohtamista laajempi, koska johtamisen tavoitteena on organisaation yhteisen vision luominen ja saavuttaminen, ihmisten inhimillisten tarpeiden tyydyttäminen työssä, vuorovaikutuksen lisääminen sekä ihmisten motivoiminen ja inspiroiminen. Onnistuneessa ihmissuhdejohtamisessa saavutetaan organisaation toiminnan muutos ja uusien innovaatioiden sekä monimuotoisen ihmissuhdeverkoston syntyminen. Ihmissuhdejohtajan rooli voi olla organisaatioissa asiajohtamisroolia epämuodollisempi, ja se on riippuvainen organisaatioissa tarvittavan muutoksen voimakkuudesta. Ihmissuhdejohtamisen eräs vaikeus on siinä, että se on vaikeammin opittavissa kuin asiajohtaminen. Tämä johtuu siitä, että se on vaikeasti mitattavissa olevaa toimintaa ihmisten ja organisaation kulttuurin parissa. Ihmissuhdejohtaminen on kuitenkin yhdistettävä asiajohtajuuteen, koska ainoana johtamismenetelmänä se voi johtaa

messiaaniseen ja kultinomaiseen johtamiseen sekä muutoksen tavoitteluun sen itsensä takia ilman toiminnallista tarkoitusta. (Kotter 1990, 1995, 1996, 1999.)

Ihmissuhdejohtajalla on useita rooleja. Näitä ovat vuorovaikutusrooli, jossa johtaja toimii keulakuvana ja yhteistyön tekijänä. Informaatiroolissa hän on havainnoitsija, tiedon välittäjä sekä tiedottaja organisaation ulkopuolisille tahoille. Päätöksentekijänä johtaja taas on muutoksen aikaansaaja, häiriöiden poistaja, resurssien jakaja sekä neuvottelija. (Mintzberg 1990.) Erilaisissa kansanliikkeissä tai politiikassa ihmissuhdejohtajia kuvataan lähes myyttisiksi johtajiksi, joista kannattajat ovat riippuvaisia. Tämäntyyppinen ihmissuhdejohtaja toimii organisaatiosta erillään, eikä ole välttämättä sidoksissa työyhteisön jäsenyyteen ja sen rooleihin. (Zaleznik 1992.) Yleisen sektorin terveydenhuollon johtamisessa joko johtajaa yksilönä tai hänen karismaattisuuttaan korostava ajattelu ei enää ole ajankohtaista (Calpin-Davies 2003).

Porter-O' Grady (2003a, 2003b) tuo hoitotyössä esille työntekijäkeskeisen johtamisen, joka myös sisältää ihmissuhdejohtamisen piirteitä. Työntekijäkeskeisessä johtamisessa on olennaista tiedon ekonomia eli ihmisten tiedon lisääminen ja sen muuttaminen innovaatioiksi ja toiminnaksi. Johtaminen perustuu yhteiseen ongelmien ratkaisuun ja selkeisiin ja ilmaistuihin odotuksiin sekä ryhmänormeihin ja muutos ilmaistaan tuloksina. Johtamisessa etsitään ongelmien ratkaisuja johtajan ja työntekijöiden vuorovaikutuksen avulla siten, että johtaja esittää selkeitä suoritusstandardeja siitä, mitä työntekijöiltä odotetaan. Johtaminen ei ole satunnaista, ja johtajalla on käsitys omista emotionaalisista malleistaan sekä käytöksensä vaikutuksista muihin. Johtajalta odotetaan huolenpitoa ihmisistä sekä yksilöiden tunteiden ymmärtämistä. Calpin-Davies (2003) painottaa, että julkisen sektorin työntekijät odottavat johtajien osoittavan kiinnostusta heihin ja arvostavan kaikkien työpanosta tiimityössä sekä tavoitteiden saavuttamisessa.

Hoitotyössä ylimmän johdon johtamisrooliksi on kuvattu ihmissuhdejohtamista nykyisen resurssien myöntäjien roolin sijaan. Hoitotyön keskijohdon on taas kuvattu muuttuvan hallinnoivista kontrolloijista henkilöstöä tukeviksi valmentajiksi. Hoitotyön johtajilta odotettuja taitoja tulevaisuudessa ovat tämän perusteella henkilökunnan ammattitaidon lisääminen, globaalin näkökulman omaksuminen, ihmisten erilaisten toimintatapojen hyväksyminen sekä riskien ottaminen, ihmisten huomiointi ennen periaatteita, luottamuksen, avoimuuden ja hyväksynnän rakentaminen sekä tunneällyn kehittäminen. Hoitotyön johtamiseen kohdistuu erityishaasteita tulevat työn kohteesta eli ihmisestä ja hänen terveydestään huolehtimisesta. (Jooste 2004.) (Liite 2.)

2.4.1 Muutosjohtaminen

Muutosjohtamisen määrittelyssä korostetaan asia-, vuorovaikutuksellisesta ja ihmissuhdejohtamisesta poiketen henkistä ja älyllistä johtamista, joka tarkoittaa analyttisen tietoon sekä moraalisiin perustuvan toiminnan yhdistämistä. Johtaminen on hyvin tavoitesuuntautunutta, ja johtajan tehtävänä on muuttaa tavoit-

teet korkeammalle moraalisen ja motivaation tasolle. Johtaja toimii myös tavoitetta osoittavien arvojen mukaan, ja pystyy näin tekemään vaikeitakin päätöksiä. Arvot osoittavat abstraktia toiminnan lopputulosta, kuten oikeutta, vapautta ja yhdenmukaisuutta. Muutosjohtamisen vaikeus ja haaste on siinä, että johtajan ja työntekijöiden oletetaan olevan sitoutuneita toisiinsa. Näin tavoite toinen toistensa motivaation ja moraalien tason nostamisesta voi toteutua ja tukeminen tavoitteiden saavuttamiseksi on mahdollista. (Burns 1978, Nissinen 2001.)

Yhteinen sitoutuminen edellyttää sitä, että muutosjohtamisessa pyritään tyydyttämään työntekijöiden aineellisten palkkioiden lisäksi myös heidän emotionaalisia tarpeitaan. Olettamuksena on, että työntekijät ovat halukkaita kehittämään itseään ja kasvamaan ammatillisesti, mikäli muutosjohtamisen kautta kehitetään mielekkäitä työtehtäviä sekä toiminta- ja kehittymismahdollisuuksia työssä. Johtajan haasteena on laajentaa työntekijöiden kiinnostusta oman hyvän tavoittelusta toimintaan koko ryhmän hyväksi. Johtaja edistää tätä motivoimalla ihmisiä tuoden esille työn tarkoituksen sekä työn tavoitteet ja haasteet. Käytännössä tämä voi onnistua, kun johtaja kykenee nostamaan työntekijöiden huomion yksittäisistä työtehtävistä laajempiin kokonaisuuksiin, joiden saavuttamiseen jokainen voi osallistua. Muutosjohtajalta edellytetään myös kykyä delegoida tehtäviä työntekijöille hyvin laajasti, edistää työntekijöiden itsenäisyyttä sekä kunnioittaa ihmisten yksilöllistä osaamista tuntematta kuitenkaan vastuuta muiden itsekunnioituksesta. Muutosjohtamisen ongelma on sitoutumisen vaatimuksessa. Työntekijöiden oletetaan sitoutuvan johtajan ajatuksiin mutta innostuneet ja valtaistuneet alaiset saattavat kuitenkin aiheuttaa myös negatiivisia seuraamuksia johtajalle joko henkilökohtaisten luonteenpiirteittensä vuoksi tai tavoittellessaan omaa etuaan. (Bass & Avolio 1994, Kuhnert 1994, Bass 1995, 1999.) Muutosjohtamisen moraalialue onkin kyseenalaistettu siksi, että pahimmillaan työntekijöiden oletetaan uhraavan omat elämänsuunnitelmansa organisaation hyväksi. Myös demokraattiset ja humanistiset arvot saattavat kyseenalaistua, jos ihmiset omaksuvat johtajan arvot omien ja vapaasti valittavien arvojensa sijaan. Ihmisten vapaan valinnan oikeuden on katsottu kuitenkin toteutuvan johtajan pyrkimässä luomaan yhteisymmärrystä tavoitteisiin. (Bass 1999.) Postmodernin ajattelun kautta tarkasteltuna muutosjohtamista kuvataan paternalistisena toimintana, jonka tavoitteena on saada työntekijät toimimaan organisaation hyväksi. Tämän välttämiseksi muutosjohtamista tulisikin tarkastella tiimin, eikä yksittäisen johtajan toimintana. Rajojen asettaminen johtajan ja työntekijöiden välillä estää osallistuvan ilmapiirin ja ryhmiin painottuvan päätöksenteon toteutumisen. (Reinhardt 2004.) Muutosjohtamisen ongelmiksi on kuvattu samoja asioita kuin johtamisessa yleensä. Johtajat voivat toimia narsistisesti ja epätarkoituksenmukaisesti, omaa etuaan ajaen ja tehden vääriä päätöksiä resursseja haaskaten. Työntekijät saattavat myös joko tarkoituksella tai tahtomattaan myötävaikuttaa tähän. (Clements & Washbush 1999.) Muutosjohtamisessa edellytetään johtajan ja työntekijöiden yhteistä sitoutumista toinen toistensa toimintaan ja organisaation tavoitteisiin. Tässä voi pahimmillaan olla sama ongelma, jonka Vuori ja Siltala (2005) nostavat esille motivaatio- ja työtyytyväisyystutkimusten ongelmiksi; ihmisten oletetaan motivoituvan organisaatioiden ehdoilla.

Muutosjohtamisen voima on siinä, että muutosjohtaja etsii uusia työntekotapoja uskaltamalla kyseenalaistaa olemassa olevia, mikäli ne eivät enää ole tehokkaita. Hän ei vain reagoi ympäristöön vaan toimii proaktiivisesti haluten luoda ja muokata ympäristöä. Bassin ja Avolion (1994) ja Bassin (1995, 1999) määrittely muutosjohtamisesta tarkoittaa idealisoivaa vaikuttamista, jossa johtaja toimii roolimallina muille, ja nauttii luottamusta ja muiden kunnioitusta. Hän stimuloi ihmisiä älyllisesti osoittamalla uusia ratkaisuja vanhoihin ongelmiin ja lähestymällä tilanteita uudella tavalla. Johtaja huomioi työntekijät yksilöllisesti, ja toimii mentorina auttaen työntekijöitä ammatilliseen kasvuun ja kehittymiseen. Muutosjohtaminen edellyttää työntekijöiltä korkeaa ammatillisuutta sillä työntekijöiden toiminnassa korostetaan itsenäisyyttä ja itseohjautuvuutta. Työntekijöillä on valinnanoikeus toiminnassaan ilman ulkoista kontrollia. Muutosjohtaminen sopii näin erityisesti sellaisten tiimien johtamiseen, joissa johtaja-työntekijäsuhde on kollegiaalinen.

Kouzes ja Posner (1995, 1999, 2001) kuvaavat muutosjohtamista mallin avulla, jonka johtamistoimintoja on *prosessien kyseenalaistaminen*. Se koostuu mahdollisuuksien etsimisestä ja kokeilusta sekä riskien ottamisesta. Johtamistoiminto *yhteiseen visioon innostaminen* koostuu tulevaisuuden ennustamisesta ja muiden tuen saamisesta. Johtamistoimintoja ovat myös *muiden valtuuttaminen toimimaan*, joka tarkoittaa vuorovaikutuksen edistämistä ja muiden vahvistamista sekä *tien näyttäminen*, joka tarkoittaa esimerkkinä olemista ja tavoitteiden saavuttamista pienten voittojen kautta. Johtamistoiminto *muiden rohkaisu* tarkoittaa muiden toiminnan huomioimista ja suoritusten juhlistamista. Johtaja on muutosagentti, joka kykenee asettamaan pitkän tähtäimen tavoitteita ja jakamaan niitä henkilöstön kesken. McNeese-Smith (1993) konkretisoi hoitotyön johtamisessa kyseistä muutosjohtajuuden mallia. Hän kuvaa *prosessien kyseenalaistamisen* johtajan kyvyksi ottaa riskejä, toimia innovatiivisesti, kokeilla uutta ja kehittää uusia työtapoja kyseenalaistaen jatkuvasti nykyistä tilannetta. Johtaja suhtautuu stressiin positiivisesti, ja oppii virheistään. *Yhteiseen visioon innostaminen* ilmenee johtajan toiminnassa yhteisten tavoitteiden sisällön, merkityksen sekä saavuttamistapojen esille tuomisena. Johtaja kykenee muodostamaan konkreettisen kuvan tulevaisuudesta muille ja käyttämään intuitiota. *Muiden valtuuttaminen toimintaan* tarkoittaa johtajan toiminnassa tiimityöhön innostamista sekä työntekijöiden voimaistamista niin, että he tuntevat olevansa voimakkaita ja kykeneviä. Johtaja edistää yhteistyötä ja luottamusta, tukee ja antaa tunnustusta laajentaessaan työntekijöiden työtehtäviä. *Tien näyttäminen* tarkoittaa johtajan toimintaa roolimallina sekä arvojen esille tuomista arkipäivän toiminnassa. Johtaja saavuttaa arvostusta, jos hän johtaa tekemällä ja toimii vaikeissa tilanteissa rehellisesti. Hän auttaa käytännön hoitotyössä ja on näkyvä osastollaan. *Muiden rohkaisu* tarkoittaa johtajan toiminnassa työntekijöiden aktiivista rohkaisua ja tukemista sekä työntekijöiden hyvän työpanoksen ja työn arvon esille tuomista.

Muutosjohtamisen käyttöönoton on kuvattu olevan helpompaa uudessa kuin jo olemassa olevassa organisaatiossa. Olemassa olevassa organisaatiossa perusolettamukset ja uskomukset ovat tiiviisti sidoksissa niihin tapoihin, joilla sisäisiä ongelmia on jo ratkaistu ja joilla on reagoitu ympäristöön. Muutosjohtajan kyky tuoda esille visiota auttaa työntekijöitä ymmärtämään organisaation tarkoituksen,

tavoitteet ja prioriteetit sekä oivaltamaan oman osuutensa niiden saavuttamisessa. Johtajalta vaaditaan myös käytännössä taitoa osoittaa, että visio on toteuttamiskelpoinen konkreettisesti saavutettavina tuloksina. Tässä johtajalta vaaditaan aitoa itseluottamusta sekä uskoa työntekijöiden kykyyn saavuttaa tavoitteet. (Yukl 1998, Dixon 1999.) Muutosjohtamista onkin kuvattu organisaatio- ja ryhmätason muutosjohtajuudeksi, joka täydentyy mikrotason tilanneviisaudella (Routamaa 1999).

Muutosjohtamista kuvataan hoitotyön johtamisen yhteydessä samoin määrein kuin yleisessä johtamiskirjallisuudessa. Muutosjohtaminen on nähty hoitotyön johtamisessa keinona hoitotyön aktiivisen roolin kehittämisessä muuttaen toimintaa rasittavia perinteitä monimuotoisessa ja muuttuvassa ympäristössä (Sofarelli & Brown 1998, Murphy 2005). Hoitotyössä tavoiteltava muutos koskee muutosjohtamisen määrittelyn mukaisesti koko järjestelmää ja ajattelutapoja. Muutokset esimerkiksi yhdellä osastolla aktiivisen muutosjohtajan aloitteesta eivät ole riittäviä, vaan ne on voitava toteuttaa laajasti organisaatiossa. Keskeisiä tekijöitä hoitotyönkin muutosjohtamisessa ovat vastavuoroisuus, yhteisyys, monimutkaisuuden tunnustaminen, yhteistyön ja ihmissuhteiden korostaminen kilpailun vastapainona, tunteiden hyväksyminen, voimaistaminen sekä vision luominen ja merkityksen antaminen ihmisten työlle. Hoitotyössä muutosjohtajan näkökulma on lopputuloksessa, joka voidaan saavuttaa monin eri tavoin. Tämä periaate auttaa johtajaa tekemään päätöksiä lopputulosarvoihin perustuen eikä ryhmäuskollisuus rajoita toimintaa. Kumppanuuden edistäminen tavoitteiden mukaisesti on silti tärkeä johtamista. (Grohar-Murray & DiCroce 1997, Clegg 2000.) Olennaista muutosjohtajan toiminnassa on myös vallan jakaminen. Tässä johtaja voidaan nähdä katalysaattorina hänen pyrkiessään edistämään potilaskeskeisen ja kokonaisvaltaisen hoitotyön kehittämistä, henkilökunnan voimaistumista, ammatillisuuden lisääntymistä, johtajien ja henkilökunnan kollegiaalista yhteistyötä sekä tiimityön kehittämistä. (McDaniel & Wolf 1992, Outhwaite 2003, Trofino 1995, 2000, 2003a, 2003 b.) (Taulukko 1).

Taulukko 1. Vuorovaikutuksellisen- ja muutosjohtamisen piirteet

Kirjoittaja ja vuosi	Vuorovaikutuksellinen johtaminen	Muutosjohtaminen
Burns 1978	Arvokkaina pidettyjen ja yksilöllisten asioiden vaihtoa, esimiehen ja työntekijän välistä vaihtokauppaa. Johtaja sovittaa tavoitteita yhteen, on aloitteellinen ja seuraa toimintaa. Arvot osoittavat toiminnan tapaa ja niitä ovat oikeudenmukaisuus, rehellisyys.	Kaikkien sitoutuminen, yhteinen motivaation ja moraalien tason nostaminen, tuki, inhimillisen käytöksen ja eettisen pyrkimyksen tason nousu, henkinen, älyllinen johtaminen. Arvot osoittavat lopputulosta kuten oikeus, vapaus, yhdenmukaisuus.
Kuhnert 1994	Johtaja toimii oman tavoitteensa hyväksi, työntekijät ovat keinoja sen saavuttamiseksi. Työntekijät kokevat tullessaan reilusti kohdelluiksi niin kauan, kuin palkkiot ovat riittäviä. Johtaja delegoi työtä tarkoituksena tavoitteiden saavuttaminen, ei toisten ammattitaidon ja vastuullisuuden lisääminen.	Johtajan itseohjautuvuus voimakkaiden sisäisten arvojen ja ihanteiden avulla sekä näkemyksellä tavoitteesta. Johtaja kykenee delegoimaan hyvin laajasti, edistämään muiden itsenäisyyttä ja kunnioittamaan yksilöllistä osaamista.
Kouzes ja Posner 1995, 1999, 2001		Johtajuuden keskeiset piirteet ovat luottamus ja kunnioitus henkilöstöä kohtaan, yksilöllisyyden huomioiminen, uusien ratkaisutapojen löytäminen toimintaan, eettiset periaatteet sekä yhteisten arvojen jakaminen. Johtamistoimintoja ovat prosessien kyseenalaistaminen, yhteiseen visioon innostaminen, muiden valtuuttaminen toimimaan, rohkaiseminen ja tien näyttäminen. Johtajuutta on mahdollista opettaa, oppia ja mitata.
Bass ym. 1987, Bass 1995	Pienet muutokset. Johtaja tarjoaa rahaa, uralla etenemistä ja huomiointia. Työntekijä yrittää suoriutua hyvin. Johtaja puuttuu toimintaan mikäli prosessit ja standardit eivät täyty. Pysyvät organisaatiot, joissa selvittää päivittäisellä johtamisella.	Suuret muutokset, työntekijöiden kiinnostus oman edun tavoittelun sijaan koko ryhmän hyväksi toimintaan, työntekijöiden emotionaalisten tarpeiden tyydyttäminen, uudet ratkaisut vanhoihin ongelmiin, ihmisten yksilöllinen huomiointi ja ammatillisen kasvun ja kehittymisen tukeminen. Turbulentti, innovatiivisuutta vaativa, epävarma, nopeaa muutosta edellyttävä ympäristö.
Juuti 1995	Vuorovaikutusta, jossa esimies määrittelee, mitä työntekijä tekee.	Muutoksen johtamista, ihmisten arvostusta heidän itsensä, ajatustensa ja toimintansa tulosten vuoksi, persoonallisuuden kasvu itseisarvona, tietoisuuden tason nostaminen.
Marriner-Tomey 1996	Organisointi johtajan tavoitteiden mukaan, uskomus, että alaiset motivoituvat henkilökohtaisten tavoitteiden mukaan, pakko ja palkkiot.	Johtaja motivoi työntekijöitä arvojen, vision ja voimaantumisen avulla.

Crohar-Murray & DiCroce 1997	Perinteistä johtajuutta, jossa sekä johtajalla että alaisilla on erilliset mutta toisistaan riippuvat tavoitteet.	Johtajalla ja alaisilla sama tavoite ja he nostavat yhdessä toistensa suorituksia. Keskeistä on vastavuoroisuus, yhteisyys, monimutkaisuuden tunnustaminen, yhteistyö kilpailun vastapainona, ihmissuhteiden korostaminen prosesseissa työn korostamisen vastapainoksi, tunteiden hyväksyminen ja voimaistaminen. Painopiste lopputuloksessa. Keskeinen johtamiskäyttätymisen vision luominen. Johtamisen onnistumisen mittari on alaisen menestys.
Yukl 1998		Organisaation perusolettamukset ja uskomuksen ovat sidottuja tapoihin, joilla organisaatiossa on ratkaistu sisäisiä ongelmia ja reagoitu ympäristöön. Johtajien käytös on vaikuttanut näihin. Muutosjohtamisen käyttöönotto uudessa organisaatiossa on helpompaa kuin johtamistavan muuttaminen olemassa olevassa organisaatiossa.
Avolio 1999	Toiminta johtajan intressien mukaisesti. Lupausten vaihto palkintoihin johtajan ja työntekijöiden yhteistyön mahdollistamiseksi. Johtaminen on aktiivista ja rakentavaa, jolloin lupaukset, huomiointi ja palkkiot auttavat työntekijöitä saavuttamaan tavoitteita tai passiivista ja korjaavaa, jolloin johtaja huomioi työntekijät ainoastaan silloin kun tapahtuu virheitä tai tavoitteita ei saavuteta.	Johtaminen on ”moraalisesti kohottavaa”. Elementteinä ovat idealisoiva vaikutus, inspiroiva motivointi, älyllinen stimulointi, yksilöllinen harkinta.
Clemets & Wasbush 1999		Johtamisen ”pimeä puoli” eli narsismi, johtajan oman edun tavoittelu, virheelliset päätökset, resurssien haaskaaminen.
Routamaa 1999		Muutoksen johtaminen, visionäärisuus organisaatio- tai yksikkötasolla. Tehokas johtaminen on kokonaisuus ryhmätason muutosjohtajuudesta, joka täydentyy mikrota-son tilanneviisaudella .
Weddenburn Tate 1999	Suunnittelu, kontrollointi, ongelmanratkaisu ja tuottavuus.	Johtaminen on muiden kunnioitusta, erilaisten mielipiteiden arvostusta, luovuuteen ja kriittisyyteen innostamista sekä optimismia. Johtaminen riippuvaista ihmisen synnynnäisistä ominaisuuksista enemmän kuin opeteltavissa olevista taidoista.
Reinhardt 2004		Yksilöllinen muutosjohtaminen on paternalistista, tiimi voi toteuttaa muutosjohtamista ja kyetä saamaan aikaan muutosta yksittäistä johtajaa paremmin. Olennaista jaettu valta ja ryhmiin painottunut päätöksenteko, osallistuva ilmapiiri, kyseenalaistaminen, uusien ratkaisujen etsiminen, vallan jakaminen, motivointi.

2.4.2 Karismaattisen ja voimaistavan johtamisen yhteydet muutosjohtamiseen

Karismaattisuutta johtamisessa on tarkasteltu jo 1900-luvun alusta (Weber) ja muita karismaattisuutta tarkastelleita teoreetikkoja ovat olleet Conger (1989), Conger ja Kanungo (1987), House ym. (1991) ja Shamir ym. (1989) sekä Yukl (1999). Ennen vuotta 1980 karismaattista johtamista tutkittiin lähinnä poliittisiin johtajiin, sosiaalisiin liikkeisiin tai uskonnollisiin kultteihin liittyvänä johtajan persoonallisena ominaisuutena. Myöhemmin karismaattisuutta on tutkittu myös organisaation johtamiseen ja vuorovaikutukseen liittyvänä johtamisominaisuutena. Kummassakaan näkökulmassa ei ole kuitenkaan kyetty yksiselitteiseen käsitteen määrittelyyn. Karismaattisen johtamisen on kuvattu sisältyvän myös muutosjohtamisen prosessiin. Muutosjohtamisessa karismaattisuus ilmenee johtajan käyttäessä idealisoivaa vaikutusta alaisiinsa roolimalliudella sekä inspiroivaa motivointia tiimihengen toiminnan tarkoituksen esille tuomisen sekä muutoksen edistämisen avulla. (Routamaa 1999, Reinhard 2004.)

Karismaattisen johtajan määrittelyssä on samoja piirteitä muutosjohtajan määrittelyn kanssa. Olennaisena erona on, että karismaattisuus liitetään johtajan persoonallisuuden piirteeksi (Burns 1978, Girvin 1996), jota ei voi oppia eikä siirtää muille (Roberts & Bradley 1995), kun taas muutosjohtaminen on opittavaa ja opetettavaa (Kouzes & Posner 1995, 1999, 2001). Shamirin ym. (1989) mukaan johtajan karismaattista persoonallisuutta käsittelevät teorat keskittyvät yksilöihin, joilla on henkilökohtaisia erityisomaisuuksia, tai joiden vaikutus yhteisöissä on voimakasta. Karismaattinen johtaja pyrkii muutosjohtajan tavoin muuttamaan yksilöiden tarpeet, arvot ja kiinnostukset yhteisöllisiksi sitouttaen heidät toimimaan yhteisen päämäärän hyväksi ja antaen työlle merkityksen sen moraalisen tarkoituksen ja työhön sitoutumisen kautta. Johtajan ja alaisten välillä vallitsee emotionaalinen kiintymys. Karismaattista johtajuutta on kuvattu esiintyvän todennäköisemmin organisaatioissa, joiden toiminnassa on eettisiä velvoitteita ja joiden tavoitteita on vaikea eritellä ja mitata. Tällöin yksilön suorituksen arviointi pelkin materiaalisin palkkioin on myös vaikeaa. Karismaattinen johtaminen on hyödyllistä muutosjohtamisen tavoin organisaatioita, joissa ihmisiltä vaaditaan luovaa, rutiinista poikkeavaa ja korkeatasoista työpanosta. Johtajan karismaattisuuden on sanottu auttavan uusissa organisaatioissa työn linjausten muutosten herättämässä ahdistuksessa.

Karismaattisen johtamisen olennainen piirre on sen henkilökohtaisuus. Karismaattisuutta on kuvattu voimakkaaksi vuorovaikutukseksi johtajan ja seuraajien välillä (Howell & Frost 1989, House ym. 1991). Muutoksessa karismaattisesta vuorovaikutuksesta on etua. Johtajalla on uusia ideoita, kykyä toteuttaa lähes saavuttamattomina pidettyjä tavoitteita sekä kykyä esittää ne niin, että muut omaksuvat ne ja muutoksen pelko saattaa helpottua (Shamir ym. 1989, Juuti 1995). Hoitotyössä lähijohtajan karismaattisuutta on kuvattu kuten muutosjohtamista eli se on yksilön luotettavuutta ja roolimallina toimintaa (Yagil 2002). Karismaattinen hoitotyönjohtaja kykenee innostamaan muita emotionaalisesti sitouttamisen avulla ja nostaen voimakkaita lojaliteetin sekä innostuksen tunteita

(Marriner-Tomey 1996). Nissisen (2001) mukaan karismaattista johtamista ei kuitenkaan voi kuvata transformationaalisen (muutosjohtaminen) johtamisen synonyymina koska johtajan karismaattisuuteen saattaa liittyä negatiivinen ”pimeä puoli”. Silloin johtaja voi toimia narsistisesti, ammattitaidottomasti ja omien tavoitteidensa mukaisesti.

Karismaattisuus on käytännön johtamisessa ongelmallinen käsite. Johtajan organisatorinen asema ja oikeus tehdä päätöksiä tulevat ongelmallisiksi, jos ihmistä kohdellaan johtajana ilman, että se perustuu laillisuuteen tai objektiivisiin valintaperusteisiin tai että johtaminen saisi oikeutuksen säännöistä ja asemasta. (Conger & Kanungon 1987.) Karismaattisuus-käsitettä johtajuudessa ei voikaan pitää rationaalisena, koska se liittyy ihmisen persoonallisuuteen, luonteeseen ja tunteisiin (Aaltio-Marjosola & Takala 2000). Karismaattisuuden määrittelyissä ei ole myöskään pystytty selittämään, miten karismaattisuuteen liitetty muutos toteutetaan tai miten karismaattisuus voidaan saada osaksi organisaation järjestelmää. Oppivatko alaiset näin itse ratkaisemaan ongelmia ja toimimaan paremmin vai, onko organisaation toiminta vakiintunut niin, ettei karismaattista johtajaa enää tarvita? (Yukl 1999.) (Taulukko 2.)

Toinen muutosjohtamisen kanssa päällekkäinen käsite on voimaistava johtaminen. Voimaistavia hoitotyönjohtajia on kuvattu samoin määrein kuin muutosjohtajia. He ovat helposti lähestyttäviä, sairaanhoitajien itsenäistä päätöksentekoa tukevia sekä tietoa ja resursseja tarjoavia johtajia (Upenieks 2003a). Voimaistavan johtamisen tavoitteena on muutosjohtamisen tavoin vahvistaa ihmisten toiminnan tehokkuutta muuttamalla heidän sisäisiä käsityksiään. Johtamiskeinoina käytetään muutosjohtamisen tavoin luottamuksen ja työntekijöiden toimintaa tukevan ympäristön kehittämistä, vallan ja hallinnon jakamista, matalan hierarkian luomista, mahdollisuuksien antamista sekä avointa vuorovaikutusta, työntekijöiden suoritusten huomiointia ja tunnustuksen antamista. (Conger 1989, Kanter 1993, Kuokkanen & Katajisto 2003.) Laaksonen (2008) määrittelee voimaistavan hoitotyön johtajan roolit valmentajaksi ja tukijaksi. Valmentajan johtamisperiaatteita ovat tavoitteellisuus, joka käsittää työntekijöiden mukaan ottamisen toiminnan suunnitteluun sekä päämääristä ja tavoitteista tiedottamisen sekä kehittämisen. Tukijan roolissa johtaja taas rohkaisee palkitsemalla, kannustamalla ja lisäämällä vaikutusmahdollisuuksia ja vastuuta sekä huolehtimalla. Huolehtiminen tarkoittaa sitä, että esimies välittää alaisista, tietää heidän työnsä luonteen ja on kiinnostunut heidän hyvinvoinnistaan, ja huolehtii riittävästä resursseista.

Muutosjohtaminen on mainittu sairaanhoitajien voimastumiskokemusta vahvistavaksi tekijäksi yhdessä sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyön sekä ryhmän yhtenäisyyden lisäämisen kanssa (Larrabee ym. 2003, Gullo & Gerstle 2004). Voimaistunut työntekijöiden hyötyy myös rakenteellisesta voimaistamisesta, joka tarkoittaa resurssien, mahdollisuuksien ja tiedon saamista (Laschinger ym. 1999).

Taulukko 2. Karismaattisen johtamisen piirteet

Kirjoittaja ja vuosi	Karismaattisen johtamisen piirre
Bass ym. 1987	Johtajan sankarillisuus, johtajan kritiikitön asema sosiaalisena symbolina
Conger & Kanungo 1987	Johtaja yli-inhimillinen, mystinen, heroistinen visionääri, innostava, sosiaalista voimaa aikaansaada muutoksia.
Howell & Frost 1989	Tavallisuudesta poikkeavan voimakas suhde johtajan ja johdettavien välillä.
Shamir ym. 1989	Johtaminen edistää yhteisen päämäärän, työn moraalisen tarkoituksen, työhön sitoutumisen saavuttamista, edistää luovaa, rutiinista poikkeavaa työtä sekä muutosta.
House ym. 1991	Vuorovaikutusta, johtaja karismaattinen mikäli johdettavat antavat tämän merkityksen ja toimivat halutulla tavalla.
Bass 1995	Muutosjohtajassa esiintyvä piirre. Johtaja kykenee nostamaan ihmisissä voimakkaita tunteita sekä sitouttamaan heidän itseensä.
Juuti 1995	Yhteisön vuorovaikutukseen liittyvä ilmiö, uudet ideat ja kyky esittää ne omaksuttavalla tavalla, muutoksen pelon helpottaminen.
Roberts & Bradley 1995	Vaihteleva ilmiö, joka liitetään yksilöön. Ominaisuus, jota ei voi siirtää muille, mahdollisuus vaikuttaa ihmisiin ja saada aikaan muutosta. Johtajan ja seuraajien välillä voimakas yhteys ja lähes sokea lojaliteetti.
Girvin 1996	Ihmisen persoonallisuuden piirre, ei opittu ominaisuus
Marriner-Tomey 1996	Muiden innostaminen emotionaalisen sitoutumisen avulla, voimakkaiden lojaliteetin ja innostuksen tunteiden nostaminen seuraajissa.
Yukl 1998	Karisma on tulos johtajan ja seuraajien vuorovaikutuksesta. Saavutettavissa olevan vision jakaminen. Luottamus johtajan ja seuraajien välillä. Johtajan kyky tunnistaa seuraajien ja ympäristön odotuksia ja arvoja sekä taitoa ajoittaa toimet.
Aaltio-Marjosola ja Takala 2000	Johtajan persoonallisuuteen, luonteeseen ja tunteisiin liittyvä tilanteissa, joissa alaiset hyväksyvät sen. Johtajalla moraalinen vastuu siitä, että käyttää voimakasta vaikutusvaltaansa saavuttaakseen hyviä ja yhteisiä tavoitteita.
Nissinen 2001	Karismaattisuus ei ole muutosjohtamisen synonyymi. Karismaattinen johtaja voi toimia narsistisesti, ammattitaidottomasti ja omien tavoitteidensa mukaisesti. Muutosjohtaja toimii arvojen mukaan yhdistäen alaistensa ja organisaation tavoitteet, asettaen alaisten tarpeet omiensa edelle.
Reinhard 2004	Muutosjohtamisen prosessi sisältää sekä karismaattisen että visionaarisen johtajuuden. Lisänä taito stimuloida ihmisiä, käyttää inspiroivaa johtamista, saada aikaan muutosta.

2.4.3 Vuorovaikutuksellinen johtaminen ja muutosjohtaminen hoitotyön tutkimuksissa

Vuorovaikutuksellista ja muutosjohtamista käsittelevissä hoitotyön tutkimuksissa on tarkasteltu johtamisen vaikutuksia henkilökunnan työtyytyväisyyteen, työuupumukseen, voimaistumiseen, tuottavuuteen sekä organisaatioon sitoutumiseen valmiiden mittareiden avulla. Kiinnostuksen kohteina ovat olleet myös osastonhoitajien johtamistyyli, vertailu tavallisten sairaaloiden ja ns. magneettisairaaloiden tai hoitotyön kehittämissyksiköiden välillä sekä muutosjohtamisen malleihin perustuvien koulutusohjelmien vaikutukset hoitotyön johtajien johtamiskäyttäytymiseen. Mittareina on useissa tutkimuksissa käytetty moniulotteista

vuorovaikutuksellista ja muutosjohtamista mittaavaa johtamismittaria ”The Multifactor Leadership Questionnaire” (MLQ) (Altieri 1995, Morrison ym. 1997a, Cunninham & Kitson 2000a, 2000b, Dunham-Taylor 2000, Stordeur ym. 2000, Stordeur ym. 2001, Larrabee ym. 2003, Al-Mailam 2004, Kanste 2005, McGuire & Kennerly 2006). Toisena yleisimmin käytettynä mittarina on ollut ainoastaan muutosjohtamisen mittaamiseen tarkoitettu Kouzesin ja Posnerin malliin (1995) perustuva Posnerin ja Kouzesin (1988, 1993) ”The Leadership Practices Inventory” (LPI) mittaria (McNeese-Smith 1995, Bowles & Bowles 2000, Loke 2001, George ym. 2002, Houser 2003, Krugman & Smith 2003).

Johtaminen ei aina ole ollut tietoisien valinnan tulos mutta johtajan tietoisella johtamistyylin valinnalla on todettu olevan hyötyä menestymisessä esimiehenä. Joko vuorovaikutuksellisen tai muutosjohtamistyylin tietoisesti valinneet hoitotyön johtajat ovat kuvanneet kohdanneensa työssään muita johtajia vähemmän johtamisongelmia hyväksynnän, luottamuksen sekä tuen saavuttamisen suhteen arvioituna. Johtajat ovat kuvanneet käyttäneensä vaihdellen eri johtamistyyliä. He olivat käyttäneet hierarkkista auktoriteettia, joka liittyi hallinnoimiseen sekä vuorovaikutukselliseen johtamistyyliin. Osa johtajista kuvasi toimineensa vanhan ja uuden organisaatiokulttuurin sekä vuorovaikutuksellisen ja muutosjohtamistyylin välillä. Osa suhtautui johtamiseen urana kouluttautuen siihen sekä harjoitellen muutosjohtamistyylin käyttämistä. Toisilla taas oli voimakas motivaatio saavuttaa hoitotyön tavoitteita. Heidän johtamisessaan oli voimakas eettinen ja ideologinen tausta ja he käyttivät sekä vuorovaikutuksellista että muutosjohtamistyyliä. (Lindholm ym. 2000.)

Hoitotyön muutosjohtamisen esiintymistä on tutkittu eri organisaatioissa. Hoitotyön muutosjohtamisen piirteiksi on nostettu karismaattinen johtaminen, johtajan idealisoiva vaikutus, inspiroiva motivointi, älyllinen stimulointi sekä yksilöllinen harkinta. Näitä muutosjohtajuuden piirteitä esiintyi suurten organisaatioiden johtajilla pienten organisaatioiden johtajia enemmän. (Dunham-Taylor 2000.) Muutosjohtamista esiintyi myös yksityisissä sairaaloissa julkisia sairaaloita enemmän. Muutosjohtamista käyttäneet johtajat olivat työntekijöiden arvioitien mukaan tehokkaampia kuin vuorovaikutuksellista johtamistyyliä käyttävät johtajat (Al-Mailam 2004).

Muutosjohtamisella on havaittu myös muita vaikutuksia henkilökunnassa. Tutkiessaan hoitotyön johtajien muutosjohtamistyylin vaikutuksia työntekijöiden työtyytyväisyyteen Morrison ym. (1997a) toivat esille muutosjohtamisen vaikuttaneen työntekijöiden työtyytyväisyyteen voimaistamista enemmän. Johtamistyyli vaikutti kuitenkin enemmän kouluttamattoman henkilökunnan kuin koulutettujen sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen. Sairaanhoitajien työtyytyväisyyttään nostivat sen sijaan onnistuneet potilas- ja omaissuhteet. Stordeurin ym. (2000) mukaan muutosjohtamisella oli positiivinen vaikutus sairaanhoitajien itsenäisyyden kehittymiseen sekä kykyyn muodostaa visiota toiminnasta. Johtajan toiminta yhteiseen visioon innostamisessa oli työntekijöiden työtyytyväisyyden kehittymiseen vaikuttava voimakkain yksittäinen ennustava tekijä. Organisaation eri hierarkiatasoilla johtamiskäyttäytymisellä ei havaittu merkitystä. Eri sairaaloiden rakenne ja kulttuuri sen sijaan vaikuttivat johtamistapoihin.

Muutosjohtamisen käyttäminen ei kuitenkaan ole aina tuottanut toivottua tulosta. Hoitotyön kehittämissyksiköissä oli tavoitteellisesti panostettu hoitotyön muutosjohtamisen sekä proaktiivisen johtamisen kehittämiseen. Näissä yksiköissä henkilökunnan sitoutumisen asteen oli kuitenkin todettu uusissa muutoksissa laskeneen, vaikka heitä oli pyritty sitouttamaan toimintaan muutosjohtamisen keinoin. Henkilökunnan vaihtuvuus oli myös ollut suurta, ja johtajien odotukset työstään olivat olleet epärealistisia. (Atsalos & Greenwood 2001.) Larrabee ym. (2003) toivat esille sairaanhoitajien vaihtuvuuden tärkeimmäksi ennustavaksi tekijäksi tyytymättömyyden työhön ja toisaalta työtyytyväisyyden tärkeimmäksi ennustavaksi tekijäksi työssä voimaistumisen. Ympäristötekijöinä näihin olivat vaikuttaneet muutosjohtaminen sekä sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö ja ryhmän kiinteys.

Sairaanhoitajien psyykkistä uupumusta tutkittaessa Stordeurin ym. (2001) mukaan muutosjohtamisella ei todettu olleen merkitystä sairaanhoitajien psyykkiseen uupumukseen. Sen sijaan hoitotyön johtajien pelkkä tilannekohtainen johtaminen sekä sairaanhoitajien työroolien epäselvyys olivat lisänneet heidän psyykkistä uupumustaan. Kanste (2005) toi esille, että palkitseva muutosjohtaminen ja työntekijöiden aktiivinen valvominen suojasivat työntekijöitä työuupumukselta. Muutosjohtamisen ulottuvuuksia sekä palkitsemista esiintyi vähintään kolmanneksella hoitotyönjohtajista. Nämä tulivat esille useimmin nuorten ja kokemattomampien johtajien kuin iäkkäämpien ja kokeneempien johtajien työssä. Jälkimmäisessä ryhmässä esiintyi enemmän työntekijöiden aktiivista ja passiivista valvomista sekä välttävää johtajuutta. Muutosjohtamisessa tuli esille voimakkaammin työntekijöiden innostaminen ja yksilöllinen kohtaaminen sekä luottamusta rakentava toiminta. Myös aktiivisesti potilastyössä mukana olevien johtajien työssä oli muita useammin muutosjohtamisen ulottuvuuksia. Hoitotyön johtajan aktiivinen valvonta ilmeni työntekijöiden työsuoritusten seuraamisena, sääntöjen ja ohjeiden valvontana sekä huomion kiinnittämisenä sellaiseen toimintaan, joka ei ollut suunnitelmien mukaista. Välttävää johtamista hoitotyössä esiintyi erittäin harvoin.

Organisaatioissa on todettu hoitotyön johtamiseen kohdistunutta kaksoisviestintää. Byrokraattisissa sairaalaorganisaatioissa osastonhoitajat eivät todellisuudessa ole voineet käyttää muutosjohtamista, mikäli heiltä oli toisaalta edellytetty vuorovaikutuksellisen mallin mukaista johtamista, kuten tuottavuutta, tarkkaa kustannusten seurantaa ja myöntyvyyttä organisaation viralliseen linjaan. Karismaattiseksi johtajuudeksi kutsutun johtajan idealisoivan vaikuttamisen käyttämisellä oli positiivinen korrelaatio sairaanhoitajien organisaatioon sitoutumiseen. Älyllisellä stimuloinnilla sen sijaan oli negatiivinen korrelaatio. Tämä johtui siitä, että hoitotyönjohtajat joutuivat ratkaisemaan nopeasti ja jatkuvasti ongelmia nykypäivän kiireisillä osastoilla. Heillä ei ole mahdollisuutta etsiä pitkän tähtäimen ratkaisuja ja sitouttaa perustyössä kiinni olevia sairaanhoitajia ongelmien ratkaisuihin. (McGuire & Kennerly 2006.)

Johtajien toiminta Kouzes ja Posner (1995, 1999, 2001) muutosjohtamisen malliin perustuvan Posnerin ja Kouzesin (1988, 1993) LPI-mittarin mukaisissa muutosjohtamistoiminnoissa prosessien kyseenalaistaminen, rohkaiseminen sekä yhteiseen visioon innostaminen on korreloinut positiivisesti työntekijöiden tuot-

tavuuden, työtyytyväisyyden sekä organisaatioon sitoutumisen kanssa. Näistä johtamistoiminnoista yhteiseen visioon innostaminen oli merkittävin yksittäinen ennustava tekijä työntekijöiden työtyytyväisyyden kehittymiselle. Työtyytyväisyydellä tarkoitettiin tässä tutkimuksessa työntekijöiden tunteita työtä kohtaan. Työntekijöiden tuottavuudella tarkoitettiin tulosten saavuttamiseksi käytettyjen panosten ja resurssien suhdetta. Organisaatioon sitoutuminen taas tarkoitti työntekijöiden samaistumisen voimakkuutta tiettyä organisaatiota kohtaan. Työntekijät uskoivat organisaation arvioihin sekä tavoitteisiin ja olivat halukkaita työskentelemään organisaation hyväksi. (McNeese-Smith 1995.) LPI-mittarin johtamistoimintojen mukaisesti arvioituna hoitotyön johtajien käytöksen on todettu vaikuttaneen eniten sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen (29 %) ja organisaatioon sitoutumiseen (22 %) mutta vähiten työn tuottavuuteen (9 %) (Loke 2001). Bowles ja Bowles (2000) ovat tuoneet esille sen, että hoitotyön kehittämiskeskusten johtajilla on todettu tavallisten sairaaloiden johtajia enemmän LPI-mittarin mukaisia muutosjohtamisen piirteitä sekä tietoista johtamisasennetta. Voimakas hoitotyön johtaminen on ympäristötekijä, joka on vähentänyt sairaanhoitajien vaihtuvuutta. Johtajan ja työntekijöiden henkilökohtainen vuorovaikutus on lisäksi koettu tärkeämmäksi kuin perinteinen asajohtaminen. Lähijohtamisen on lisäksi todettu olevan tehokkaampaa silloin kun se on kohdistunut vain yhteen osastoon. (Houser 2003.)

Kouzesin ja Posnerin malliin (1995) painottuvan johtamiskoulutuksen tuloksia on tarkasteltu myös useissa tutkimuksissa. George ym. (2002) tutkivat koulutukseen osallistuneiden sairaanhoitajien keskuudessa koulutuksen jälkeistä ns. jaetun johtajuuden mallin käyttöönottoa. Potilaiden hoidon laadun todettiin parantuneen koska sairaanhoitajat huomioivat paremmin potilaiden tarpeet. Sairaanhoitajat onnistuivat paremmin myös itsensä johtamisessa, tiimityötaidoissa, ongelmanratkaisutaidoissa sekä kyvyissään tehdä yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Sairaanhoitajat arvioivat kuitenkin osaamisensa LPI-mittarilla matalammaksi kuin kollegat. Krugman ja Smith (2003) tarkastelivat osaston vastaavien sairaanhoitajien koulutusohjelman tuloksia. Koulutus edisti osallistujissa muutosta muodollisista johtajista inhimillisten voimavarojen johtajiksi. Koulutukseen osallistuneiden vastaavien sairaanhoitajien itsearviointi LPI-mittarilla oli parempi kuin osastojen sairaanhoitajien arviointi. Tourangeau (2003) tutki myös Kouzesin ja Posnerin (1995) malliin perustuneen koulutusohjelman tuloksia. Koulutukseen osallistuneiden hoitotyön johtajien itsearviointien tuloksissa ei todettu tilastollisesti merkitseviä eroja ennen ja jälkeen koulutuksen. Havainnoitsijat arvioivat kuitenkin mallin mukaisten johtamistoimintojen eli prosessien kyseenalaistamisen sekä jaettuun visioon innostamisen lisääntyneen johtajien toiminnassa. Altieri (1995) sekä Cunningham ja Kitson (2000a, 2000b) esittävät vastaavia tuloksia. Muutosjohtamiseen suuntautuneen koulutuksen avulla esimiesten muutosjohtamistaidot sekä johtamiskäyttäytymisen laatu olivat parantuneet itsearviointien mukaan. Esimiesten johtamistoimintaa koulutuksen jälkeen arvioineiden työntekijöiden palautteissa tämä ei kuitenkaan tullut esille.

Muutosjohtajuutta on tutkittu myös Sashkin ym. (1992) kehittämällä ”The Transformational Leadership Profile” -mittarilla (TLP) (Leach 2005). Mittarilla tutkittiin ylihoitajien johtamistyylin vaikutusta sairaanhoitajien työtyytyväisyy-

teen ja vaihtuvuuteen sekä lähijohtajien johtamistyylin vaikutusta sairaanhoitajien organisaatioon sitoutumiseen. Ylihoitajien muutosjohtamisen käyttämisen todettiin lisänneen sairaanhoitajien organisaation sitoutumista, kun taas vuorovaikutuksellinen johtamistyyli vähensi sitä. Lähijohtajien johtamistyyllillä ei sen sijaan ollut merkitystä sairaanhoitajien organisaatioon sitoutumiselle. Cook (2001) tutki osastonhoitajien muutosjohtajuuteen perustuvan koulutuksen vaikutuksia ”The Leadership Behavior Description Questionnaire” ja ”The Team Excellence Version 2” - mittareilla. Tulokset olivat samansuuntaisia kuin LPI-mittarilla mitatut tulokset. Koulutuksen jälkeen osastonhoitajat olivat tietoisempia johtamisroolistaan, ja se ilmeni vastuun rajojen tiedostamisessa sekä parantuneena kommunikaatiotaitona ja kykynä asettaa tavoitteita. (Liite 3.)

2.4.4 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta

Tutkimuksen pääkäsite on muutosjohtaminen. Kirjallisuuskatsauksessa on tarkasteltu osastonhoitajien johtamisen sisältöä ja haasteita, asia-, ihmissuhde-, vuorovaikutuksellista, muutos-, karismaattista sekä voimaistavaa johtamista tavoitteena tarkastella osastonhoitajien johtamisen monimuotoista sisältöä sekä eri johtamiskäsitteiden osin päällekkäistä määrittelyä. Kirjallisuuskatsauksen perusteella johtamisen ilmiö on ollut vaikeasti hahmotettavissa. Johtamiskäsitteiden monipuolisen tarkastelun perusteella voi päätellä, että tutkimuksen kohteena oleviin käsitteisiin perustuvan johtamistutkimuksen runsaudesta huolimatta ei johtamiskäsitteen yleispätevään määrittelyyn ole kyetty ja johtamiskäsitteistö on osin päällekkäistä. Johtaminen on jo Suomen kielessä käsitteenä liian laaja ja epäselvä. Johtamisen perinteisen jaottelun mukainen management- käsite tarkoittaa paitsi asiajohtamista myös johtamista yleensä. Leadership- käsite taas tarkoittaa sekä ihmissuhdejohtamista että johtamista ja johtajuutta. (Talvitie & Hytönen 2001.) Suomen kielessä ei ole erottelevia käsitteitä erityyppiselle johtamiselle kuten esimerkiksi englannissa, jossa management- ja leadership- käsitteiden ymmärretään jo sinällään ilman lisämääreitä tarkoittavan erityyppistä johtamista eikä yhtä yleispätevää johtaminen-käsitettä käytetä.

Hoitotyön johtajiin ja osastonhoitajiin kohdistunut tutkimus on keskittynyt vielä 1990- luvun lopulla johtajien ominaisuuksien kuvailuun sekä johtamistyyliin ja sen vaikutuksiin. Tutkimustuloksina on esitetty runsaasti osastonhoitajilta edellytetyjä taitoja ja kykyjä sekä vaatimuksia. Yleisessä johtamistutkimuksessa johtajan ominaisuuksien kuvailu sekä johtamistyylin tutkiminen keskittyi 1940-70- luvuille. Johtamistutkimuksessa on keskitytty 1980- luvulta alkaen yhteisön luomien merkityssisältöjen tulkitsevaan ja ymmärtävään näkökulmaan (transformaalisuus) sekä visioihin ja arvoperustaan. (Juuti 1994.)

Asia- ja ihmissuhdejohtaminen ovat johtamisen tarkasteluissa perinteisiä, laajoja ja sisällöltään yleisiä käsitteitä. Johtamisen jaottelu näin voi olla perusteltua silloin, kun käsitteitä halutaan tarkastella teoreettisesti. Hoitotyön johtamista käsittelevissä tutkimuksissa näiden kahden käsitteen sisältämän johtamisen erotteleminen on kuitenkin mahdotonta. Asia- ja ihmissuhdejohtamisen sisällöllisen

laajuuden vuoksi tutkimuksissa ei ole ollut mahdollista myöskään mitata näiden johtamistyylien vaikutuksia henkilökuntaan ja organisaatioon. Asia- ja ihmishuonejohtamisen määrittelyssä on tuotu esille se, minkälaisessa ympäristössä niiden on ajateltu parhaiten toimivan. Kinnusen ja Vuoren (2005) mukaan johtamisen toiminnot ja niihin liittyvät ajattelutavat on kuitenkin aina arvioitava suhteessa toiminnan tavoitteisiin. Johtajan on tulkittava vallitsevia kulttuurisia piirteitä ja valittava tietty suhtautumistapa työyhteisöön ja toimintaympäristöön. Näin valitun johtamismallin tulisi perustua toimintaympäristön analyysiin.

Kaikissa kirjallisuuskatsauksissa tarkastelluissa johtamiskäsitteissä tarkastellaan johtamisen suhdetta muutokseen. Asia- ja vuorovaikutuksellisessa johtamisessa johtajan pyrkimyksenä on ylläpitää olemassa olevaa toimintaa ja muutos kohdistuu yksittäisiin prosesseihin sekä toimenpiteisiin. Johtamisessa on keskeistä olemassa olevien toimintojen säilyttäminen ja sääntöjä muodostava, rationaalinen sekä toiminnan ennustettavuutta tukeva johtaminen. Johtamista ohjaa organisaation hyvän tavoittelu mutta jokaisen yksittäisen työntekijän ”hyvän” kautta. Johtaminen on riskejä välttävää ja reaktiivista ulkoisiin vaateisiin ja valvontaan perustuvaa. Se on opittavissa ja mitattavissa olevaa toimintaa, ja johtajalla on organisaatiossa muodollinen asema. Johtajan ja työntekijöiden yhteistyö perustuu vaihtoon, jota käydään työllä, kannusteilla ja sanktioilla. Hoitotyössä tämän tyyppistä johtamista on kuvattu perinteiseksi. Sen ongelmiksi on nostettu hoitotyön tavoitteiden sekä arjen ristiriita, jolloin työntekijöiden sitoutuminen organisaatioon tavoitteisiin on heikkoa ja työntekijöiden vaihtuvuus organisaatioissa on suurta.

Ihmishuone- ja muutosjohtamisessa sekä myös osin karismaattisessa ja voimaistavassa johtamisessa muutoksen mahdollistaminen on jatkuvaa proaktiivista organisaation toimintojen tarkastelua. Muutosjohtamisessa pyritään saamaan aikaan muutosta suurissa ja organisaation perusteita ja toimintoja voimakkaasti muuttavissa asioissa. Ihmissuone- ja muutosjohtamisessa tavoitteena on aktivoida työntekijöiden inhimilliset voimavarat käyttöön työssä sekä nostaa yhdessä kaikkien toiminnan ja moraalien tasoa. Toimintaa ohjaa yhteinen hyvä ja sitoutuminen. Johtajalla ja työntekijöillä on yhteiset toiminnan lopputulosta ohjaavat arvot, ja työtä ohjaavat ihmisen sisäiset vaatimukset. Ihmissuone- ja muutosjohtaminen on olennaista muuttuvissa ympäristöissä, joissa johtamisella sekä vastaan ympäristön haasteisiin ennakoiden että pyritään muuttamaan ympäristöä. Uudistuminen kytetään osoittamaan konkreettisina lopputuloksina eli visio kuvataan saavutettavina tavoitteina. Johtamiseen ei liity myyttisyyttä, vaan se on opittavaa ja mitattavaa toimintaa sekä yksilön tietoinen uravalinta.

Vuorovaikutuksellisen ja muutosjohtamisen ovat todettu olevan itsenäisiä ja toisiaan täydentäviä johtamistyyliä eikä toistensa vastakohtia niiden alkuperäinen kehittäjä kuten Burns (1978) on esittänyt. Molemmat johtamistyyliä tulevat esille saman johtajan toiminnassa vaihdellen ja toisiaan täydentäen. Muutosjohtaja nostaa työntekijöiden moraalien ja motivaatiota ja kiinnittää huomiota tiimin tai organisaation tavoitteisiin ja arvoihin. Vuorovaikutuksellinen johtaminen taas tyydyttää yksilön välittömän oman edun saavuttamista. (Bass 1985, 1999, Kuhnert 1994.) Burns (1978) konkretisoi näiden johtamistyylien eroja siten, että muutosjohtamisessa korostuu se, mitä yksilö voi tehdä organisaation eteen. Vuo-

rovaikutuksellisessa johtamisessa sen sijaan on kysymys siitä, mitä organisaatio voi tehdä yksilön eteen.

Vuorovaikutuksellisen ja muutosjohtamisen käsitteet ovat suppeampia ja sisältöltään tarkemmin määriteltävissä kuin asia- ja ihmissuhdejohtaminen. Vuorovaikutuksellisen ja muutosjohtamisen käsitteiden mukaista johtamista on ollut tästä syystä mahdollista tutkia mittareilla ja myös osoittaa johtamisen vaikutuksia henkilökuntaan ja organisaatioon. Lowen ym. (1996) tekemän 39:ää vuorovaikutuksellista ja muutosjohtamista käsittelevää tutkimusta koskevan meta-analyysin mukaan nimenomaan muutosjohtaminen liittyi organisaatioon tehokkuuteen ja korreloi positiivisesti työntekijöiden tyytyväisyyteen ja hyvään työsuoritukseen. Vuorovaikutuksellisen ja muutosjohtamisen käyttäminen hoitotyön johtamisessa on vaikuttanut henkilökunnan vaihtuvuutta vähentävästi (Houser 2003), vähentänyt sairaanhoitajien vieraantumisen tunnetta (Leach 2005), lisännyt tuottavuutta, työttyväisyyttä ja organisaatioon sitoutumista (Loke 2001) sekä voimaantumisen tunnetta (Morrison ym. 1997a). Vaikka näiden johtamismallien käyttämisellä on voitu osoittaa olleen vaikutuksia henkilökunnassa, on suurin osa mittareidenkin avulla tehdyistä tutkimuksista ollut kuvailevia.

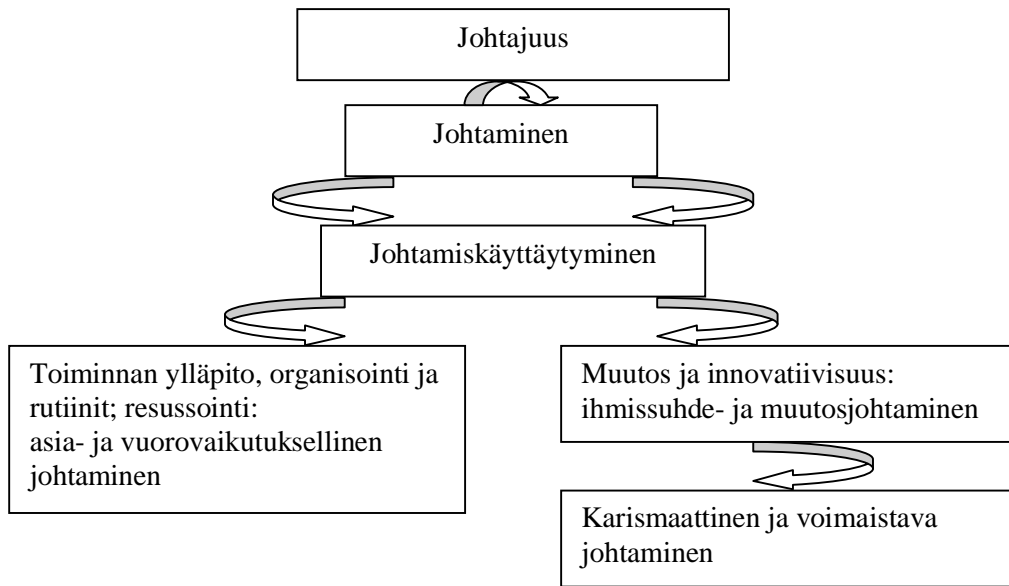
Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin myös karismaattisen ja voimaistavan johtamisen käsitteitä, koska haluttiin osoittaa niiden sisältävän yhteisiä piirteitä sekä ihmissuhde- että muutosjohtamisen käsitteiden kanssa. Karismaattisen johtamisen sisältö ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä (Shamir ym. 1989). Yhteisiä piirteitä karismaattisen ja ihmissuhde- sekä muutosjohtamisen käsitteiden määrittelyssä ovat ihmisten toiminnan sisäinen vahvistaminen, yksilön työn korostaminen osana kokonaisuutta, työn moraalisen merkityksen esille tuominen, yhteinen päämäärä ja tavoite, luovuus, rutiinien jatkuva kyseenalaistaminen ja ihmisten tunteiden sekä yksilöllisyyden huomiointi johtamisessa. Voimaistavan johtamisen kuvattu sisältö liittyy osin kaikkeen johtamiseen. Sen piirteiksi mainitaan työntekijöiden huomiointi, tunnustuksen antaminen, toiminnan resursointi ja tiedon jakaminen ovat yleisiä ja kaikkeen johtamiseen liittyviä piirteitä. Työntekijöiden sisäisen maailman vahvistaminen, luottamus ja avoimuus ovat määreitä, jotka liittyvät myös ihmissuhde- ja muutosjohtamiseen. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Asia-, vuorovaikutuksellisen, ihmissuhde- ja muutosjohtamisen yhtäläisyydet ja erot kirjallisuuskatsauksen mukaan

Asiajohtaminen	Vuorovaikutuksellinen johtaminen	Ihmissuhdejohtaminen	Muutosjohtaminen
Valvonta ja suorituspainotteisuus	Mitä organisaatio tekee yksilön eteen?	Inhimilliset voimavarat	Mitä yksilö tekee organisaation eteen? Yhteinen moraalinen ja tietoisuuden nostaminen.
Organisaation ”hyvä”	Yksilöllinen ”hyvä”	Yhteinen ”hyvä”	Yhteinen ”hyvä” ja yhteinen sitoutuminen
Palkintojen ja rangaistusten käyttö tehokkuuden saavuttamiseksi	Vaihtokauppa työllä, kannusteilla, lupauksilla ja sanktioilla	Työn ohjaaminen yksilön sisäisen maailman kautta	Analyttinen tietoon ja moraalisiin perustuva toiminta
Säännöt, ohjeet	Toiminnan tapaa ohjaavat arvot	Yhteiset arvot	Lopputulosta osoittavat arvot
Ohjaus ulkoisten vaateiden ja valvonnan avulla	Ulkoisen vahvistaminen ja kontrolli	Ohjaus sisäisin välinein itseohjautuvuudella	Sisäinen vahvistaminen, itseohjautuvuus
Säilyttävä, sääntöjä muodostava toiminta	Riskien välttäminen, reaktiivisuus, nykyisen toiminnan ylläpito	Uudistaminen, proaktiivisuus, uudet ajattelumallit, toiminnan tarkoitus	Muutos, ympäristön muokkaus, proaktiivisuus, innovatiivisuus
Stabiili ympäristö	Stabiili ympäristö, muutos yksittäisissä prosesseissa ja toimenpiteissä	Turbulentti ympäristö, muutos konkreettisine lopputuloksina	Turbulentti ympäristö, muutos ihmisten asenteissa, koko organisaation toiminnassa
Tulosta tuottavan rutiinin korostaminen	Prosessien korostaminen, päivittäisjohtaminen	Uudistuminen	Lopputuloksen korostaminen
Aineelliset palkkiot	Aineelliset palkkiot	Inhimilliset tarpeet	Emotionaaliset tarpeet ja persoonallisuuden kasvu
Ennustettavat tavoitteet, standardit, pysyvyys	Yksilölliset, käytännölliset, toisistaan riippuvat tavoitteet	Yhteiset tavoitteet, yhteinen päämäärä	Yksilölliset tavoitteet, jotka nivotaan yhteiseksi tavoitteeksi ja päämääräksi sekä nostetaan korkeammalle tasolle työn tarkoitukseksi
Olemassa oleva toiminta	Olemassa oleva toiminta	Yhteinen visiointi	Jaettu visiointi saavutettavina tavoitteina.
Johtajan muodollinen asema, usein linjajohtaminen	Johtajan muodollinen asema	Johtajan asema mahdollisesti epämuodollinen, roolimallisuus	Johtajan muodollinen asema, roolimallisuus, esikuva
Ei optimaalinen ainoana johtamismallina, yhdistetään ihmissuhdejohtamiseen	Ei optimaalinen ainoana johtamismallina, yhdistetään muutosjohtamiseen	Ei optimaalinen ainoana johtamismallina, yhdistetään asiajohtamiseen	Ei optimaalinen ainoana johtamismallina, yhdistetään vuorovaikutukselliseen johtamiseen
Opittavaa ja mitattavaa	Opittavaa ja mitattavaa	Vaikeasti opittavissa	Opittavaa ja mitattavaa
Rationaalisuus	Rationaalisuus	Tunteet ja tahto	Emotionaalinen sitoutuminen

Tässä tutkimuksessa johtamisella tarkoitetaan osastonhoitajien havainnoitavaa ja arvioitavaa johtamiskäyttäytymistä, joka ei liity esimiesten persoonallisuuden piirteisiin. Johtamista tarkastellaan muutosjohtajuuden mallin (Kouzes & Posner 1995, 1999, 2001) mukaisesti. Mallin mukaan johtamisen keskeiset elementit ovat *luottamus ja kunnioitus henkilöstöä kohtaan, henkilöstön yksilöllisyyden huomioiminen, uusien ratkaisutapojen löytäminen toimintaan, eettiset periaatteet sekä yhteisten arvojen jakaminen*. Nämä johtamisen elementit konkretisoituvat johtamistoiminnoissa, joita ovat *prosessien kyseenalaistaminen, yhteiseen visiioon innostaminen, muiden valtuuttaminen toimintaan, tien näyttäminen ja rohkaiseminen*. (Kouzes & Posner 1995, 1999, 2001.)

Tutkimuksessa käytettävällä käsitteellä johtaminen tarkoitetaan sekä esimiehen johtamiskäyttäytymistä että muutosjohtamisen tietoista käyttämistä. Johtaminen käsitetään opetettavaksi ja opittavaksi johtamistyöksi, johon johtajaksi ryhtyvällä ihmisellä on sekä kiinnostus että tietoinen halu kouluttautua ja sitoutua. Johtaminen on näin yksilön tietoista, suunnitelmallista, konkreetista ja tavoitteellista toimintaa. Johtajuudella ymmärretään johtajan asennetta ottaa ja käyttää johtamiseen liittyvää valtaa ja vastuuta. Onnistunut johtajuus edellyttää johtajalta paitsi koulutusta myös sekä tietoista ja ammattimaista johtamista että tähän asemaan vaadittavaa persoonallisuuden kasvua, joka tapahtuu sekä opiskelun että kokemuksen kautta. Johtajuus on johtajan asennetta ja osaamista kuvaava yläkäsite, joka konkretisoituu kapeampana toimintaa kuvaavana käsitteenä eli johtamisena. Johtaminen jakaantuu esimiehen johtamiskäyttäytymisenä organisaation tehokkaan toiminnan sekä rutiinien ylläpitoon, resursointiin ja organisointiin asia- ja vuorovaikutuksellisessa johtamisessa. Organisaation muutoksen aikaansaaminen sekä innovatiivisuus ilmenevät ihmissuhde- ja muutosjohtamisessa, joiden alakäsitteitä ovat karismaattinen sekä voimaistava johtaminen. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Johtamisen käsittehierarkia

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien muutosjohtamista siten kuin se ilmenee sekä osastonhoitajien johtamiskäyttäytymisen itsearviointeina että heidän osastoillaan työskentelevien sairaanhoitajien arvioimana. Tarkoituksena on myös arvioida Kouzesin ja Posnerin malliin (1995, 1999, 2001) perustuvan Posnerin ja Kouzesin (1988, 1993) ”The Leadership Practices Inventory” (LPI) mittarin rakenteen soveltuvuutta suomalaiseen aineistoon.

Tutkimusongelmat ovat

- Miten suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajat arvioivat LPI-mittarin mukaisen muutosjohtamisen?
- Miten sairaanhoitajat arvioivat osastonhoitajien LPI-mittarin mukaisen muutosjohtamisen?
- Miten osastonhoitajien ja sairaanhoitajien LPI-mittarin mukaiset arviot osastonhoitajien muutosjohtamisesta eroavat toisistaan?
- Miten taustamuuttajat ovat yhteydessä osastonhoitajan muutosjohtamiseen?
- Miten osastonhoitajat laajentavat ja rikastuttavat LPI-mittarin avulla arvioitua muutosjohtamistaan?
- Miten LPI-mittarin rakenne sopii suomalaiseen aineistoon?

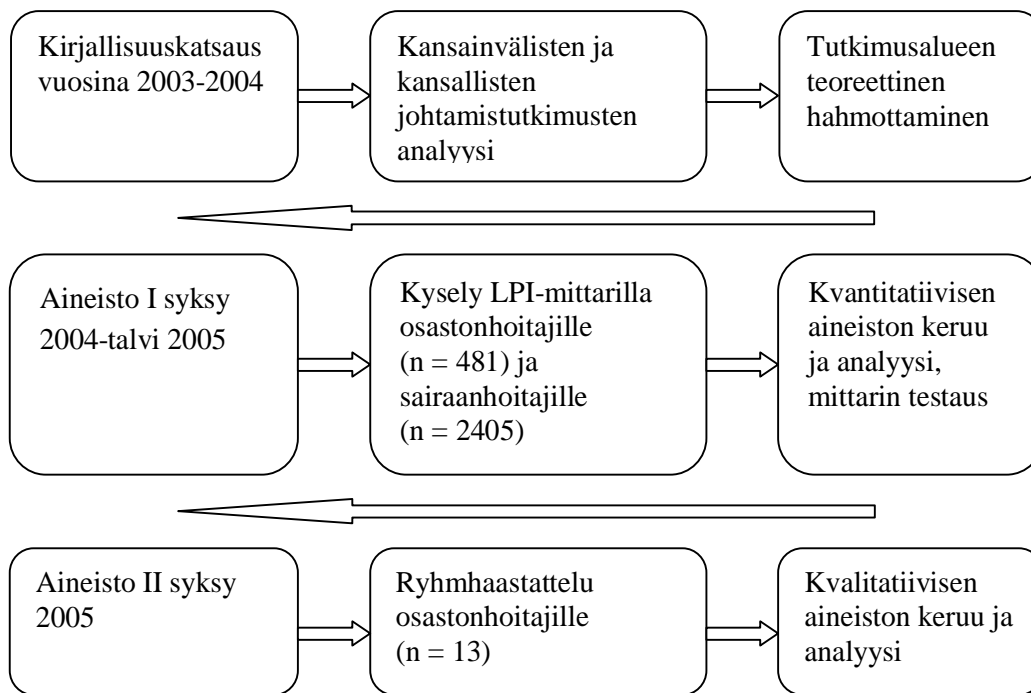
4. TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimusaineisto ja aineiston keruu

Triangulaatiolla tarkoitetaan joko aineistojen, tutkijoiden, teorioiden tai metodologioiden yhdistettyä käyttämistä samassa tutkimuksessa. Metodologinen triangulaatio tarkoittaa useamman tutkimusmetodin käyttämistä samassa tutkimuksessa yhdistämällä kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimustraditio. Se on triangulaation muodoista useimmin käytetty silloin, kun tavoitteena on tutkia monimutkaisia käsitteitä. Metodologisessa triangulaatiossa voidaan käyttää useita erilaisia joko kvantitatiivisia- tai kvalitatiivisia menetelmiä tai yhdistää kvantitatiivisia että kvalitatiivisia metodeja samassa tutkimuksessa. Erilaisten näkökulmilla tavoitellaan samasta aiheesta toisiaan täydentäviä tietoja, jotka selventävät ja lisäävät ilmiön käsitteellistä tai teoreettista selkeyttä tai vahvistavat toisiaan. Triangulaatio on myös keino parantaa tutkimuksen validiteettia. (Begley 1996, Sandelowski 2000, Burns & Grove 2001, Morse & Richards 2002.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä metodologista- että analyysitriangulaatiota aineistossa ja menetelmissä. Tutkimuksen kvantitatiivinen aineisto kerättiin yhdysvaltalaisen Kouzesin Posnerin (1995, 1999, 2001) muutosjohtamismalliin (transformationaalinen) perustuvalla Posnerin ja Kouzesin ”The Leadership Practices Inventory”, LPI (Posner & Kouzes 1988, 1993, Kouzes & Posner 2002, 2003a, 2003b) mittarilla, josta jatkossa käytetään nimitystä LPI-mittari. Kvantitatiivisen tutkimusotteella oli tarkoitus saada toistettavaa ja luotettavaa tietoa osastonhoitajien johtamistoiminnasta LPI-mittarin avulla ja analyysimenetelmät olivat tilastollisia. Kvalitatiivisella tutkimusotteella taas tavoiteltiin rikasta, syvällistä ja pätevää tietoa sekä ihmisten asioille antamia merkityksiä (Shih 1998, Burns & Grove 2001). Tässä tutkimuksessa se tarkoitti sitä, että kvalitatiivinen aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilta käyttäen analyysimenetelmänä laadullista sisällönanalyysiä. LPI-mittarilla saaduista osastonhoitajien kymmenestä useimmin ja kymmenestä harvimmin esiintyneestä johtamismuuttujasta muodostettiin haastatteluteemoja. Näistä teemoista nostettiin haastatteluihin kaksi pääteemaa. Osastonhoitajat rikastivat ja syvensivät näin haastatteluissa LPI-mittarilla osastonhoitaja ja sairaanhoitajaryhmistä saatuja tuloksia, tuoden yhdysvalloissa kehitetyn LPI-mittarin muuttujiin suomalaisen merkityksen. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusote täydensivät näin toisiaan (Brannen 2004) ja metodologinen triangulaatio toteutui kun kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusote yhdistettiin (Sandelowski 2000). Analyysitriangulaatio toteutui kun kvantitatiivisen

tutkimusotteen tilastollisia, ja kvalitatiivisen tutkimusotteen laadullisia menetelmiä käytettiin aineiston analysoinnissa (Polit & Hungler 2004).(Kuvio 2.)



Kuvio 2. Tutkimuksen toteuttaminen

4.2 Mittari ja sen luotettavuus

Posnerin ja Kouzesin (Posner & Kouzes 1988, 1993, Kouzes & Posner 2002, 2003a, 2003b) mittarin kehittämisen lähtökohtana oli ajatus yksilön johtamiskyvyn kehittämisestä oikealla arvioinnilla. Mittarin kehittämisen ensimmäinen vaihe oli laadullinen. Julkisten ja yksityisten organisaatioiden 650 johtajaa kuvasivat 37 avoimen kysymyksen avulla sellaista johtamiskäyttäytymistään, joilla tulokset ylittivät asetut tavoitteet. Vastaavan kyselyn lyhyempään versioon vastasi vielä 450 johtajaa. Tämän jälkeen tutkijat syvähaastattelivat 38:aa julkisissa ja yksityisissä organisaatioissa toimivaa keski- ja ylimmän tason johtajaa samasta teemasta. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tuloksena saatiin viiden perustoiminnon johtamismalli, joista jokainen sisälsi kaksi perusstrategiaa. Johtamistoimintoja olivat *prosessien kyseenalaistaminen*, jonka perusstrategioina olivat mahdollisuuksien etsiminen ja kokeileminen sekä riskien otto. Johtamistoimintoina oli myös *yhteiseen visioon innostaminen* perusstrategioina tulevaisuuden ennustaminen ja muilta saatu tuki. Johtamistoiminnon *muiden valtuuttaminen toimimaan* perusstrategioina olivat yhteistyön tukeminen sekä ihmisten vahvistaminen ja toiminnon *tien näyttäminen* perusstrategioina esimerkkien antaminen sekä pienten voittojen kautta eteneminen. Johtamistoiminnon *rohkaiseminen* perusstrategioina olivat tunnustuksen antaminen ja saavutusten juhliminen.

Mittarin kehittämisen toisessa vaiheessa muodostettiin laadullisesta aineistosta muodostettujen johtamisen viiden perustoiminnon ja näiden perusstrategioiden perusteella Likertin 5-asteikollinen ”The Leadership Practices Inventory” (LPI) -

mittari. Mittari testattiin 120 kauppatieteiden opiskelijalla. Korjausten jälkeen mittari testattiin 2 100:lla julkisen ja yksityisen puolen johtajalla ja heidän alaisellaan. Analyysissä tutkittiin mittarin sisäistä reliabiliteettia sekä rakennevaliditeettia faktorianalyysillä. Faktorianalyysissä (principal factoring, iterointi, varimax rotaatio) analysoitiin 30 kysymystä, ja mittarissa käytettiin viiden faktorin mallia (Posner & Kouzes 1988, 1993, Kouzes & Posner 2002). Tuloksena saatiin yhteensä 30:tä muuttujaa sisältävä LPI-mittari. Jokaista viittä johtamistoimintoa mittaa kuusi muuttujaa. Päivitetyssä artikkelissaan tutkijat tuovat esille, että aikaisempi 5-asteikollinen Likert-asteikko muutettiin 10-asteikolliseksi suuremman tarkkuuden aikaansaamiseksi (Kouzes & Posner 2002). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Johtamistoiminnot ja muuttujat LPI-itsearviointilomakkeen mukaan (Kouzes & Posner 2003c)

Johtamistoiminto	Muuttuja
Prosessien kyseenalaistaminen	3. Etsin haastavia mahdollisuuksia, joiden avulla voin testata taitojani ja kykyjäni. 8. Haastan ihmiset kokeilemaan uusia ja innovatiivisia työtapoja. 13. Etsin organisaationi muodollisten rajojen ulkopuolelta innovatiivisia tapoja parantaa toimintaamme. 18. Kysyn ”Mitä voimme oppia”, kun asiat eivät suju odotetusti. 23. Varmistan, että asetamme saavutettavia tavoitteita, teemme konkreettisia suunnitelmia ja asetamme mitattavia osatavoitteita niille projekteille ja ohjelmille, joissa työskentelemme. 28. Kokeilen ja otan riskejä huolimatta virheiden mahdollisuuksista.
Yhteiseen visioon innostaminen	2. Keskustelen niistä tulevaisuuden suuntauksista, jotka vaikuttavat siihen, miten työmme tehdään. 7. Luon innostavaa kuvaa siitä, millainen tulevaisuutemme voisi olla. 12. Vetoan muihin, jotta he jakaisivat jännittävän haaveen tulevaisuudesta. 17. Näytän muille, kuinka heidän pitkän tähtäimen tavoitteensa voidaan toteuttaa sitoutumalla yhteiseen visioon. 22. Luon ”kokonaiskuvaa” siitä, mitä pyrimme saavuttamaan. 27. Keskustelen aidon sitoutuneesti työmme korkeammasta tarkoituksesta ja merkityksestä
Muiden valtuuttaminen toimimaan	4. Kehitän yhteistyöhön perustuvaa vuorovaikutusta niiden ihmisten kanssa, joiden kanssa työskentelen. 9. Kuuntelen aktiivisesti erilaisia näkökantoja. 14. Kohtelen muita kunnioittavasti ja arvoa antaen. 19. Tuen ihmisten yksin tekemiä päätöksiä. 24. Annan ihmisille paljon valinnanvaraa ja vapauttaa päättää miten työskentelevät. 29. Varmistan, että ihmiset kasvavat työssään oppimalla uusia taitoja ja kehittämällä itseään
Tien näyttäminen	1. Näytän omalla esimerkilläni, mitä odotan muilta. 6. Käytän aikaa ja voimavaroja varmistaakseni, että ihmiset, joiden kanssa teen työtä noudattavat yhdessä sopimiamme periaatteita ja standardeja. 11. Pidän kiinni tekemistäni lupauksista ja sitoumuksista. 16. Pyydän palautetta siitä, miten käyttäytymiseni vaikuttaa muiden suorituksiin. 21. Edistän yksimielisyyttä yhteisistä arvoista organisaatiomme toiminnan vuoksi. 26. Minulla on selvä johtamisfilosofia inhimillisten resurssien johtamisessani.
Rohkaisu-	5. Annan kiitosta toisille ihmisille hyvin tehdystä työstä. 10. Teen ihmisille selväksi, että luotan heidän kykyihinsä. 15. Varmistan, että ihmiset palkitaan luovasti panostuksestaan projekteissamme. 20. Kannustan julkisesti ihmisiä, jotka esimerkillään osoittavat sitoutuvansa yhteisiin arvoihin. 25. Keksin uusia tapoja juhlistaa suorituksia. 30. Annan tiimin jäsenten pyrkimyksille runsaasti arvostusta ja tukea.

LPI-mittari testattiin 2 876:lla yksityisissä ja julkisissa organisaatioissa toimivalla johtajalla sekä heidän alaisillaan Yhdysvalloissa. Jokainen johtaja pyysi 4-5:tä alaistaan täyttämään havainnoitsijalomakkeen. Erillinen otos kerättiin Australiasta, Englannista, Saksasta ja Hollannista. Aineistosta tutkittiin keskiarvot ja keskihajonnat sekä t-testit. Tulosten mukaan muiden valtuuttaminen toimintaan yhteistyötä tukien sekä ihmisiä vahvistaen oli useimmin käytetty johtamistoiminto. Yhteiseen visioon innostaminen tulevaisuutta ennustaen ja muilta tukea saaden oli vähiten käytetty johtamistoiminto. Mittarin sisäinen reliabiliteetti vaihteli Cronbachin alfa-arvojen 0.80 ja 0.91 välillä. Itsearviointi-osiossa sisäinen re-

liabiliteetti oli 0.70-0.85 ja havainnoitsija-osiossa 0.81-0.92 (Posner & Kouzes 1993). Tuloksissa oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p < .001$) johtajien itsearviointien ja havainnoitsija arviointien välillä (Posner & Kouzes 1988). Päivitetystä artikkelissa (2002) kirjoittajat ilmoittivat Cronbachin alfa-arvojen vaihtelevan itsearvioinneissa välillä 0.75-0.87 ja havainnoitsija-arvioinneissa välillä 0.88-0.92.

LPI-mittaria testattiin myös tutkimalla ainoastaan havainnoitsija-vastauksia ($N = 514$). Analyysi tehtiin portaittaisella regressioanalyysillä niin, että mallin viisi johtamistoimintoa olivat riippumattomia muuttujia ja johtajan tehokkuus riippuva muuttuja. Johtamismalli selitti lähes 55 % varianssista alaisten arvioinneissa johtajiensa tehokkuudesta. (Posner & Kouzes 1988, 1993.) Yhdysvaltalaisen ja muiden maiden vastaajien välillä ei ollut eroja. Johtaminen ei ollut riippuvaista yksilöllistä eroista kuten johtajan toiminnallisesta taustasta, teknisestä osaamisesta, rodusta, sukupuolesta, kulttuurisesta taustasta tai paikasta organisaatiossa.

LPI-mittarin käytön perusteluna tässä tutkimuksessa oli Huberin ym. (2000) hoitotieteen professoreista, tutkijoista sekä hoitotyön johtajista koostuneen ryhmän meta-tutkimus. Siinä analysoitiin 67 hoitotyön johtamiseen soveltuvan mittarin psykometristä pitävyyttä. Tutkitut mittarit oli suunnattu autonomian, konfliktien ratkaisun, henkilökunnan työtyytyväisyyden, johtamisen sekä organisaation kulttuurin ja ilmapiiriin tutkimiseen. Arvioinnissa kiinnitettiin huomiota mittareiden teoreettiseen taustaan, metodologisen kehittämisen ja mittarin testauksen selvittämiseen, validiteettiin ja reliabiliteettiin sekä siihen, miten laajasti mittaria oli käytetty. Huomiota kiinnitettiin myös mittareiden merkitykseen hoitotyön hallinnon tutkimuksessa sekä käytön sujuvuuteen. Käytön sujuvuus tarkoitti kysymysten selkeyttä, eri osioiden maksimimäärien rajoittumista välille 10-15 sekä pisteytyksen selkeyttä. Tulosten mukaan ainoastaan kolme tutkituista mittareista oli psykometrisesti pitäviä ja valideja. Johtamista tutkivista mittareista ainoa validi oli Posnerin ja Kouzesin ”The Leadership Practices Inventory” -mittari (LPI) (Posner & Kouzes 1993), jolla tutkittiin johtamiskäyttäytymistä.

LPI-mittaria ovat hoitotyön johtamistutkimuksissa käyttäneet Bowles ja Bowles (2000) puhelinhaastatteluissa vertaillen osastonhoitajien johtamiskäyttäytymisessä ilmeneviä muutosjohtajuuden elementtejä sekä hoitotyön kehittämisyksiköissä että tavallisissa sairaaloissa. McNeese-Smith (1995) ja Loke (2001) ovat tutkineet Kouzesin ja Posnerin johtamismallin viiden johtamistoiminnon vaikutuksia sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen, organisaation sitoutumiseen ja tuottavuuteen. Houser (2003) käytti LPI-mittaria arvioidessaan, mikä oli johtamisen merkitys yhtenä hoitotyöhön vaikuttavana ympäristötekijänä. Johtamisella todettiin olevan voimakas vaikutus henkilökunnan pysyvyyteen ja asiantuntijuuden kehittymiseen työssä. Krugman ja Smith (2003) käyttivät Kouzesin ja Posnerin johtamismallia osastonhoitajien koulutusohjelman tulosten arvioinnissa. Tourangeau (2003) on käyttänyt LPI-mittaria arvioidessaan johtamiskoulutuksen tehokkuutta. Tourangeau ja McGilton (2004) tutkivat mittarin (Posner & Kouzes 1988, Kouzes & Posner 1995) psykometrisia ominaisuuksia ja suosittelevat alkuperäisen viisi-faktorirakenteisen mittarin käyttämistä kolmi-faktorisena. Mittarilla oli näin edelleen voimakkaat psykometriset ominaisuudet,

mutta se oli helpommin vastattavissa ja pienempi faktorirakenne vähensi tutkimuskustannuksia. Viisi-faktorinen malli oli edelleen käyttökelpoinen koulutus-tarkoituksissa, koska se mittasi useampia johtamisominaisuuksia.

Suomessa LPI-mittaria on hallintotieteen tutkimuksessa käyttänyt Hautala (2005) tutkiessaan koneteollisuuden johtajien ja työntekijöiden persoonallisuuden yhteyttä kokemukseen muutosjohtajuudesta. Tutkimuksessa käytettiin lisänä persoonallisuuden määrittelyyn Myer-Briggsin persoonallisuusmittaria ("The Myer-Briggs Type Indicator" MBTI).

Tässä tutkimuksessa lupa mittarin käyttämiseen saatiin sen toiselta kehittäjältä tohtori Posnerilta sekä kustantajalta. Tutkija käänsi mittarin suomeksi, ja virallinen englannin kielen kääntäjä käänsi suomennoksen uudelleen englanniksi. Tämä englanninkielinen versio lähetettiin tohtori Posnerille, joka teki siihen täsmennyksiä. Tohtori Posner kiinnitti huomiota leadership-käsitteen kääntämiseen. Suomen kielen sana johtaminen ei kuitenkaan tuo esille käsitteiden leadership ja management eroja samoin kuin englanninkielessä. Korjausten jälkeen tohtori Posner hyväksyi mittarin, ja tutkija käänsi sen jälleen suomeksi. Suomenkielisessä mittarissa käytettiin termiä inhimillisten resurssien johtaminen kuvaamaan leadership-johtajuutta. Tutkija sai luvan mittarin käyttöön myös kustantajalta. Mittarissa on 30 muuttujaa sekä ohje mittarin täyttämiseksi. Ohjeessa vastaajia kehoitettiin miettimään, kuinka usein muuttujissa kuvattu käytös ilmenee jokapäiväisessä tai vastaajalle tyypillisessä toiminnassa. Mittarin luokitusasteikko vaihteli välillä 1 (ei oikeastaan koskaan)-10 (lähes aina) (Taulukko 5.)

Taulukko 5. LPI-mittarin luokitusasteikko

Asteikko	Vastausvaihtoehto
1	Ei oikeastaan koskaan
2	Hyvin harvoin
3	Harvoin
4	Silloin tällöin
5	Toisinaan
6	Joskus
7	Melko usein
8	Tavallisesti
9	Hyvin usein
10	Lähes aina

Tutkimuksen taustatietoina tiedusteltiin vastaajien ikää, asemaa eli toimintaa osastonhoitajina tai sairaanhoitajina, osastonhoitajien työskentelyaikaa nykyisellä osastolla tai sairaanhoitajien työskentelyaikaa arvioimansa osastonhoitajan kanssa, vastaajien ammatillista peruskoulutusta sekä mahdollista korkeakoulututkintoa sekä osastotyyppiä. Osastotyyppit oli jaoteltu vuodeosastoiksi, päiväosastoiksi, erityylikiksi poliklinikoiksi, leikkausosastoksi, anestesiaosastoksi, päiväkirurgiseksi leikkausyksiköksi, päiväkirurgiseksi osastoksi, synnytysosastoksi ja teho-osastoksi.

Kvantitatiivisen tiedonkeruun esitutkimus LPI-mittarilla tehtiin eräässä suomalaisessa sairaanhoitopiirissä syys- ja lokakuussa 2004. Osastonhoitajien it-

searviointilomakkeita lähetettiin 42, sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointilomakkeita 210 sekä ylihoitajien havainnoitsijalomakkeita 3. Tarkoituksena oli, että ylihoitaja antaisi myös havainnoitsija-arvioinnin osastonhoitajasta. Osastonhoitajat palauttivat itsearviointilomakkeita 28 (vastausprosentti 67 %) ja sairaanhoitajat havainnoitsija-arviointilomakkeita 102 (vastausprosentti 48 %). Ylihoitajat eivät vastanneet lainkaan, koska yhden arvioitavan osastonhoitajan valintaa ei ollut ohjeistettu ja jokaisen alaisena työskenteli useita osastonhoitajia.

Tulosten mukaan osastonhoitajien itsearviointien keskiarvot olivat kaikissa yksittäisissä muuttujissa sairaanhoitajien havainnoitsija-arvioiteja korkeammat. Cronbachin alfa-kertoimet olivat sairaanhoitajaryhmässä johtamistoiminnossa ”Prosessien kyseenalaistaminen” 0.8570, ”Rohkaisu” 0.8795, ”Yhteiseen visioon innostaminen” 0.8675, ”Tien näyttäminen” 0.8203 ja ” Muiden valtuuttaminen toimintaan” 0.8466. Osastonhoitajaryhmästä ei laskettu Cronbachin alfa-kertoimia vastaajien pienen lukumäärän vuoksi.

Esitutkimuksen jälkeen taustatietolomake päätettiin pitää ennallaan muilta osin paitsi vastaajan lisäkoulutusta koskevan kysymyksen osalta. Se täsmennettiin koskemaan ainoastaan vastaajan mahdollista korkeakoulututkintoa. Esitutkimuksessa kysyttiin lisäkoulutusta, jolloin vastaajat kuvailivat sisällöltään ja kestoltaan moninaista sekä usein muuta kuin tutkintoon johtavaa koulutusta. Ylihoitajat jätettiin pois vastaajaryhmistä, koska oli vaikea ohjeistaa, keitä osastonhoitajistaan he olisivat arvioineet. Arvioitavan johtajan esimiesarviointi ei myöskään kuulunut mittarin kehittäjien alkuperäiseen tutkimusprotokollaan.

4.3 Kvantitatiivisen tutkimusjoukon kuvaus ja aineiston keruu

Kvantitatiivisen aineiston keruussa tutkimusjoukkoon valittiin niitä suomalaisissa yliopistosairaaloissa osastonhoitajina työskenteleviä hoitotyön lähiesimiehiä, joilla oli sairaanhoitajan koulutus ja joiden työnjohto kohdistui sairaanhoitajiin. Rajauksen perusteena oli se, että sairaanhoitajat muodostavat lukumäärältään suuren joukon terveydenhuollon työntekijöistä ja tästä syystä tutkimus haluttiin kohdistaa heidän lähiesimiehiinään toimiviin osastonhoitajiin, joilla oli sama sairaanhoitajan peruskoulutus. Tutkimuskohteiksi valittiin yliopistosairaaloitten osastonhoitajat, koska erikoissairaanhoidossa on huolehdittava tehtäväalaaan kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulustoitinnasta sekä henkilöstön riittävästä täydennyskoulutuksesta (Erikoissairaanhoitolaki 1989). Tämän perusteella oletettiin, että erikoissairaanhoidossa työskentelevillä osastonhoitajilla oli samantyylinen johtamisen perustieto- ja taitotaso. Valintakriteerinä oli myös se, että osastonhoitajat työskentelivät fyysisesti yliopistosairaaloitten alueilla olevilla osastoilla, jolloin vastaajilla oli samantyylinen työskentely-ympäristö.

Kvantitatiivinen aineiston keruu suoritettiin poikkileikkaustutkimuksena harkinnanvaraisella ryväsotannalla. Ryväsotannassa perusjoukko koostuu luonnollisista ryhmistä, jotka tutkija harkinnanvaraisesti valitsee. (Polit & Hungler 2004.) Harkinnanvarainen otanta soveltuu myös uusien mittareiden arviointiin (Bowling

1998, Polit & Hungler 2004). Ryhmät muodostuivat tässä tutkimuksessa yliopistosairaaloiden osastonhoitajista ja heidän osastoillaan työskentelevistä sairaanhoitajista. Aineisto kerättiin joulukuussa 2004 ja tammikuussa 2005. Tutkimusluvut saatiin kustakin yliopistosairaalaasta vallitsevan tutkimuslupakäytännön mukaisesti. Osastonhoitajien yhteystiedot saatiin kustakin sairaalasta. Osastonhoitajille lähetettiin mittarin itsearviointilomake, viisi osaston sairaanhoitajille tarkoitettua havainnoitsija-lomaketta, taustatietolomakkeet kaikille sekä saatekirje. Tutkimuksessa ei pyritty tekemään parivertailua osastonhoitajien ja sairaanhoitajien välillä, joten tuloksissa ei voi yhdistää arvioinnin tehneitä sairaanhoitajia tiettyyn osastonhoitajaan. Tavoitteena oli verrata yliopistosairaaloiden osastonhoitajia ja sairaanhoitajia kokonaisuutena. Jokainen vastaaja sai myös tutkijan osoitteella varustetun valmiin vastauskuoren, jonka postimaksu oli maksettu. Osastonhoitajille annettiin lisäksi ohje havainnoitsija-arvioinnin tekevien sairaanhoitajien valinnasta. Sen mukaan osastonhoitajia pyydettiin antamaan havainnoitsija-arviointilomake viidelle ensimmäiselle samaan työvuoroon tulevalle sairaanhoitajalle aineistonkeruun ensimmäisenä päivänä.

Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 2 886 kappaletta viiteen suomalaiseen yliopistosairaalaan. Sairaaloittain lähetettyjen lomakkeiden lukumäärät perustuvat sairaaloista saatuihin kriteerit täyttävien osastonhoitajien sekä tämän mukaisesti arviotuihin sairaanhoitajien määriin, joita laskettiin olevan viisi sairaanhoitajaa kutakin arvioitavaa osastonhoitajaa kohti. Lomakkeisiin merkittiin kutakin sairaalaa osoittava numero ennen lähettämistä. Osastonhoitajien kokonaisotos oli 481 ja sairaanhoitajien 2 405. Kyselyyn osallistui kaikkiaan 1 601 vastaajaa, jolloin kokonaisvastausprosentti oli 55 %. Osallistuneista oli osastonhoitajia 294 henkilöä vastausprosentin ollessa 61 %, ja sairaanhoitajia 1 307 ja heidän vastausprosenttinsa oli 54 %. Vastaajille ei lähetetty uusintakyselyä.

Osastonhoitajien vastaukset jakautuivat yliopistosairaaloittain siten, että sairaalasta yksi palautetut itsearviointilomakkeet muodostivat lähes puolet kaikista vastauksista (45 %). Neljän muun sairaalan itsearviointilomakkeet muodostivat yhteensä toisen puolen vastausten kokonaismäärästä. Sairaanhoitajien havainnoitsijalomakkeista palautettiin yli 40 % sairaalasta yksi. Neljän muun sairaalan osuus palautetuista sairaanhoitajalomakkeista oli yhteensä 59 %. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Lähetettyjen ja palautettujen itsearviointi- ja havainnoitsijalomakkeiden frekvenssit ja vastausprosentit yliopistosairaaloittain

Yliopistosairaala	Lähetetyt lomakkeet osastonhoitajat N	Palautetut lomakkeet osastonhoitajat		Lähetetyt sairaanhoitajalomakkeet N	Palautetut sairaanhoitajalomakkeet	
		N	%		N	%
1	193	131	45	965	535	41
2	82	48	16	410	231	17
3	83	38	13	415	196	15
4	57	34	11	285	167	13
5	66	43	15	330	178	14
Yhteensä	481	294	100	2405	1307	100

4.4 Kvalitatiivisen tutkimusjoukon kuvaus ja aineiston keruu

Ryhmähaastattelulla tarkoitetaan syvällistä, puoli strukturoitua haastattelutilannetta, jossa vetäjän ohjauksessa kerätään tietoa osallistujien kokemuksista ja uskomuksista sovitusta ja rajoitetusta aiheesta. Se on teknisesti edullinen menetelmä, koska yhdellä haastattelulla saadaan esille monen osallistujan näkemyksiä (Polit & Hungler 2004). Ryhmähaastattelua voidaan käyttää keinona laajentaa ja rikastaa muilla menetelmillä saatua tietoa. Tavoitteena on saada tietoa niistä haastateltavien henkilökohtaisista kokemuksista ja ajatuksista, jotka ovat ajattelun ja käyttäytymisen taustatekijöinä. Haastateltavilta ei edellytetä yksimielisyyttä tai valmiita vastauksia käsiteltävästä aiheesta. Keskusteluun vaikuttaa ryhmän vuorovaikutustilanne haastattelun aikana, jolloin haastateltavat voivat heijastaa omia näkemyksiään toisten näkemyksiin. Ryhmässä puhuminen saattaa toisaalta myös ehkäistä haastateltavia ilmaisemasta ajatuksiaan. Haastateltavat valitaan yleensä ja myös tässä tutkimuksessa tarkoituksellisella otannalla sillä perusteella, että heillä tiedetään olevan kokemusta käsiteltävästä aiheesta. Ihanteellinen ryhmän koko on 4-15 haastateltavaa käsiteltävästä aiheesta riippuen. Haastateltaville lähetetään kutsu, jossa kerrotaan haastatteluteemat ja varmennetaan haastattelupaikka, osallistujat sekä haastattelun kesto. Haastattelun suositellaan kestävän 1-2 tuntia. Haastattelun vetäjä voi olla tutkija tai joku muu tehtävään koulutettu henkilö, jonka henkilökohtaisilla taidoilla ja ominaisuuksilla on merkittävä vaikutus siihen, millaista tietoa haastattelussa saadaan. Vetäjä ohjeistaa tilaisuuden alussa haastattelun kulun ja voi oikealla ohjauksella saada haastattelussa esille haastateltavien kokemusten yksityiskohtia sekä tarkentaa keskustelussa esille tulleita asioita. Haastateltaville ei esitetä vuorollaan kysymyksiä, vaan heitä rohkaistaan keskustelemaan keskenään sovitusta aiheista. Haastattelun kuluessa korostetaan sitä, että aiheisiin ei ole oikeita tai väärä vastauksia. Vetäjä ohjaa keskustelua kysymyksin, jotta kaikki teemat saadaan käsiteltyä ja tarkkailee ryhmän vuorovaikutusta. Tarkoituksena on saada kaikki haastateltavat tasapuolisesti toisaalta osallistumaan ja toisaalta pyrkien hillitsemään dominoivia jäseniä. Haastatteluissa suositellaan olevan mukana myös toisen vetäjän, joka tarkkailee ryhmän vuorovaikutusta ja tekee muistiinpanoja. (Carey 1994, Kitzinger 1995, Sim 1998, Edmunds 1999, Robinson 1999, Polit & Hungler 2004, Macnaghten & Myers 2007, Kenny 2005.)

Tässä tutkimuksessa kvalitatiivinen aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla kolmessa suomalaisessa yliopistosairaalassa. Ryhmähaastattelut olivat osa tutkimuksessa käytettyä metodologista triangulaatiota, joissa tarkoituksena oli laajentaa osastonhoitajilta ja sairaanhoitajilta LPI-mittarilla kvantitatiivisesti kerättyä aineistoa. Tavoitteena oli haastatella seitsemään osastonhoitajaa kolmessa yliopistosairaalassa, jolloin haastateltavien kokonaismäärä olisi ollut 21. Ryhmähaastattelujen osallistujat valittiin sillä perusteella, että heillä tiedettiin olevan tietoa ja kokemusta kiinnostuksen kohteena olevista teemoista (Carey 1994). Ryhmähaastatteluun osallistuneet osastonhoitajat edustivat näin osaa koko tutkimusjoukosta, joka muodostui yliopistosairaaloiden osastonhoitajista (Kitzinger

1995). Osastonhoitajilta ei tiedusteltu, olivatko he vastanneet sairaalassaan aikaisemmin tehtyyn LPI-mittarilla suoritettuun kyselyyn. Haastattelut suoritettiin lokakuussa 2005 ja lupa niihin saatiin kunkin yliopistosairaalan tutkimuslupakäytännön mukaisesti. Käytännössä yliopistosairaaloiden eri tulosalueiden ylihoitajia pyydettiin arpomaan osastonhoitaja, johon haastattelija saattoi ottaa yhteyttä. Osa ylihoitajista toimi näin, mutta osa lähetti listan alueensa osastonhoitajista. Tutkija valitsi silloin ensimmäisen listalla olevan osastonhoitajan ja, mikäli hän oli estynyt, listan seuraavan osastonhoitajan. Tutkija lähetti valituille osastonhoitajille pyynnön osallistua haastatteluun, lyhyen selostuksen ryhmähaastattelun tavoitteista, suorittamisesta, vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Lisäksi lähetettiin haastatteluteemat sekä tieto siitä, että haastattelut nauhoitetaan ja analysoidaan laadullisella sisällön analyysillä.

Yhdessä yliopistosairaalassa haastatteluun osallistuivat kaikki kutsutut osastonhoitajat ($n = 7$). Kahdessa muussa yliopistosairaalassa ryhmien koko jäi kuitenkin suunniteltua pienemmäksi ($n = 3$). Näissä sairaaloissa ryhmien kokoaminen oli vaikeaa osastonhoitajien lukuisten peruutusten vuoksi. Lisäksi kahdessa sairaalassa osa haastatteluun lupautuneista osastonhoitajista jäi saapumatta haastatteluun ilmoittamatta etukäteen peruutustaan. Haastatteluihin osallistui näin yhteensä 13 osastonhoitajaa kolmesta yliopistosairaalasta. Osastonhoitajien keski-ikä oli 47 vuotta (vaihteluväli 27-57 vuotta) ja toiminta-aika osastonhoitajana keskimäärin 11.2 vuotta (vaihteluväli 1-22 vuotta). Kymmenen osastonhoitajaa toimi erityyppisillä vuodeosastoilla, kaksi poliklinikalla ja yksi leikkaus- ja anestesiosastolla. Osastonhoitajien henkilökuntamäärä oli keskimäärin 25 työntekijää (vaihteluväli 14 työntekijää poliklinikalla ja 46 työntekijää leikkausosastolla).

Ryhmähaastattelun suositeltu haastatteluteemojen määrä on enintään viisi. Niitä voi olla enemmänkin, mikäli haastattelun kesto on suhteutettu teemojen määrään. (Carey 1994.) Tässä tutkimuksessa ryhmähaastatteluissa käytettiin kahden kvantitatiivisen aineiston sekä osastonhoitajien että sairaanhoitajien arviointien mukaista pääteemaa, joita olivat osastonhoitajien johtamistoiminnoissa useimmin ja harvimminkin esiintyvät johtamistoiminnot. Pääteemat muodostettiin yhdistämällä LPI-mittarin osastonhoitajien arviointien perusteella heidän johtamistoiminnoissaan useimmin ja harvimminkin esiintyvistä johtamistoimintoja kuvaavista yksittäisistä muuttujista yksityiskohtaisemmat haastatteluteemat näiden kahden pääteeman alle. Useimmin esiintyvistä johtamistoimintoihin ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” kuuluvista muuttujista ”Kohtelen muita kunnioittavasti ja arvoa antaen” sekä ”Kuuntelen aktiivisesti erilaisia näkökantoja” muodostettiin haastatteluteema ”*Kunnioitus ja arvostus muita kohtaan*”. Johtamistoimintoihin ”Rohkaiseminen” ja ”Tien näyttäminen” kuuluvista muuttujista ”Teen ihmisille selväksi, että luotan heidän kykyihinsä” ja ”Pidän kiinni tekemistäni lupauksista ja sitoumuksista” muodostettiin haastatteluteema ”*Luottamus ja luottavuus*”. Johtamistoimintoihin ”Rohkaiseminen” sekä ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” kuuluvista muuttujista ”Annan tiimin jäsenten pyrkimyksille runsaasti arvostusta ja tukea”, ”Varmistan, että ihmiset kasvavat työssään oppimalla uusia taitoja ja kehittämällä itseään” sekä ”Kehitän yhteistyöhön perustuvaa vuorovaikutusta niiden ihmisten kanssa, joiden kanssa työskentelen” muodostettiin haastatteluteema ”*Tuki ja kannustaminen*”. Johtamistoimintoihin ”Muiden

den valtuuttaminen toimintaan” kuuluvista muuttujista ”Annan ihmisille paljon valinnanvaraa ja vapautta päättää miten työskentelevät” muodostettiin teema ”*Valinnanvapaus*”. Toiminnosta ”Tien näyttäminen” kuuluvista muuttujista ”Minulla on selvä johtamisfilosofia inhimillisten resurssien johtamisessa” sekä ”Näytän omalla esimerkilläni mitä odotan muilta” muodostettiin teema ”*Johtamisfilosofia ja esimerkin antaminen*” .

Harvimmista esiintyneistä johtamistoimintoon ”Tien näyttämiseen” kuuluvista muuttujista ”Pyydän palautetta siitä, miten käyttäytymiseni vaikuttaa muiden suorituksiin” muodostettiin teema ”*Palaute*”. Johtamistoimintoon ”Rohkaiseminen” kuuluvista muuttujista ”Keksin uusia tapoja juhlistaa suorituksia” sekä ”Varmistan, että ihmiset palkitaan luovasti panostuksestaan projekteissamme” muodostettiin teema ”*Palkitseminen*”. Johtamistoiminnoista ”Yhteiseen visioon innostaminen” ja ”Prosessien kyseenalaistaminen” kuuluvista muuttujista ”Vetoan muihin, jotta he jakaisivat jännittävän haaveen tulevaisuudesta”, ”Luon innostavaa kuvaa siitä, millainen tulevaisuutemme voisi olla”, ”Haastan ihmiset kokeilemaan uusia ja innovatiivisia työtapoja” sekä ”Kokeilen ja otan riskejä huolimatta virheiden mahdollisuudesta” muodostettiin teema ”*Kyseenalaistaminen ja innovatiivisuus, uusien työtapojen kokeilu ja riskien ottaminen*”. Johtamistoiminnoista ”Yhteiseen visioon innostaminen” kuuluvasta muuttujasta ”Näytän muille, kuinka heidän pitkän tähtäimen tavoitteensa voidaan toteuttaa sitoutumalla yhteiseen visioon”, muodostettiin teema ”*Konkreettiset ja mitattavat tavoitteet*”. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaavista muuttujista muodostetut haastatteluteemat

Johtamistoiminto	Johtamistoimintoja kuvaava LPI-mittarin muuttujat	Muuttujista muodostettu haastatteluteema
”Muiden valtuuttaminen toimintaan”	”Kohtelen muita kunnioittavasti ja arvoa antaen” ”Kuuntelen aktiivisesti erilaisia näkökantoja”	Kunnioitus ja arvostus muita kohtaan
”Rohkaiseminen” ja ”Tien näyttäminen”	”Teen ihmisille selväksi, että luotan heidän kykyihinsä” ”Pidän kiinni tekemistäni lupauksista ja sitoumuksista”	Luottamus ja luottavuus
”Rohkaiseminen” ja ”Muiden valtuuttaminen toimintaan”	”Annan tiimin jäsenten pyrkimyksille runsaasti arvostusta ja tukea” ”Varmistan, että ihmiset kasvavat työssään oppimalla uusia taitoja ja kehittämällä itseään” ”Kehitän yhteistyöhön perustuvaa vuorovaikutusta niiden ihmisten kanssa, joiden kanssa työskenteleminen”	Tuki ja kannustaminen
”Muiden valtuuttaminen toimintaan”	”Annan ihmisille paljon valinnanvaraa ja vapautta päättää miten työskentelevät”	Valinnanvapaus
”Tien näyttäminen”	”Minulla on selvä johtamisfilosofia inhimillisten resurssien johta-	Johtamisfilosofia ja esimerkin antaminen

	misessä” ”Näytän omalla esimerkilläni mitä odotan muilta”	
”Tien näyttäminen”	”Pyydän palautetta siitä, miten käyttäytymiseni vaikuttaa muiden suorituksiin”	Palaute
”Rohkaisu”	”Keksin uusia tapoja juhlistaa suorituksia” ”Varmistan, että ihmiset palkitaan luovasti panostuksestaan projekteissamme”	Palkitseminen
”Yhteiseen visioon innostaminen” ja ”Prosessien kyseenalaistaminen”	”Vetoan muihin, jotta he jakaisivat jännittävän haaveen tulevaisuudesta” ”Luon innostavaa kuvaa siitä, millainen tulevaisuutemme voisi olla” ”Haastan ihmiset kokeilemaan uusia ja innovatiivisia työtapoja” ”Kokeilen ja otan riskejä huolimatta virheiden mahdollisuudesta”	Kyseenalaistaminen ja innovatiivisuus, uusien työtapojen kokeilu ja riskien ottaminen
”Yhteiseen visioon innostaminen”	”Näytän muille, kuinka heidän pitkäjänteisen tavoitteensa voidaan toteuttaa sitoutumalla yhteiseen visioon”	Konkreettiset ja mitattavat tavoitteet

4.5 Kvantitatiivisen aineiston analyysi

Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin käyttäen SPSS-tilasto-ohjelmaa (Statistical Package for the Social Sciences, versio 11.0). Tutkimusaineistoa kuvailtiin käyttämällä frekvenssejä, prosentteja, keskiarvoja sekä keskihajontoja. Keskiarvoilla pyrittiin kuvailemaan jakauman sijaintia, jolla ilmaistiin tietyn muuttujan kohdalla otoksen havaintojen summan keskiarvon. Hajontaluvuilla kuvailtiin sitä, kuinka hajallaan tehdyt mittaukset olivat muuttujista. (Polit & Hungler 2004, Burns & Grove 2001.) LPI-mittarin viidestä johtamistoiminnosta muodostettiin summamuuttujat, jotka ilmaisivat arvioitavien osastonhoitajien johtamistoimintoja. Summien muodostamisessa käytettiin vain keskiarvoja niistä osioista, joilla oli validi arvo. Summamuuttujilla voitiin vähentää käsiteltävien muuttujien määrää (Burns & Grove 2001). Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta mitattiin Cronbachin alfa-kertoimella, joka antaa reliabiliteettia mittaavia kertoimia. Luotettavassa tutkimuksessa korrelaatio on lähellä ykköstä, joskaan ei ole yksiselitteistä rajaa, jota suurempi kertoimen tulisi olla. Arvoa 0.7 on pidetty hyväksyttävänä sisäisen reliabiliteetin rajana. Silloin 70 prosenttia mitatusta varianssista on reliabelia, ja 30 prosentissa on satunnaisvirheen mahdollisuus. (Bowling 1998.) Arvo 1.00 osoittaa, että mittarin kaikki osat mittaavat samaa asiaa (Burns & Grove 2001).

Vastaajaryhmien vertailu tehtiin varianssianalyysillä. Varianssianalyysi on testi, jolla testataan keskiarvojen välisiä eroja. Tilastoyksiköt jaetaan ryhmiin yhden muuttujan eli taustamuuttujan perusteella ja verrataan näiden ryhmien keskiarvoja yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla tarkastelemalla taustamuuttujien yhteyttä selitettäviin summamuuttujiin. Testin edellytyksenä on, että vertailtavien ryhmien muuttujien arvot ovat normaalisti jakautuneita. Suurilla otoskoon arvoilla on todennäköistä, että keskiarvon jakauma on normaali, vaikka muuttujan alkuperäisten arvojen jakauma ei sitä olisikaan. (Burns & Grove 2001.) Tässä tutkimuksessa otoskoko oli 1 601, ja histogrammien avulla tarkasteltuina summien jakaumat olivat normaalit. Summamuuttujista vain ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” oli sairaanhoitajaryhmässä hiukan vino. Aineistojen keskiarvoja verrattiin myös Studentin t-testillä sekä Mann-Whitneyn U-testillä. Tulosten merkitsevyytensä käytettiin 0.05.

Monimuuttujamenetelminä käytettiin logistista regressioanalyysia tavoitteena selvittää, mitkä aineiston mitatut ominaisuudet kuvailevat vastemuuttujien osaryhmiä ja erottelevat ne (Uhari & Nieminen 2001). Logistisessa regressioanalyysissä käytettiin kiinteää ”enter”-mallia, jonka lähtökohtana oli tietty oletamus joidenkin muuttujien selitysosuudesta selitettävään muuttujaan nähden ja jossa kaikki selittäjät pakotettiin samaan malliin (Munro 1997). Analysoitavina vastemuuttujina käytettiin summamuuttujia, jotka ilmaisivat arvioitavien osastonhoitajien johtamiskäyttäytymistä. Selittäviä muuttujia olivat taustamuuttujat eli vastaajien sairaalat, iät, työvuodet, ammattitutkinnot sekä osastotyytit ja korkeakoulukoulutus. Selittäjät olivat kategorisia, jolloin analyysiin oli valittu referenssi-luokka, johon muita verrattiin. Kaikki selittäjät pakotettiin samaan malliin ja selittäjien selitysosuudet olivat toistensa suhteen vakioituja. Mallin selityssaste osoitti kuinka suuri osa selitettävän muuttujan vaihtelusta voitiin selittää yhteisesti kaikkien selittävien muuttujien avulla. Selityssaste vaihteli nollan ja ykkösen välillä. Teoriassa malli on sitä parempi, mitä suurempi selityssaste on. Ennustamiseen tarvitaan korkea selityssaste, joka on vähintään 0.6. (Polit & Hungler 2004.)

Faktorianalyysiä käytettiin sekä vertaamalla suomalaisen aineiston faktorirakennetta alkuperäiseen LPI-mittarin rakenteeseen (Posner & Kouzes 1988, 1993) tavoitteena arvioida rakennetta suomalaisessa aineistossa että mittarin luotettavuuden tarkastelussa. Faktoreilla tarkasteltiin myös laadullisella aineistolla saatuja käsitteitä. Faktorianalyysin tavoitteena oli pyrkiä kuvaamaan muuttujien kokonaisvaihtelua pienimmällä mahdollisella muuttujien määrällä muuttujien samanaikaisen yhteisvaihtelun tarkastelemiseksi. Toisaalta tarkasteltiin, mitkä muuttujat olivat keskenään riippumattomia. Tulokset tulkittiin tutkimalla, mitkä alkuperäisistä muuttujista olivat eniten korreloituneet kyseisen faktorin kanssa. Muuttujat, joilla oli muista muuttujista riippumatonta ja samanlaista vaihtelua yhdistettiin keskenään faktoreiksi. (Burns & Grove 2001.) Faktorianalyysi tehtiin pääkomponenttianalyysinä, jossa pyrittiin selittämään muuttujien kokonaisvaihtelun luonne. Rotaatio tehtiin suorakulmaisen rotaation (Varimax rotation) mukaisesti, jolloin faktorit muodostettiin toisistaan riippumattomiksi. Valitun faktorianalyysitavan avulla tarkasteltiin LPI-mittarin faktorirakennetta samoin kuin mittarin alkuperäiset kehittäjät (Posner & Kouzes 1988, 1993). Faktoreille tuli näin sekä mahdollisimman korkeita että alhaisia latauksia ja sisällä olevien

muuttujien latausten vaihtelu saatiin mahdollisimman suureksi. Tulkinassa oli tavoitteena selittää muodostuneet faktorit ja nimetä ne joko niiden muuttujien mukaan, jotka ovat saaneet suurimpia latauksia, tai niiden prosesseilla, joilla on ollut osuutta faktoreiden syntyyn. Lataukset saavat arvoja-1 ja 1 välillä. Muuttuja latautuu sitä vahvemmin faktoriin, mitä lähempänä sen arvo on yhtä. Mikäli muuttujan arvo on negatiivinen, se korreloi negatiivisesti faktorin arvojen kanssa. Latauksen arvosta ei ole yhtenäistä näkemystä mutta latauksen alimmaksi arvoksi suositellaan lähteestä riippuen arvoa 0.3 tai 0.5. (Burns & Grove 2001.) Tässä tutkimuksessa latauksen ala-arvona on käytetty arvoa 0.5.

4.6 Kvalitatiivisen aineiston analyysi

Kvalitatiivinen aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysin keskeisin tavoite on ihmisten välisen ja eri tavoin toteutuneen kommunikaation analysointi (Cavanagh 1997). Sillä aineistosta muodostetaan kategorioita tiettyjen sääntöjen, kuten niiden teoreettisen merkityksen perusteella (Burns & Grove 2001). Sisällön analyysissä tiivistetään tutkittavaa aineistoa, ja kuvataan tutkittavaa ilmiötä lyhyesti, yleistävästi ja kokonaisuutta luoden. Tavoitteena on kuvata aineiston merkitykset, tarkoitukset, seuraukset sekä yhteydet. Analyysissä esitetään käsitteet ja niiden hierarkia sekä suhteet toisiinsa. Olennaista analyysissä on, että aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja eroavaisuudet ja aineistoa kuvaavat luokat ovat toisensa pois sulkevia ja yksiselitteisiä (Burns & Grove 2001, Cavanagh 1997.)

Tutkimuksessa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä, jossa aineisto analysoitiin valmiin viitekehyksen avulla. Deduktiivinen sisällönanalyysi yhdistettiin teorialähtöisen analyysin logiikkaan, joka nojasi Kouzesin ja Posnerin muutosjohtamisen malliin (1995, 1999, 2001). Tutkimuksen menetelmänä käytetyn metodologisen triangulaation mukaisesti osastonhoitajien ja sairaanhoitajien LPI-mittariin perustuvien arviointien mukaisista osastonhoitajien johtamistoiminnoissa useimmin (n = 10) ja harvimminkin (n = 10) esiintyneistä johtamistoimintoja kuvaavista yksittäisistä muuttujista muodostettiin haastatteluteemoja. Teemat yhdistettiin kahdeksi päähaastatteluteemaksi, joita olivat osastonhoitajien useimmin ja harvimminkin esiintyvät johtamistoiminnot. Haastatteluteemoja käytettiin deduktiivisesti aineiston viitekehyksenä ja analyysirunkona ja ne muodostivat analyysin pääkategoriat. Päätely oli näin sidoksissa ongelman sisältöön. (Polit & Hungler 2004.) Analyysirunkoon sisällöllisesti sopivia asioita etsittiin aineistosta. Nämä kirjoitettiin tiivistettyyn muotoon, ja ryhmiteltiin analyysirungon mukaisesti pääluokkiin (Burns & Grove 2001). Aineiston analyysia ohjasi näin valmis ja aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys. Haastatteluteemoista muodostettiin deduktiivisesti analyysirunko. (Polit & Hungler 2004). Ennen analyysin aloittamista määriteltiin analyysiyksikkö, jonka valintaa ohjasi aineiston ja tutkimustehtävän laatu. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköitä olivat analyysirungon mukaiset lauseet ja lausekokonaisuudet, jotka toimivat analyysiyksikköinä. Aineis-

tosta analysoitiin ilmisältö, jonka analyysissä tarkasteltiin analyysiyksiköitä suhteessa tutkittavaan ilmiöön. (Burns & Grove 2001, Polit & Hungler 2004.)

Haastattelut purettiin sanatarkasti tekstiksi analyysia varten. Kirjoitettua tekstiä kertyi fontilla 12 ja 1.5:n rivivälillä 45 sivua. Tutkijalle oli muodostunut alustava käsitys aineistosta analyysin alkaessa, koska tutkija oli mukana ryhmähaastatteluissa sekä kirjoitti haastattelut tekstiksi. Haastattelutekstit luettiin läpi useaan kertaan. Analyysirunkoon sopivat lauseet ja lausekokonaisuudet olivat analyysiyksiköitä, joita etsittiin systemaattisesti aineistosta eli aineistoa pelkistettiin ja kirjattiin. Ajatuskokonaisuudet kirjoitettiin pelkistyksiksi tiivistettyyn muotoon. Tämän jälkeen pelkistyksistä muodostettiin merkityksien mukaisia alakategorioita, jotka yhdistettiin yläkategorioiksi. (Liite 5.) Yläkategorioista muodostettiin osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaavat pääkategoriat, joita oli yhteensä 10. Pääkategoriat kuvaavat näin kvantitatiivisella tiedonkeruulla saatua aineistoa, jota osastonhoitajat laajensivat ja rikastuttivat. Analyysissä ei vertailtu eri haastatteluryhmiä toisiinsa, koska haluttiin saada tietoa kokonaisuudesta. Mainintojen määriä ei myöskään laskettu, koska ryhmähaastattelussa ryhmän vuorovaikutus saattaa vaikuttaa osallistujien halukkuuteen ottaa kantaa kustakin teemasta. (Sim 1998, Burns & Grove 2001.)

Päähaastatteluteemaan osastonhoitajien johtamistoiminnoissa useimmin esiintyneet johtamistoiminnot muodostettuun haastatteluteemaan ”*Kunnioitus ja arvostus muita kohtaan*” liittyviä pelkistyskäsitteitä oli aineistossa 9. Haastatteluteemaan ”*Luottamus ja luotettavuus*” liittyviä pelkistyskäsitteitä oli 25, haastatteluteemaan ”*Tuki ja kannustaminen*” liittyviä pelkistyskäsitteitä oli 9 ja ”*Valinnanvapauden*” 13 sekä haastatteluteemaan ”*Johtamisfilosofia ja esimerkin antaminen*” liittyviä pelkistyskäsitteitä oli 16. Päähaastatteluteemaan osastonhoitajien johtamiskäyttäytymisessä harvimminkin esiintyvät johtamistoiminnot muodostettuun haastatteluteemaan ”*Palaute*” liittyviä pelkistyskäsitteitä oli aineistossa 27. Haastatteluteemaan ”*Palkitseminen*” liittyviä pelkistyskäsitteitä oli 12 ja teemaan ”*Kyseenalastaminen ja innovatiivisuus, uusien työtapojen kokeilu ja riskien ottaminen*” liittyviä pelkistyskäsitteitä oli 20. Teemassa ”*Konkreettiset ja mitattavat tavoitteet*” liittyviä pelkistyskäsitteitä aineissa oli 14. Ryhmähaastatteluaineistosta nostettiin esille myös induktiivisesti analyysirunkoon kuulumaton teema, josta muodostettiin oma pääkategoria ”*Valmentautuminen ja tuen saaminen tehtävään*” ja siihen liittyviä pelkistyskäsitteitä oli aineistossa 24.

4.7 Eettiset näkökohdat

Tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden ja luotettavuuden arvioinnissa kiinnitetään huomiota tutkimuksen suorittamiseen hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tähän kuuluu tutkimuksen tekeminen tiedeyhteisön tunnustamilla toimintatavoilla rehellisesti sekä tutkimustyön yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta on tehty eettisesti kestävien kriteereiden mukaisesti, ja muiden tutkijoiden työ on huomioitu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta

2002.) Tutkimuksen eettisten kysymysten tarkastelu liittyy useampaan kysymykseen, jotka koskevat tiedonhankintaan, tutkittavien suojaan sekä tutkijan vastuuseen tulosten soveltamisesta. Tutkimus tuottaa tietoa ympäröivästä maailmasta tutkijan valitseman ja rajaaman tutkimusnäkökulman avulla, joka ei saa vahingoittaa tutkittavia fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tutkimuksen eettisten näkökohtien tarkastelussa on huomioitava tutkimukseen osallistuneiden ihmisten itsemääräämisoikeus, yksityisyydensuoja, anonymiteetti sekä tutkimustietojen luottamuksellisuus. Tutkijalla on vastuu tutkimuksen suorittamisesta ja tietojen analysoinnista tieteellisten periaatteiden mukaan sekä tutkimustietojen käyttämisestä sovitun suunnitelman mukaisesti. (Polit & Hungler 2004.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusnäkökulma ja rajaus kohdistuivat suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien muutosjohtajuuteen. Lupa mittarin käyttämiseen saatiin sekä mittarin toiselta kehittäjältä että kustantajalta. Tutkimusluvut anottiin erikseen kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston keräämiseen kunkin yliopistosairaalan käytännön mukaisesti. Kvantitatiivisen aineiston keräämiseksi osastonhoitajien yhteystiedot saatiin kustakin yliopistosairaalasta, ja tämä kerrottiin vastaajille kyselylomakkeen mukana lähetetyssä saatekirjeessä. Saatekirjeessä painotettiin myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja sitä, että yksittäistä vastaajaa tai osastoa ei ole mahdollista tunnistaa tuloksissa. Saatekirjeessä tuotiin esille myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus (Polit & Hungler 2004). Taustatiedoissa ei kysytty vastaajan sukupuolta, koska osastonhoitajien tiedettiin olevan pääosin naisia ja osastonhoitajina toimivat miehet olisivat saattaneet yksilöityä joukosta. Kyselylomakkeet lähetettiin valmiiksi osoittein varustetuissa vastauskuorissa suoraan tutkijalle, joka talletti vastaukset tietokantaan tilastollisia analyyseja varten. Kyselylomakkeet olivat ainoastaan tutkijan hallussa, ja ne hävitettiin aineiston tallennuksen jälkeen. Tutkimustulokset analysoitiin erilaisin tilastollisin menetelmin, joiden luotettavuutta pohditaan tutkimuksessa.

Kvalitatiivinen aineisto kerättiin ryhmähaastatteluin kolmesta yliopistosairaalasta, jotka kuuluivat niiden viiden yliopistosairaalan joukkoon, joiden osastonhoitajille oli myös aikaisemmin lähetetty LPI-mittarin itsearviointi- ja havainnoitsijakaavakkeet. Tutkimukseen osallistujille tulisi tiedottaa mahdollisuudesta, että heiltä tullaan pyytämään lisäaineistoa (Polit & Hungler 2004). Tässä tutkimuksessa kvalitatiivinen aineisto kerättiin kuitenkin vain osasta kvantitatiivisen aineiston tutkimusjoukkoa. Tiedottaminen ryhmähaastatteluista ei näin ollut mahdollista koko tutkimusjoukolle tutkimuksen ensimmäisen vaiheen eli kvantitatiivisen aineiston keruun yhteydessä.

Kvalitatiivisen aineiston keräämiseksi ryhmähaastatteluihin pyydettyjen osastonhoitajien yhteystiedot saatiin kustakin yliopistosairaalasta. Tutkija otti osastonhoitajiin yhteyttä, joko puhelimitse tai sähköpostilla ja kertoi, miten yhteystieto oli saatu, tutkimuksen taustan ja tavoitteet sekä ryhmähaastattelun suorittamisen periaatteet. Mikäli osastonhoitaja oli halukas osallistumaan haastatteluun, hänelle lähetettiin saatekirje, haastatteluteemat sekä taustatietolomake. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä siitä, ettei yksittäistä vastaajaa tai osastoa voi tunnistaa tuloksissa. Haastattelujen alussa osallistujille painotettiin sitä, että haastattelutilanne oli luottamuksellinen eikä

keskusteluista ollut syytä kertoa ulkopuolisille. Toisaalta tutkijan oli mahdoton kontrolloida osallistujien käyttäytymistä haastattelujen jälkeen. Haastattelunauhhat olivat ainoastaan tutkijan käytössä, eivätkä osallistujien nimet tai muut yhteystiedot käyneet esille nauhoitetuissa keskusteluissa. Nauhat hävitettiin sen jälkeen, kun ne oli purettu tekstiksi. Nauhoista kirjoitetut tekstit olivat ainoastaan tutkijan hallussa. Tulokset analysoitiin käyttäen sisällönanalyysia, jonka suorittaminen, tulokset ja luotettavuuden arviointi selvitetään tässä tutkimuksessa. Tiedonantajat saivat myös tarkastaa tutkijan analyysin, selventää näin tutkimuksen tarkoitusta ja tehdä analyysiin kohdistuvia kysymyksiä ja korjausehdotuksia. (Burns & Grove 2001, Polit & Hungler 2004.) Tiedonantajat eivät kuitenkaan tehneet korjauksia analyysiin.

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Taustamuuttajat

Taustamuuttajat luokiteltiin tilastollisia analyyseja varten. Taustamuuttuja ikä ryhmiteltiin yhdistämällä vastaajien ikä ryhmiin alle 30- tai 30-vuotiaat, 31-40-vuotiaat, 41-50-vuotiaat ja yli 51- vuotiaat. Osastonhoitajat (n = 294) olivat iältään 28-61- vuotiaita. Osastonhoitajien työvuodet nykyisellä osastolla ryhmiteltiin alle vuoden tai vuoden, 2-10- vuoden, 11-20- vuoden ja 21- vuoden tai sen ylittävään työskentelyaikaan osastonhoitajina. Suurin osa osastonhoitajista (n=124 eli 42 %) oli työskennellyt nykyisellä osastollaan 2-10- vuotta. Koulutuksena suurimmalla osalla osastonhoitajia (n = 294) oli sairaanhoitajan tutkinto (n = 244 eli 83 %). Nimike sairaanhoitaja sisälsi myös erikoissairanhoitajat. Sairanhoitajan tutkinto ammattikorkeakoulusta oli 2 %:lla (n = 6) osastonhoitajista. Korkeakoulututkinto oli 15 %:lla (n = 44) osastonhoitajista. Heistä 54 %:lla tutkinto oli suuntautunut hoitotieteeseen (n = 24) ja 20 %:lla terveystieteisiin (n = 9). Korkeakoulututkinnoiksi yksittäiset vastaajat ilmoittivat myös kasvatustieteen-, hallinnon- ja filosofian maisterin tutkinnot sekä humanististen tieteiden maisterin ja ekonomin tutkinnot. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Osastonhoitajien taustatiedot

Taustamuuttuja	Jakauma	N	%
Ikä	< 30 vuotta	10	4
	31-40 vuotta	28	9
	41-50 vuotta	112	38
	> 51 vuotta	144	49
Työvuodet nykyisellä osastolla	< 1 vuotta	45	15
	2-10 vuotta	124	42
	11-20 vuotta	57	19
	> 21 vuotta	18	6
Koulutus	Sairanhoitaja	244	83
	Sairanhoitaja AMK	6	2
	Korkeakoulututkinto	44	15

Osastot ryhmiteltiin liittämällä vuodeosastot, päiväosastot sekä päiväkirurgiset osastot ryhmään vuode- ja päiväosastot. Näillä osastoilla työskenteli 174 osastonhoitajaa (59 %). Leikkaus- ja anestesiaosastoista ja päiväkirurgisista leikkausosastoista muodostettiin ryhmä leikkaus- ja anestesiaosastot. Leikkaus- ja anestesiaosastoilla työskenteli 30 osastonhoitajaa (10 %). Poliklinikoilla työskenteli 69 osastonhoitajaa (23.7 %), synnytysosastoilla 1 (0,3 %) ja teho-

osastoilla 20 (7 %) osastonhoitajaa. Sairaanhoitajista työskenteli vuode- ja päiväosastoilla 783 vastaajaa (60 %), leikkaus- ja anestesiaosastoilla 129 vastaajaa (10 %), poliklinikoilla 286 (22 %) ja synnytysosastoilla 23 (2 %) sekä tehoosastoilla 85 (6 %) vastaajaa.

Sairaanhoitajat (n = 1307) olivat iältään 23-61- vuotiaita. Sairaanhoitajista (n = 1285) puolet (n = 74 eli 53 %) oli työskennellyt arvioimansa osastonhoitajan kanssa samalla osastolla 2-10 vuotta. Kahden kolmasosan tutkintona oli sairaanhoitajan tutkinto (n = 963 eli 74 %), sairaanhoitajan tutkinto ammattikorkeakoulusta oli neljäsosalla sairaanhoitajista (n = 331 eli 25 %) ja korkeakoulututkinnon suorittaneita sairaanhoitajia oli yksi prosentti (n = 13). Korkeakoulututkinnon suorittaneista 54 %:lla (n = 7) tutkinto oli suuntautunut hoitotieteeseen ja 8 %:lla terveystieteisiin (n = 1). Muiksi korkeakoulututkinnoiksi vastaajat ilmoittivat kasvatustieteen, psykologian, musiikin ja humanististen tieteiden maisterin tutkinnot. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Sairaanhoitajien taustatiedot

Taustamuuttuja	Jakauma	N	%
Ikä	< 30 vuotta	289	22
	31-40 vuotta	359	27
	41-50 vuotta	417	32
	> 51 vuotta	242	19
Työvuodet nykyisellä osastolla	< 1 vuotta	353	27
	2-10 vuotta	674	53
	11-20 vuotta	209	16
	> 21 vuotta	49	4
Koulutus	Sairaanhoitaja	963	74
	Sairaanhoitaja AMK	331	25
	Korkeakoulututkinto	13	1

5.2 Osastonhoitajien muutosjohtamisen arviointi

Osastonhoitajat tekivät itsearvioinnin LPI-mittarin 30 muuttujalla. Tuloksena saatiin osastonhoitajien johtamistoiminnoissa useimmin ja harvimminkin esiintyvät johtamistoiminnot. Tuloksina niistä raportoidaan osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaavat kymmenen yleisimmin ja kymmenen harvimminkin esiintyvää yksittäistä muuttujaa. Raportoitujen kymmenen osastonhoitajien johtamistoiminnoissa yleisimmin esiintyneen muuttujan keskiarvo oli 7.73 tai tätä suurempi, ja harvimminkin esiintyvien muuttujien keskiarvo oli 6.73 tai tätä matalampi. Osastonhoitajien itsearvioinneissa yleisin yksittäinen johtamistoiminto oli muiden kunnioittava ja arvoa antava kohtelu. Toiseksi yleisin toiminto oli lupauksista ja sitoumuksista kiinni pitäminen. Kolmanneksi yleisimmäksi johtamistoimintokseen osastonhoitajat arvioivat tekevänsä ihmisille selväksi luottamuksensa heidän kykyihinsä. Neljänneksi yleisimmin osastonhoitajat arvioivat antavansa tiimien jäsenille arvostusta ja tukea. Viidenneksi yleisimmin he arvioivat kuuntelevansa aktiivisesti erilaisia näkökantoja ja kuudenneksi yleisimmin osastonhoitajat antoivat ihmisille valinnanvaraa ja vapautta päättää työskentelytavoistaan.

Seitsemänneksi yleisin osastonhoitajien johtamistoiminto oli näyttää omalla esimerkillä, mitä odottaa muilta. Kahdeksanneksi yleisimmin osastonhoitajat arvioivat, että heillä on selvä johtamisfilosofia inhimillisten resurssien johtamisessa, ja yhdeksänneksi yleisimmin he varmistivat, että ihmiset oppivat uusia taitoja itseään kehittämällä. Kymmenenneksi yleisimmin osastonhoitajat arvioivat kehittävänsä yhteistyöhön perustuvaa vuorovaikutusta. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Osastonhoitajien itsearviointien mukaiset kymmenen useimmin esiintyvää muuttujaa

Summamuuttujat	Muuttuja	N	Keskiarvo	Keskiahajonta
Muiden valtuuttaminen toimintaan	14. Kohtelen muita kunnioittavasti ja arvoa antaen.	294	8.85	1.136
Tien näyttäminen	11. Pidän kiinni tekemistäni lupauksista ja sitoumuksista.	294	8.80	1.114
Rohkaiseminen	10. Teen ihmisille selväksi, että luotan heidän kykyihinsä.	292	8.47	1.301
Rohkaiseminen	30. Annan tiimin jäsenten pyrkimyksille runsaasti arvostusta ja tukea.	293	8.23	1.255
Muiden valtuuttaminen toimintaan	9. Kuuntelen aktiivisesti erilaisia näkökantoja.	294	8.17	1.134
Muiden valtuuttaminen toimintaan	24. Annan ihmisille paljon valinnanvaraa ja vapautta päättää miten työskentelevät.	293	8.11	1.405
Tien näyttäminen	1. Näytän omalla esimerkilläni, mitä odotan muilta.	293	7.83	1.291
Tien näyttäminen	26. Minulla on selvä johtamisfilosofia inhimillisten resurssien johtamisessa.	293	7.82	1.724
Muiden valtuuttaminen toimintaan	29. Varmistan, että ihmiset kasvavat työssään oppimalla uusia taitoja ja kehittämällä itseään.	293	7.81	1.291
Muiden valtuuttaminen toimintaan	4. Kehitän yhteistyöhön perustuvaa vuorovaikutusta niiden ihmisten kanssa, joiden kanssa työskentelen.	291	7.73	1.389

Osastonhoitajien itsearviointien mukaan heidän johtamistoiminnassaan esiintyi harvimmoin suoritusten juhlistamista uusin tavoin ja toiseksi harvimmoin palautteen pyytämistä oman käyttäytymisen vaikutuksista muiden suorituksiin. Neljänneksi harvimmoin johtamistoiminnoissa esiintyi toimintaa parantavien ja organisaation rajojen ulkopuolisten innovatiivisten toimintatapojen etsimistä ja viidenneksi harvimmoin pitkäjänteisten tavoitteiden saavuttamista yhteiseen visioon sitoutumalla. Kuudenneksi harvimmoin osastonhoitajat etsivät haastavia mahdollisuuksia, joiden avulla saattoivat testata omia taitojaan sekä kykyjään. Seitsemänneksi harvimmoin osastonhoitajat palkitsivat ihmisiä luovasti projek-

teissa ja kahdeksanneksi harvimmin loivat innostavaa tulevaisuudenkuvaa. Yhdeksänneksi harvimmin osastonhoitajat haastoivat ihmisiä kokeilemaan uusia ja innovatiivisia työtapoja. Kymmenenneksi harvimmin esiintyvä osastonhoitajien johtamistoiminto oli kokeilu ja riskien ottaminen virheiden mahdollisuuksista huolimatta (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Osastonhoitajien itsearviointin mukaiset kymmenen harvimmin esiintyvää muuttujaa

Summamuuttuja	Muuttuja	N	Keski-arvo	Keskiahajonta
Rohkaiseminen	25. Keksin uusia tapoja juhlistaa suorituksia.	290	5.87	2.26
Tien näyttäminen	16. Pyydän palautetta siitä, miten käyttäytymiseni vaikuttaa muiden suorituksiin.	292	5.91	2.24
Yhteiseen visioon innostaminen	12. Vetoan muihin, jotta he jakaisivat jännittävän haaveen tulevaisuudesta.	290	5.91	2.11
Prosessin kyseenalaistaminen	13. Etsin organisaation muodollisten rajojen ulkopuolelta innovatiivisia tapoja parantaa toimintaamme.	291	6.06	1.97
Yhteiseen visioon innostaminen	17. Näytän muille, kuinka heidän pitkän tähtäimen tavoitteensa voidaan toteuttaa sitoutumalla yhteiseen visioon.	291	6.11	1.95
Prosessin kyseenalaistaminen	3. Etsin haastavia mahdollisuuksia, joiden avulla voin testata taitojani ja kykyjäni.	287	6.26	1.89
Rohkaiseminen	15. Varmistan, että ihmiset palkitaan luovasti panostuksestaan projekteissamme.	294	6.43	2.16
Yhteiseen visioon innostaminen	7. Luon innostavaa kuvaa siitä, millainen tulevaisuutemme voisi olla.	292	6.44	1.88
Prosessin kyseenalaistaminen	8. Haastan ihmiset kokeilemaan uusia ja innovatiivisia työtapoja.	293	6.66	1.70
Prosessin kyseenalaistaminen	28. Kokeilen ja otan riskejä huolimatta virheiden mahdollisuudesta.	293	6.73	2.00

Summamuuttujien mukaan osastonhoitajien yleisin johtamistoiminto oli ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” (ka 8.02). Toiseksi yleisin summamuuttujien mukainen johtamistoiminto oli ”Tien näyttäminen” (ka 7.44) ja kolmanneksi yleisin oli ”Rohkaiseminen” (ka 7.28). Neljänneksi yleisin osastonhoitajien johtamistoiminto oli ”Yhteiseen visioon innostaminen” (ka 6.77) ja viidenneksi yleisin ”Prosessien kyseenalaistaminen” (ka 6.55).

5.2 Sairaanhoidajien arviointi osastonhoitajien muutosjohtamisesta

Sairaanhoidajat tekivät havainnoitsija-arvioinnin samoin mittarin 30 muuttujalla arvioiden oman osastonsa osastonhoitajan LPI-mittarin mukaista muutosjohtamista. Myös sairaanhoidajien havainnoitsija-arvioinneista raportoidaan osastonhoitajien johtamistoiminnassa kymmenen useimmin ja harvimmin esiintyvää johtamistoimintoa. Useimmin esiintyvien johtamistoimintojen keskiarvo oli 6.64 tai sitä suurempi ja harvimmin esiintyvien johtamistoimintojen keskiarvo 5.85 tai sitä matalampi. Sairaanhoidajat arvioivat osastonhoitajien kaikkein yleisimmäksi johtamistoiminnaksi lupauksista ja sitoumuksista kiinni pitämisen. Toiseksi yleisin osastonhoitajien johtamistoiminto oli muiden kunnioittava ja arvoa antava kohtelu, ja kolmanneksi yleisin toiminta oli osastonhoitajien kyky tehdä selväksi luottamuksensa toisiin. Sairaanhoidajat arvioivat osastonhoitajien neljänneksi yleisimmäksi johtamistoiminnaksi valinnanvaran ja työskentelyvapauden antamisen ja viidenneksi yleisimmäksi erilaisten näkökantojen aktiivisen kuuntelun. Kuudenneksi yleisin toiminta oli tiimien jäsenille annettu tuki ja arvostus, seitsemänneksi yleisin oli keskustelu niistä tulevaisuuden suuntauksista, jotka vaikuttivat työn tekemiseen, ja kahdeksanneksi yleisin ihmisten työssä kasvamisen varmistaminen uusien taitojen ja itsensä kehittämisen tukemisella. Yhdeksänneksi yleisin toiminta oli yhteistyöhön perustuvan vuorovaikutuksen kehittäminen, ja kymmenenneksi yleisin oli osastonhoitajien antama kiitos hyvin tehdystä työstä. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Sairaanhoidajien havainnoitsija-arviointien mukaiset kymmenen useimmin esiintyvää muuttujaa

Summamuuttuja	Muuttuja	N	keskiarvo	keskihajonta
Tien näyttäminen	11. Pitää kiinni tekemistään lupauksista ja sitoumuksista.	1304	7.86	1.93
Muiden valtuuttaminen toimintaan	14. Kohtelee muita kunnioittavasti ja arvoa antaen.	1305	7.78	2.07
Rohkaiseminen	10. Tekee ihmisille selväksi, että luottaa heidän kykyihinsä.	1305	7.58	2.02
Muiden valtuuttaminen toimintaan	24. Antaa ihmisille paljon valinnanvaraa ja vapautta päättää miten työskentelevät.	1305	7.31	2.19
Muiden valtuuttaminen toimintaan	9. Kuuntelee aktiivisesti näkökantoja.	1306	7.11	2.20
Rohkaiseminen	30. Antaa tiimin jäsenten pyrkimyksille runsaasti arvostusta ja tukea.	1304	7.03	2.29
Yhteiseen visioon innostaminen	2. Keskustelee niistä tulevaisuuden suuntauksista, jotka vaikuttavat siihen, miten työ	1306	7.01	2.05

	tehdään.			
Muiden valtuuttaminen toimintaan	29. Varmistaa, että ihmiset kasvavat työssään oppimalla uusia taitoja ja kehittämällä itseään.	1302	6.95	2.18
Muiden valtuuttaminen toimintaan	4. Kehittää yhteistyöhön perustuvaa vuorovaikutusta niiden ihmisten kanssa, joiden kanssa työskentelee.	1301	6.79	2.14
Rohkaiseminen	5. Antaa kiitosta toisille ihmisille hyvin tehdystä työstä.	1301	6.64	2.26

Sairaanhoitajien arvioinneissa osastonhoitajien johtamistoiminnassa tuli esille kaikkein harvimmin palautteen pyytäminen osastonhoitajan käyttäytymisen vaikutuksista muiden suorituksiin ja toiseksi harvimmin suoritusten juhlistaminen uusien tavoin. Sairaanhoitajien mukaan osastonhoitajat jakoivat kolmanneksi harvimmin jännittävän tulevaisuuden haaveen muiden kanssa, ja neljänneksi näyttivät yhteiseen visioon sitoutumalla pitkántähtäimen tavoitteiden saavuttamista sekä palkitsivat viidenneksi harvimmin ihmisiä luovasti projekteissa. Kuudenneksi harvimmin esiintyvä osastonhoitajien johtamistoiminto oli kokeilu ja riskien ottaminen ja seitsemänneksi harvimmin uusien ja innovatiivisten toimintaa parantavien tapojen etsiminen organisaation ulkopuolelta, kahdeksanneksi harvimmin osastonhoitajat etsivät taitojaan ja kykyjään testaavia mahdollisuuksia. Yhdeksänneksi harvimmin osastonhoitajat kysyivät, mitä voisi oppia kun asiat eivät suju odotetusti ja haastoivat kymmenenneksi harvimmin ihmisiä kokeilemaan uusia ja innovatiivisia työtapoja. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Sairaanhoidajien havainnoitsija-arviointien mukaiset kymmenen harvimminkin esiintyvää muuttujaa

Summamuuttuja	Muuttuja	N	keski-arvo	keskihajonta
Tien näyttäminen	16. Pyytää palautetta siitä, miten käyttäytyminen vaikuttaa muiden suorituksiin.	1303	4.55	2.53
Rohkaiseminen	25. Keksii uusia tapoja juhlistaa suorituksia.	1298	5.15	2.60
Yhteiseen visioon innostaminen	12. Vetoaa muihin, jotta he jakaisivat jännittävän haasteen tulevaisuudesta.	1295	5.16	2.45
Yhteiseen visioon innostaminen	17. Näyttää muille, kuinka heidän pitkän tähtäimen tavoitteensa voidaan toteuttaa sitoutumalla yhteiseen visioon.	1295	5.17	2.33
Rohkaiseminen	15. Varmistaa, että ihmiset palkitaan luovasti panostuksestaan projekteissamme.	1289	5.30	2.51
Prosessin kyseenalaistaminen	28. Kokeilee ja ottaa riskejä huolimatta virheiden mahdollisuuksista.	1296	5.33	2.48
Prosessin kyseenalaistaminen	13. Etsii organisaation muodollisten rajojen ulkopuolelta innovatiivisia tapoja parantaa toimintaa.	1293	5.51	2.38
Prosessin kyseenalaistaminen	3. Etsii haastavia mahdollisuuksia, joiden avulla voi testata taitojaan ja kykyjään.	1290	5.77	2.29
Prosessin kyseenalaistaminen	18. Kysyy ”Mitä voimme oppia”, kun asiat eivät suju odotetusti.	1302	5.78	2.40
Prosessin kyseenalaistaminen	8. Haastaa ihmiset kokeilemaan uusia ja innovatiivisia työtapoja.	1303	5.85	2.27

Summamuuttujien mukaan sairaanhoidajien arvioinnin mukaan osastonhoitajien yleisin johtamistoiminto oli ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” (ka 7.08) ja toiseksi yleisin ”Tien näyttäminen” (ka 6.36). Kolmanneksi yleisin johtamistoiminto oli ”Rohkaiseminen” (ka 6.33) ja neljänneksi yleisin ”Yhteiseen visioon innostaminen” (ka 5.90) ja viidenneksi yleisin ”Prosessien kyseenalaistaminen” (ka 5.77).

5.3 Osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arviointien eroavaisuudet

Osastonhoitajien itsearviointien keskiarvot olivat kaikissa johtamistoimintoja mittaavissa yksittäisissä muuttujissa suurempia kuin sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien keskiarvot. Osastonhoitajat ja sairaanhoitajat arvioivat osastonhoitajien johtamistoimintojen yksittäisten muuttujien mukaisen yleisyyden lähes samoin. Osastonhoitajien johtamisessa tuli molempien ryhmien mukaan esille useimmin muiden ihmisten kunnioittava ja arvostava kohtelu ja lupauksista kiinni pitäminen sekä osastonhoitajan luottamus muiden kykyihin. Osastonhoitajat arvioivat useammin antavansa tiimin jäsenille arvostusta ja tukea kuin sairaanhoitajat olivat havainnoineet. Molempien ryhmien mukaan osastonhoitajat kuuntelivat aktiivisesti erilaisia näkökantoja. Sairaanhoitajat arvioivat osastonhoitajien antavan ihmisille valinnanvaraa ja työskentelyvapautta useammin kuin osastonhoitajat itse arvioivat tekevänsä. Osastonhoitajat taas arvioivat näyttävänsä esimerkillään mitä odottavat muilta, mutta sairaanhoitajien arvioinneissa tämä ei tullut esille yhtä usein. Samoin osastonhoitajat arvioivat, että heillä oli selvä johtamisfilosofia inhimillisten resurssien johtamisessa, jota sairaanhoitajat eivät kuitenkaan yhtä usein tunnistanee. Molemmat ryhmät arvioivat osastonhoitajien varmistavan ihmisten työssä kasvamisen uusia taitoja oppimalla ja itseään kehittämällä. Samoin molemmat ryhmät arvioivat osastonhoitajien myös kehittävän yhteistyöhön perustuvaa vuorovaikutusta. Sairaanhoitajat arvioivat osastonhoitajien keskustelevan työn tekemiseen vaikuttavista tulevaisuuden suuntauksista sekä antavan kiitosta hyvin tehdystä työstä. Näitä johtamistoimintoja osastonhoitajat eivät kuitenkaan itse arvioineet tekevänsä yhtä usein.

Osastonhoitajat pyrkivät itsearviointiensa mukaan kaikkein harvimmin kehittämään uusia tapoja suoritusten juhlimiseksi ja sairaanhoitajien arviointien mukaan taas pyytämään palautetta toiminnastaan. Kumpikaan ryhmä ei tunnistanut osastonhoitajien johtamistoiminnoissa tulevaisuuden haaveen jakamista. Kumpikaan ryhmä ei myöskään tunnistanut osastonhoitajien johtamistoiminnassa tapaa etsiä usein organisaation ulkopuolelta innovatiivisia tapoja parantaa toimintaa. Osastonhoitajat eivät myöskään sitoneet pitkän tähtäimen tavoitteiden saavuttamista yhteiseen visioon kummankaan ryhmän arviointien mukaan, eivätkä palkinneet ihmisiä luovasti työskentelystä erilaisissa projekteissa. Osastonhoitajat arvioivat etsivänsä vähän mahdollisuuksia taitojensa testaamiseen ja sairaanhoitajat tunnistivat tämän vielä harvemmin. Osastonhoitajat arvioivat myös haastavansa ihmisiä kokeilemaan vähän uusia ja innovatiivisia työtapoja ja sairaanhoitajat arvioivat tämän vielä harvinaisemmaksi. Riskien ottaminen ja kokeilu näkyi johtamistoiminnassa useimmin osastonhoitajien mukaan kuin sairaanhoitajien. Osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioinneissa oli tilastollisesti erittäin merkitsevät erot ($p = 0.00$) kaikissa johtamistoimintoja kuvaavissa muuttujissa lukuun ottamatta muuttujaa 6 ”Käytän aikaa ja voimavaroja varmistaakseni, että ihmiset, joiden kanssa teen työtä noudattavat yhdessä sopimiamme periaatteita ja standardeja”, jossa ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.01$). (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Osastonhoitajien itsearviointien ja sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien muuttujakohtainen vertailu

Kysymyksen nro	Oh N	Keski-arvo	Keski-hajonta	Sh N	Keski-arvo	Keski-hajonta	p-arvo t-testi	p-arvo Mann-Whitney U
k1	293	7.83	1.29	1301	6.51	2.21	0.0000	0.0000
k2	294	7.65	1.46	1306	7.01	2.05	0.0000	0.0001
k3	294	6.26	1.89	1290	5.77	2.29	0.0008	0.0028
k4	292	7.73	1.51	1301	6.79	2.14	0.0000	0.0000
k5	292	7.36	1.50	1301	6.64	2.26	0.0000	0.0000
k6	294	6.87	1.77	1301	6.53	2.12	0.0105	0.0339
k7	294	6.44	1.88	1305	5.55	2.35	0.0000	0.0000
k8	292	6.66	1.70	1303	5.85	2.27	0.0000	0.0000
k9	294	8.17	1.13	1306	7.11	2.20	0.0000	0.0000
k10	292	8.47	1.30	1305	7.58	2.02	0.0000	0.0000
k11	294	8.80	1.11	1304	7.86	1.93	0.0000	0.0000
k12	290	5.91	2.11	1295	5.16	2.45	0.0000	0.0000
k13	291	6.06	1.97	1293	5.51	2.38	0.0002	0.0005
k14	294	8.85	1.14	1305	7.78	2.07	0.0000	0.0000
k15	287	6.43	2.16	1289	5.30	2.51	0.0000	0.0000
k16	292	5.91	2.24	1303	4.55	2.53	0.0000	0.0000
k17	291	6.11	1.95	1295	5.17	2.34	0.0000	0.0000
k18	293	6.74	1.88	1302	5.78	2.40	0.0000	0.0000
k19	287	7.45	1.63	1295	6.54	2.22	0.0000	0.0000
k20	293	7.32	1.82	1301	6.26	2.37	0.0000	0.0000
k21	293	7.39	1.48	1300	6.57	2.08	0.0000	0.0000
k22	291	7.60	1.39	1301	6.63	2.16	0.0000	0.0000
k23	293	6.86	1.78	1301	6.40	2.27	0.0012	0.0145
k24	293	8.11	1.41	1305	7.31	2.19	0.0000	0.0000
k25	292	5.87	2.26	1298	5.15	2.61	0.0000	0.0000
k26	293	7.82	1.72	1298	6.13	2.57	0.0000	0.0000
k27	291	6.95	1.77	1301	5.86	2.47	0.0000	0.0000
k28	293	6.73	2.00	1296	5.33	2.48	0.0000	0.0000
k29	293	7.81	1.29	1302	6.95	2.18	0.0000	0.0000
k30	293	8.23	1.25	1304	7.03	2.29	0.0000	0.0000

Osastonhoitajat ja sairaanhoitajat arvioivat summamuuttujittain osastonhoitajien johtamistoimintojen yleisyyden samoin. Molemmat ryhmät arvioivat osastonhoitajien yleisimmäksi johtamistoiminnoksi ”Muiden valtuuttamisen toimintaan” ja toiseksi yleisimmäksi johtamistoiminnoksi ”Tien näyttämisen”. Molempien ryhmien mukaan osastonhoitajien kolmanneksi yleisin johtamistoiminto oli ”Rohkaiseminen” ja neljänneksi yleisin ”Yhteiseen visioon innostaminen”. Vähiten osastonhoitajien johtamistoiminnoissa molempien ryhmien mukaan tuli esille ”Prosessien kyseenalaistaminen”. Osastonhoitajien keskiarvot olivat kaikissa summamuuttujissa korkeammat kuin sairaanhoitajien arviointien keskiarvot. Kaikissa summamuuttujien mukaisissa ryhmissä oli tilastollisesti erittäin merkitsevät erot ($p = 0.000$). (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Osastonhoitajien itsearviointien ja sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien summamuuttujakohtainen vertailu

Summamuuttuja	Oh N	Keski-arvo	Keskihajonta	Sh N	Keski-arvo	Keskihajonta	p-arvo t-testi	p-arvo Mann-Whitney U
Prosessin kyseenalaistaminen	294	6.55	1.34	1305	5.77	1.77	0.0000	0.0000
Yhteiseen visioon innostaminen	294	6.77	1.25	1307	5.90	1.83	0.0000	0.0000
Muiden valtuuttaminen toimintaan	294	8.02	0.85	1307	7.08	1.65	0.0000	0.0000
Tien näyttäminen	294	7.44	0.96	1306	6.36	1.67	0.0000	0.0000
Rohkaiseminen	294	7.28	1.14	1307	6.33	1.83	0.0000	0.0000

5.4 Taustamuuttujien yhteys osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaaviin summamuuttujiin

5.4.1 Osastonhoitajien itsearviointit

Taustamuuttujien yhteyttä osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaaviin summamuuttujiin tarkasteltiin varianssianalyysillä. Osastonhoitajien itsearviointien mukaan sairaalalla, osastonhoitajien iällä, työvuosilla, tutkinnolla tai osastotyypillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä osastonhoitajien johtamistoimintoihin. (Taulukko 16.)

Taulukossa 17 on esitetty vastaavien taustamuuttujien mukaiset summamuuttujien keskiarvot.

Taulukko 16. Sairaalan, iän, työvuosien, tutkinnon sekä osastotyyppin yhteys osastonhoitajien johtamistoimintoihin osastonhoitajien itsearviointien mukaan

Summamuuttuja	Sairaala p-arvo	Ikä p-arvo	Työvuodet p-arvo	Tutkinto p-arvo	Osastotyyppi p-arvo
Prosessin kyseenalaistaminen	0.562	0.700	0.502	0.956	0.548
Yhteiseen visioon innostaminen	0.646	0.379	0.577	0.371	0.902
Muiden valtuuttaminen toimintaan	0.581	0.516	0.374	0.025	0.234
Tien näyttäminen	0.472	0.589	0.622	0.221	0.983
Rohkaiseminen	0.685	0.743	0.311	0.095	0.677

Taulukko 17 Osastonhoitajien johtamistoimintojen yleisyys iän, työvuosien, tutkinnon sekä osastotyyppin mukaan osastonhoitajien itsearviointien mukaan

	N	Prosessin kyseenalaistaminen	Yhteiseen visioon innostaminen	Muiden valtuuttaminen toimintaan	Tien näyttäminen	Rohkaiseminen
Työskentelyvuodet						
0-1	45	6,47	6,92	8,21	7,63	7,54
2-10	124	6,64	6,76	8,00	7,44	7,18
>11	75	6,67	6,94	8,08	7,55	7,38
Ikä						
< 40	38	6,55	6,46	8,03	7,27	7,18
41-50	112	6,65	6,84	8,01	7,50	7,28
>50	144	6,47	6,80	8,03	7,44	7,32
Koulutus						
Sh	244	6,51	6,77	8,04	7,45	7,29
Sh-AMK	6	6,41	6,22	7,27	7,02	6,55
Korkeakoulu	44	6,79	6,85	8,03	7,42	7,31
Osastotyyppi						
Vuode- ja päivä	174	6,45	6,75	8,07	7,44	7,32
Leikkaus- ja anest	30	6,73	6,96	8,22	7,40	7,39
Poliklinikka	69	6,61	6,79	7,84	7,40	7,16
Synnytys	1	5,83	6,33	8,33	7,33	6,16
Teho	20	6,88	6,65	7,90	7,54	7,21

Summamuuttujat ”Muiden valtuuttaminen toimintaan”, ”Tien näyttäminen” sekä ”Rohkaiseminen” esiintyivät useimmin 0-1 vuotta työskennelleiden osastonhoitajien arvioinneissa. Summamuuttujat ”Yhteiseen visioon innostaminen” ja ”Prosessin kyseenalaistaminen” taas esiintyivät useimmin yli 11 vuotta työskennelleiden osastonhoitajien arvioinneissa. Ryhmässä 41-50- vuotiaat osaston-

hoitajat taas esiintyivät kaikki summamuuttajat muita ikäryhmiä useammin. Korkeakoulututkinnon suorittaneilla osastonhoitajilla esiintyi eniten summamuuttajia ”Prosessin kyseenalaistaminen”, ”Yhteiseen visioon innostaminen” sekä ”Rohkaiseminen”. ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” ja ”Tien näyttäminen” puolestaan esiintyivät useimmin sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneiden osastonhoitajien arvioinneissa. Osastotyyppien mukaan arvioituina esiintyi tehosastojen osastonhoitajien johtamistoiminnoissa eniten summamuuttajia ”Prosessien kyseenalaistaminen” sekä ”Tien näyttäminen. Leikkaus- ja anestesiaosastojen osastonhoitajilla esiintyi eniten ”Yhteiseen visioon innostamista” ja ”Rohkaisemista”. Synnytysosastolla esiintyi eniten ”Muiden valtuuttamista toimintaan”.

Verrattaessa eri yliopistosairaaloita summamuuttajien keskiarvojen yleisyyden perusteella esiintyi osastonhoitajien itsearvioinneissa ”Prosessien kyseenalaistamista” useimmin sairaalassa 4, ”Yhteiseen visioon innostamista” sairaalassa 3, ”Muiden valtuuttamista toimintaan” useimmin sairaalassa 1, ”Tien näyttämistä” sairaalassa 4 ja ”Rohkaisemista” sairaalassa 2. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Summamuuttajien frekvenssit, keskiarvot ja keskihajonnat sairaaloittain osastonhoitajien itsearvioinnin mukaan

Summamuuttaja	Sairaala	Frekvenssi	Keskiarvo	Keskihajonta
Prosessin kyseenalaistaminen	1	131	6.5636	1.37832
	2	48	6.6493	1.42845
	3	38	6.5263	1.24754
	4	34	6.7539	1.19930
	5	43	6.2674	1.30837
Yhteiseen visioon innostaminen	1	131	6.7729	1.26323
	2	48	6.7674	1.28030
	3	38	6.9737	1.03143
	4	34	6.8490	1.23144
	5	43	6.5488	1.35290
Muiden valtuuttaminen toimintaan	1	131	8.0748	0.80248
	2	48	8.0104	0.89086
	3	38	8.0474	0.85511
	4	34	8.0735	0.91581
	5	43	7.8279	0.92833
Tien näyttäminen	1	131	7.4206	0.96463
	2	48	7.4014	0.98744
	3	38	7.5746	0.87310
	4	34	7.6324	0.93274
	5	43	7.2713	1.02613
Rohkaiseminen	1	131	7.3385	1.14554
	2	48	7.3819	1.09424
	3	38	7.2395	1.03233
	4	34	7.2598	1.40204
	5	43	7.0659	1.07284

5.4.2 Sairaanhoidajien havainnoitsija-arvioinnit

Taustamuuttujien yhteyttä sairaanhoidajien havainnoitsija-arviointien mukaisiin osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaaviin summamuuttujiin tarkasteltiin varianssianalyysillä. Sairaanhoidajien havainnoitsija-arviointien mukaan ei taustamuuttujilla ikä tai ammattitutkinto ollut yhteyttä arvioidun osastonhoitajan johtamistoimintoja kuvaaviin summamuuttujiin. Sen sijaan taustamuuttujilla sairaala ja osastotyyppi oli tilastollisesti erittäin merkitsevät erot kaikissa summamuuttujissa ($p = 0.000$). Taustamuuttujalla sairaanhoidajien työvuodet oli tilastollisesti erittäin merkitsevät erot summamuuttujissa ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” ($p = 0.000$) sekä ”Rohkaisu” ($p = 0.005$). (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Sairaalan, iän, työvuosien, tutkinnon sekä osastotyypin yhteys osastonhoitajien johtamistoimintoihin sairaanhoidajien havainnoitsija-arviointien mukaan

Summamuuttuja	Sairaala p-arvo	Ikä p-arvo	Työvuodet p-arvo	Tutkinto p-arvo	Osastotyyppi p-arvo
Prosessin kyseenalaistaminen	0.001	0.341	0.084	0.464	0.000
Yhteiseen visioon innostaminen	0.000	0.341	0.103	0.294	0.000
Muiden valtuuttaminen toimintaan	0.002	0.342	0.000	0.044	0.000
Tien näyttäminen	0.001	0.432	0.057	0.833	0.006
Rohkaisu	0.000	0.681	0.005	0.739	0.000

Tarkasteltaessa taustamuuttujien yhteyttä osastonhoitajien johtamistyyliin havainnoitsija-arvioinneissa oli osastotyypeissä tilastollisesti erittäin merkittäviä eroja ($p = 0.000$). Osastonhoitajien johtamistoiminto ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” esiintyi useimmin kaikkien osastotyyppien osastonhoitajien johtamistoiminnoissa kun taas johtamistoiminto ”Prosessin kyseenalaistaminen” esiintyi niissä harvimmalla. (Taulukko 20.)

Vastaavat summamuuttujien keskiarvot on esitetty taulukossa 21.

Taulukko 20. Taustamuuttujan osastotyyppien yhteys osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaaviin summamuuttujiin sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien mukaan

Osastotyyppi	Prosessin kyseenalaistaminen	Yhteiseen visioon innostaminen	Muiden valtuuttaminen toimintaan	Tien näyttäminen	Rohkaisu
Vuode- ja päiväosastot	5.761	5.885	7.090	6.380	6.317
Leikkaus- ja anestesiosasto	5.244	5.399	6.478	6.055	5.905
Poliklinikat	5.974	6.085	7.169	6.348	6.526
Synnytysosastot	6.928	7.239	8.249	7.449	7.562
Teho-osastot	5.683	5.832	7.298	6.375	6.129
p-arvo	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Taulukko 21. Osastonhoitajien johtamistoimintojen yleisyys sairaalan, iän, työvuosien, tutkinnon sekä osastotyyppien mukaan sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien mukaan

	N	Prosessin kyseenalaistaminen	Yhteiseen visioon innostaminen	Muiden valtuuttaminen toimintaan	Tien näyttäminen	Rohkaisu
Työskentelyvuodet						
0-1	353	5,86	6,02	7,28	6,49	6,45
2-10	674	5,77	5,91	7,11	6,34	6,35
>11	258	5,61	5,71	6,69	6,19	6,08
Ikä						
< 40	648	5,73	5,87	7,15	6,35	6,29
41-50	417	5,74	5,84	6,96	6,28	6,31
>50	242	5,93	6,07	7,08	6,50	6,46
Koulutus						
Sh	963	5,78	5,92	7,03	6,35	6,33
Sh-AMK	331	5,70	5,80	7,23	6,37	6,30
Korkeakoulu	13	6,28	6,51	7,01	6,55	6,85
Osastotyyppi						
Vuode- ja päivä	783	5,76	5,88	7,08	6,38	6,31
Leikkaus- ja anest	129	5,24	5,39	6,47	6,05	5,90
Poliklinikka	286	5,97	6,08	7,16	6,34	6,52
Synnytys	23	6,92	7,23	8,24	7,44	7,56
Teho	85	5,68	5,83	7,29	6,37	6,12

Sairaanhoitajat, jotka olivat työskennelleet 0-1 vuotta arvioimiensa osastonhoitajien kanssa samalla osastolla, arvioivat näiden useimmin käyttävän kaikkia johtamistoimintoja ”Prosessin kyseenalaistaminen”, ”Yhteiseen visioon innostaminen”, ”Tien näyttäminen” ja ”Rohkaisu”. Summamuuttuja ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” esiintyi osastonhoitajien johtamistyylinä useimmin yli 11 vuotta työskennelleiden sairaanhoitajien arvioinneissa. Iältään yli 51- vuo-

tiat sairaanhoitajat arvioivat osastonhoitajien johtamistyyliksi useimmin ”Prosessin kyseenalaistamisen”, ”Yhteiseen visioon innostamisen”, ”Tien näyttämisen” sekä ”Rohkaisemisen”. Alle 40-vuotiaat sairaanhoitajat arvioivat osastonhoitajien johtamistyyliksi useimmin ”Muiden valtuuttamisen toimintaan”. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden sairaanhoitajien arvioinneissa esiintyivät useimmin kaikki muut summamuuttujat paitsi ”Muiden valtuuttaminen toimintaan”, joka esiintyi useimmin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneiden sairaanhoitajien vastauksissa. Synnytysosastoilla työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat kaikkien summamuuttujien esiintyvän osastonhoitajien johtamistyyllissä useammin kuin muiden osastojen sairaanhoitajat.

Verrattaessa toisiinsa eri yliopistosairaaloita summamuuttujien keskiarvojen yleisyyden perusteella sairaanhoitajien havainnoitsija-arvioinneissa esiintyivät kaikki osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaavat summamuuttujat useimmin yliopistosairaalassa 3. (Taulukko 22.)

Taulukko 22. Summamuuttujien frekvenssit, keskiarvot ja keskihajonnat sairaaloittain sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien mukaan

Summamuuttuja	Sairaala	Frekvenssi	Keskiarvo	Keskihajonta
Prosessin kyseenalaistaminen	1	534	5.6988	1.79024
	2	231	5.8964	1.76524
	3	196	6.2175	1.73853
	4	167	5.5860	1.77312
	5	177	5.5266	1.62458
Yhteiseen visioon innostaminen	1	535	5.7705	1.85301
	2	231	6.0064	1.81488
	3	196	6.4600	1.78910
	4	167	5.8244	1.83916
	5	178	5.6180	1.69786
Muiden valtuuttaminen toimintaan	1	535	7.0657	1.66750
	2	231	7.1411	1.64019
	3	196	7.4303	1.59458
	4	167	7.0144	1.72378
	5	178	6.7343	1.54986
Tien näyttäminen	1	534	6.2490	1.69443
	2	231	6.4568	1.71490
	3	196	6.7733	1.62836
	4	167	6.3527	1.64124
	5	178	6.1202	1.49994
Rohkaiseminen	1	535	6.3036	1.83997
	2	231	6.5003	1.72561
	3	196	6.7560	1.80142
	4	167	6.1104	1.87709
	5	178	5.9464	1.78730

Logistisia regressioanalyseja varten muodostettiin summamuuttujista kaksiluokkaiset vastemuuttujat. Summamuuttujat luokiteltiin yläkvartiiliin ja muihin, joten malli selittää sitä, mitkä tekijät vaikuttavat parempien arviointien saamiseen johtamisen eri osa-alueilla. Selittävät taustamuuttujat ovat sairaala, osastotyyppi sekä arvioivan sairaanhoitajan koulutustaso ja työvuodet. Käytetyissä

malleissa nämä selittäjät ovat toistensa suhteen vakioituja. Osastonhoitajaryhmässä ei ollut vastemuuttujien ja selittävien taustamuuttujien suhteen eroja. Osastonhoitajien johtamistoiminnoissa havaittiin sairaanhoitajaryhmän arviointien perusteella eroja sekä sairaaloiden että osastotyyppien välillä. Sairaanhoitajan koulutustasolla ja työvuosilla ei taas ollut merkitystä minkään summamuuttujan kohdalla. Riskisuhde ”Odds ratio”, OR ilmaisee tapahtuman esiintymisen todennäköisyyden, tässä siis summamuuttujan yläkvartiiliin kuulumisen todennäköisyyden viiteluokkaan verrattuna. (Munro 1997).

Sairaala 3 ja synnytysosastot erottuivat muista. Sairaalassa 3 osastonhoitajien johtamisessa esiintyi yläkvartiiliin kuuluva arvio summamuuttujassa ”Prosessin kyseenalaistaminen” 2.9 -kertaisella todennäköisyydellä verrattuna viiteryhmänä käytettyyn sairaalaan 5. Tämän summamuuttujan positiivinen arvio esiintyi 4.8 -kertaisella todennäköisyydellä synnytysosastoilla verrattuna viiteryhmänä käytettyihin teho-osastoihin.

Sairaalassa 3 esiintyi summamuuttujan ”Yhteiseen visioon innostaminen” yläkvartiiliin kuuluva arvio 3.2 -kertaisella todennäköisyydellä viitesairaalaan ja synnytysosastoilla 8.5 -kertaisella todennäköisyydellä teho-osastoihin verrattuna.

Positiivinen arvio summamuuttujalla ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” esiintyi 3.3 -kertaisella todennäköisyydellä sairaalassa 3 ja synnytysosastoilla 5.9 -kertaisella todennäköisyydellä viiteluokkiin verrattuna.

Summamuuttujalla ”Tien näyttäminen” vastaavat yläkvartiiliin kuuluvat arviot olivat sairaalassa 3 2.5 ja synnytysosastoilla 3.6 kertaa viiteluokkia todennäköisempiä.

Summamuuttujan ”Rohkaiseminen” yläkvartiiliin kuuluva arvio esiintyi sairaalassa 3 3.9 -kertaisella ja synnytysosastoilla 10.2 -kertaisella todennäköisyydellä viiteluokkiin nähden.

Johtamisarvioiden ei voi päätellä riippuvan sairaanhoitajien henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyvistä taustamuuttujista. Osastotyypit ja sairaalat sen sijaan erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. (Taulukko 23.)

Taulukko 23. Vastemuuttujien sekä selittävien taustamuuttujien sairaalan ja osastotyyppin yhteys osastonhoitajien johtamistyyliin sairaanhoitajien kuvaamana

Summamuuttuja	taustamuuttuja	B	S.E	Sig	OR	CI 95 %	
						lower	upper
Prosessin kyseenalaistaminen predicted-observed 1 %	sairaala			0.000			
	sairaala 1	0.497	0.237	0.036	1.644	1.033–2.615	
	sairaala 2	0.691	0.264	0.009	1.996	1.191–3.348	
	sairaala 3	1.077	0.263	0.000	2.936	1.754–4.912	
	sairaala 4	0.308	0.289	0.286	1.361	0.773–2.396	
	osasto (teho-os) vuode ja päivä	0.191	0.311	0.539	1.211	0.658–2.228	
	leikkaus- ja anes	0.036	0.375	0.923	1.037	0.497–2.160	
	poliklinikka	0.726	0.326	0.026	2.066	1.090–3.917	
	synnytys	1.569	0.520	0.003	4.800	1.731–13.311	
	Yhteiseen visioon innostaminen predicted-observed 6.6 %	sairaala			0.000		
sairaala 1		0.406	0.227	0.074	1.501	0.962–2.341	
sairaala 2		0.663	0.253	0.009	1.940	1.181–3.188	
sairaala 3		1.190	0.251	0.000	3.286	2.008–5.376	
sairaala 4		0.479	0.271	0.077	1.615	0.949–2.749	
osasto (teho-os) vuode ja päivä		0.385	0.319	0.226	1.470	0.787–2.745	
leikkaus- ja anes		0.341	0.373	0.360	1.406	0.677–2.921	
poliklinikka		0.833	0.333	0.012	2.301	1.197–4.423	
synnytys		2.146	0.534	0.000	8.555	3.001–24.382	
Muiden valtuuttaminen toimintaan predicted-observed 3.9 %		sairaala			0.000		
	sairaala 1	0.557	0.225	0.013	1.745	1.122–2.713	
	sairaala 2	0.520	0.257	0.043	1.682	1.017–2.782	
	sairaala 3	1.207	0.251	0.000	3.344	2.044–5.472	
	sairaala 4	0.336	0.277	0.225	1.399	0.813–2.406	
	osasto (teho-os) vuode ja päivä	0.157	0.284	0.581	1.170	0.670–2.042	
	leikkaus- ja anes	-0.534	0.370	0.149	0.586	0.284–1.210	
	poliklinikka	0.359	0.303	0.236	1.433	0.790–2.596	
	synnytys	1.783	0.516	0.001	5.945	2.163–16.340	
	Tien näyttäminen predicted-observed 2.2 %	sairaala			0.000		
sairaala 1		0.174	0.210	0.408	1.190	0.788–1.795	
sairaala 2		0.586	0.235	0.012	1.797	1.135–2.846	
sairaala 3		0.930	0.236	0.000	2.535	1.596–4.026	
sairaala 4		0.404	0.253	0.109	1.498	0.913–2.458	
osasto (teho-os) vuode ja päivä		-0.024	0.266	0.929	0.976	0.579–1.646	
leikkaus- ja anes		-0.497	0.339	0.142	0.608	0.313–1.181	
poliklinikka		0.162	0.286	0.571	1.176	0.672–2.060	
synnytys		1.289	0.498	0.010	3.630	1.369–9.624	
Rohkaiseminen Predicted-observed 3.1 %		sairaala			0.000		
	sairaala 1	0.657	0.239	0.006	1.930	1.208–3.084	
	sairaala 2	0.719	0.268	0.007	2.053	1.215–3.468	
	sairaala 3	1.379	0.263	0.000	3.969	2.372–6.642	
	sairaala 4	0.578	0.285	0.043	1.783	1.019–3.120	
	osasto (teho-os) vuode ja päivä	0.823	0.352	0.019	2.277	1.142–4.539	
	leikkaus- ja anes	0.403	0.413	0.329	1.496	0.666–3.359	
	poliklinikka	1.071	0.368	0.004	2.919	1.420–6.002	
	synnytys	2.325	0.551	0.000	10.228	3.475–30.100	

B = standardoimattomien kerrointen arvot, S.E =keskivirhe, Sig = p-arvo, OR = Odds ratio (selittävän muuttujan eri luokkien vaikutus vastemuuttujan todennäköisyyteen), CI 95 % = 95 %:n luottamusväli.

5.5 Faktorianalyysin tulokset

Faktorianalyysi tehtiin tarkoituksena vastata tutkimuskysymykseen LPI-mittarin rakenteen sopivuudesta suomalaisen aineistoon. Faktorianalyysi tehtiin pääkomponenttianalyysinä (Principal component analysis), jossa pyrittiin selittämään kohteena olevien muuttujien kokonaisvaihtelun luonne. Analyysissä käytettiin suorakulmaista rotaatiota (Varimax rotation). Tavoitteena oli minimoida ei-havaittujen muuttujien lukumäärää. Rotaatiolla pyrittiin faktorirakenteen yksinkertaistamiseen eli saamaan mahdollisimman selkeä faktorirakenne. (Burns & Grove 2001.) Faktorilatauksen ala-arvona käytettiin 0.50 samoin kuin mittarin faktorirakennetta tarkastelleissa aikaisemmissa tutkimuksissa (Tourangeau & McGilton 2004). Suositeltu ala-arvo on 0.30 (Burns & Grove 2001).

Osastonhoitaja-aineistosta ei saatu kelvollisia faktoreita, koska rakenne muodostui hajanaiseksi. Faktoreissa oli sekä negatiivisia että positiivisia latauksia, jolloin faktorit olivat kaksidimensioisia ja nämä ääripäät edustivat toisilleen vastakkaisia ulottuvuuksia (Burns & Grove 2001). Osastonhoitaja-aineistossa ei myöskään toiminut rotaatio (Varimax with Kaiser Normalization). (Liite 4.) Sairaanhoitajien havainnoitsija-arvioinneista (n = 1307) sen sijaan muodostui kolme faktoria, joiden rakenne poikkesi Posnerin ja Kouzesin (1993) raportoiman viisifaktorisen mallin rakenteesta. Tuloksena saatiin kolmifaktorinen malli. (Taulukko 24.)

Taulukko 24. Sairaanhoitaja-aineistosta muodostetut faktorit

Muuttujan numero	LPI-mittarin johtamistoiminto	Faktori 1 ”Tulevaisuussuuntautunut johtaminen”	Faktori 2 ”Ihmisiä arvostava johtaminen”	Faktori 3 ”Johtamisen perusta”
7 12 17 27	”Yhteiseen visioon innostaminen”	0.65 0.71 0.66 0.53		
3 8 13 28	”Prosessien kyseenallistaminen”	0.55 0.67 0.72 0.71		
15 25	”Rohkaisuaminen”	0.63 0.63		
16	”Tien näyttäminen”	0.58		
5 10	”Rohkaisuaminen		0.58 0.70	

20			0.71	
30			0.56	
4			0.52	
9	”Muiden valtuuttaminen toimintaan”		0.68	
14			0.76	
19			0.69	
24			0.72	
11		”Tien näyttäminen”		0.57
1				0.61
6				0.71
21				0.54
2	”Yhteiseen visioon innostaminen”			
22				0.57
23	”Prosessien kyseenalaistaminen”			0.70

Ensimmäiseen uuteen faktoriin 1 latautui LPI-mittarista 11 muuttujaa (3, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 25, 27, 28). Kaksi muuttujaa (18. ”Kysyn ”Mitä voimme oppia, kun asiat eivät suju odotetusti”, 26. ”Minulla on selvä johtamisfilosofia ihmisten resurssien johtamisessani”) jäivät alle 0.50 latauksen (0.49, 0.47) ja ne jätettiin pois. Uuteen faktoriin latautui neljä muuttujaa (7, 12, 17, 27) Posnerin ja Kouzesin (1993) LPI-mittarin johtamistoiminnosta ”Yhteiseen visioon innostaminen”. Neljä muuttujaa (3, 8, 13, 28) kuuluivat Posnerin ja Kouzesin (1993) johtamistoimintoon ”Prosessien kyseenalaistaminen” ja kaksi muuttujaa (15, 25) kuului toimintoon ”Rohkaisu” sekä yksi muuttuja (16) toimintoon ”Tien näyttäminen”. Uusi faktori nimettiin ”*Tulevaisuussuuntautuneeksi johtamiseksi*” koska sen sisältö kuvasti visiointia, innovatiivisuutta sekä palkitsemista. (Taulukko 25.)

Taulukko 25. Sairaanhoidaja-aineistosta muodostetun faktorin ”Tulevaisuus-suuntautunut johtaminen” muodostaminen

Muuttujan numero	Lataus	Posner & Kouzes LPI-mittarin johtamistoiminto	Lataus
7	0.65	”Yhteiseen visioon innostaminen	0.70
12	0.71		0.43
17	0.66		0.60
27	0.53		0.48
3	0.55	”Prosessien kyseenalaistaminen”	0.47
8	0.67		0.71
13	0.72		0.59
28	0.71		0.51
15	0.63	”Rohkaiseminen”	0.71
25	0.63		0.75
16	0.58	”Tien näyttäminen”	0.64

Toiseen uuteen faktoriin 2 latautui kymmenen LPI-mittarin muuttujaa (4, 5, 9, 10, 11, 14, 19, 20, 24, 30). Neljä muuttujaa (5, 10, 20, 30) kuului Posnerin ja Kouzesin (1993) johtamistoimintoon ”Rohkaiseminen” ja viisi (4, 9, 14, 19, 24) toimintoon ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” sekä yksi (11) toimintoon ”Tien näyttäminen”. Uusi faktori 2 nimettiin ”Ihmisiä arvostava johtaminen” koska se kuvasti tukemista, arvostamista sekä yhteistyötä. (Taulukko 26.)

Taulukko 26. Sairaanhoidaja-aineistosta muodostetun faktorin ”Ihmisiä arvostava johtaminen” muodostaminen

Muuttujan numero	Lataus	Posner & Kouzes LPI-mittarin johtamistoiminto	Lataus
5	0.58	”Rohkaiseminen”	0.73
10	0.75		0.70
20	0.51		0.71
30	0.71		0.56
4	0.52	”Muiden valtuuttaminen toimintaan”	0.37
9	0.68		0.52
14	0.76		0.46
19	0.69		0.38
24	0.72		0.40
11	0.57	”Tien näyttäminen”	0.56

Kolmanteen uuteen faktoriin 3 latautui kuusi muuttujaa (1, 2, 6, 21, 22, 23). Yksi muuttuja (29. ”Varmistan, että ihmiset kasvavat työssään oppimalla uusia

taitoja ja kehittämällä itseään”) jäi alle 0.50 latauksen (0.44) ja se jätettiin pois. Uuteen faktoriin latautui kolme muuttujaa (1, 6, 21) Posnerin ja Kouzesin (1993) toiminnosta ”Tien näyttäminen”, kaksi muuttujaa (2, 22) toiminnosta ”Yhteiseen visioon innostaminen” ja yksi muuttuja (23) toiminnosta ”Prosessien kyseenalaistaminen”. Kolmas faktori nimettiin ”*Johtamisen perusta*” koska se kuvasti tavoitteellisuutta sekä yhteisten toimintaperiaatteiden ja arvojen mukaista toimintaa. (Taulukko 27.)

Taulukko 27. Sairaanhoidaja-aineistosta muodostetun faktorin ”Johtamisen perusta” muodostaminen

Muuttujan numero	Lataus	Posner & Kouzes LPI-mittarin johtamistoiminto	Lataus
1	0.61	”Tien näyttäminen”	0.57
6	0.71		0.41
21	0.54		0.39
2	0.58	”Yhteiseen visioon innostaminen”	0.66
22	0.57		0.51
23	0.53	”Prosessien kyseenalaistaminen”	0.70

5.6 LPI-mittarin johtamistoimintojen kuvaukset osastonhoitajien mukaan

Osastonhoitajat laajensivat ja rikastuttivat LPI-mittarin mukaisia johtamistoimintojaan. Osastonhoitajien johtamistoimintaan ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” kuuluvista useimmin esiintyneistä yksittäisistä muuttujista muodostetussa teemassa ”Kunnioitus ja arvostus muita kohtaan” osastonhoitajat kuvasivat olevansa *harkitsevia toimijoita*. Tämä pääkategoria muodostui yläkategorioista lähtökohdat ja toiminta. Lähtökohtia olivat työntekijöiden yksilöllisyyden huomiointi sekä harkittu suhtautuminen ihmisiin, joka ilmeni kiinnostuksena ja kaikkien huomiointina. Osastonhoitajien toiminta perustui konkreettisiin keinoihin, joita olivat vastuun antaminen työntekijöille, töiden delegointi sekä työntekijöiden työtehtävien laajentaminen. Osastonhoitajien asenteellisia keinoja olivat työntekijöiden arvostamisen jatkuva esille tuominen sekä heidän persoonansa kunnioittaminen pitämällä ihmisten työtehtävät sekä mielipiteet erillään. (Taulukko 28.)

Taulukko 28. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Kunnioitus ja arvostus muita kohtaan”

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Työntekijöiden yksilöllisyys Harkittu suhtautuminen ihmisiin.	Lähtökohdat	Harkitseva toimija.
Konkreettiset keinot Asenteelliset keinot.	Toiminta	

Osastonhoitajien johtamistoimintoja ”Rohkaisu” ja ”Tien näyttäminen” kuuluvista yksittäisistä muuttujista muodostettu toinen teema luottamus ja luotettavuus tarkoitti osastonhoitajien johtamistoiminnassa *osallistuvaa ja tavoitettavaa johtajuutta*. Tämä pääkategoria muodostui yläkategorioista toimintarohkeus, itsetuntemus ja läsnäolo. Toimintarohkeutta osastonhoitajat kuvasivat työntekijöiden puolustamisena, vastuullisuutena ja jämäkkyyttenä. Puolustaminen tarkoitti osastonhoitajien toimintaa työntekijöiden puolesta sekä tukena toimimisena vaikeissa tilanteissa. Vastuullisuus tarkoitti osastonhoitajien omien päätösten perustelemista ja vastuun ottamista niistä sekä oman työnsä hoitamista. Osastonhoitajat osoittivat jämäkkyyttä pikaisella asioihin puuttumisella, lupauksen pitämällä ja toisaalta rajojen asettamisella omalle toiminnalleen. Osastonhoitajat kuvasivat tarvitsevansa itsetuntemusta, joka koostui käytännön hoitotaidon rajallisuuden tunnustamisesta sekä rehellisyydestä. Osastonhoitajat eivät ottaneet vastuuta niistä käytännön hoitotoimenpiteistä, joita eivät hallinneet ja antoivat toisaalta työntekijöille työrauhan tehdä hoitotyötä. Rehellisyys tarkoitti osastonhoitajien kykyä tunnustaa omat erehdyksensä sekä näyttää ajoittain pettymyksensä menettämättä silti luottamustaan työntekijöihin. Läsnäolo oli osastonhoitajien mukaan kanssakulkemista, mutta he ilmaisivat työn hajanaisuuden estävän tätä. Hajanaisuutta toivat osaston ulkopuoliset ja hallinnolliset velvoitteet. Osastonhoitajat kuvasivat olevansa etuoikeutettuja, mikäli saivat olla mukana työntekijöiden arjessa ja työskennellä koko työpäivän osastolla. (Taulukko 29.)

Taulukko 29. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Luottamus ja luotettavuus”

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Työntekijöiden puolustaminen Vastuullisuus Jämäkkyys.	Toimintarohkeus	
Käytännön hoitotaidon rajallisuus Rehellisyys.	Itsetuntemus	Osallistuja ja tavoitettava johtaja.
Kanssakulkeminen Hajanaisuus.	Läsnäolo	

Johtamistoiminnoista ”Rohkaisu” ja ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” kuuluvista ja usein esiintyvistä muuttujista muodostettu teema tuki ja kannustaminen tarkoitti osastonhoitajia *realistisina toimijoina*. Tämä pääkategoria koostui yläkategorioista ammatillinen johtamisen taito ja toiminnan esteet. Osastonhoitajien ammatillinen johtamisen taito perustui herkkyyteen ja esimiesase-

maan. Herkkyys tarkoitti sitä, että osastonhoitajat tunnustelivat työntekijöiden mielialoja ja pyrkivät ajoittamaan työntekijän joko itse ilmaiseman tai havaitsemaansa tuen antamisen oikein. Tuen antaminen työntekijöille oli osastonhoitajien kuvausten mukaan heidän oikeutensa ja tapa osoittaa kunnioitusta työntekijöitä kohtaan vaikeissa tilanteissa. Osastonhoitajat kuvasivat tuen ja kannustamisen esteiksi konkreettisten työkalujen sekä vastavuoroisuuden puutteen. Osastonhoitajat eivät mielestään voineet tukea konkreettisesti työntekijöiden kouluttautumisesta, hankittujen tutkintojen hyödyntämistä tai erinomaista työsuoritusta. Toisaalta työntekijöiden aloitteellisuus tuen saamiseen osastonhoitajalta ja avoin keskustelu tuen tarpeesta oli vähäistä. (Taulukko 30.) Eräs osastonhoitaja kuvasi vastavuoroisuuden puutetta seuraavasti:

”Sekin tapa, millä tavalla työntekijä käyttää esimiestä hyväkseen. Että olis sellasta jatkuvaa keskustelua. Että mun ei tarvis lypsää mitä kuuluu”.

Taulukko 30. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria muuttujassa arvostus ja teemassa ”Tuki ja kannustaminen”

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Herkkyys Esimiesasema.	Ammatillinen johtamisen taito	
Konkreettisten työkalujen puute Vastavuoroisuuden puute.	Toiminnan esteet	Realistinen toimija.

Johtamistoimintaan ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” kuuluvista muuttujista muodostettua teemaa valinnanvapaus osastonhoitajat kuvasivat *toimintana osastokohtaisina sovittelijoina*. Tämä pääkategoria koostui yläkategorioista työntekijä- sekä potilas- ja organisaatiolähtöisyys. Työntekijälähtöisyys tarkoitti heidän yksilöllisyytensä huomioon otamista kunkin kokemuksen, oman toiminnan laajentamishalun sekä potilaiden kohtaamistavat huomioiden. Työntekijälähtöisyyteen liittyi myös organisointi, jonka avulla osastonhoitajat kuvasivat mahdollisuutta antaa työntekijöille valinnanvaraa työn suorittamiseen työvuorosuunnittelun tai vuosiloma-aikojen suunnittelun kautta. Potilas- ja organisaatiolähtöisyys oli osastonhoitajien mukaan sekä rajoitus että mahdollisuus. Mahdollisuus se oli silloin, kun osastonhoitajat kykenivät antamaan työntekijälle valinnanvaraa heidän ammatillisuutensa laajentuessa potilaslähtöisesti. Tämä tarkoitti osastonhoitajien toimintaa työntekijöiden ammatillisen kapea-alaisuuden ehkäisemisessä ja pyrkimyksessä lisätä heidän ammatillista ja asenteellista joustavuuttaan. Osastonhoitajien valinnanvapautta rajoittivat osastolle tulevien potilaiden hoitoisuus ja määrä, koska näihin osastonhoitajat eivät voineet vaikuttaa päivystävissä sairaaloissa. Osastonhoitajien valinnanvapautta rajoitti myös osaston ulkopuolinen toiminnan ohjaus, kuten henkilökunta- ja materiaaliresurssien määrättyminen sekä erilaisten kehittämishankkeiden käyttöönotto (liite 5). (Taulukko 31.) Eräs osastonhoitaja kuvasi arkielämän valinnanvapauden toteutumista seuraavasti:

Työ on tehtävä, siinä ei valinnanvapautta ole mutta saa vapaat raamit tehdä työtä miten katsoo parhaaksi.”

Taulukko 31. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Valinnanvapaus”

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Työntekijöiden yksilöllisyys Työn organisointi.	Työntekijälähtöisyys	
Ammatillisuuden laajentaminen potilaslähtöisesti Potilaiden hoitoisuus ja määrä Ulkopuolinen toiminnan ohjaus.	Potilas- ja organisaa- tiolähtöisyys	Osastokohtainen sovittelija.

Johtamistoimintoon ”Tien näyttäminen” kuuluvista muuttujista muodostettu teeman johtamisfilosofia ja esimerkin antaminen tarkoitti osastonhoitajien kuvauksissa toimintaa *suunnitelmallisena esimiehenä*. Tämä pääkategoria koostui yläkategorioista oman johtamistyö perusta ja toimintaedellytysten turvaaminen. Oman johtamistyön perusta tarkoitti osastonhoitajien arvojen ja tietoon perustuvan työn ytimen esille nostamista. Toimintaedellytysten turvaaminen tarkoitti osastonhoitajien johtamistoiminnassa jatkuvuutta ja valmentajuutta. Jatkuvuus ilmeni osastonhoitajien harkittuna ja myönteisenä asenteena uudistuksiin, erikäisten työntekijöiden osaamisen hyödyntämisenä sekä yhteistyön edistämisenä. Valmentajuudella osastonhoitajat tarkoittivat luottamusta työntekijöiden itseohjautuvuuteen ja kykyyn suoriutua työtehtävistä sekä negatiivisuuden häivyttämistä työyhteisöstä. (Taulukko 32.)

Taulukko 32. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Johtamisfilosofia ja esimerkin antaminen”

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Arvot Tietoon perustuva työn ydin.	Oman johtamistyön perusta	
Jatkuvuus Valmentajuus.	Toimintaedellytysten turvaaminen	Suunnitelmallinen esimies.

Osastonhoitajien johtamistoiminnoissa harvimminkin esiintyneistä toimintoon ”Tien näyttäminen” kuuluvista muuttujista muodostettiin teema palaute. Osastonhoitajat kuvasivat olevansa sekä palautteen antajia että vastaanottajia. Osastonhoitajat kuvauksista muodostettiin pääkategoria *työn tekemisen ja yhteistoiminnan edistäjä*. Tämä pääkategoria muodostui yläkategorioista palautteen kiinnittyminen arjen työhön, ammatillisuuden säilyttäminen ja vahvuus esimiehenä palautteen antamisessa ja saamisessa sekä arjen työn valvonta palautteen avulla. Osastonhoitajien työntekijöille antama palaute kiinnittyi arjen työhön silloin, kun se oli realistista ja monipuolista. Osastonhoitajat pyrkivät takaamaan ammatillisuuden säilyttämistä osoittamalla kunnioitusta palautteen saajaa kohtaan positii-visesti hänen osaamistaan varmistaen sekä korostaen hyvien asioiden merkitystä sekä työntekijässä että työyhteisössä. Vahvuus esimiehenä tarkoitti palautteen antamisen molemminpuolisuutta. Osastonhoitajat kokivat jäävänsä usein ilman palautetta varsinkin ylimääräisistä ponnisteluistaan osastolla. Palautteen antaminen työntekijöille taas edellytti osastonhoitajilta epävarmuuden sietoa, koska he eivät aina työskennelleet työntekijöiden kanssa käytännön työssä ja saivat näin työntekijästä palautetta muilta tahoilta. Osastonhoitajat kuvasivat palautteen avulla myös arjen työn valvontaa, joka tarkoitti osastonhoitajien uskallusta, työrauhan säilyttämistä ja muistuttamista. Uskallus merkitsi osastonhoitajien kykyä viedä asioita loppuun ja käsitellä myös negatiivisia asioita suoraan sekä sen sietämistä, että johtamisen roolissa ei aina voi olla yksittäisten työntekijöiden mielestä mukava ja miellyttävä. Palaute liittyi työrauhaan silloin, kun osastonhoitajien oli puututtava joko epäasialliseen potilashoittoon, potilaiden kohteluun tai työntekijöiden keskinäiseen huonoon käyttäytymiseen. Muistuttaminen oli osa palautteen antamista silloin, kun osastonhoitajat huolehtivat sovittujen työmallien ja käyttäytymismallien mukaisesta toiminnasta ja korostivat yhteisvastuuta arjen työssä. (Taulukko 33.) Osastonhoitajat kuvasivat palautteen antamista seuraavasti:

”Millai sen saa rakentavaan muotoon ettei toinen lukita? Mä oon alkuai-koina antanut negatiivista palautetta ja meni välit työntekijän kanssa ja ne ei koskaan korjaannu”.

”Joskus huomaan, että katson liian pitkään tilannetta. Kun mä haluaisin, että se olisi niin ideaalista, että ihminen niin kuin oivaltaisi itte. Mutta se väli on mulla joskus liian pitkä”.

Taulukko 33. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Palaute”

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Realistisuus Monipuolisuus.	Arjen työhön kiinnittyminen	
Kunnioitus Positiivisuus.	Ammatillisuuden säilyttäminen	Työn tekemisen ja yhteistoiminnan edistäjä.
Molemminpuolisuus Epävarmuuden sieto.	Vahvuus esimiehenä	
Uskallus Työrauha Muistuttaminen.	Arjen työn valvonta	

Johtamistoiminnosta ”Rohkaisu” muodostettu teema palkitseminen tarkoitti osastonhoitajien kuvauksissa *mahdollisuuksien ja keinojen rajallisuuden hyväksymistä*. Tämä pääkategoria muodostui yläkategorioista toimintamahdollisuudet ja toimintaihanteet. Toimintamahdollisuuksia olivat työntekijöiden palkitseminen konkreettisin keinoin, kuten koulutusmatkoin tai tuntijärjestelyin mahdollistetuin vapaapäivin. Osastonhoitajat kuvasivat palkitsemiskeinoksi myös mahdollisuuden vaikuttaa työvuoroihin. Ei-konkreettisia palkitsemiskeinoja olivat työntekijöiden innostaminen ammatilliseen kehittymiseen ilman palkkiota tai ”palkitsemisen” lisätyöllä ja -vastuulla koulutuksen jälkeen. Toimintaihanteiden taustalla olivat osastonhoitajien konkreettisten keinojen vähäisyys, kuten ylimääräisen rahakorvauksen, peruspalkkaan vaikuttamisen tai palkkaan sidotun urakehityksen mahdollistuminen. Osastonhoitajien palkitsemishaaveita olivat mahdollisuus vaikuttaa työntekijöiden palkkaan tai antaa enemmän vapaa-aikaa. Palkitsemiskeinoiksi kuvattiin myös mahdollisuudet lisätä henkilökunnan määrää tai vaikuttaa hoidettavien potilaiden määrään, koska näin yksittäisen työntekijän työtaakkaa olisi voinut helpottaa. (Taulukko 34.) Eräs osastonhoitaja kuvasi palkitsemishaavetta seuraavasti:

”Jos voitaisin lotossa, palkkaisin vakiyökön”.

Taulukko 34. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Palkitseminen”

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Palkitseminen konkreettisin keinoin Palkitseminen ei-konkreettisin keinoin.	Toimintamahdollisuudet	Mahdollisuuksien ja keinojen rajallisuuden hyväksyjä.
Palkitsemiskeinojen vähäisyys Palkitsemishaaveet.	Toimintaihanteet	

Johtamistoiminnoista ”Yhteiseen visioon innostaminen” ja ”Prosessien kyseenalaistaminen” muodostettu teema kyseenalaistaminen ja innovatiivisuus, uusien työtapojen kokeilu ja riskien ottaminen tarkoitti osastonhoitajien kuvauksen mukaan *maltilista toimintaa uudistuksissa perustehtävän turvaamiseksi*. Tämä pääkategoria muodostui yläkategorioista arkityön tekemisen turvaaminen, suunnitelmallisuus sekä harkittu toiminta. Arkityön tekemisen turvaaminen tar-

koitti riskien ottamista lähinnä henkilöstöhallinnossa esimerkiksi uuden työntekijän palkkaamisessa tai perehdytyksen onnistumisessa. Näihin liittyi osastonhoitajien mukaan aina riski sekä epävarmuus siitä, jäikö osaavaksi oppinut työntekijä tekemään työtä osastolle. Potilashoidossa ei osastonhoitajien mukaan voinut sallia riskien ottamista. Osastonhoitajat halusivat antaa työntekijöille mahdollisuuden keskittyä hoitotyöhön hilliten uusien ideoiden käyttöönottoa ja toisaalta omaa innokkuutta tuoda jatkuvasti uusia kehittämissideoita työhön. Suunnitelmallisuus tarkoitti osastonhoitajille kokemuksen mukana tullutta kriittisyyttä hylätä uusina tuotuja ideoita, joita oli jo kokeiltu, ja toisaalta niiden esille ottamista sopivana ajankohtana. Osastonhoitajat välttivät myös keskeneräisten ideoiden tuomista työhön. Harkittu toiminta tarkoitti osastonhoitajien toimintaa uusien ideoiden ”myyjinä” innostaen työntekijöitä uusiin työmenetelmiin itse tekemällä ja vaikuttamalla työntekijöiden asenteisiin. Osastonhoitajat edistivät vaikeiksi koettujen uudistusten käyttöönottoa tekemällä itse. Harkittu toiminta oli myös monipuolisten uudistusten läpivientiä, jolloin osastonhoitaja toi tarkoitushakuisen positiivisesti osaston ulkopuolelta tulevia uudistuksia osastolle ja auttoi työntekijöitä uudistuksiin liittyvässä ahdistuksessa. Osastonhoitajat myös kannustivat työntekijöitä arvioimaan kriittisesti vanhoja työmenetelmiä silloin, kun uudistuksia tuotiin osastolle. (Taulukko 35.) Eräs osastonhoitaja kuvaili uusien työmenetelmien käyttöön liittyvää ahdistusta ja toinen kuvasi keskeneräisiksi jääviä kehittämishankkeita:

”Meillä osa ihmisistä ahdistuu ihan hirveästi jos muuttuu. Että kun mulle opetettiin ja nyt muuttuu. Ja muutos pitää olla hallittavissa, että hitaat ehtii mukaan”.

”Keskityttäisiin yhteen kun ne vie aikaa, tuloksia ei malteta ruotia ja ne ehkä liukuu normaaliin käytäntöön. Mutta ei ole niin, että alku, loppu ja selvitetään. Kaikkea hyötyä ei osata ottaa.”

Taulukko 35. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Kyseenalaisyhteistyön taminen ja innovatiivisuus, uusien työtapojen kokeilu ja riskien ottaminen ”

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Riskien ottaminen henkilöstöhallinnossa Työntekijöiden mahdollisuus keskittyä hoitotyöhön.	Arkityön tekemisen turvaaminen	
Kokemuksen tuoma kriittisyys Keskittyminen aloitettuihin hankkeisiin ja arviointi.	Suunnitelmallisuus	Maltillinen toimija uudistuksissa perustehtävän turvaamiseksi.
Uusien ideoiden ”myyminen” Monipuolisten uudistusten läpivienti.	Harkittu toiminta	

Johtamistoiminnosta ”Yhteiseen visioon innostaminen” muodostettu teema konkreettiset ja mitattavat tavoitteet tarkoitti *osastonhoitajien oikeutta yhteistyöhön ja asiantuntijoiden käyttämiseen*. Tämä pääkategoria muodostui yläkategorioista tavoitteiden asettamiseen liittyvä asiantuntemattomuus ja tarve suunniteltuun toimintaan asiantuntijoiden kanssa. Asiantuntemattomuutta osastonhoitajat

kuvasivat epärealistisuudeksi, joka tarkoitti tavoitteiden asettamisen näennäistä helppoutta, liian monien tavoitteiden asettamista sekä toteuttamisaikataulujen yliarviointia. Tavoitteisiin liittyi myös mittaamisen vaikeus. Suunniteltu toiminta asiantuntijoiden kanssa tarkoitti nykyisten tavoitteiden suunnittelemattomuutta. Tavoitteet sairaaloissa olivat hajanaisia ja osastokohtaisesti vaihtelevia, tai osaston toimintaa koskevia tavoitteita ei ollut osattu asettaa lainkaan. Osastonhoitajat kuvasivat myös työkalujen puutetta tavoitteiden asettamisessa, mutta toivat esille yleistyvän tulokortin käytön hyödyllisyyden. Pitkän tähtäimen tavoitteiden laadinta vaati yhteistyötä sairaalassa ylihoitajien koordinoimana sekä yhteistyötä yliopistojen kanssa. (Taulukko 36.)

Eräs osastonhoitaja kuvasi tulokortin käyttöä tavoitteiden asettamisen työkaluna seuraavasti:

”Tulokortti sillai ohjaa, tein riisutun mallin, konkreettisen, turhat haittelut pois. Se meni jakeluun, ei mitään turhaa sanahelinää vaan elävää”.

Taulukko 36. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Konkreettiset ja mitattavat tavoitteet”

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Epärealistisuus Mittaamisen vaikeus.	Asiantuntemattomuus	
Tavoitteiden suunnittelemattomuus Työkalujen käyttö Pitkätähäimen tavoitteiden laadinta yhteistyössä.	Suunniteltu toiminta asiantuntijoiden kanssa	Osastonhoitajien oikeus yhteistyöhön ja asiantuntijoiden käyttämiseen.

Aineistosta nostettiin uusi pääkategoria *osastonhoitajien tuen saaminen ja valmentautuminen tehtävään*, joka koostui yläkategorioista suunnitelmallisen koulutuksen tarve, käytännön johtamisopin tärkeys, tuettu ja jaettu vastuu osaston toiminnasta sekä monipuolisen tuen saaminen. Suunnitelmallisen koulutuksen tarve tarkoitti osastonhoitajien valmentautumista tehtävään ja toimintaan käytännön roolimallien mukaan. Valmentautuminen osastonhoitajien johtamistoiminnassa tarkoitti johtamiskoulutusta, tutkitun johtamistiedon hankintaa sekä oman johtajuuden arviointia. Osastonhoitajat toimivat myös käytännön roolimallien mukaan, joita saatiin sekä kollegoilta että edeltäjiltä. Osastonhoitajat kuvasivat käytännön johtamisopin koostuvan tilanneherkkyyden kehittämisestä ja toiminnan selkeyttämisestä. Toiminnan selkeyttämisestä häiritsi osastonhoitajien tehtäväkuvan ja vastuualueen koettu epämääräisyys sekä ohjauksen puute. Tuettu ja jaettu osaston hoitotyön johtaminen tarkoitti osastonhoitajien omien rajojen tunnistamista, jaettua vastuuta osaston toiminnasta sekä johtamiseen saatua monipuolista tukea. Omien rajojen tunnistamisella osastonhoitajat kuvasivat liikaa vastuunottamista työntekijöiden henkilökohtaisista asioista, kyvyttömyyttään

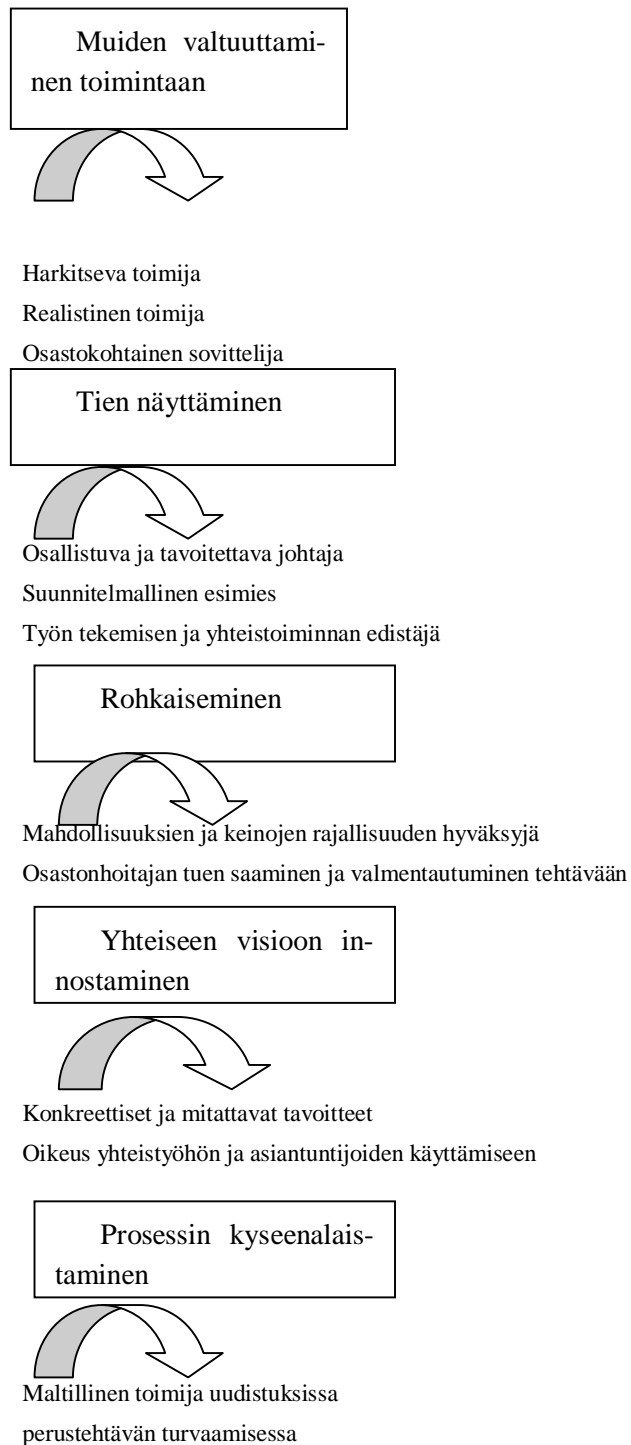
kieltäytyä tarvittaessa liiallisista tehtävistä, kykyä tunnistaa tarvittaessa osaamatonmuutensa sekä tapaansa yliarvioida omaa jaksamistaan. Jaettu vastuu osaston toiminnasta tarkoitti työparin puutetta osaston johtamisessa sekä osastonhoitajien kokemusta siitä, että he olivat yksin vastuullisia koko toiminnasta. Monipuolinen tuki merkitsi osastonhoitajien mukaan tukea henkilökunnalta, kollegoilta sekä esimiehiltä. (Taulukko 37.) Osastonhoitaja kuvasi valmentautumista tehtävään seuraavasti:

”Kyllä sairaanhoitajat perehdytetään mutta kuka perehdyttää osastonhoitajan? Löysin kerran yhden osastonhoitajan osaamiskartan, mutta kyllä siinä tyhjän päällä on”.

Taulukko 37. Ala- ja yläkategoriat sekä pääkategoria teemassa ”Osastonhoitajien tuen saaminen ja valmentautuminen tehtävään”

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Valmentautuminen Toiminta käytännön roolimallien mukaan	Suunnitelmallisen koulutuksen tarve	
Tilanneherkkyyden kehittyminen Toiminnan selkeyttäminen	Käytännön johtamisoppi	Osastonhoitajien tuen saaminen ja valmentautuminen tehtävään.
Omien rajojen tunnistaminen Jaettu vastuu osaston toiminnasta Monipuolinen tuki	Tuettu ja jaettu osaston hoitotyön johtaminen	

Kvalitatiivisen aineiston pääkategoriat muodostettiin Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallin LPI-mittarin johtamistoimintoja mittaavista yksittäisiltä muuttujista laadittujen teemojen avulla. Analyysin perusteella teemoista muodostetut pääkategoriat voidaan liittää takaisin niihin johtamistoimintoihin, joihin teemojen muodostamisessa käytetyt yksittäiset muuttujat alkujaan kuuluivat. Osastonhoitajien kuvausten mukaan LPI-mittarin johtamistoiminto ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” tarkoitti osastonhoitajien toimintaa harkitsevina ja realistisina toimijoina sekä osastokohtaisina sovittelijoina. Osastonhoitajat kuvasivat ”Tien näyttämisen” tarkoittavan toimintaa osallistuvina, tavoitettavina ja suunnitelmallisina esimiehinä sekä työn tekemisen ja yhteistoiminnan edistäjinä. Osastonhoitajien kuvauksissa LPI-mittarin johtamistoiminto ”Rohkaiseminen” tarkoitti osastonhoitajia mahdollisuuksien ja keinojen rajallisuuden hyväksyjinä. Tähän johtamistoimintoon liittyi sisällöllisesti myös aineistolähtöinen teema osastonhoitajien tuen saaminen ja valmentautuminen tehtävään. Johtamistoiminto ”Yhteiseen visioon innostaminen” tarkoitti osastonhoitajien oikeutta yhteistyöhön ja asiantuntijoiden käyttämiseen tavoitteiden saavuttamiseksi. Osastonhoitajat kuvasivat ”Prosessien kyseenalaistamista” maltillisena toimintana perustehtävän turvaamiseksi. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Pääkategorioiden sijoittuminen Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallin LPI-mittarin johtamistoimintoihin

5.6 Yhteenveto tutkimustuloksista

Kvantitatiivisen aineiston keräämisessä käytetyllä Posnerin ja Kouzesin (1995, 1999, 2001) ”The Leadership Practices Inventory (LPI)”- mittarilla voitiin osoittaa suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien johtamistoiminnoissa kymmenen usein ja kymmenen harvoin esiintyvää johtamistoimintoa, joita arvioitiin tilastollisin menetelmin. Mittarilla saaduista tuloksista muodostettiin teemoja, joita osastonhoitajat laajensivat ja rikastivat ryhmähaastatteluissa.

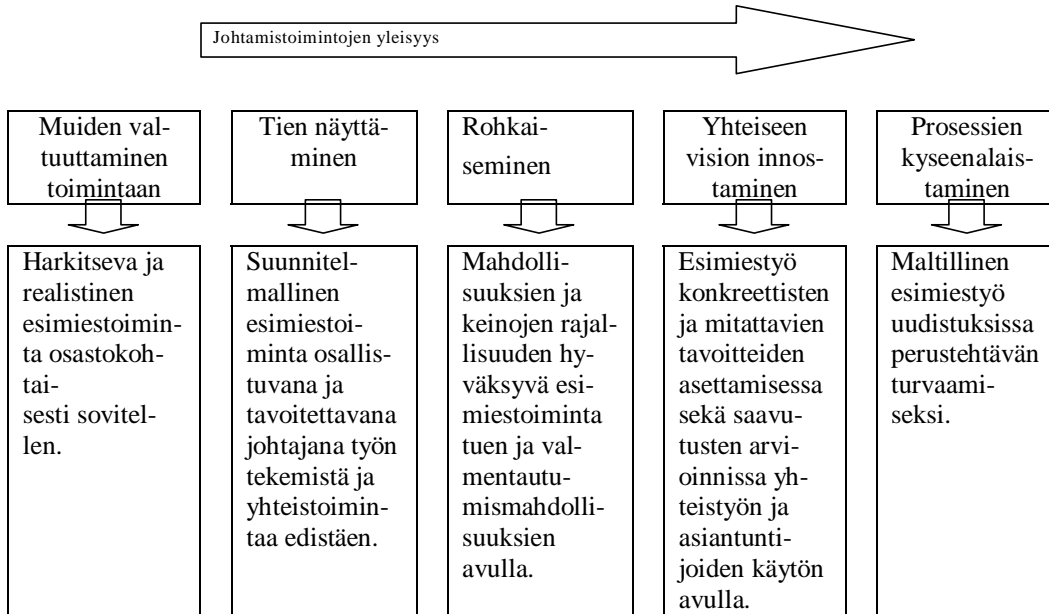
Osastonhoitajat ja sairaanhoitajat arvioivat osastonhoitajien LPI-mittarin mukaisten johtamistoimintojen esiintymisen samoin. Osastonhoitajat käyttivät johtamisessaan yleisimmin ”Muiden valtuuttamista toimintaan”, toiseksi yleisimmin ”Tien näyttämistä”, kolmanneksi yleisimmin ”Rohkaisemista”, neljänneksi yleisimmin ”Yhteiseen visioon innostamista” ja harvimmin ”Prosessien kyseenalaistamista.” Sairaanhoitajien havainnoitsija-arvioinneissa saatiin sairaala- ja osastokohtaisia eroja yhden yliopistosairaalan erottuessa muita paremmaksi. Osastotyypeissä synnytysosastoilla esiintyi muita osastotyypejä enemmän kaikkia mittarin mukaisia osastonhoitajien johtamistoimintoja.

Kvalitatiivisen aineiston tulosten mukaan osastonhoitajat kuvasivat johtamistoiminnon ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” tarkoittavan osastonhoitajan harkitsevaa ja realistista toimintaa. Johtamistoiminto ”Tien näyttäminen” tarkoitti osastonhoitajan toimintaa osallistuvana ja tavoitettavana johtajana, suunnitelmallisena esimiehenä sekä työn tekemisen ja yhteistoiminnan edistäjänä. ”Rohkaiseminen” tarkoitti osastonhoitajan realistista toimintaa sekä mahdollisuuksien ja keinojen rajallisuuden hyväksyntää. Se tarkoitti myös osastonhoitajien tarvetta saada tukea ja mahdollisuutta valmentautua tehtäväänsä. Johtamistoimintoa ”Yhteiseen visioon innostaminen” osastonhoitajat kuvasivat oikeudekseen yhteistyön ja asiantuntijoiden käyttämisen erityisesti konkreettisten ja mitattavien tavoitteiden ja saavutusten arvioinnissa. ”Prosessin kyseenalaistaminen” tarkoitti osastonhoitajien toiminnassa maltillista toimijaa uudistuksissa tavoitteena perustetävän turvaaminen.

Sairaanhoitajien LPI-mittarilla kerätystä havainnoitsija-aineistosta muodostettiin kolme faktoria. Ensimmäinen faktori nimettiin ”Tulevaisuussuuntautuneeksi johtamiseksi”. Se ilmaisi osastonhoitajien johtamisessa visiointia, innovatiivisuutta ja palkitsemista. Kvalitatiivisen aineiston tulosten johtamistoimintojen ”Tien näyttäminen” ja ”Prosessien kyseenalaistaminen” sisällöt vastaavat tämän faktorin sisältöä. Toinen faktori nimettiin ”Ihmisiä arvostava johtaminen” ja sen sisältö koostui osastonhoitajien johtamistoiminnassa tukemisesta, arvostamisesta ja yhteistyöstä. Kvalitatiivisen aineiston johtamistoiminto ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” vastaa sisällöllisesti tätä faktoria. Kolmas faktori nimettiin ”Johtamisen perusta” sen ilmaistessa tavoitteellisuutta sekä yhteisten periaatteiden ja arvojen mukaista toimintaa osastonhoitajien johtamisessa. Osastonhoitajien tuotaman aineiston mukaiset johtamistoiminnot ”Rohkaiseminen” ja ”Yhteiseen visioon innostaminen” vastaavat sisällöltään kolmatta faktoria.

Yhteenvetona tuloksista voidaan todeta, että suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien muutosjohtaminen on harkitsevaa, konkreettista ja maltillis-

ta ja painottuu perustehtävän suorittamisen turvaamiseen. Osastonhoitajat valtuuttavat muita toimintaan harkitsevasti ja realistisesti. He näyttävät toiminnalle suuntaa osallistumalla ja ollen tavoitettavissa ja edistäen työn tekemistä sekä yhteistoimintaa. Osastonhoitajat rohkaisevat muita hyväksyen yliopistosairaloissa esimiehen mahdollisuuksien ja keinojen rajallisuuden ja tarvitsevat itse tukea ja valmentautumismahdollisuuksia esimiestehtävään. Osastonhoitajat innostavat muita yhteiseen visioon konkreettisten ja mitattavien tavoitteiden asettamisen ja arvioimisen avulla yhteistyössä ja oikeutena asiantuntijoiden käyttäminen. Osastonhoitajat kyseenalaistavat prosesseja esimiestyössään maltillisesti uudistuksissa, jotta perustyön tekeminen voidaan turvata. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Osastonhoitajien muutosjohtaminen

6. POHDINTA

6. 1 Tutkimuksen luotettavuus

Kirjallisuuskatsaus perustui kirjallisuushakuihin useammasta terveystieteiden kirjallisuustietokannasta vuosilta 1992-2008. Hauissa käytettiin laajasti hakusanoja sekä näiden yhdistelmiä täydentäen niitä käsihauilla. Koska kirjallisuuskatsauksen näkökulma muodostui hoitotieteestä, ei ilmiötä tarkasteltu systemaattisesti ja tutkimuksiin perustuvasti muiden tieteiden valossa. Vaikka yleistä johtamista käsittelevää kirjallisuutta oli koottu myös muilta tieteenaloilta, jäi näkökulma johtamiskäsitteeseen kapea-alaiseksi. Hoitotyön johtamiseen vaikuttaa työn substanssi mutta muutosjohtamisen yleisiä lainalaisuuksia olisi pitänyt tarkastella laajemmin. Katsauksessa käytettyjä tutkimusartikkeleita on saattanut rajoittaa julkaisuharha. Tutkimusartikkeleita julkaisevat lehdet voivat painottaa sellaisten artikkelien julkaisemista, joilla on uutisarvoa tai jotka käsittelevät mielenkiintoista teoriaa. Tutkijat saattavat myös pyrkiä julkaisemaan tutkimuksia, joissa on saatu tutkittavasta ilmiöstä positiivisia tuloksia. Toisaalta katsauksessa käytetyt tutkimusartikkelit oli julkaistu peer review -arviointeihin perustuvissa lehdissä ja tämän voidaan katsoa takaavan laadun mukaan otetuille tutkimuksille. (Uhari & Nieminen 2001.)

Tutkimuksessa käytettiin metodologista- ja analyysitriangulaatiota yhdistäen kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tiedonkeruu sekä analyysi tavoitteena saman tutkittavan aiheen laaja tarkastelu sekä tutkimuksen validiteetin parantaminen (Begley 1996, Morse & Richards 2002). Triangulaation tarkoituksena oli lisätä ensisijaisesti tutkimuksen sisällön validiteettia tavoitteena laaja sisällöllisen kokonaisuuden hahmottaminen (Burns & Grove 2001). Triangulaation käytön perusteena oli se, että yksi menetelmä olisi ollut riittämätön tutkimusongelmien ratkaisemiseksi. Kvalitatiivisen aineiston tarkoituksena oli täydentää, rikastaa ja syventää aikaisemmin kvantitatiivisella aineistolla saatuja tuloksia samasta tutkimusjoukosta. Erilaiset ontologiset lähtökohdat täydensivät näin toisiaan. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusote eivät kuitenkaan saa samaa painoarvoa yhdessä tutkimuksessa. Triangulaatiossa tutkimusotteiden tulisi olla teoreettisesti ja metodologisesti itsenäisiä. (Burns & Grove 2001.) Kvantitatiivisellä menetelmällä saatuja tuloksia tarkasteltiin suhteessa kvalitatiivisella menetelmällä saattuihin tuloksiin vahvistaen tutkittavaa ilmiötä. (Polit & Hungler 2004.) Tutkimuksen teoreettinen lähtökohta oli kvantitatiivinen, ja sitä täydentävästä kvalitatiivisesta tutkimuksesta muodostui sen osa. Kvalitatiivinen aineisto kerättiin samasta tutkimusjoukosta kuin kvantitatiivinen. Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä, ja näin oli mahdotonta tietää valikoituiko haastatteluihin myös jo

kyselylomakkeeseen vastanneita osastonhoitajia. Tutkittavaa aihetta tarkasteltiin näin sekä yleisellä tasolla mittarilla että yksilöllisellä tasolla haastatteluin. Metodologisen triangulaation käyttöä suositellaan kummankin tutkimusmetodiikan filosofiset ja praktiset perusteet hallitseville kokeneille tutkijoille, joten sen käyttö opinnäytetyössä oli kenties liian vaativaa.

Kvantitatiivinen tutkimusjoukko koostui kaikkien suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajista ja samoilla osastoilla työskentelevistä sairaanhoitajista, jotka oli valittu kuvailevana poikkileikkaustutkimuksena sekä harkinnanvaraisella ryväsotannalla. Harkinnanvarainen otanta soveltuu uusien mittareiden arviointiin (Bowling 1998, Polit & Hungler 2004), eikä tässä tutkimuksessa käytettyä LPI-mittaria ole Suomessa aikaisemmin käytetty hoitotieteen tutkimuksissa. Vastajaat koostuivat luonnollisista ryhmistä, jotka tutkittiin kokonaan. Tutkimus oli kertaluonteinen yhden ajankohdan kattava tutkimus. Vastajaat olivat homogeeninen joukko sekä koulutustaustaltaan että työn asettamilta vaatimuksiltaan, koska he työskentelivät yliopistosairaaloissa. Vastajaat olivat myös fyysisesti lähellä toisiaan. Ryväsotannan ongelmaksi on kuvattu sitä, että fyysisesti lähellä työskentelevillä vastaajilla saattaa olla samanlaiset asenteet (Burns & Grove 2001), ja tällä on saattanut olla vaikutusta tutkimustuloksiin. Osastonhoitajat vastasivat LPI-mittariin tuntematta Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) johtamismallin sisältöä. LPI-mittarissa käytetyistä käsitteistä ei näin ollut yhtenäistä käsitystä. Osastonhoitajat ohjeistettiin antamaan LPI-mittarin havainnoitsijalomakkeet niille viidelle sairaanhoitajalle, jotka tulivat ensimmäisinä samaan työvuoroon aineiston keruun ensimmäisenä päivänä. Tällä pyrittiin estämään osastonhoitajien mahdollisuus harkitusti valita havainnoitsija-arvioinnin tekevät sairaanhoitajat. Tästä huolimatta sairaanhoitajien arviointiin on kuitenkin saattanut vaikuttaa se, minkälainen yhteistyösuhde heillä oli arvioimansa esimiehen kanssa eli kuinka objektiivisesti he ovat kyenneet tekemään arviointinsa.

Kvantitatiivisen aineistonkeruun vastausprosentti oli osastonhoitajaryhmässä 61 % ja sairaanhoitajaryhmässä 54 %. Tulosten edustavuuteen tulee suhtautua varauksella, vaikka Burns ja Groven (2001) mukaan tulosten edustavuus on tutkimusjoukossa kyseenalainen vasta, mikäli vastausprosentti jää alle 50 %:n. Katoon saattoi eräänä syynä olla se, että kyselylomakkeet lähetettiin pääosin osastonhoitajien nimillä osastoille sairaaloista saatujen yhteystietojen perusteella. Mikäli osastonhoitaja oli ollut poissa työstä kyselyn ajankohtana, olivat myös sairaanhoitajien kyselylomakkeet jääneet jakamatta. Toinen katoon vaikuttava seikka on ollut kenties se, että kyselylomake oli suora käänös yhdysvaltalaisesta lomakkeesta ja käytetty terminologia saattoi joiltakin osin olla vieras suomalaisille vastaajille. Suomalaisen sairaalan arjessa kysymykset ”Luo innostavaa kuvaa siitä, millainen tulevaisuutemme voisi olla” tai ”Vetoaa muihin, jotta he jakaisivat jännittävän haaveen tulevaisuudesta” sekä ”Keskusteleee aidon sitoutuneesti työmme korkeammasta tarkoituksesta ja merkityksestä” tuntuvat ehkä vierailta. Tämä ongelma olisi voitu välttää käyttämällä suomalaisen version kääntämisessä hoitotyön asiantuntijaryhmää, jossa kysymysten terminologia olisi muokattu paremmin suomalaiseen hoitotyöhön sopivaksi. Kolmas syy katoon on voinut olla se, että sairaanhoitajista 27 % oli työskennellyt arvioimansa osastonhoitajan kanssa vain vuoden tai vähemmän. Mikäli sama prosenttiosuus on ollut

koko tutkimusjoukossa, on sairaanhoitajaryhmän vastaamatta jättämiseen saattanut vaikuttaa vaikeus arvioida esimiestä lyhyen työkokemuksen vuoksi.

Molemmat vastaajaryhmät olivat taustamuuttujien suhteen homogeenisia. Itsearvioinnin tehneistä osastonhoitajista lähes 50 % oli yli 51-vuotiaita ja havainnoitsija-arvioinnin tehneistä sairaanhoitajista 32 % oli 41-50-vuotiaita. Molemmat arvioinnit perustuivat näin yleisesti työelämässä pidempään olleiden ihmisten arviointeihin. Suurimmalla osalla vastaajista oli homogeeninen työkokemus. Suurimmalla osalla osastonhoitajista eli yli 40 %:lla työkokemus lähiesimiehenä oli nykyisellä osastolla 2-10 vuotta. Sairaanhoitajista 52 %:lla oli työkokemusta arvioimansa osastonhoitajan kanssa samoin 2-10 vuotta. Molempien vastaajaryhmien koulutustausta oli valtaosin samanlainen sillä osastonhoitajista 83 %:lla ja sairaanhoitajista 74 %:lla oli sairaanhoitajan peruskoulutus. Osastonhoitajista 15 %:lla vastaajista oli korkeakoulututkinto, sairaanhoitajista sen sijaan vain 1 %:lla. Sairaanhoitajaryhmässä ammattikorkeakoulutettujen osuus oli suurempi eli 25 %, ja osastonhoitajaryhmässä heitä oli vain 2 %.

Osastonhoitajista 59 % ja sairaanhoitajista 60 % työskenteli vuodeosastoilla, joten tuloksissa on vahvasti edustettuna tietty osastotyyppi, ja tällä saattoi olla vaikutusta tuloksiin. Vuodeosastojen vastaajien suuri osuus suhteessa muilla osastoilla työskenteleviin vastaajiin olisi todennäköisesti kuitenkin pysynyt samansuuntaisena, vaikka kokonaisvastausprosentti olisi noussut.

Tutkimus oli kertaotanta, ja sen perusteella on mahdotonta päätellä, arvioivatko osastonhoitajat todellista toimintaansa vai kuvastivatko vastaukset ihannetoimintaa. Toisaalta tulosten luotettavuutta lisää kuitenkin se, että sekä summamuuttujien että yksittäisten muuttujien mukaisten johtamistoimintojen esiintymistiheys oli lähes sama sekä osastonhoitajien itsearvioinneissa että sairaanhoitajien havainnoitsija-arvioinneissa.

6.1.1 Mittarin luotettavuus

Mittarin validiteetin arvioinnissa tarkastellaan, missä laajuudessa sillä on onnistuttu mittaamaan tutkittavaa ilmiötä. Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittari ei koskaan ole täysin validi, vaan arvioinnissa kiinnitetään lähinnä huomiota validiteetin asteeseen. Mittarin validiteettia arvioidaan sisältö-, käsite- ja kriteerivaliditeetin sekä sisäisen ja ulkoisen validiteetin tarkasteluilla. (Polit & Hungler 2004, Burns & Grove 2001.)

Sisältövaliditeetin arvioinnissa tutkitaan, ovatko mittarissa käytetyt käsitteet sisällöllisesti teorian mukaiset, kattavatko ne riittävän laajasti tutkittavan ilmiön ja onko käytetyt käsitteet kyetty operationalisoimaan mitattaviksi (Polit & Beck 2004). Tutkimuksessa käytetty LPI-mittari perustui Kouzesin ja Posnerin muutosjohtamisen malliin, ja sen kehittämisessä oli käytetty laajoja aineistoja sekä monipuolisia metodeja. Mittari oli kehitetty yhdysvaltalaisten yksityisten ja julkisten organisaatioiden johtamisen arviointiin. Sen psykometriset ominaisuudet ja käytettävyys hoitotyön johtamismittarina oli kuitenkin arvioitu käyttökelpoiksi hoitotyön ja -tieteen asiantuntija-arvioinnissa (Huber ym. 2000). Mittaria on käytetty myös hoitotyön johtamisen tutkimuksissa (McNeese–Smith 1995, Bow-

les & Bowles 2000, Loke 2001, Houser 2003) sekä johtamiskoulutuksen arviointitutkimuksissa (George ym. 2002, Krugman & Smith 2003, Tourangeau 2003, Tourangeau & McGilton 2004) Yhdysvalloissa, Englannissa, Kanadassa ja Singaporessa.

Mittari käännettiin suomeksi, ja kielenkääntäjän tästä versiosta tekemä käännös tarkistutettiin mittarin toisella kehittäjällä. Mittarin käännöksessä ei huomioitu yhdysvaltalaisen ja suomalaisen kulttuurin eroja, eikä käsitteitä muokattu suomalaisen sairaalaympäristöön sopivammaksi. Suomalaisessa kulttuurissa saatetaan vierastaa joitakin käännettyjä mittarissa käytettyjä sanontoja ja käsitteitä kuten innostava kuva tulevaisuudesta ja työn korkeampi tarkoitus ja merkitys. Toisaalta myös yhdysvaltalaisen yksityisen ja julkisen organisaation johtajien ja suomalaisten kunnallisissa yliopistosairaaloissa työskentelevien hoitotyön lähiesimiesten toimintavaltuudet ja työnkuva ovat erilaisia. Näin esimerkiksi esimiesten mahdollisuudet palkita henkilökuntaa eroavat. Sisältövaliditeettia olisi voinut parantaa arvioimalla ja etsimällä suomalaisia ilmaisuja mittarin kääntämiseen hoitotyön asiantuntijaryhmässä.

Käsitevaliditeetti sisältää mittarin rakenteen ja teoreettisen validiteetin arvioinnin ja ilmaisee, missä laajuudessa mittari mittaa tarkasteltavaa käsitettä. Käsitevaliditeettia voidaan arvioida käsiteanalyysin, faktorianalyysin, samaa käsitettä mittaavilla mittareilla tehdyin rinnakkaismittauksin tai aikaisempien tutkimustulosten ja niiden korrelaatioiden tarkasteluilla. (Polit & Hungler 2004, Burns & Grove 2001.) Käsitevaliditeetin arvioinnissa käytettiin faktorianalyysia, jolla sairaanhoitajien havainnoitsija-arvioinneista muodostettiin kolmifaktorinen malli. Faktorit eivät latautuneet samoin kuin alkuperäisessä yhdysvaltalaisessa aineistossa (Posner & Kouzes 1988, 1993) ja ne nimettiin eritavoin kuin yhdysvaltalaisessa aineistossa (Posner & Kouzes 1988, 1993). Ensimmäinen faktori nimettiin ”Tulevaisuussuuntautunut johtaminen” ja sen sisältö ilmaisi visiointia, innovatiivisuutta ja palkitsemista. Toinen faktori nimettiin ”Ihmistä arvostava johtaminen” koska se ilmaisi tukemista, arvostamista ja yhteistyötä. Kolmas faktori nimettiin ”Johtamisen perusta” sen ilmaistessa tavoitteellisuutta sekä yhteisten periaatteiden ja arvojen mukaista toimintaa. Tässä tutkimuksessa tutkimusjoukko oli homogeeninen, ja käsitti pääosin naisia. Alkuperäisen mittarin tutkimusjoukot ovat sen sijaan olleet heterogeenisempia. Samaan johtopäätökseen faktorirakenteen tarkastelussa alkuperäisen LPI-mittarin ja oman tutkimusjoukon erilaisuudesta päätyivät Tourangeau ja McGilton (2004) tutkiessaan kanadalaisia hoitotyön johtajia. He muodostivat samoin havainnoitsija-arvioinneissa kolmifaktorisen mallin, jonka rakenne erosi tämän tutkimuksen faktorirakenteesta. Tourangeaun ja McGiltonin (2004) faktorit latautuivat sen sijaan alkuperäisen yhdysvaltalaisen LPI-mittarin suhteen samoin. Heidän tulostensa mukaan ensimmäiseen faktoriin latautuivat alkuperäisen faktorin ”Yhteiseen visioon innostaminen” ja ”Proessin kyseenalaistaminen” muuttajat kahta lukuun ottamatta (16, 26). Faktori ilmaisi kognitiivista johtamistoimintaa. Toiseen faktoriin latautuivat alkuperäisen mallin faktoreiden ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” ja ”Tien näyttäminen” muuttajat yhtä muuttujaa (28) lukuun ottamatta. Tämä faktori ilmaisi johtamiskäyttäytymistä. Kolmanteen faktoriin latautuivat muuttajat alkuperäisestä faktorista ”Rohkaiseminen” ja se ilmaisi toisia tukevaa johtamis-

toimintaa. Tutkijoiden mukaan kolmfaktorisessa mallissa oli yhtä vahvat psykometriset ominaisuudet kuin alkuperäisessä viisifaktorisessa mallissa. Kolmfaktorisen mallin käyttäminen johtamistutkimuksissa oli kuitenkin vastaajille helpompaa, ja sen käyttö vähensi tutkimuskuluja. He suosittelivat kuitenkin viisifaktorisen mallin käyttämistä koulutuksen arvioinnissa sen sisältämän suuremman johtamistoimintoja mittaavan muuttujamäärän vuoksi.

Suomessa Hautala (2005) on tutkinut koneteollisuudessa LPI-mittarin faktorirakennetta ja päätyneet viisifaktoriseen malliin. Ensimmäinen faktori nimettiin *visioinniksi*, joka ilmaisi ideaalisen tulevaisuuden kuvan kuvailun, yhteisten arvojen varmistamisen ja kommunikaation organisaation tavoitteista. Toinen faktori *haastaminen* käsitti riskien ottamisen, organisaation toimintaa edistävien innovaatioiden tekemisen sekä haasteiden ottamisen. Kolmas faktori *mahdollistaminen* käsitti muiden kunnioittamisen, päätöksentekovapauden, luottamukseen perustuvan ilmapiirin rakentamisen sekä projektien sisäistämisen. Neljäs faktori *esimerkki* tarkoitti yhteisiä arvoja sekä luottamusta johtamisfilosofiaan ja suunnittelua sekä tavoitteiden asettamista. Viides faktori *palkitseminen* tarkoitti tavoitteiden saavuttamisen juhlistamista.

Kriteerivaliditeettia tutkitaan samanaikaisuusvaliditeettina tai ennustevaliditeettina. Samanaikaisuusvaliditeetti tarkoittaa, että jokin muu piirre osoittaa kriteerin toteutumisen mittaushetkellä. Tätä ei tässä tutkimuksessa arvioitu. Ennustevaliditeetti kuvaa mittauksen kykyä ennustaa tulevaa. (Polit & Hungler 2004, Burns & Grove 2001.) Tässä tutkimuksessa ei ollut tutkimustehtävän mukaista tehdä testejä, jotka kuvaisivat osastonhoitajien johtamiskäyttäytymisen tehoa tai merkitystä esimerkiksi sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen yleistettävyyttä (Burns & Grove 2001). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin kaikista suomalaisista yliopistosairaaloista, ja tuloksia voidaan varovasti yleistää myös muiden sairaaloiden osastonhoitajien johtamiskäyttäytymiseen. Tulosten yleistettävyyttä heikentää se, että osastonhoitajista 50 % työskenteli yliopistosairaalassa yksi ja toinen 50 % osastonhoitajista yhteensä neljässä muussa yliopistosairaalassa. Sairaanhoitajista yli 40 % työskenteli yliopistosairaalassa yksi. Yleistettävyyttä heikentää myös se, että aineisto kuvaa vain yhtenä ajankohtana kertaotantana saatuja tuloksia.

Tutkimuksessa käytetyltä validilta mittarilta edellytetään reliabiliteettia, jolloin mitataan suunniteltuja käsitteitä eivätkä tulokset perustu sattumaan. Mittari voi kuitenkin olla hyvin reliabeeli olematta validi. Reliabiliteetti määrittellään mittarin kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Se on kahden riippumattoman mittauksen korrelaatio. (Polit & Hungler 2004). Mittarissa käytettiin vastausvaihtoehdoissa 10-asteikollista Likert-tyyppistä asteikkoa, jota käytetään yleensä asennetehtävien mittaamiseen. Mittarin asteikko esitettiin negatiivinen-positiivinen -skaalalla ilman vastausvaihtoehtoa ”ei mielipidettä”. Näin vältettiin skaalan moniselitteisen keskikohdan tulkinta ja keskikohta oli luonnollinen jatkumo pienemmille arvoille. Vastaajien oli myös otettava joko positiivisesti tai negatiivisesti kantaa kysymyksiin (Burns & Grove 2001.)

LPI-mittarin Cronbachin alfa-kertoimet osastonhoitajien itsearviointeihin perustuvissa summamuuttujissa vaihtelivat välillä 0,6120-0,8138 ja sairaanhoitajien havainnoitsija-arvioinneissa välillä 0,8435-0,8810. Summamuuttujassa ”Pro-

sessin kyseenalaistaminen” alfa-kerroin oli kaikkien vastaajilla kohdalla 0.8440, osastonhoitajien ryhmässä 0.8138 ja sairaanhoitajaryhmässä 0.8435. Summamuuttujassa ”Yhteiseen visioon innostaminen” Cronbachin alfa-kerroin oli koko vastaajaryhmässä 0.8774, osastonhoitajaryhmässä 0.7946 ja sairaanhoitajaryhmässä 0.8810. Summamuuttujassa ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” koko ryhmän kerroin oli 0.8555, osastonhoitajaryhmän 0.6962 ja sairaanhoitajaryhmän 0.8564. Summamuuttujassa ”Tien näyttäminen” koko ryhmän alfa-kerroin oli 0.8274, osastonhoitajaryhmässä se oli 0.6120 ja sairaanhoitajaryhmässä 0.8330. Summamuuttujassa ”Rohkaisu” kerroin oli koko vastaajaryhmässä 0.8633, osastonhoitajaryhmässä 0.7350 ja sairaanhoitajaryhmässä 0.8682. Arvoja voidaan pitää tyydyttävänä. (Liite 6.)

Posnerin ja Kouzesin (1993) aineistoissa LPI-mittarin Cronbachin alfa-kertoimet olivat itsearvioinneissa välillä 0,70-0,85 ja havainnoitsija-arvioinneissa välillä 0,81-0,92. Päivitetystä artikkelista (2002) Posner ja Kouzes ilmoittivat Cronbachin alfa-kertoimien vaihtelevan itsearvioinneissa välillä 0.75-0.87 ja havainnoitsija-arvioinneissa välillä 0.88-0.92. McNeese-Smith (1995) raportoi LPI-mittarin sisäisen konsistenssin vaihdelleen itsearviointiosiossa välillä 0.58-0.79 ja havainnoitsija-arviointi osiossa välillä 0.84-0.85. Hautalan (2005) tutkimuksessa Cronbachin alfa-kertoimet olivat summamuuttujassa ”Kyseenalaistaminen” itsearvioinneissa 0.60 ja havainnoitsija-arvioinneissa 0.64, summamuuttujassa ”Visiointi” itsearvioinneissa 0.62 ja havainnoitsija-arvioinneissa 0.75, summamuuttujassa ”Mahdollistaminen” 0.77 ja 0.90, summamuuttujassa ”Esimerkin näyttäminen” 0.55 ja 0.63 sekä summamuuttujassa ”Palkitseminen” 0.79 ja 0.87.

6.1.2 Ryhmähaastattelujen luotettavuus

Kvalitatiivinen aineistonkeruu suoritettiin ryhmähaastatteluina tavoitteena laajentaa kvantitatiivisella aineistonkeruulla saatuja tuloksia. Menetelmän valinnan perusteluna oli hyödyntää ihmisten välisen kommunikaation monia muotoja, koska ihmisten tieto, asenteet ja kokemukset eivät tule esille strukturoidussa kysymyslomakkeessa (Mäenpää ym. 2002).

Haastattelija voi vaikuttaa yksilöhaastattelussa ryhmähaastattelua enemmän esille tuleviin asioihin ja siihen, miten ne esitetään. Ryhmässä synergiaa voidaan toisaalta hyödyntää, koska toinen voi jatkaa siitä mihin toinen jäi. Jäsenet toimivat oman viiteryhmänsä informantteina. (Carey 1994.) Ryhmähaastattelu soveltuu aineistonkeruun menetelmäksi koska osastonhoitajaryhmät koostuivat tiedonantajista, jotka olivat tottuneet keskustelemaan ja ilmaisemaan mielipiteitään ryhmässä (Macnaghten & Myers 2007). Yhden osallistujan esille tuomat asiat herättivät pohdintaa ryhmässä, ja käsiteltävä aihe rikastui ja laajeni eri kannanotoilla. Osastonhoitajat olivat yliopistosairaaloiden eri klinisiltä tulosalueilta, eivätkä tunteneet toisiaan. He pystyivät näin tuomaan erityyppisiä näkemyksiä käsiteltävään asiaan, vaikka ryhmä työskenteli samantyyppisessä organisaatiossa ja samantyyppisillä osastoilla. Haastatteluiden luotettavuutta on saattanut vähentää se, että osallistajat ovat voineet kertoa halutuiksi mieltämiään asioita miellyt-

tääkseen tutkijaa tai tutkija on huomionnut ne asiat, jotka sopivat tutkimusasetelmaan.

Ryhmähaastatteluissa osallistujien tuottamaa tietoa ei voi tulkita yksilölliseksi samoin kuin yksilöhaastatteluissa, koska haastattelussa ryhmän dynamiikka vaikuttaa osallistujiin. Analyysin luotettavuutta nostaa se, että haastatteluissa on tutkijan lisäksi myös muita ulkopuolisia, jotka tekevät muistiinpanoja ryhmän jäsenten osallistumisaktiivisuudesta sekä nonverbaalisesta käyttäytymisestä haastattelun aikana (Polit & Beck 2004.) Tässä tutkimuksessa tutkija oli yksin ryhmähaastattelutilanteissa, ja haastatteluissa kerätty tieto perustui ainoastaan nauhoitettuun aineistoon. Haastatteluiden luotettavuutta parantavia toisen tutkijan muistiinpanoja ei tehty.

Ryhmähaastatteluissa ei päästä yhtä syvällisesti tutkittavaan aiheeseen kuin yksilöhaastatteluissa. Ryhmän dynamiikka saattaa vaikuttaa siten, että vähemmän itsevarmat tai kokemattomammat osallistujat joko ovat samaa mieltä muiden kanssa tai eivät halua tuoda julki omia käsityksiään. Ryhmän osallistujien homogeenisuus, kuten samanlainen koulutus, tieto sekä kokemus, toisaalta lisäävät luottamusta. (Sim 1998.) Osallistujat saivat etukäteen kvantitatiivisen aineiston tuloksiin perustuvat haastatteluteemat, ja tutkija ohjasi keskustelua teemoihin välttämättä muuten keskustelun johdattelua. Kaikissa ryhmissä osastonhoitajat osallistuivat keskusteluun. Toisaalta tutkijan oli mahdoton päätellä keskusteluista, oliko yksittäisen osallistujan vastausten takana ryhmän toisen jäsenen vaikutus. Haastattelujen sisäistä validiteettia nostaa se, miten luotettavasti osallistujilta saadaan tietoja. Ryhmän osallistujien kulttuurin tunteminen on myös tärkeää. Tässä tutkimuksessa haastattelijana toimineen tutkijan oli helppo ymmärtää osallistujia samanlaisen koulutus-, työ- ja organisaatiotaustansa takia.

Ryhmähaastatteluissa oli tavoitteena saada osallistujiksi seitsemän osastonhoitajaa kolmessa yliopistosairaalassa. Otanta oli harkinnanvarainen, ja siinä noudatettiin tarkoituksenmukaisuusperiaatetta. Haastatteluihin haluttiin tiedonantajia, joilla oli kokemusta lähiesimiehenä toimimisesta ja jotka edustivat koko otosta. (Carey 1994, Kitzinger 1995.) Ylihoitajia pyydettiin satunnaistamaan osallistujat arpomalla omilta alueiltaan. Yhdessä yliopistosairaalassa näin menetteliin. Muissa yliopistosairaaloissa ylihoitajat kuitenkin lähettivät osastonhoitajiensa nimilistat tutkijalle sähköpostitse. Tutkija valitsi nimilistalta aina ensimmäisen osastonhoitajan erityyppisiltä osastoilta. Mikäli näin valittu osastonhoitaja ei päässyt mukaan haastatteluun, valittiin seuraava osastonhoitaja. Kaikkiin haastatteluihin sovittiin näin seitsemän osastonhoitajan osallistumisesta osallistujamäärän ollessa 21. Haastatteluihin osallistui kuitenkin yhteensä vain kolmetoista osastonhoitajaa. Yhdessä yliopistosairaalassa osallistuivat kaikki pyydyt seitsemän osastonhoitajaa, muissa kahdessa sairaalassa osallistujia oli kummasakin kolme. Osa osallistujista perui tulonsa viime hetkessä vedoten kiireisiin aikatauluihinsa, ja osa jäi ilmoittamatta tulematta haastatteluihin. Kadosta huolimatta kaikissa kolmessa haastattelussa osastonhoitajat toivat esille samanlaisia asioita, ja aineiston keruussa saavutettiin saturoitumista. Tutkija kertoi jokaisen ryhmähaastattelun aluksi haastatteluteemojen perustuneen LPI-mittarilla kerätyn aineiston tuloksiin. Ryhmähaastatteluihin osallistuneilta osastonhoitajilta ei tiedusteltu, olivatko he vastanneet aikaisempaan LPI-mittarilla tehtyyn kyselyyn.

Osastonhoitajat eivät kuitenkaan halunneet tarkennuksia mittarilla aikaisemmin tehtyyn kyselyyn, vaan vaikuttivat siltä, että aihe oli tuttu.

Sisällönanalyysi oli teorialähtöinen ja käsitteet pohjautuivat Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) malliin perustuvaan Posnerin ja Kouzesin (1988, 1993) LPI-mittariin. Kvalitatiivisen aineiston tuloksilla voitiin laajentaa ja rikastaa kvantitatiivisen aineiston tuloksia. Aineiston analyysin eteneminen ja sen luokitteluperusteet on raportoitu, jotta tehtyä päättelyä on mahdollista seurata. Kvalitatiivisen aineiston face-validateetti tarkastettiin lähettämällä ryhmähaastatteluun osallistuneille tiedonantajille tehty analyysi varmistaen näin, että tiedonantajat ja tutkija olivat analyysistä samaa mieltä (Burns & Grove 2001). Kvalitatiivisen aineiston pääkateegiat muodostettiin Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallin LPI-mittarin kymmenen osastonhoitajien johtamisessa useimmin ja harvimminkin esiintyneiden johtamistoimintojen yksittäisillä muuttujilla laadittujen teemojen avulla. Analyysin perusteella teemoista muodostetut pääkategoriat voitiin liittää takaisin siihen johtamistoimintoon, johon teemojen muodostamisessa käytetyt yksittäiset muuttujat kuuluivat. Vaikka sisällönanalyysi oli teorialähtöinen, nostettiin tutkimusaineistosta esille uusi aineistolähtöinen pääkategoria koska laadullisessa analyysissä on olennaista tuoda esille myös poikkeavia tapauksia (Kitzinger 1995). Aineistolähtöinen pääkategoria laajensi teorialähtöistä näkökulmaa, jonka haastatteluteemojen perusteella tehdystä analyysirungosta se poikkesi. Sisällöllisesti uusi pääkategoria voitiin liittää johtamistoimintoon ”Rohkaisu”. ”Rohkaisu”.

Tässä tutkimuksessa aineistosta on analysoitu ilmisisältö, jolloin pyrittiin välttämään sitä sisällön analyysin ongelmaa, jossa luokittelu perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen (Polit & Hungler 2004). Raportoinnissa käytettiin myös suoria lainauksia aineistosta luotettavuuden parantamiseksi.

Laadullisesti kerättyä aineistoa ei voi irrottaa kontekstistaan, joten se ei ole yleistettävää (Carey 1994).

6.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Osastonhoitajat arvioivat tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa omia johtamistoimintojaan Posnerin ja Kouzesin (1988, 1993) muutosjohtajuutta mittaavalla ”The Leadership Practices Inventory” (LPI) -mittarilla, ja viisi samalla osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa teki havainnoitsija-arvioinnin samalla mittarilla. Aineisto kerättiin suomalaisista yliopistosairaaloista tavoitteena tutkia osastonhoitajien muutosjohtamista. Tutkimus oli kuvailevaa, ja sen tulosten perusteella voitiin vastata kysymyksiin siitä, millaiseksi osastonhoitajat ja sairaanhoitajat arvioivat osastonhoitajien Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallin mukaisen muutosjohtamisen ja miten arvioinnit erosivat toisistaan suomalaisissa yliopistosairaaloissa.

Osastonhoitajien johtamistoimintoja kuvaavien summamuuttujien esiintymisjärjestys oli sama sekä osastonhoitaja- että sairaanhoitajaryhmissä. Osastonhoitajien yleisin johtamistoiminto oli ”Muiden valtuuttaminen toimintaan”, joka yksit-

täisten muuttujien perusteella kuvasti kunnioittavaa kohtelua ja aktiivista muiden kuuntelua sekä kehittymisen varmistamista. Toiseksi yleisin toiminto oli ”Tien näyttäminen” (esimerkki, johtamisfilosofia, palaute omasta toiminnasta), kolmanneksi yleisin toiminto oli ”Rohkaisu” (luottamus, lupauksista kiinni pitäminen, juhlistaminen ja palkitseminen) ja neljänneksi yleisin ”Yhteiseen visioon innostaminen”(tulevaisuuden haaste, innostava tulevaisuuden kuva) ja harvimminkin esiintyvä toiminto oli ”Prosessien kyseenalaistaminen” (uudet, innovatiiviset työtavat, konkreettiset ja saavutettavat tavoitteet, riskien ottaminen). LPI-mittarin alkuperäisessä versiossa (Posner & Kouzes 1988, 1993) johtamistoimintojen yleisyys oli toinen. Yleisin johtamistoiminto oli ”Muiden valtuuttaminen toimintaan”, toiseksi yleisin oli ”Prosessin kyseenalaistaminen”, kolmanneksi yleisin oli ”Tien näyttäminen”, neljänneksi yleisin oli ”Rohkaisu” ja viidenneksi yleisin oli ”Yhteiseen visioon innostaminen”. Hautalan (2005) suomalaisesta teollisuudesta keräämän LPI-mittarilla kerätyn aineiston tulosten mukaan johtamistoimintojen esiintyvyys ei ollut sama tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Hautala on nimennyt johtamistoiminnot uudelleen. Hänen aineistonsa mukaan yleisin johtamistoiminto oli ”Mahdollistaminen” (muiden kunnioittaminen, valinnanvapaus), toiseksi yleisin oli ”Visionäärisuus” (ihanteellinen tulevaisuudenkuva, yhteiset arvot ja tavoitteet), kolmanneksi yleisin oli ”Haastaminen” (riskien ottaminen, innovaatiot, haastava työ), neljänneksi yleisin ”Esimerkki” (yhteisymmärrys organisaation arvoista, varmuus johtamisfilosofiasta, suunnittelu ja tavoitteiden asettaminen) ja viidenneksi yleisin johtamistoiminto oli ”Palkitseminen” (tavoitteiden saavuttamisen juhliminen). Hautala arvioi johtamistoimintojen yleisyyden olevan lähes sama kuin alkuperäisessä yhdysvaltalaisessa aineistossa. Ilmeisesti liike-elämässä ja teollisuudessa johtamistoimintojen esiintyvyys eri maissa on samanlainen. (Liite 7.)

Osastonhoitajien johtamistoiminnoissa tulivat harvemmin esille visiointi ja prosessien kyseenalaistaminen. Yhteiseen visioon innostamisen on kuitenkin todettu sekä vaikuttavan työntekijöiden työtyytyväisyyttä lisäävästi (Stordeur ym. 2000) että olevan suurin yksittäinen ennustava tekijä työntekijöiden työtyytyväisyyden lisääntymisessä. Prosessien kyseenalaistamisen vähäinen esiintyminen tulee esille aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa osastonhoitajien johtaminen on todettu toimintoja säilyttäväksi (Edwards & Roemer 1996, Drach-Zahavy & Dagan 2002, Mettiäinen ym. 2003) ja hoitotyöntekijöillä on yleensäkin todettu olevan vähän kykyä riskien ottamiseen (Drach-Zahavy & Dagan 2002, Morjikian & Bellack 2005). Prosessien kyseenalaistaminen on kuitenkin vaikuttanut positiivisesti johtamisessa sillä sekä se että rohkaisu ovat aikaisemmissa LPI-mittarilla tehdyissä tutkimuksissa korreloineet positiivisesti työntekijöiden tuottavuuden, työtyytyväisyyden sekä organisaatioon sitoutumisen kanssa (McNeese-Smith 1995).

Osastonhoitajien itsearviointien keskiarvot olivat kaikissa yksittäisissä muuttujissa korkeammat kuin sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointit. Tulokset olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä. Myös Posnerin ja Kouzesin (1988) alkuperäisessä aineistossa vastaajien itsearviointipisteet olivat korkeampia kuin havainnoitsija-arviointien pisteet, ja tulokset olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä. Posner ja Kouzes (1993) tuovat esille sen, että LPI-mittarin itsearviointipisteet

olivat havainnoitsija-arviointeja korkeampia vastaajien sukupuolesta, etnisestä tai kulttuurisesta taustasta tai toiminnasta riippumatta. Sama ilmiö toistuu useissa LPI-mittarilla tehdyissä tutkimuksissa. Krugman ja Smith (2003) raportoivat hoitotyön tekijöiden keskuudessa tekemässä tutkimuksessa vastaajien itsearviointipisteet havainnoitsija-arviointipisteitä korkeammiksi ja samoin Altieri (1995) ja McGuire ja Kennerly (2006). Bowlesin ja Bowlesin (2000) LPI-mittarilla keräämässä aineistossa tavallisista ja ns. magneettisairaaloista olivat tavallisten sairaaloiden havainnoitsija-arviointien pisteet matalammat kuin hoitotyön johtajien itsearviointipisteet. Sen sijaan magneettisairaaloissa havainnoitsija-arviointien pisteet olivat itsearviointipisteitä korkeammat. Eräs syy osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arviointipisteiden eroihin voi olla siinä, että sairaanhoitajat eivät tunne osastonhoitajien vastuualueita ja työnkuvaa, kuten Rivers ym. (2000) ja Fletcher (2001) painottavat. Myös suomalaisesta koneteollisuudesta LPI-mittarilla kerätyssä aineistossa esimiesten itsearviointipisteet olivat havainnoitsijapisteitä korkeammat (Hautala 2005).

Vertaisten arvioidessa toisiaan ei arvioinneissa ole havaittu vastaavia eroja. Posnerin ja Kouzesin (1994) yksilölliseen arviointiin suuntautuneen LPI-mittarin ”Individual Contributor (LPI-IC)” -versiolla tehdyissä arvioinneissa johtamiskoulutukseen osallistuneiden työntekijöiden itsearvioinnit olivat työtovereiden havainnoitsija-arviointeja matalammat johtamistoiminnoissa ”Yhteiseen visioon innostaminen” sekä ”Tien näyttäminen”. Arvioinneissa ei sen sijaan ollut eroja johtamistoiminnoissa ”Prosessien kyseenalaistaminen”, ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” tai ”Rohkaiseminen”. Samoin sairaanhoitajien itsensä johtamista kehittävän koulutusohjelmaan osallistuneiden sairaanhoitajien LPI-mittarin itsearviointipisteet olivat havainnoitsija-arviointeja matalammat (George jne. 2002). Arviointipisteiden eroista voi päätellä, että osastonhoitajilla on esimiesasemansa ja siihen liittyvän koulutuksen myötä kyky arvostaa itseään ja muutosjohtamistaitojaan. Ongelmallista on sen sijaan se, että ne eivät näy johtamisessa yhtä hyvin koska työntekijät eivät arvioi niitä yhtä hyväksi. Yksittäisen osastonhoitajan positiivinen itsearviointi muutosjohtamisesta ei myöskään johda tuloksiin koska muutosjohtaminen ei onnistu ilman yhteistyötä ja organisaation tukea. McGuire ja Kennerly (2006) korostivat sitä, että vaikka osastonhoitajat arvioivat muutosjohtamistoimintonsa paremmaksi kuin havainnoitsijat, he olivat todellisuudessa kyvyttömiä käyttämään muutosjohtajuutta koska sairaala organisaationa ei sitä tukenut. Lisäksi osastonhoitajien käyttämän johtamistyylin ja organisaation siihen kohdistuneiden odotusten välillä voi olla merkittävä ero (Foster 2000).

Tarkasteltaessa johtamistoimintojen sisältämien yksittäisten muuttujien esiintymistä osastonhoitajien itsearvioinneissa, oli yleisin johtamistoiminto muiden kunnioittava ja arvoa antava kohtelu. Kivimäen ym. (2005) työelämän oikeudenmukaisuutta koskevilla tutkimuksissa on samantyylinen tulos. Nimittäin työntekijöiden koettua oikeudenmukaisuuden tunnetta lisäsi esimiehen arvostava ja kunnioittava kohtelu työntekijöitä kohtaan. Yksittäisistä johtamistoimintoja kuvaavista muuttujista nousi tuloksissa harvoin esille osastonhoitajien palautteen pyytäminen oman käyttäytymisen vaikutuksista muiden suorituksiin. Palautteen saaminen on kuitenkin ensisijaista osastonhoitajille, jotta he voisivat johtaa rea-

listisesti sekä kehittyä johtamisessaan. Palautteen hyödyntäminen on ongelmallista, sillä tutkimusten mukaan tutkimuksessa johtamiskoulutukseen osallistuneet hoitotyönjohtajat eivät Posnerin ja Kouzesin (1988) LPI-mittarin mukaan tehdyissä itsearviointeissa olleet mielestään kehittyneet johtamisessaan. Vertaisten ja esimiesten arviointien mukaan kehitystä oli kuitenkin tapahtunut. Koulutukseen osallistujat eivät kuitenkaan olleet kyenneet arvioimaan itseään realistisesti ja huomaamaan vaiheittaista edistymistään, koska saivat palautetta vasta koulutuksen päätyttyä. (Tourangeau 2003.) Myös Grönroos ja Perälä (2004) korostavat palautteen olevan johtajan kehittymisen edellytys. Bowlesin ja Bowlesin (2000) mukaan magneettisairaaloiden hoitotyön johtajilla oli kyky toisaalta hakea palautetta ja toisaalta toimia saamansa palautteen mukaan. Tämä näkyi LPI-mittarin itsearviointeja korkeammassa havainnoitsija-arvioinneissa. Kagan ym. (2006) kuvaavat tapaa, jossa sairaanhoitajat antoivat nimettöminä palautetta osastonhoitajalleen strukturoiduin palautelehdillä. Esimies-alaisuusuhdetodettiin parantuneen tällä säännöllisellä palautteella. Toisaalta sairaanhoitajat myös kuvasivat lisääntyvää voimaantumisen sekä arvostuksen saamisen tunnetta, koska heidän mielipiteitään pidettiin tärkeinä osaston johtamisen kehittämässä. Johtajien on myös opittava palautteen hyödyntämistä. Chavesin ym. (2006) mukaan hoitotieteen hallinnollisessa maisterikoulutuksessa olleet opiskelijat arvioivat itseään negatiivisesti ja hyvin kriittisesti eivätkä kyenneet hahmottamaan omia kehittymistarpeitaan vertaisten antamista arvioinneista. Johtamisessa palaute täytyy käsittää kuitenkin molemminpuoliseksi, ja osastonhoitajien on kyettävä antamaan vastavuoroisesti palautetta myös sairaanhoitajille. Crohnin ja Becherer (1999) tuovat kuitenkin esille, että sairaanhoitajat ovat arvostaneet enemmän potilailta, omaisilta ja työtovereilta saamaansa palautetta ja Donner ym. (1997) painottavat osastonhoitajien roolin palautteen antamisessa olevan enemmänkin sairaanhoitajien itsearvioinnin realisoimista.

Johtamistoiminnot ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” ja ”Tien näyttäminen” tulivat useimmin esille sairaanhoitajakoulutuksen saaneiden osastonhoitajien toiminnassa. Muut toiminnot ”Prosessien kyseenalaistaminen”, ”Yhteiseen visioon innostaminen” ja ”Rohkaisu” tulivat sen sijaan useimmin esille korkeakoulututkinnon suorittaneiden osastonhoitajien toiminnassa. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden osastonhoitajien osuus vastaajista oli 15 %. Tuloksista voidaan varovaisesti päätellä, että korkeakoulututkinnon suorittaneet osastonhoitajat käyttävät enemmän nykyistä toimintaa kyseenalaistavaa ja tulevaisuutta hahmottavaa johtamista. Tulosten taustalla voi myös olla vastaajien kyky tarkastella asioita käsitteellisesti. Anthony ym. (2005) nimittäin kuvasivat korkeakoulututkinnon suorittaneiden osastonhoitajien kykenevän tarkastelemaan ydintoimintojaan abstraktimmin ja laajemmin kuin vähemmän koulutusta saaneet osastonhoitajat. He kuvasivat johtamisessaan yksittäisiä tehtäviä. Korkeakoulututkinnon vaikutuksista hoitotyön johtajien johtamistoimintaan on aikaisemmissa tutkimuksissa saatu ristiriitaisia tuloksia. Altierin (1995) vuorovaikutuksellista ja muutosjohtamista käsitelleessä tutkimuksessa korkeakoulututkinto lisäsi hoitotyön johtajien muutosjohtajuuspisteitä. Myös Dunham-Taylor (2000) tuo esille korkeamman koulutuksen lisänneen hoitotyön johtajien muutosjohtamiskyvykkyden. Sen sijaan Edwardsin ja Roemerin (1996) mukaan korkeakoulututkinto

ei lisännyt osastonhoitajien muutosjohtajuusvalmiuksia. Tässä tutkimuksessa korkeakoulututkinnon suorittaneiden sairaanhoitajien (1 %) mukaan kaikkia johtamistoimintoja esiintyi muiden ryhmien kuvauksia useimmin. Tuloksen voi arvella johtuvan siitä, että korkeakoulututkinnon suorittaneet sairaanhoitajat kykenivät ehkä analyttisemmin erittelemään osastonhoitajiensa johtamistoimintoja.

Osastonhoitajaryhmän johtamistoimintoja kuvaavat summamuuttujat esiintyivät osastotyypeittäin siten, että johtamistoiminnot ”Prosessien kyseenalaistaminen” sekä ”Tien näyttäminen” esiintyivät useimmin teho-osastojen osastonhoitajien johtamisessa. Heitä oli vastaajista 7 %. Johtamistoiminnot ”Yhteiseen visioon innostaminen” sekä ”Rohkaiseminen” esiintyivät useimmin leikkaus- ja anestesiaosastojen osastonhoitajilla, jotka muodostivat 10 % vastaajista. Johtamistoiminto ”Muiden valtuuttaminen toimintaan” esiintyi useimmin synnytysosaston osastonhoitajalla, jonka osuus vastaajista oli 0.3 %. Vuode- ja päiväosastojen samoin kuin poliklinikoiden osastonhoitajilla ei mikään summamuuttujien mukainen johtamistoiminto noussut muiden osastotyyppien osastonhoitajia arviointeja useammin esille. Vuode- ja päiväosastojen osastonhoitajaryhmä oli kuitenkin lukumäärältään suurin vuodeosastojen osastonhoitajien muodostaessa 50 % ja poliklinikoiden osastonhoitajien 24 % vastaajista. Kansten (2005) tulosten mukaan luottamusta rakentavaa johtamista sekä työntekijöiden innostamista esiintyi useimmin avo- ja tehostetun hoidon yksiköissä. Työntekijöiden yksilöllistä kohtaamista esiintyi useimmin poliklinikoilla mutta harvimminkin vuodeosastoilla.

Sairaanhoitajien arviointien mukaan kaikkia osastonhoitajien summamuuttujien mukaisia johtamistoimintoja esiintyi muita osastotyyppisiä useammin synnytysosastoilla. Synnytysosastojen vastaajien osuus kaikista vastaajista oli 2 %. Vuode- ja päiväosastoilla olivat osastonhoitaja- ja sairaanhoitajaryhmien arvioinnit summamuuttujien yleisyydestä hyvin samansuuntaisia. Samoin molempien ryhmien arvioinnit poliklinikoilla paitsi johtamistoiminnoissa ”Muiden valtuuttaminen toimintaan”, jossa sairaanhoitajat arvioivat osastonhoitajien käyttävän tätä johtamistoimintoa useammin kuin osastonhoitajat itse. Teho-osastoilla molempien ryhmien arvioinnit olivat samansuuntaisia paitsi johtamistoiminnoissa ”Prosessien kyseenalaistaminen”, jota osastonhoitajat arvioivat käyttävänsä muiden osastojen osastonhoitajia useammin mutta sairaanhoitajat vasta neljänneksi useimmin. ”Tien näyttämistä” teho-osastojen osastonhoitajat arvioivat käyttävänsä samoin muita osastotyyppisiä useammin mutta sairaanhoitajat vasta kolmanneksi useimmin. Leikkaus- ja anestesiaosastojen sairaanhoitajat (10 %) arvioivat kaikkien summamuuttujien esiintyvän harvimminkin osastonhoitajiensa johtamistoiminnoissa. Kuitenkin osastonhoitajien itsearviointien mukaan leikkausosastoilla esiintyi muita osastotyyppisiä useammin ”Yhteiseen visioon innostamista” sekä ”Rohkaisemista”. Tulos on merkittävä siksi, että sen perusteella voidaan päätellä osastonhoitajilla ja sairaanhoitajilla olevan erilainen käsitys osaston johtamisesta yksittäisillä osastoilla. Leikkausosastot ovat erottuneet muista osastotyypeistä myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Verrattaessa sairaanhoitajien urakehitysohjelman osaamisalueita eri osastoilla leikkausosaston sairaanhoitajat arvioivat itse sekä alhaisempi kompetenssiarvoja (VAS-jana 0-100) että osaami-

sen käyttämistä työssä kuin muiden osastojen sairaanhoitajat (Meretoja ym. 2004).

Erityyppisten osastojen johtamisessa välillä on havaittu eroja myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Surakan (2006) tutkimuksen mukaan osastotyypeissä oli eroja arvioitaessa osastonhoitajien toimivallan tehtäväkuvauksia, joita olivat järjesteleminen, yhteistyö sekä tietokeskuksena toiminta. Vuodeosastoilla osastonhoitajat toimivat muiden osastojen osastonhoitajia enemmän tukijan roolissa ja käyttivät reflektointia sekä dialogia osaston sisällä. Poliklinikoiden osastonhoitajilla oli muita enemmän tietoteknisiä tehtäviä ja toiminnallisia tukipalveluita, kuten myös leikkausosastojen ja synnytysosastojen osastonhoitajilla. Stordeurin ym. (2000) tulokset olivat samansuuntaisia, ja niiden mukaan eri sairaaloiden rakenne ja kulttuuri olivat johtamistyyleissä määräävät tekijät. Kanter ym. (1992) painottavat, että organisaatioissa voidaan muokata ihmisten käyttäytymistä rohkaisemalla tietentyypistä toimintaa. Tämä saattaa näkyä eri osastojen vaihtelevissa tuloksissa. Tulos saattaa liittyä siihen, että johtaminen ei yleisenä käsitteenä ole yksiselitteinen, osastonhoitajien tehtävät ovat moninaisia ja yhtenäinen linjaus osastojen esimiestyöstä puuttuu. Lisäksi hoitotyön ydinkäsitteenä pidetty huolenpito on käsitteenä hämärä ja epämääräinen (Brilowski & Wendler 2005). Näin hoitotyön toteuttaminen sekä lähijohtaminen hoitotyössä ilmeisesti vaihtelevat sairaaloittain ja osastoittain.

Sairaanhoitajatkin arvioivat osastonhoitajien johtamista samalla tavalla iästä, yhteisestä työkokemuksesta arvioidun osastonhoitajan kanssa sekä koulutuksesta riippumatta. Sairaanhoitajien arvioinneissa oli sen sijaan tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja sairaaloissa ja osastotyypeissä heijastaen todellisia johtamiskulttuurien eroja. Arvioinneissa erottui yksi yliopistosairaala, jossa kaikki summamuuttajat saivat muita sairaaloita korkeammat keskiarvot, eli arvioitujen osastonhoitajien johtamistoiminnoissa esiintyi mallin mukaista muutosjohtajuutta muita yliopistosairaloita enemmän. Sairaaloiden erot eivät johtuneet taustamuuttujista vaan niiden voi päätellä olevan todellisia. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ei kuitenkaan voi päätellä erojen syitä. Aikaisempien tutkimusten mukaan muutosjohtajuutta esiintyy suurissa organisaatioissa pieniä organisaatioita enemmän (Kanste 2005). Hoitotyön johtajien muutosjohtajuuden on todettu myös lisääntyneen organisaation koon kasvaessa. Tämän on päätelty liittyvän siihen, että hoitotyön johtajilla on suurissa organisaatioissa pienempiä organisaatioita useammin ylempi korkeakoulututkinto. (Dunham-Taylor 2000.) Suomessa yliopistosairaalat ovat muihin sairaaloihin verrattuina kooltaan suuria. Tässä tutkimuksessa osastonhoitajien muutosjohtajuudesta korkeimmat pisteet saanut yliopistosairaala ei kuitenkaan ollut kooltaan aineiston suurin. Sairaalakohtaisten erojen löytyminen voi kuitenkin olla signaali siitä, että Suomessa on löydettävissä organisaatiokohtaisia eroja hoitotyön johtamisessa ja sen vaikutuksissa potilaiden hoitotyöhön ja henkilökunnan toimintaan. Sairaalakohtaisten erojen syyt tulisi saada näkyviksi ja näin käynnistää hoitotyön johtamisessa sekä hoitotyössä benchmarking-tyyppinen oppiminen eri organisaatioiden kesken. Suomessa ei vielä ole anglosaksisissa maissa käytettyä magneettisairaala-luokittelua, jolla sairaalakohtaisia eroja on mahdollista tietyin kriteerein tuoda esille.

Osastonhoitajat laajensivat ja rikastivat LPI-mittarilla saatuja johtamistoiminnoissa useimmin ja harvimminkin esiintyneitä johtamistoimintoja ryhmähaastatteluissa. Haastatteluaineisto toi LPI-mittarilla kerätyt tulokset toiseen valoon kun osastonhoitajat antoivat yhdysvaltalaisen mittarin sisältöön suomalaista merkitystä. Lisäksi osastonhoitajat ilmaisivat käyttävänsä mittarin mukaan frekvenssiltaan harvoin esiintyneitä johtamistoimintoja mutta käsittivät niiden sisällön toisin kuin mittarissa oli ilmaistu. Osastonhoitajat kuvasivat ”Muiden valtuuttamisen toimintaan” tarkoittavan harkitsevaa ja realistista toimintaa asioita osastolla sovitellen. Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallissa tämä johtamistoiminto tarkoitti vuorovaikutuksen tukemista ja ihmisten vahvistamista. Osastonhoitajien kuvausten mukaan johtamistoiminto ”Tien näyttäminen” tarkoitti osallistumista ja tavoitettavissa olemista, suunnitelmallisuutta sekä työn ja yhteistoitinnan edistämistä. Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallissa tämä johtamistoiminto taas tarkoitti esimerkkien antamista sekä pienten voittojen kautta etenemistä. Osastonhoitajien kuvaama tavoitettavissa oleminen osastolla on esmiehen näkyvyyttä, jolla on todettu olevan myönteinen vaikutus henkilökuntaan. Sen on todettu lisänneen sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä (Upenieks 2002b), edistäneen sairaanhoitajien toimintaa (Reavy ym. 2003), tukeneen ammatillisen hoitotyön kehittymistä osastolla (Upenieks 2003b) sekä lisänneen sairaanhoitajien voimaistumisen kokemusta (Chantal 1999). Osastonhoitajan koettu näkyvyys mielletään usein potilastyöhön osallistumiseksi. Kansten (2005) mukaan potilastyöhön osallistuvilla osastonhoitajilla esiintyi myös muita osastonhoitajia enemmän muutosjohtamisen ominaisuuksia. Williams ym. (2001) ovat myös todenneet osastonhoitajien oman työtyytyväisyyden parantuneen, mikäli he olivat onnistuneet yhdistämään käytännön hoitotyön sekä hallinnollisen työn. Osastonhoitajat olivat kuvanneet tämän myös selkeyttäneen työroolinsa sisältöä.

Osastonhoitajat kuvasivat johtamistoiminnosta ”Rohkaisu” mahdollisuuksien ja keinojen rajallisuuden hyväksymiseksi. Alkuperäisessä Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallissa ”Rohkaisu” käsitti työsuoritusten huomioimista ja suoritusten juhlintaa. Rajallisuutta osastonhoitajat kuvasivat erityisesti palkitsemisessa. Palkitsemisen eräs ongelma on siinä, että se käsitellään eri tavoin. Kanste (2005) kuvaa enemmän aineettomia palkitsemiskeinoja, joita suomalaiset osastonhoitajat ovat käyttäneet. He käyttävät tunnustuksen antamista, palautetta sekä kiitosta hyvin tehdystä työstä ja tavoitteiden saavuttamisesta. Palkitsemista esiintyi yliopistosairaaloissa muita sairaaloita enemmän. Tässä tutkimuksessa osastonhoitajat kuvasivat palkitsemista konkreettisten keinojen vähytenä. Osastonhoitajat kuvasivat palkitsevaksi jopa osastojen riittävän miehityksen, jonka he kokivat olevan liian alhaisen. Mahdollisuus vaikuttaa osastojen miehitykseen on keskeistä osastonhoitajien johtamisessa, vaikkakin osastonhoitajien vaikuttamismahdollisuudet siihen ovat hyvin rajalliset. Riittävä miehitys ei kuitenkaan ole palkitsemiskeino vaan johtamista, jolla vastataan oikealla hoitotyön mitoituksella potilaiden hoitoisuuden asteeseen. Osaston lähesimiehen osuus resurssien riittävyyden turvaamisessa on merkittävä (Rasmus 2005). Isosaari (2006) tuo esille kuitenkin realiteetit eli sen, että suomalaisilla lähijohtajina toimivilla osastonhoitajilla on rajattu päätösvalta resurssien jakamisessa. Hän korostaa kuitenkin sitä, että harkintaa on mahdollista tehdä määritel-

tyjen rajojen sisällä. Alhaisella henkilökuntamiehityksellä on merkitystä henkilökunnan paitsi potilaiden myös henkilökunnan hyvinvointiin. Rafferty ym. (2007) mukaan alhainen henkilökuntamiehitys aiheutti 26 % korkeamman potilaiden kuolleisuuden verrattuna paremmin miehitettyihin osastoihin sekä kaksi kertaa enemmän sairaanhoitajien työtyytymättömyyttä, korkeaa työuupumusta sekä alhaista hoitotyön laatua.

Osastonhoitajat toivat johtamistoiminnossa ”Rohkaisu” ilmi myös sen, että esimies ei vain rohkaise muita vaan tarvitsee itsekin rohkaisua toimintaansa ja kehittymiseensä. Osastonhoitajan työhön perehtyminen ilman tukea saattaa aikaansaada oman pätevyyden ja työn liian suurten vaatimusten ristiriitaa, jonka Suonsivun (2003) mukaan on todettu laukaisevan masennusta. Osastonhoitajat saavat tukea johtamiseensa koulutuksesta. Johtamiskoulutuksesta on tutkimusten mukaan saatu hyviä tuloksia. Brown ja Posner (2001) painottavat, että johtamisen kehittyminen on oppimisprosessi. Erilaisia oppimismenetelmiä joustavasti käyttävät johtajat käyttävät myös muita johtajia useammin johtamistoimintoja toiminnan kyseenalaistaminen, inspirointi, mahdollistaminen sekä rohkaisu. Bellack ja Morjikian (2005) kuvaavat hoitotyön johtajien perehdytyksessä käytetyn mentoroinnin avulla saatuja hyviä tuloksia. Johtajien kyky nähdä johtajuuden haasteita sekä mahdollisuuksia oli laajentunut erityisesti, mikäli mentori oli ollut muusta kuin terveydenhuollon organisaatiosta. Cookin (2001) ja Krugmanin ja Smithin (2003) mukaan osastonhoitajat tunnistivat paremmin vastuujansa, kykenivät asettamaan paremmin tavoitteita, toimivat paremmin inhimillisten voimavarojen johtamisessa sekä kykenivät kommunikoimaan paremmin työyhteisössä muutosjohtamiseen suuntautuneen koulutusohjelman jälkeen. Tourangeau (2003) on todennut muutosjohtamiskoulutuksen edistäneen osastonhoitajien kykyä prosessien kyseenalaistamiseen sekä yhteiseen visioon innostamiseen. Bondasin (2006) mukaan johtamiseen kasvaminen sisältää paitsi koulutuksen myös oman motivaation sekä hyvän ja huonon hoitotyön johtamisen roolimallit ja tilannetekijät. Koulutuksen puutetta johtamistehtäviin on kuvattu myös aikaisemmin. Hoitotyön johtajat ovat oppineet työnsä pääosin yrityksen ja erehdyksen kautta ilman suunniteltua koulutusta (Sherman ym. 2007).

Johtamistoiminto ”Yhteiseen visioon innostaminen” tarkoitti osastonhoitajien oikeutta yhteistyöhön ja asiantuntijoiden käyttämiseen esimerkiksi konkreettisten ja mitattavien tavoitteiden asettamisessa sekä saavutusten arvioinnissa. Alkuperäisessä aineistossa johtamistoiminto tarkoitti tulevaisuuden ennustamista ja muilta saatua tukea. Osastonhoitajien yhteistyö oli tärkeää osastojen jaetussa johtajuudessa osaston vastaavan lääkärin kanssa. Tämä jaetun johtajuuden malli ei kuitenkaan toiminut ja osaston lähijohtajien yhteistyön ongelmia on kuvattu kirjallisuudessa (Viitanen & Lehto 2005) sekä lääkärijohtajien työtä kuvaavassa tutkimuksessa (Tuomiranta 2002). Lääkärijohtajat ovat tuoneet osaltaan esille puutteita perehdytyksessä, selkeissä ohjeissa sekä riittävien resurssien saamisessa (Tuomiranta 2002).

Johtamistoiminto ”Prosessien kyseenalaistaminen” tarkoitti osastonhoitajien kuvausten mukaan osastonhoitajien maltillisuutta uudistuksissa perustehtävän turvaamiseksi. Alkuperäisessä Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallissa tämä johtamistoiminto toiminto sisälsi mahdollisuuksien etsimisen ja kokeilemi-

sen sekä riskien ottamisen. Innovatiivisuus ei ole vain yksittäisen esimiehen asia vaan innovatiivisuuden systemaattinen johtaminen edellyttää lähijohtajien roolien ja tehtävien selkiyttämistä avaintehtävien tarkastelulla. Avaintehtäviksi on nostettu erityisesti tietojohtaminen, jossa tieto on jokaisen ulottuvilla ja tietoa käytetään tehokkaasti kehittämis- ja päätöksentekotilanteissa ja luodaan runsaasti. Tiedon avulla työntekijöiden on mahdollista yhdistää oma ammattitaito ja sen kehittäminen organisaation tavoitteisiin ja strategioihin. (Miettinen 2005.) (Liite 8.)

Osastonhoitajien maltillisuus uudistuksissa on nostettu esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Reavyn ym. (2003) mukaan sairaanhoitajien toimintaa edistävä johtamisen elementti oli maltillinen ja perusteltu toimintatapojen muuttaminen, joka tuki henkilökunnan toimintaa. Upenieks (2003b) taas korostaa sitä, että hoitotyön toimintaa muutetaan vasta tutkittuun tietoon perustuvasti. Toisaalta osastonhoitajien liiallinen harkinta ja arkityön korostaminen ylläpitävät jo tutkimuksissa todettua ongelmaa, joka on osastonhoitajien toimintoja säilyttävä ja muutoksia välttävä johtaminen (Edwards & Roemer 1996, Drach-Zahavy & Dagan 2002, Mettiäinen ym. 2003). Osastonhoitajien toiminta arjen turvaamisessa saattaa myös olla keino hallita toisinaan kaoottiseksi koettua toimintaympäristöä päivystävissä yliopistosairaaloissa. Viitasen ym. (2007) tutkimuksen mukaan suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajat kuvasivat johtamisen viitekehyyksi toisaalta hoivaavan äidin ja toisaalta hallinnollisen sairaanhoitajan roolit. Näiden perinteisten roolien arveltiin saattavan heikentää hoitotyön ja hoitotyön johtajien uudentyyppisen pätevyyden kehittymistä.

LPI-mittarin sairaanhoitaja-aineistosta muodostettiin kolmifaktorinen malli, jonka ensimmäinen faktori ”Tulevaisuussuuntautunut johtaminen” ilmaisi visiointia, innovatiivisuutta ja palkitsemista. Tästä faktorista jäi alle 0.50 latauksen kaksi muuttajaa, joiden sisältö käsitteli oppimista sekä johtajan käyttämää johtamisfilosofiaa. Toinen uusi faktori ”Ihmisiä arvostava johtaminen” käsitteli tukemista, arvostamista ja yhteistyötä. Kolmas faktori ”Johtamisen perusta” käsitteli tavoitteellisuutta sekä yhteisten toimintaperiaatteiden ja arvojen mukaista toimintaa. Tästä faktorista jäi alle 0.5 latauksen muuttuja, joka käsitteli uusien taitojen oppimista ja ammatillista kehittymistä. Faktorit muodostuivat sisällöllisesti mielekkäistä kokonaisuuksista. Faktorianalyysin mukaan osastonhoitajien johtamisen ulottuvuudet eivät kuitenkaan suomalaisessa aineistossa olleet yhtä selkeästi erotettavissa toisistaan kuin alkuperäisessä sekä johtajien että alaisten havainnoinneista koostuvassa aineistossa. LPI-mittari on soveltuvampi liikkeenjohdolliseen johtamiseen, jossa innovatiivisuus ja palkitsemismahdollisuudet ovat erilaisia kuin osastonhoitajien suomalaisissa yliopistosairaaloissa.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtaminen on yhteistyötä ja ”yksinvastuullisten sankareiden” aika johtamisessa on ohi. Muutosjohtamisessa korostetaan yhteisiä tavoitteita ja sitoutumista niihin, arvoihin perustuvaa toimintaa ja yhteistä vastuun ottamista sekä toiminnasta että toinen toistensa kehittymisestä ja hyvinvoinnista työssä. Johtamista ja johtajuutta tarvitaan näiden tavoitteiden saavuttamiseen. Tässä tutkimuksessa tutkittiin osastonhoitajien muutosjohtamista käyttäen metodologista- ja aineistotriagulaatiota. Kvantitatiivinen aineisto kerättiin Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) malliin perustuvan Posnerin ja Kouzesin (1988, 1993) LPI-mittarin avulla, jota Suomessa ei vielä ole käytetty hoitotyön johtamisen tutkimuksissa. Tuloksissa tunnistettiin osastonhoitajien johtamisessa kymmenen useimmin ja kymmenen harvimminkin esiintynyttä johtamistoimintoa. Sekä osastonhoitajat että sairaanhoitajat tunnistivat samat johtamistoiminnot. Osastonhoitajat käyttivät sekä itsearviointiensa että sairaanhoitajien havainnoitsija-arviointien perusteella johtamistoiminnoista yleisimmin ”Muiden valtuuttamista toimintaan”, toiseksi yleisimmin ”Tien näyttämistä”, kolmanneksi yleisimmin ”Rohkaisemista”, neljänneksi yleisimmin ”Yhteiseen visioon innostamista” ja harvimminkin ”Prosessien kyseenalaistamista.” Suomalaisen osastonhoitajien johtamistoiminnot esiintyivät toisin kuin alkuperäisessä LPI-mittarin yhdysvaltaisessa aineistossa. Suomalaisissa yliopistosairaaloissa osastonhoitajien johtamisen sisältö, vastuu ja valtuudet poikkeavat ja johtaminen näyttää erinäisenä kuin yhdysvaltalaisessa yritys-elämän johtamisessa. Suomalaisen osastonhoitajien johtamisessa korostuvat riskien ottamista ja innovatiivisuutta enemmän toimintoja säilyttävä mutta ihmisläheinen johtaminen, jonka sisällä työntekijät saavat työskentelyvapautta. Suomalaiset osastonhoitajat ovat valmiita kyseenalaistamaan prosesseja ja kokeilemaan uusia toimintatapoja maltillisesti ja harkiten.

LPI-mittarin mukaisissa osastonhoitajien johtamistoiminnoissa ilmeni sairaala- ja osastokohtaisia eroja siten, että yhdessä yliopistosairaalassa kaikkia johtamistoimintoja esiintyi muita sairaaloita useammin. Myös osastotyypeissä oli eroja siten, että synnytysosastoilla kaikki johtamistoiminnot esiintyivät muita osastotyyppisiä useammin. Samantyyppisillä osastoilla osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arviot johtamistoimintojen yleisyydestä erosivat toisistaan. Osastonhoitajat arvioivat käyttävänsä muutosjohtamistoimintoja, joita sairaanhoitajat eivät tunnustaneet. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida päätellä, mitkä tekijät vaikuttivat tulokseen.

Osastonhoitajat laajensivat ja rikastivat LPI-mittarin mukaan saatuja useimmin ja harvimminkin esille tulevia johtamistoimintojaan. LPI-mittarilla kerätty tieto näyttää toisessa valossa. Esimerkiksi mittarin mukaan osastonhoitajien johtamisessa hyvin harvoin esiintyvä riskien ottaminen ja innovatiivisuus kuuluivat

osastonhoitajien johtamiseen. Osastonhoitajat käyttivät niitä vain toisin kuin mittarin muuttujassa oli määritelty eli harkiten niin, että henkilökunnan työ kohdistui perustoimintaan eli potilaiden hoitotyöhön. Yhteenvetona haastatteluaineistosta voidaan todeta, että suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien johtamistoiminta on konkreettista, realistista ja maltillista johtamistoimintaa, jossa painotetaan perustehtävän tekemistä. Osastonhoitajat innovatiivisuus ja riskien ottaminen näyttäytyy maltillisena esimiestyönä uudistuksissa perustehtävän turvaamisen ollessa ensisijaista.

LPI-mittarin suomalaisesta aineistosta voitiin muodostaa faktorit ainoastaan sairaanhoitaja-aineistosta. Tästä aineistosta muodostettiin kolmifaktorisen malli, jonka rakenne poikkesi alkuperäisen LPI-mittarin viisifaktorisen mallin rakenteesta. Faktorit muodostivat sisällöllisesti mielekkäät kokonaisuudet mutta osastonhoitajien johtamisominaisuudet eivät olleet erotettavissa samoin kuin LPI-mittarin alkuperäisessä yhdysvaltalaisessa aineistossa.

8. JATKOTUTKIMUSAIHEET JA TULOSTEN MERKITYS HOITOTYÖSSÄ JA HOITOTYÖN JOHTAMISESSA

Tutkimuksessa on ensimmäisen kerran Suomessa käytetty Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) muutosjohtamisen malliin perustuvaa Posnerin ja Kouzesin (1988, 1993) ”The Leadership Practices Inventory” (LPI) -mittaria yliopistosairaaloiden osastonhoitajien muutosjohtamisen tutkimiseen. Tulosten perusteella on saatu tietoa siitä, mitkä Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallin mukaiset muutosjohtamisen toiminnot esiintyivät yliopistosairaaloiden osastonhoitajien johtamisessa ja miten osastonhoitajien itsearvioinnit sekä sairaanhoitajien havainnoitsija-arvioinnit erosivat toisistaan. Todellisen ja konkreettisen muutoksen aikaansaamisessa tietyn mallin mukainen johtamistoimintojen kuvailu ei kuitenkaan riitä. Myöskään tarvittavan muutoksen määrittely ei ole riittävää, vaan muutos on nähtävä tuloksina (Porter-O’Grady 2003b). Tutkimustulosten perusteella voidaan kuitenkin päätellä mitkä käytetyn muutosjohtamisen mukaiset johtamistoiminnot esiintyvät suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien toiminnassa ja miten työntekijät niitä havainnoivat.

Osastonhoitajat arvioivat kaikkien muutosjohtamistoimintojen esiintyvän toiminnassaan useammin kuin sairaanhoitajat. Myös erityyppisillä osastoilla osastonhoitajat ja sairaanhoitajat arvioivat johtamistoimintojen esiintymisen eri tavoin. Avoin vuorovaikutus, säännöllinen esimiehen ja työntekijöiden välinen palaute ja esimiehen vastuualueiden sekä työnsisällön läpikäyminen työntekijöiden kanssa ovat tekijöitä, joilla voidaan saavuttaa yhteinen käsitys sekä johtamisesta että alustaidoista ja muuttaa niitä työyhteisötaidoiksi. Vaikka johtamistoimintojen frekvensseissä oli eroja, tunnistivat sekä osastonhoitajat että sairaanhoitajat samat mallin mukaiset johtamistoiminnot osastonhoitajien johtamisessa. Tämä tulos antaa positiivisen lähtökohdan kehittää yhteistyöhön ja tiimityöhön perustuvaa johtamista suomalaisissa yliopistosairaaloissa. Tietoa on mahdollista hyödyntää organisaatioiden ja osastojen toiminnan ja johtamisen kehittämisessä.

Tulosten perusteella kävi ilmi, että osastonhoitajien eniten käyttämä johtamistoiminto oli muiden valtuuttaminen toimintaan. Tuloksella on merkitystä hoitotyön johtamistoimintojen kehittämisessä, sillä tämän mukaan osastonhoitajat kohtelevat ihmisiä arvostaen, kuuntelevat erilaisia näkökantoja ja antavat muille valinnanvaraa ja vapauttaa päättää työskentelytavoista sekä varmistavat muiden kehittymistä. Näiden johtamisvalmiuksien avulla on mahdollista kehittää

työyhteisöjä. Muutokseen tähtäävät johtamistoiminnot visiointi sekä toimintojen kyseenalaistaminen tulivat kuitenkin harvoin esille osastonhoitajien johtamisessa. Osastonhoitajat suhtautuivat johtamiseensa realistisesti ja ammatillisesti ja olivat ehkä tästä syystä hyvin maltillisia uudistusten käyttöönotossa sekä riskien ottamisessa. Tämä osastonhoitajien harkitsevuus ja varovaisuus on syytä huomioida, kun suunnitellaan ja aikataulutetaan muutoksia organisaatioissa. Osastonhoitajien johtamiseen ei myöskään kuulunut innovatiivisten työtapojen etsiminen oman organisaation ulkopuolelta. Suomalaiset sairaalat ovat sulkeutuneita organisaatioita, eikä johtamisessa ole vielä oivallettu hyödyntää riittävästi muissa organisaatioissa saatuja johtamistuloksia. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää osastonhoitajien muutosjohtamisen koulutuksessa sekä kehitettäessä lähiesimiesten johtamistoimintaa huomioiden osastonhoitajien tyyli käyttää toimintaa ylläpitävää johtamista sekä oman yksikön toiminnan kriittisen tarkastelun sekä uudistusten käyttöönottamisen vähäisyyttä.

Yliopistosairaaloiden osastonhoitajilla oli rajalliset mahdollisuudet ja keinot rohkaista konkreettisesti esimerkiksi palkitsemisen muodossa henkilökuntaansa, eivätkä osastonhoitajat juhlistaneet suorituksia tai työntekijöiden onnistumisia projekteissa. Palkitseminen on osa organisaation strategiaa ja henkilöstön sitouttamisen ja vaihtuvuuden vähentäminen on sidoksissa ammatillisen urakehittymisen mahdollisuuksiin, elinikäisen oppimisen mahdollistamiseen sekä joustaviin työaikoihin (Aiken ym. 2001). Raha muodostaa palkitsemisesta tosin merkittävän osan. Yksittäisen osaston osastonhoitaja ei voi palkita henkilökuntaansa rahallisesti, ja työajan käyttö on tarkoin sopimuksin määriteltyä. Osastonhoitajien olisi kuitenkin syytä yhdessä esimiestensä ja henkilökunnan kanssa miettiä työntekijöiden innovatiivisia palkitsemismuotoja, joilla saattaa olla huomattava merkitys pyrittäessä rekrytoimaan osaavaa ja kehityskykyistä henkilökuntaa. Työntekijöiden palkitseminen, palaute ja hyvien työsuoritusten sekä työntekijän normaalia työtä paremman panostuksen huomiointi tuo merkitystä työhön ja nostaa hetkeksi ”arjen yläpuolelle”. Osastonhoitajat voivat hyödyntää myös huumoria johtamisessaan, koska hoitohenkilökunnan välisen huumorin on todettu auttavan osaston ilmapiirin luomisessa sekä työstä selviytymisessä (Åstedt-Kurki & Isola 2001). Mikäli työntekijöiden ylimääräistä panostusta työssä pidetään itsestäänselvyytenä, saattaa työntekijöiden motiivointi perustyön ohella uusiin hankkeisiin ja projekteihin olla ongelmallista. Toofany (2007) tuo myös esille työntekijöiden onnistumisen huomioinnin ja saavutusten juhlimisen olevan eräs keino heikon työmoraaalin nostamiseksi.

Yliopistosairaaloissa hoidetaan vaativan erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevia potilaita, ja toiminnan tavoitteet on määritelty valtakunnallisesti. Tulosten perusteella eri sairaaloiden ja osastojen osastonhoitajien muutosjohtajuudessa oli eroja, jotka eivät johtuneet tutkimuksen taustamuuttujista vaan olivat todellisia. Syitä osastonhoitajien johtamistoimintojen eroihin sekä sairaala- että osastotasoilla ei tämän tutkimuksen perusteella voi määrittellä. Haasteena hoitotyön johtamiselle on sairaalakohtaisten erojen syiden selvittely ja benchmarkingtoiminnan käynnistäminen, jotta kaikki ”oppisivat parhaista käytännöistä”.

Tutkimustulosten perusteella ilmenee useita jatkotutkimusaiheita:

- Mitä vaikutuksia Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) muutosjohtamisen malli mukaisen koulutuksen jälkeen saadaan aikaan osastonhoitajien johtamisessa LPI-mittarilla mitattuna organisaation konkreettisessa muutostilanteessa?
- Mitä vaikutuksia Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) muutosjohtamisen malliin perustuvan osastonhoitajien koulutuksen jälkeen saadaan aikaan sairaanhoitajien työhyvinvoinnin, organisaatioon sitoutumisen ja tuottavuuden lisääntymiseen LPI-mittarilla mitattuna?
- Mikä on eri sairaaloissa ja erityyppisillä osastoilla esiintyvän hoitotyön johtamisen eron syy?
- Mitä ovat suomalaisten sairaaloiden magneettisairaala-piirteet?
- Miten sairaaloiden osastonhoitajat ovat oppineet esimiestyönsä?
- Mitä on sairaaloiden osastojen vastuuparien eli osastonhoitajien ja osastonlääkärien yhteistyö ja miten se ilmenee johtamisessa?
- Mitä ovat hoitotyöntekijöiden alaistaidot suomalaisissa sairaaloissa?
- Mitä mahdollisuuksia ja toisaalta valmiuksia suomalaisissa sairaaloissa on tiimijohtamiseen?
- Mikä edistää sairaaloiden osastonhoitajien mahdollisuuksia kyseenalaistaa prosesseja ja toimia innovatiivisesti?

LÄHTEET

- Aaltio-Marjosola I & Takala T. 2000. Charismatic leadership, manipulation and the complexity of organizational life. *Journal of Workplace Learning: Employee Counseling Today* 12 (4), 146-158.
- Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Busse R, Clarke H, Giovanetti P, Hunt J, Rafferty A & Shamian J. 2001. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs. The Policy Journal of the Health Sphere* 20 (3), 43-53.
- Aiken L, Clarek S, Sloane D, Sochalski J & Silber J. 2002. Hospital staffing, organization and quality of care: cross-national findings. *Nursing Outlook* 50 (5), 187-194.
- Aiken L, Xue Y, Clarke S & Sloane D. 2007. Supplemental nurse staffing and quality of care. *Journal of Nursing Administration* 37 (7/8), 335-342.
- Al-Mailam F. 2004. Transactional versus transformational style of leadership – employee perception of leadership efficacy in public and private hospitals in Kuwait. *Quality Management in Health Care* 13 (4), 278-284.
- Alimo-Metcalf B & Alban-Metcalf R. 2001. The development of a new transformational Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 74, 1-27.
- Allen D. 1998. How nurses become leaders: Perceptions and beliefs about leadership development. *Journal of Nursing Administration* 28 (9), 15-20.
- Altieri L & Elgin P. 1994. A decade of nursing leadership research. *Holist Nursing Practice* 9 (1), 75-82.
- Altieri L. 1995. Transformational and transactional leadership in hospital nurse executives in the Commonwealth of Pennsylvania: a descriptive study. George Mason University, USA.
- Anthony M, Standing T, Glick, J, Duffy M, Paschall F, Sauer M, Sweeney D, Modic M & Dumpe M. 2005. Leadership and nurse retention: the pivotal role of nurse managers. *Journal of Nursing Administration* 35 (3), 146-155.
- Antrobus S & Kitson A. 1999. Nursing leadership: influencing and shaping health policy and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 29 (3), 746-753.
- Atsalos C & Greenwood J. 2001. The lived experience of clinical development unit (nursing) leadership in Western Sydney, Australia. *Journal of Advanced Nursing* 34 (3), 408-416.

- Axelsson L, Kulle'n-Engström A & Edgren L. 2000. Management vs symbolic leadership and hospitals in transition – a Swedish example. *Journal on Nursing Management* 8 (3), 167-173.
- Avolio B. 1999. Full leadership development. Building the vital forces in organizations. Sage Publications, California, USA.
- Bass B. 1985. Leadership and performance beyond expectations. The Free Press, New York, USA.
- Bass B, Avolio B & Goodheim L. 1987. Biography and the assessment of transformational leadership at the world - class 1 - level. *Journal of Management* 13 (1), 7-19. Teoksessa: Sonnenfeld J. 1995 (ed.). Concepts of leadership. Dartmouth Publishing, Vermont, USA.
- Bass B & Avolio B. 1994 (eds.). Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Sage Publications, United States of America.
- Bass B. 1995. From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. Teoksessa: Sonnenfeld J. 1995 (ed.). Concepts of leadership. Dartmouth Publishing, Vermont, USA.
- Bass B. 1999. Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 8 (1), 9-32.
- Begley C. 1996. Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 24 (1), 122-128.
- Bellack J & Morjikian R. 2005. The RWJ executive nurse fellows program, Part 2: Mentoring for leadership success. *Journal of Nursing Administration* 35 (12) 533-540.
- Bondas T. 2006. Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management* 14 (5), 332-339.
- Bowles A & Bowles N. 2000. A comparative study of transformational leadership in nursing development units and conventional clinical settings. *Journal of Nursing Management* 8 (8), 69-76.
- Bowling A. 1998. Research methods in health. Investigating health and health services. Open University Press, Buckingham, Great Britain.
- Brannen J. 2004. Working qualitatively and quantitatively. Teoksessa: Seale C, Gobo G, Gubrium J & Silverman D. (eds.) 2007. Qualitative research practice. Sage Publications. London.
- Brilowski G & Wendler M. 2005. An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing* 50 (6), 641-650.
- Broom C & Tilbury M. 2007. Magnet status: a journey, not a destination. *Journal of Nursing Care Quality* 22 (2), 113-118.
- Brown L & Posner B. 2001. Exploring the relationship between learning and leadership. *Leadership & Organizational Development Journal* 22 (5/6), 274-280.
- Burns J. 1978. Leadership. Harper, Torchbooks, New York.

- Burns N & Grove S. 2001. *The practice of nursing research. Conduct, critique, & utilization.* Fourth edition. W. B. Saunders. Philadelphia, Pennsylvania.
- Calpin-Davies P. 2003. Management and leadership: a dual role in nursing education. *Nurse Education Today* 23 (1), 3-10.
- Carey M-A. 1994. The group effect in focus groups: Planning, implementing, and interpreting focus group research. In: Morse J. 1994 (ed.). *Critical issues in qualitative research methods.* Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Cavanagh S. 1997. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 4 (3), 5-16.
- Chan S. 2002. Factors influencing nursing leadership effectiveness in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 38 (6), 615-623.
- Chantal M. 1999. Relational caring inquiry: nurses' perspective on how management can promote a caring practice. *International Journal for Human Caring* 3 (1), 22-30.
- Chaves J, Baker C, Chaves J & Fisher M. 2006. Self, peer, and tutor assessments of MSN competencies using the PBL-evaluator. *Journal of Nursing Education* 45 (1), 25-31.
- Christian S & Norman I. 1998. Clinical leadership in nursing development units. *Journal of Advanced Nursing* 27 (1), 108-116.
- Clements C & Washbush J. 1999. The two faces of leadership: considering the dark side of leader-follower dynamics. *Journal of Workplace Learning* 11 (5), 170-175.
- Clegg A. 2000. Leadership: improving the quality of patient care. *Nursing Standard* 14 (30), 4-45.
- Conger J & Kanungo R. 1987. Toward a Behavioral Theory of Charismatic Leadership in Organizational Settings. *Academy of Management Review* 12 (4), 637-647. Teoksessa: Sonnenfeld J. 1995 (ed.). *Concepts of leadership.* Dartmouth Publishing, Vermont, USA.
- Conger J. 1989. Leadership: The art of empowering others. *The Academy of Management EXECUTIVE* III(1), 17-24. Teoksessa: Sonnenfeld J. 1995 (ed.). *Concepts of leadership.* Dartmouth Publishing, Vermont, USA.
- Cook M. 2001. The attributes of effective clinical nurse leaders. *Nursing Standard* 15 (35), 33-36.
- Crohar-Murray M & DiCroce H. 1997. *Leadership and management in nursing.* Second edition. Appleton & Lange, Connecticut, USA.
- Cronin S & Becherer D. 1999. Recognition of staff nurse job performance and achievements. *Journal of Nursing Administration* 29 (1), 26-29.
- Cunningham G & Kitson A. 2000a. An evaluation of the RCN clinical leadership development programme: part 1. *Nursing Standard* 15 (12), 34-37.
- Cunningham G & Kitson A. 2000b. An evaluation of the RCN clinical leadership development programme: part 2. *Nursing Standard* 15 (13-15), 34-40.

- Dixon D. 1999. Achieving results through transformational leadership. *Journal of Nursing Administration* 29 (12), 17 – 21.
- Donner G, Wheeler M & Waddell M 1997. The nurse manager as career coach. *Journal of Nursing Administration* 27 (12), 14-18.
- Drach-Zahavy A & Dagan E. 2002. From caring to managing and beyond: an examination of the head nurse's role. *Journal of Advanced Nursing* 38 (1), 19-28.
- Drach-Zahavy A. 2004. Primary nurse's performance: role of supportive management. *Journal of Advanced Nursing* 45 (1), 7-16.
- Dufva, H. 1995. Terveysthuollon osastonhoitajan työ, työn muutokset ja koulutustarpeet. Lisensiaatin tutkielma. Kuopion yliopisto, Terveysthuollon ja – talouden laitos.
- Dunham-Taylor J. 2000. Nurse executive transformational leadership found in participative organizations. *Journal of Nursing Administration* 30 (5), 241-250.
- Edmunds H. 1999. The focus group. *Research Handbook*. NTC Business Books with the American Marketing Association. Chicago, Illinois.
- Edwards P & Roemer L. 1996. Are nurse managers ready for the current challenges of healthcare? *Journal of Nursing Administration* 26 (9), 11-17.
- Efeko Oy. 2007. RAFAELA-järjestelmän somaattisten vuodeosastojen vertailuraportti
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062. www.finlex.fi. Luettu 30.11.2004.
- Fletcher C. 2001. Hospital RNs' job satisfactions and dissatisfactions. *Journal of Nursing Administration* 31 (6), 324-331.
- Foster D. 2000. The development of nurses as managers: the prevalence of the self-development route. *Journal of Nursing Management* 8 (4), 193-99.
- Fox R, Fox D & Wells P. 1999. Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personnel. *Journal of Nursing Administration* 29 (9), 12-18
- Gelinas L & Manthey M. 1997. The impact of organizational redesign on nurse executive leadership. *Journal of Nursing Administration* 27 (10), 35-42.
- George V, Burke L, Rodgers B, Duthie N, Hoffman M, Koceja V, Kramer A, Maro J, Minzlaff P, Pelczynski S, Schmidt M, Westen B, Zielke J, Brukwitzki G & Gehring L. 2002. Developing staff nurse shared leadership behaviour in professional nursing practice. *Nursing Administration Quarterly* 26 (3), 44-59.
- Girvin J. 1996. Leadership and nursing: Part two: styles of leadership. *Nursing Management* 3 (2), 20-21.
- Gould D., Kelly D, Goldstone L & Maidwell A. 2001. The changing needs for clinical managers: exploring issues for continuing professional development. *Journal of Advanced Nursing* 34 (1), 7-17.

- Grohar-Murray M & DiCroce H. 1997. Leadership and management in nursing. Second edition. Appleton & Lange, Connecticut, USA:
- Grönroos E & Perälä M L 2004. Johtamistutkimus terveydenhuollossa-kirjallisuuskatsaus. Aiheita 22/2004. Stakes. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Gullo S & Gerstle D. 2004. Transformational leadership and hospital restructuring: a descriptive study. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 5 (4), 259-266.
- Halfer D & Graf E. 2006. Graduate nurse perceptions of the work experience. *Nursing Economics* 24 (3), 150-155.
- Hautala T. 2005. Personality and transformational leadership. Perspectives of subordinates and leaders. *Acta Wasaensia* no 145. Business Administration 61 Management and Organization. Universitatis Wasaensis 2005.
- Hewison A & Griffiths M. 2004. Leadership development in health care: a word of caution. *Journal of Health, Organization and Management* 18 (6), 464-473.
- Hintsala A. 2005. Autonomia ammatista poistumisen ennakoijana hoitotyössä. Nais- ja mieshoitajien arviointia ja vertailua päätöksenteosta, pätevydestä, työn tärkeydestä ja johtamisesta hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 117.2005, Kuopio.
- House R, Spangler W & Woycke J. 1991. Personality and charisma in the US presidency: A psychological theory of leader effectiveness. *Administrative Science Quarterly* 36, 364-396. Teoksessa: Sonnenfeld J. 1995 (ed.). *Concepts of leadership*. Dartmouth Publishing, Vermont, USA.
- Houser J. 2003. A model for evaluating the context of nursing care delivery. *Journal of Nursing Administration* 33 (1), 39-47.
- Howell J & Frost P. 1989. A laboratory study of charismatic leadership. *Organizational behaviour and human decision processes* 43, 243-269. Teoksessa: Sonnenfeld J. 1995 (ed.). *Concepts of leadership*. Dartmouth Publishing, Vermont, USA.
- Huber D, Maas M, McCloskey J, Scherb C, Goode C & Watson C. 2000. Evaluating nursing administration instruments. *Journal of Nursing Administration* 30 (5), 251-272.
- Isosaari U. 2006. Vallankäyttö terveydenhuollon yksiköissä: Lähijohtaminen organisaation valtajärjestelmän näkökulmasta. *Premissi* 1, 45-50.
- Johnson J & Buelow J. 2003. Providing staff feedback to nurse managers using internal resources. *Journal of Nursing Management* 33 (7/8), 391-396.
- Jooste K. 2004. Leadership: a new perspective. *Journal of Nursing Management* 12 (3), 217-223.
- Juuti P. 1994. Johtamisteoriat ja johtamisjärjestelmien kehittäminen. Teoksessa: Lindström K. 1994 (toim.): *Terve työyhteisö-kehittämisen malleja ja menetelmiä*. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Juuti P. 1995. *Johtaminen ja organisaation alitajunta*. Otava, Keuruu.

- Kagan I, Kigli-Shemesh R & Tabak N. 2006. "Let me tell you what I really think about you" – evaluating nursing managers using anonymous staff feedback. *Journal of Nursing Management* 14 (5), 356-365.
- Kanste O. 2005. Moniulotteinen hoitotyön johtaminen ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. *Acta Universitatis Ouluensis D* 815.
- Kanter R., Stein B. & Todd J. 1992. *The challenge of organizational change. How companies experience it and leaders guide it.* Maxwell McMillan, Ontario, Canada.
- Kanter R. 1993. *Men and women of the corporation.* Second edition. Basic Books, New York, USA:
- Kenny A. 2005. Interaction in cyberspace: an online focus group. *Journal of Advanced Nursing* 49 (4), 414-422.
- Keskinen S. 2005. Tutkimus alaistaidoista kunnissa. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 49. Pole-Kuntatieto Oy.
- Kinnunen J & Vuori J. 1999. Hoitotyön johtamisen perusulottuvuudet ja toimintamallien muutokset. Teoksessa: Simoila R, Kangas R & Ranta J. (toim.) 1999. *Hoitotyötä johtamaan.* Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Kitzinger J. 1995. Introducing focus groups. *British Medical Journal* 311, 299-302.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J & Virtanen M. 2005. Johtaminen ja työntekijöiden hyvinvointi. Teoksessa: Vuori J. 2005 (toim.). *Terveys ja johtaminen.* Terveystieteiden tutkimuskeskus, Oulu. WSOY, Porvoo.
- Kleinman C. 2003. Leadership roles, competencies, and education: How prepared are our nurse managers? *Journal of Nursing Administration* 33 (9), 451-455.
- Kleinman C. 2004. Leadership and retention: Research needed. *Journal of Nursing Administration* 34 (3), 111-113.
- Kotter J. 1990. *A force for change. How leadership differs from management.* The Free Press, Collier Macmillan, USA.
- Kotter J. 1995. *What Leaders Really Do.* Teoksessa: Sonnenfeld J. 1995 (ed.). *Concepts of leadership.* Dartmouth Publishing, Vermont, USA.
- Kotter J. 1996. *Muutos vaatii johtajuutta.* Oy Rastor AB, Helsinki.
- Kotter J. 1999. *On what leaders really do.* Harvard Business Review Book. USA.
- Kouzes J & Posner B. 1988. Development and validation of the leadership practices inventory. *Educational and Psychological Measurement* 48, 483-497.
- Kouzes J & Posner B. 1995. Second edition. *The leadership challenge. How to keep getting extraordinary things done in organizations.* Jossey-Bass, San Francisco, California.
- Kouzes J & Posner B. 1999. *Encouraging the heart. A Leader's guide to rewarding and recognizing others.* Jossey-Bass, San Francisco.

- Kouzes J & Posner B. 2001. Rohkaiseva johtaja. Miten esimies palkitsee ja antaa tunnusta. Rastor, Helsinki.
- Kouzes J & Posner B. 2002. The leadership practices inventory: Theory and evidence behind the five practices of exemplary leaders. Appendix0512BP. <http://www.leadershipchallenge.com/WileyCDA/>. Luettu 15.10.2004.
- Kouzes J & Posner B. 2003a (3. ed). Leadership practices inventory self. Pfeiffer, San Francisco, USA.
- Kouzes J & Posner B. 2003b (3. ed). Leadership practices inventory observer. Pfeiffer, San Francisco, USA.
- Kouzes J & Posner B. 2003c. Leadership practices inventory LPI. Leadership development planner. Third Edition. Pfeiffer, San Francisco, USA.
- Krugman M & Smith V. 2003. Charge nurse leadership development and evaluation. *Journal of Nursing Administration* 33 (5), 284-292.
- Kuhnert, K. 1994. Transforming leadership. Developing people through delegation. Teoksessa: Bass B & Avolio B. 1994 (eds.). Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Sage Publications, United States of America.
- Kuokkanen L & Katajisto J. 2003. Promoting or impeding empowerment? Nurses' assessments of their work environment. *Journal of Nursing Administration* 33 (4), 209-215.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu-potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Quality of care—a common issue for patients and staff? Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 11, Kuopion yliopisto.
- Laaksonen H. 2008. Luottamukseen perustuvan voimistavan johtamisen prosessimalli ja työyhteisön hyvinvointi. Mallin testaus sosiaali- ja terveydenhuollon dementiayksiköissä. *Acta Wasaensia* No 187. Sosiaali- ja terveyshallintotiede, Vaasan yliopisto.
- Lammintakanen J & Kinnunen J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveystalveissa. Teoksessa: Miettinen, M, Hopia H, Koponen L & Wilskman K. (toim.) 2006: Hoitotyön vuosikirja 2006. Suomen Sairaanhoidtajaliitto, Gummerus Kirjapaino Oy, Helsinki.
- Larrabee J, Janney M, Ostrow C, Withrow M, Hobbs G & Burant C. 2003. Predicting registered nurse job satisfaction and intend to leave. *Journal of Nursing Administration* 33 (5), 271-283.
- Laschinger H, Wong C, McMahon L & Kaufmann C. 1999. Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration* 29 (5), 28-39.
- Leach L. 2005. Nurse executive transformational leadership and organizational commitment. *Journal of Nursing Administration* 35 (5), 228-237.
- Lindholm M, Sivberg B & Ude' n G. 2000. Leadership styles among nurse managers in changing organizations. *Journal of Nursing Management* 8 (6), 327-335.

- Loke JCF 2001. Leadership behaviors: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management* 9 (4), 191-204.
- Lorensen M, Sinkkonen S, Lichtenberg A, Jensdottri A, Hamran G, Johansson B & Engfeldt L. 2002. Required and possessed competencies of nurse leaders in the primary health care settings of the Nordic Countries. *Vård i Norden* 22 (4), 31-37.
- Lowe K, Kroeck G & Sivasubramaniam N. 1996. Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: A meta-analytic review of the MLQ literature. *Leadership Quarterly* 7 (3), 385-425.
- Lynn M & Layman M. 1996. The nature of nursing administration research knowledge building or fire stompng? *Journal of Nursing Administration* 26 (5), 9-14.
- Lynn M, Layman E & Englehardt S. 1998. Nursing administration research priorities: A national Delphi study. *Journal of Nursing Administration* 28 (5), 7-11.
- Macnaghten P & Myers G. 2007. Focus groups. Teoksessa: Seale C, Gobo G, Gubrium J & Silverman D. 2007. *Qualitative research practice*. Sage Publications. London.
- Marriner-Tomey A. 1996. *Guide to nursing management and leadership*. Fifth edition. Mosby-Year Book, MO, USA.
- Mathena K. 2002. Nursing manager leadership skills. *Journal of Nursing Administration* 32 (3), 136-142.
- McDaniel C & Wolf G. 1992. Transformational leadership in nursing service: a test of theory. *Journal of Nursing Administration* 22 (2), 60-65.
- McDaniel R. 1997. Strategic leadership: A view from quantum and chaos theories. *Health Care Management Review* 22 (1), 21-37.
- McGibbon G. 1997. The ward sister/charge nurse as "on site" manager. *Nursing Standard* 11 (36), 34-37.
- McGuire E & Kennerly S. 2006. Nurse managers as transformational and transactional leaders. *Nurse Economics* 24 (4), 179-185.
- McNeese-Smith D. 1993. Leadership behavior and employee effectiveness. *Nursing Management* 24 (5), 38-39.
- McNeese-Smith D. 1995. Job satisfaction, productivity, and organizational commitment: the result of leadership. *Journal of Nursing Administration* 25 (9), 17-26.
- McNeese-Smith D. 1997. The influence of manager behaviour on nurses' job satisfaction, productivity and commitment. *Journal of Nursing Administration* 27 (9), 47-55.
- Meretoja R, Leino-Kilpi H. & Kaira A-M. 2004. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management* 12 (5), 329-336.

- Mettiäinen S, Laakso H & Raatikainen R. 2003. Terveysthuollon osastonhoitajien pätevyys. *Hallinnon tutkimus* 1, 68-80.
- Miettinen M. 2005. Terveysthuollon innovatiivisuuden esteitä, kannusteita ja mahdollisuuksia. Teoksessa: Vuori J. 2005 (toim.). *Terveyst ja johtaminen. Terveysthallintotiede terveysthuollon työyhteisöissä*. WSOY, Porvoo.
- Miettinen M, Kaunonen M & Tarkka M-T. 2006. Laadukas perehdyttäminen. Osa I, Hoitotyön perehdytyksen perusta. *Hallinnon tutkimus* 25 (2), 63-69
- Mintzberg H. 1990. The manager's job: Folklore and fact. *Harvard Business Review*, 163-176. Teoksessa: Sonnenfeld J. 1995 (ed.). *Concepts of leadership*. Dartmouth Publishing, Vermont, USA.
- Morjikian R & Bellack J. 2005. The RWJ executive nurse fellows program, Part 1: Leading change. *Journal of Nursing Administration* 35 (10), 431-438.
- Morrison R, Jones L & Fuller B. 1997a. The relationship between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration* 27 (5), 27-34.
- Morrison R. 1997b. Identification of nursing management diagnoses. *Journal of Advanced Nursing* 25 (2), 324-330.
- Morse J & Richards L. 2002. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Sage Publications Inc. United States of America.
- Mrayyan M. 2004. Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing* 45 (3), 326-336.
- Munro B. 1997. *Statistical methods for health care research*. Third edition. Lippincott – Raven Publishers, Philadelphia, United States of America.
- Murphy L. 2005. Transformational leadership: a cascading chain reaction. *Journal of Nursing Management* 13 (2), 128-136.
- Mäenpää T, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P. 2002. Ryhmähaastattelu tiedonkeruun menetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeyttä ja perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede* 14 (3), 100-107.
- Mäki T. 2004. Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 109. Terveysthallinnon ja talouden laitos, Kuopion yliopisto.
- Narinen A. 2000. Terveysthuollon osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien sekä ylihoitajien mielipiteistä. Helsingin yliopisto Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Väitöskirjat 1:2000. Helsingin yliopiston verkkojulkaisut, Helsinki.
- Nissinen V. 2001. *Military leadership. A critical constructivist approach to conceptualizing, modeling and measuring military leadership in Finnish defense forces*. Publication Series 1, Research Reports N:o 20. Academic Dissertation. National Defense College, Department of Management and Leadership. Edita Oy, Helsinki.

- Nojonen K. 1994. Tuloksellisuus ja hoitotyön johtaminen. Teoksessa: Salo S & Leisti S. 1994. Muutos ja johtaminen. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Oroviogioicoechea C. 1996. The clinical nurse manager: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 24 (6), 1273-1280.
- Oughtibridge D. 2003. The modern matron. *Nursing Management* 10 (2), 26-28.
- Outhwaite S. 2003. The importance of leadership in the development of an integrated team. *Journal of Nursing Management* 11(6), 371-376.
- Partanen P. 2002. Hoitotyön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopion yliopiston Painatuskeskus. Kuopio.
- Polit D & Hungler B. 2004. *Nursing research. Principles and methods*. 7th edition. J. B. Lippincott. Philadelphia, Pennsylvania.
- Polit D & Beck C. 2004. *Nursing research. Principles and methods*. Seventh edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, United States of America.
- Porter-O' Grady T. 2003a. A different age for leadership, Part 1: New context, New content. *The Journal of Nursing Administration* 33 (2), 105-110.
- Porter-O' Grady T. 2003b. A different age for leadership, Part 2: New Rules, New Roles. *The Journal of Nursing Administration* 33 (3), 173-178.
- Posner B & Kouzes J. 1988. Development and validation of the leadership practices inventory. *Educational and Psychological Measurement* 48, 483-496.
- Posner B & Kouzes J. 1993. Psychometric properties of the leadership practices inventory-updated. *Educational and Psychological Measurement* 53, 191-199.
- Posner B & Kouzes J. 1994. An extension of the leadership practices inventory to individual contributors. *Educational and Psychological Measurement* 54 (4), 959-966.
- Rafferty A, Clarke S, Coles J, Ball J, James P, McKee M & Aiken L. 2007. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies* 44 (2), 175-182.
- Rasimus M. 2005. Fyysinen ja henkinen turvattomuus lähijohtajuudessa. Teoksessa: Vuori J. 2005 (toim.). *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportteja* 99. WSOY, Porvoo.
- Reay T, Golden-Biddle K & German K. 2003. Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of Nursing Management* 11 (6), 396-403.
- Reinhardt A. 2004. Discourse on the transformational leader metanarrative or finding the right person for the job. *Advances in Nursing Science* 27 (1), 21-31.

- Rivers R, Counsell C & Gilbert M. 2000. Nursing administrative practicum: enhancing communication between staff nurses and nursing leadership. *Journal of Nursing Administration* 30 (9), 409-411.
- Roberts N & Bradley R. 1995. *Limits of Charisma*. Teoksessa: Sonnenfeld J. 1995 (ed.). *Concepts of Leadership*. Dartmouth Publishing, Vermont, USA.
- Roberts D. 2007. The magnet philosophy: A prescription for nursing excellence. *MedSurg Nursing* 16 (1), 6.
- Robinson N. 1999. The use of focus group methodology – with selected examples from sexual health research. *Journal of Advanced Nursing* 29 (4), 905-913.
- Routamaa V. 1999. Tämän päivän johtamisenkäsitteet. Teoksessa: Strömmer R. 1999. (toim.) *Henkilöstöjohtaminen*. Edita Oy, Helsinki.
- Russell G & Scobe K. 2003. Vision 2020, Part 2: Educational preparation for the future nurse manager. *Journal of Nursing Administration* 33 (7), 404-409.
- Sairaanhoitajien Koulutussäätiö. 2004. *Hoitotyön johtaminen ja johtamiskoulutus*. Ehdotus hoitotyön johtamiskoulutukseksi. Toukokuu 2004.
- Sandelowski M. 2000. Focus on health research methods. Combining qualitative and quantitative sampling data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Research in Nursing and Health* 23 (3), 246-255.
- Schlag M. 2005. Education: Key to the magnet culture. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 36 (1), 12-13.
- Scobe K & Russell G. 2003. Vision 2020: Part I: Profile of the future nurse leader. *Journal of Nursing Administration* 33 (6), 324-330.
- Shamir B, House R & Arthur M. 1989. The motivational effects of charismatic leadership: A self – concept based theory. *Organizational Science* 4 (4), 577-594.
- Sherman R, Bishop M, Eggenberger T & Karden R. 2007. Development of a leadership competency model. *Journal of Nursing Administration* 37 (2), 85-94.
- Shih F-J. 1998. Triangulation in nursing research: issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of Advanced Nursing* 28 (3), 631-641.
- Sim J. 1998. Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing* 28 (2), 345-352.
- Simoila R. 1999a. Terveysthuolto johtamisen areenana. Teoksessa: Simoila R, Kangas R & Ranta J. 1999 (toim.). *Hoitotyötä johtamaan*. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Simoila R. 1999b. Hoitotyön johtaminen – mitä se on? Teoksessa: Simoila R, Kangas R & Ranta J. 1999 (toim.). *Hoitotyötä johtamaan*. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Simoila R. 2003. Hoitotyön johtaminen terveydenhuollon murroksessa. Teoksessa: Peiponen A, Koivisto T, Muurinen S & Rajalahti E. 2003 (toim.). *Hoitotyötä johtamaan*. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.

- työn vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Tammer-Paino, Tampere.
- Sinkkonen S & Taskinen H. 2002. Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla. *Hoitotiede* 14 (3), 129-138.
- Sofarelli D & Brown D. 1998. The need for nursing leadership in uncertain times. *Journal of Nursing Management* 6 (4), 201-207.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1998. Uudistuva hoitotyö I. Hoitotyön valtakunnallisen kehittämisprojektin loppuraportti. *Selvityksiä* 1998: 4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustavalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 18. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantarayhmän raportti. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/03/pr1141810691054/passthru.pdf>. Luettu 5.11.2007.
- Spence Laschinger H, Almost J & Tuer - Hodes D. 2003. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: Making the link. *Journal of Nursing Administration* 33 (7/8), 410-422.
- Spence Laschinger H & Leiter M. 2006. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration* 36 (5), 259-267.
- Stähle P, Sotarauta M & Pöyhönen A. 2004. Innovatiiviset ympäristöt ja organisaation johtaminen. Tulevaisuusvaliokunta. Teknologian arviointeja 19. Eduskunnan kanslian julkaisu 6/2004, Helsinki.
- Sullivan J, Bretschneider J & McCausland M. 2003. Designing a leadership development program for nurse managers: An evidence – driven approach. *Journal of Nursing Administration* 33 (10), 544-549.
- Suonsivu K. 2003. Kun mikään ei riitä-Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Väitöskirja. Tampere University Press. *Acta Universitatis Tamperensis* 926.
- Surakka T. 2006. Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990–luvulla ja 2000–luvulla. Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. *Acta Universitatis Tamperensis* 1172. Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print, Tampere.
- Stordeur S, Vandenberghe C & D' Hoore W &. 2000. Leadership styles across hierarchical levels in nursing department. *Nursing Research* 49 (1), 37-43.
- Stordeur S, D' Hoore W & Vandenberghe C. 2001. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing* 35 (4), 533-542.
- Syvänen S. 2003. Työn paineet ja puuttumattomuuden seuraukset. Tutkimus sisäisen tehottomuuden lähteistä ja vaikutuksista, esimerkkikohteena kuntien sosiaalitoimen vanhuspalveluja tuottavat työyhteisöt. Väitöskirja. Tampere University Press. *Acta Universitatis Tamperensis* 942.

- Talvitie J & Hytönen A. 2001. Suomi-englanti tekniikan ja kaupan sanakirja. 6. laitos. WSOY, Juva.
- Thyer G. 2003. Dare to be different: transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage. *Journal of Nursing Management* 11 (2), 73-79.
- Toofany S. 2007. Team building and leadership: the key to recruitment and retention. *Nursing Management* 14 (1), 24-27.
- Torppa K. 2007. Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. *Acta Universitatis Ouluensis D 951. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Oulun yliopistollinen sairaala.*
- Tourangeau A. 2003. Building Nurse Leader Capacity. *Journal of Nursing Administration* 33 (12), 624-626.
- Tourangeau A & McGilton K. 2004. Measuring leadership practices of nurses using the leadership practices inventory. *Nursing Research* 53 (3), 182-189.
- Trofino J. 1995. Transformational leadership in health care. *Journal of Nursing Management* 26 (8), 42-49.
- Trofino J. 2000. Transformational leadership: moving total quality management to world-class organizations. *International Nursing Review* 47 (4), 232-242.
- Trofino J. 2003a. Power sharing: a transformational strategy for nurse retention, effectiveness, and extra effort. *Nursing Leadership Forum Winter* 8 (2), 64-71.
- Trofino J. 2003b. Transformational leadership: the development of a model of nursing case management by the Army Nurse Corps. *Lippincott` s Case Management* 8 (5), 208-213.
- Tuomiranta M. 2002. Lääkärijohtaja - lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohdon roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos. *Acta Universitatis Tamperensis* 854, Tampere University press.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. <http://www.pro.tsv.fi/tenk>. 12.1.2007.
- Työministeriö 2000. Ammatit ja työ. Ammatin kuvaus. Ammatti 10310. Osastonhoitaja. Työministeriön koulutus- ja ammattitietojärjestelmän tietojärjestelmä 8.8.2000. <http://www.mol.fi/Tietoa/Ammatti/00/1/0/3/10310> html. Luettu 5.8.2005.
- Uhari M & Nieminen P. 2001. *Epidemiologia ja biostatistiikka*. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino OY, Jyväskylä.
- Upenieks V. 2002a. What constitute successful nurse leadership? A qualitative approach utilizing Kanter` s theory of organizational behavior. *Journal of Nursing Administration* 32 (12), 622-632.

- Upenieks V. 2002b. Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *Journal of Nursing Administration* 32 (11), 564-576.
- Upenieks V. 2003a. The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *Health Care Manager* 22 (2), 83-98.
- Upenieks V. 2003b. What constitutes effective leadership? Perceptions of magnet and non-magnet nurse leaders. *Journal of Nursing Administration* 33 (9), 456-467.
- Upenieks V. 2005. Recruitment and retention strategies: A magnet hospital prevention model. *MedSurg Nursing* 14 (2), 21-27.
- Uusitalo T. 2003. Osastonhoitajan transformationaalinen johtamistaito ja hoitohenkilökunnan voimaantuminen. Pro - gradu -työ. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Zaleznik A. 1992. Managers and Leaders: Are They Different? *Harvard Business Review* March-April 1992, 126-135. Teoksessa: Sonnenfeld J. 1995 (ed.). *Concepts of leadership*. Dartmouth Publishing, Vermont, USA.
- Yagil D. 2002. Charismatic leadership and organizational hierarchy: Attribution of charisma to close and distant leaders. *The Leadership Quarterly* 9 (2), 161-176.
- Yukl G. 1998. *Leadership and organizations*. 4 ed. Prentice-Hall, Upper Saddle River, New Jersey, United States of America.
- Yukl G. 1999. An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories. *Leadership Quarterly* 10 (2), 285-305.
- Vance C & Larson E. 2002. Leadership research in business and health care. *Journal of Nursing Scholarship* 34 (2), 165-171.
- Vesterinen S, Isola A & Paasivaara L. 2007. Hoitotyön johtajien johtamistyyli-tutkimus vuosina 1994 – 2006. *Premissi* 6, 36-44.
- Viitanen E & Lehto J. 2005. Lähijohtaminen ja johtaminen: uusi johtamisympäristö kulttuuriperinteen muokkaajana. Teoksessa: Vuori J. 2005 (toim.) *Terveys ja johtaminen*. *Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä*. WSOY, Porvoo.
- Viitanen E, Wiili-Peltola E, Tampusi-Jarvala T & Lehto J. 2007. First-line nurse managers in university-hospitals-captives to their own professional culture? *Journal of Nursing Management* 15 (1), 114-122.
- Vuori J. 2004. Inhimillisten hoitotyön resurssien johtaminen - henkilöstökustannusten muuttaminen henkilöstöinvestoinneiksi. *Hoitotyön vuosikirja 2004*. *Hoitotyön johtaminen ja hyvinvointi*. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Vuori J & Siltala J. 2005. Työorientaatiot, hyvinvointi ja johtamistehtävät. Teoksessa: Vuori J. 2005 (toim.) *Terveys ja johtaminen*. *Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä*. WSOY, Porvoo.
- Weddenburn Tate C. 1999. *Leadership in nursing*. Churchill Livingstone, London, UK.

- Welford C. 2002. Matching theory to practice. *Journal of Nursing management* 9 (4), 7-11.
- Wiili-Peltola E. 2005. Sairaala muutosten ristipaineessa. HAUS-julkaisu 1/2005. HAUS kehittämiskeskus, Savion Kirjapaino.
- Williams A, McGee P & Lindsay B. 2001. An examination of senior nursing roles: challenges for the NHS. *Journal of Clinical Nursing* 10 (2), 195-203.
- Wong Woon Hau 2004. Caring holistically within new managerialism. *Nursing Inquiry* 11 (1), 2-13.
- Åstedt-Kurki P & Isola A. 2001. Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing* 35 (3), 452-458.

Liite 1 Osastonhoitajien johtamisen sisältö ja haasteet

Tekijät, tekovuosi ja -paikka	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja aineiston analyysi	Keskeiset tulokset
Dufva 1995 Suomi	Osastonhoitajien työ ja sen muutokset.	Osastonhoitajat (n = 249 ja n = 496), opiskelijat (n = 5), määrällinen, kyselylomake, kuvailevat tilastomenetelmät, khiin neliö - testi, varianssianalyysi. Avoimet kysymykset, laadullinen, sisällönanalyysi.	Osastonhoitajan tärkein tehtävä oli muutoksen johtaminen, taloushallinto, yksilövastuisten hoitotyön kehittäminen ja laadun varmistus.
Edwards & Roemer 1996 USA	Osastonhoitajien valmiudet johtaa muutosta.	Osastonhoitajat (n = 84) neljästä sairaalasta, valmis kyselylomake, määrällinen, khiin neliö -testi, varianssianalyysi, Studentin t-testi.	Maisterin tutkinnon suorittaneet osastonhoitajat eivät erottuneet muista, sairaanhoitajina organisaatiossa työskennelleet arvioivat kompetenssinsa huonommaksi kuin muut, osastonhoitajilla kykyä johtaa yksittäistä osastoa mutta ei vastata muuttuvan ympäristön haasteisiin.
Donner ym. 1997 Kanada	Hoitotyön johtajien rooli sairaanhoitajien uravalmentajana.	Sairaanhoitajat (n = 161), esitutkimuksen avulla laadittu kyselylomake, määrällinen, analyysi ?	Sairaanhoitajien uran tukijoina olivat vertaiset ja perhe (85 %). Johtajien osuus 47 %. Johtajan asema oli realiteettien tarkistus yhdessä sairaanhoitajan kanssa ja itsearvioinnin ”peilaaminen”.
Gelinas & Manthey 1997 USA	Hoitotyön johtamisroolien (nurse leaders, nurse executives, managers) muuttuminen organisaatiomuutoksessa.	Hoitotyön johtajat (n = 1866), kyselylomake, määrällinen, analyysi?	Hoitotyön johtajilta vaadittiin kykyä visionäärisyyteen ja muutoksen johtamiseen. Terveydenhuollon organisaatioiden johtamisen ydin kohteita olivat potilaskeskeinen hoitotyö, hyvä toiminnan koordinointi eri yksiköiden välillä, tehokkaiden hoitopolkujen luonti ja monitaitoisen henkilökunnan kehittäminen.
McGibbon 1997 Englanti.	Osastonhoitajan roolin vaihtuminen osaston johtajan rooliksi.	Osastonjohtajat (n = 18), kyselylomake, määrällinen, analyysi tilastomenetelmin.	Osastonjohtajien suurimmat haasteet olivat henkilökunnan poissaolojen korvaamisessa ja vuodepaikkojen riittävydestä huolehtimisessa. Osastonhoitajien rooliin ei ollut koulutusta.
McNeese-Smith 1997 USA	Hoitotyön johtajien (nurse manager) johtamistaitojen vaikutus sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen, tuottavuuteen ja työhön sitoutumiseen.	Sairaanhoitajat (n = 30) puoli-strukturoitu haastattelu, laadullinen, analyysi etnografia.	Sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä edistäviä johtamistaitoja olivat työn huomiointi, positiivinen palaute, henkilökohtaisten tarpeiden huomiointi ja työn ohjaaminen. Sairaanhoitajien toiminnan tuottavuutta edistivät positiivista ilmapiiriä luovat johtamistaidot. Sairaanhoitajien organisaatioon sitoutumista edisti johtamisen positiivisuus, avoin vuorovaikutus.
Morrison 1997b USA	Hoitotyön johtamisdiagnoosien yksilöinti.	Osastonhoitajat (n = 35) kohderyhmä haastattelu, laadullinen, sisällönanalyysi, hoitotyön johtajat (n = 400), kyselylomakkeen haastattelujen perusteella, Delphi-kierros,	Johtamisessa ongelmia olivat talous- ja henkilöstöhallinto, henkilökunnan ammatillisen kehittymisen tukemisessa, vuorovaikutuksessa ja laadunvarmistuksessa.

		määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät, hoitotyön johtajat (n = 170) Delphi-kierros 2, kyselylomake edellisten vastausten perusteella, määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät, hoitotyön johtajat (n = 38), Delphi-kierros 3, kyselylomake edellisten vastausten perusteella, määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät.	
Christian & Norman 1998 Englanti	Hoitotyön johtamisen sisältö hoitotyön kehittämissyksiköissä.	Hoitotyön johtajat (n = 28), haastattelu, laadullinen, analyysi?	Tärkeimmät johtamisen elementit olivat koordinointi, verkostoituminen, tiedon välitys, henkilökunnan rohkaisu ja toimintaan sitouttaminen, muutoksen johtaminen sekä taloushallinto.
Chantal 1999 Kanada	Johtajien vaikutus sairaanhoitajien kykyyn tehdä hoitotyötä.	Sairaanhoitajat (n = 16), esseet, laadullinen, analyysi?	Sairaanhoitajien tarpeiden ylenkatsominen, tavoitesuuntautuneisuus ja sairaanhoitajan toiminnan kontrollointi vähensivät heidän kykyään potilaiden huolenpitoon. Johtajat voimaistivat sairaanhoitajia läsnäololla, dialogilla, tasapuolisuudella ja arvostamalla sairaanhoitajia yksilöinä.
Cronin & Becherer 1999 USA	Hoitotyön johtajan (nurse manager) käyttämiä suorituksen arviointimetoodeja, joita sairaanhoitajat arvostivat.	Sairaanhoitajat (n = 287), hoitotyön johtajat (n = 55), kyselylomakkeella, jonka 30 kysymyksessä tutkittiin hoitotyön johtajan käyttäytymistä, määrällinen, factorianalyysi, Cronbachin alfa-kertoimet, varianssianalyysi (ANOVA), Studentin t-testi.	Sairaanhoitajat arvostivat suorituksen mukaan nousevaa palkkaa, palkallisia vapaapäiviä, osaamisen huomiointia ansioluettelossa, positiivisen potilaspalautteen/arvioinnin saaminen johdolta, henkilökunnan mukaan ottaminen osaston toiminnan suunnitteluun. Molempien ryhmien mukaan erinomaisen suorituksen huomiointi nosti eniten työtyytyväisyyttä. Johtajat luulivat, että sairaanhoitajat arvostavat heiltä saamaansa positiivista palautetta, mutta sairaanhoitajat arvostivat enemmän palautetta potilailta ja perheiltä ja työkavereilta.
Fox ym. 1999 USA	Johtajuuden avainelementit ja niiden vaikutus sairaanhoitajien työn tuottavuuteen.	Hoitotyön johtajat (n = 16), kyselylomake ja havainnointi, määrällinen, analyysi?	Johtamisaktiiviteetit yleensä nostivat (20.9 %) sairaanhoitajien tuottavuutta. Johtajien työajasta kului koordinoimiseen (23.4 %). Koulutukseen ja tutkimukseen käytetty aika ei lisännyt tuottavuutta. Koordinaatio (23.4 %), käytännön työ (5.7 %) ja henkilöstöjohtaminen (6 %) nostivat tuottavuutta.
Laschinger ym. 1999 Kanada	Hoitotyön johtajien voimaistamistoimien vaikutus sairaanhoitajien kokemukseen voimaistumisesta sekä työstressiin ja työn tehokkuuteen.	Sairaanhoitajat (n = 537), kyselylomake, määrällinen, keskiarvot, khiin neliötestit, kovarianssit.	Olennaista oli johtajien kyky jakaa valtaa, tehdä päätöksiä ja ottaa riskejä. Johtajien käyttäytymisen ja sairaanhoitajien voimaantumiskokemuksen välillä oli voimakas korrelaatio. Sairaanhoitajat kokivat itsensä voimaistuneiksi kun johtaja toi ilmi työn tarkoituksen sekä oman toiminnan merkityksen organisaatiossa.

Axelsson ym. 2000 Ruotsi	Vertauskuullinen johtaminen.	Syvähaastattelut (n = 54) terveydenhuollon alueella työskentelevät poliitikot, virkamiehet, grounded-teoria, laadullinen, analyysi koodaten, muodostaen kategorioita.	Management eli hallinnollinen johtaminen sisälsi suunnittelua, sääntöjä, yhteistyötä ja kontrollointia. Symbolinen johtaminen sisälsi sitoutumista, uusia ideoita ja visiointia. symbolinen johtaminen loi merkitystä ja järkeä toimintaa ja motivoi ihmisiä löytämään uusia ratkaisuja. Management fokusoiti tuottavuuteen ja leadership kehitykseen. Vahvat johtajat pystyivät kombinoimaan molemmat.
Narinen 2000 Suomi	Osastonhoitajien ja ylihoitajien mielipiteet osastonhoitajien työn sisällöstä nykyisin ja tulevaisuudessa.	Delphi-kierros osastonhoitajat (n = 17). Kyselylomake ylihoitajat (n = 162) ja osastonhoitajat (n = 843), määrällinen, Pearsonin korrelaatiokertoimet, eksploratiivinen faktorianalyysi, khiin neliö- testit, Studentin t-testit, yksisuuntainen varianssianalyysi, logistinen regressio.	Ammatillinen peruskoulutus oli antanut osastonhoitajille valmiudet lähinnä kliiniseen työhön, johon kului 50 % työajasta. Osastonhoitajien mielestä henkilöstö- ja taloushallinnon tehtävät lisääntyvät. Osastonhoitajan tärkein tehtävä nykyisin ja tulevaisuudessa on työnjohtotehtävä, kliinisen työn tärkeys väheni tulevaisuudessa
Gould ym. 2001 Englanti	Hoitotyön johtajien koulutustarpeet.	Hoitotyön johtajat (n = 15), haastattelu, laadullinen, teemoittelu, kyselylomake edellisen tulosten perusteella hoitotyön johtajille (n = 118), määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät, khiin neliö- testit, varianssianalyysit.	Hoitotyön johtajat tunsivat olevansa päteviä kliinisissä tehtävissä, epävarmoja inhimillisten resurssien johtamisessa, talous- ja tietoteknisissä asioissa. niiden johtajien työtyytyväisyys oli hyvä, jotka tunsivat myös olevansa päteviä tehtäviinsä.
Williams ym. 2001 Englanti	Osastonhoitajien roolin sisältö.	Osastonhoitajat (n = 20), kohderyhmähaastattelut, laadullinen	Osastonhoitajat tekivät 46 % työajastaan kliinistä työtä. Työtyytyväisyys saavutettiin käytännön hoitotyön ja hallinnon tehtävien yhteensovittamisesta. Roolin sisältö oli selvä. Tarve valmistumisen jälkeisiin syventäviin opintoihin.
Drach-Zahavy & Dagan 2002 Israel.	Osastonhoitajien johtamiskäyttäytymisen sisältö.	Osastonhoitajat (n = 8), puolistrukturoitu havainnointi, ajankäytön laskenta prosentteina.	Suurin osa osastonhoitajien työaika kului käytännön hoitotyössä, potilaiden hoidon koordinoimisessa sekä toiminnan organisoimisessa. Johtamiskäyttäytyminen heijasti säilyttävää toimintaa muutoshakuisen sijaan. Henkilöstöjohtaminen muodosti osastonhoitajien käyttäytymisessä 10 %.
Chan 2002 Hong Kong	Hoitotyön johtajuuteen vaikuttavat tekijät.	Tapaustutkimukset, raportit, artikkelit, virkamiehet, opettajat (n = 27), haastattelut, laadullinen, analyysi ”Etnograph”-ohjelma.	Hoitotyön johtamisen esteitä olivat lääketieteen valta-ase, sairaanhoitajien yhteisöllisyyden ja koulutusmahdollisuuksien puute. Edistäjiä olivat muutokset poliittisessa systeemissä, mahdollisuus korkeampaan koulutukseen.
Mathena 2002 USA	Hoitotyön johtajien johtamistaitojen sisältö.	Hoitotyön johtajat (n = 55), kyselylomake, määrällinen, Studentin t-testit.	Johtamisen avainalueita olivat kommunikaatio, neuvottelu, kriittinen ajattelu, balanssi työn ja kodin välillä, konfliktijohtaminen. Kehittämistarpeita olivat tilannekohtaisen analyysin tekeminen, tiedon hallinta, kustannusanalyysit, taloushallinto.

Sinkkonen & Taskinen 2002 Suomi	Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso.	Perusterveydenhuollon hoitotyön johtajat (n = 268), kyselylomake, valmiilla mittarilla (Henry ym. 1995, Lorensen ym. 2001), määrällinen, kuvailevat tilastoanalyysit.	Johtamisosaamisen vaatimuksista olivat tärkeimpänä leadership osaaminen. Management-osaaminen toi esille tiedon merkityksen hoitotyössä. Kehittämistarpeita olivat hoitostandardien kehittäminen, laadunhallinta, näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen.
Upenieks 2002a USA	Tehokkaan johtajuuden piirteet akuutissa hoidossa sekä vallan, sukupuolen vaikutukset sekä hoitotyön johtajan roolia tukevat organisaation piirteet Kantin johtamisteorian mukaan.	Eriasteiset hoitotyön johtajat (n = 16), haastattelut, laadullinen, sisällön analyysi Kanterin teorian valossa.	Kaikki Kanterin teorian osat tulivat esille eli muodollinen ja epämuodollinen valta, mahdollisuus, resurssit, informaatio. Sairaanhoidtajien ja lääkäreiden positiivinen yhteistyö sekä johtamisen tukiryhmät olivat tärkeitä.
Upenieks 2002b USA	Sairaanhoidtajien tyytyväisyys magneetti ja ei-magneettisairaaloissa ja tämän yhteys hoitotyön johtamiseen.	Sairaanhoidtajat (n = 305), kyselylomake ”The Revised Nursing Work Index”-mittarilla, keskiarvot ja -hajonnat, t-testi. Hoitotyön johtajat (n = 16), haastattelu, laadullinen, sisällönanalyysi.	Magneettisairaaloiden sairaanhoidtajilla oli korkeammat pisteet tyytyväisyydessä, paremmat suhteet lääkäreihin, suurempi autonomia ja oman työn kontrolli. Johtajat antoivat tukea, joka tarkoitti hoitotiimin vastuuta potilaan hoidosta. Johtaja oli näkyvä, työntekijät arvokkaita ja ympäristö perustui arvoihin, potilaan hoitoon ja ammatillisuuden kehittämiseen. Olennaista oli johtajien vaikutusvalta hoitotyön toimintojen tekemiseen ja kehittämiseen.
Kleinman 2003 USA	Hoitotyön johtajien työroolit ja koulutusperusta.	Osastonhoitajat (n = 35), ylihoitajat (n = 93), kyselylomake Analyysi? Kyselylomakkeen perusta?	Osastonhoitaja hoiti päivittäistä toimintaa, voimaisti henkilökuntaa, rakensi tuottavia tiimejä, ylläpiti laatua, asiakkaiden tyytyväisyyttä, budjetoit, teki strategista suunnittelua ja markkinoi. Tärkeimpiä tehtäviä oli henkilökunnan palkkaaminen ja aikataulutus. Osastonhoitajien mielestä työssä oppiminen riittävää.
Reay ym. 2003 Kanada	Nurse practitionerien toimintaa edistävän johtamiskäytännön sisältö.	Nurse practitioner (n = 25), johtajat (n = 7), avoin haastattelu, laadullinen, teemoittelu.	Toimintaa edistivät kaikkien tiimin jäsenten rohkaisu ja tehtävien selkiyttäminen, tiimin jäsenten keskinäisten suhteiden ylläpito. Tehokkaat hoitotyön johtajat olivat rehellisiä ja näkyviä työyhteisössä ja toimivat yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa. Johtajat eivät muuttaneet perusteetta toimintatapoja uusien trendien mukaisesti, vaan toiminta pohjautui näyttöön perustuvaan tietoon. He pyrkivät luomaan henkilökunnan toimintaa tukevan työympäristön. Hyvää ja korkeatasoista potilashoitoa toteuttivat työhönsä tyytyväiset sairaanhoitajat.
Russell & Scobe 2003, USA	Hoitotyön johtajien tulevaisuuden koulutustarpeet.	Hoitotyön johtajat (n = 368), määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät.	Koulutustarve määriteltiin maisterin tutkinnoksi, jonka sisältö koostui tutkimusmetodologiasta, hoitotieteestä, johtamisesta, oppivan organisaation teoriasta, terveyspolitiikasta, informaatiotieteiden tuntemisesta sekä taloushallinnosta.

Scobe & Russell 2003 USA	Hoitotyön johtajien tulevaisuuden osaamisvaatimukset.	Osaamisvaatimukset: johtamiskoulutukseen osallistuneet hoitotyön johtajat (n = 43), kyselylomake avoimin kysymyksin, laadullinen, sisällön analyysi.	Tulevaisuuden johtamisvaatimuksia olivat ihmissuhdeosaaminen, taloudellinen, ja vuorovaikutusosaaminen, tiimityön edistäminen, kliiniset taidot ja muutosjohtaminen.
Sullivan ym. 2003 USA	Hoitotyön johtajien työn positiiviset ja haastavat tekijät sekä jatkuvan koulutuksen sisältö.	Ylihoitajat, osastonhoitajat (n = 94), kohderyhmähaastattelut, laadullinen, grounded-teoria.	Positiivista työssä oli itsenäisyys, mahdollisuus toimia suoraan potilaiden ja omaisten kanssa, haasteita henkilökunnan hankinta ja toimintuuden polven sairaanhoitajien kanssa.
Suonsivu 2003 Suomi	Masentuneiden työntekijöiden pahoinvoinnilleen antamat merkitykset.	Sairaanhoitopiiriin eri työntekijäryhmät (n = 20, oh n = 6), haastattelut, laadullinen, Colaizzin fenomenologinen analyysi, kyselylomake (n = 255, oh n = 20), määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät.	Osastonhoitajien masennuksen laukaisijana oli työn muutosten ja vaatimusten ristiriita. Vanhempien osastonhoitajien ammatillinen kompetenssi ei riittänyt täyttämään työn nykyisiä vaatimuksia.
Upenieks 2003b	Tehokkaan hoitotyön johtajuuden sekä ammatillista hoitotyötä tukevan organisaation piirteet.	Hoitotyön johtajat (n = 16), magneettisairaaoloissa ja tavallisissa sairaaloissa, laadullinen, teemahaastattelu, sisällönanalyysi.	Tehokkaan hoitotyön johtajuuden piirteitä olivat rehellisyys, näkyvyys työyhteisössä ja yhteistyö. Johtajat muuttivat toimintaa tutkittuun tietoon nojautuen. Organisaatio tuki työntekijöiden toimintaa, koska vain työhönsä tyytyväiset sairaanhoitajat saattoivat toteuttaa hyvää ja korkealuokkaista potilashoitoa.
Drach-Zahavy 2004 Israel	Osastonhoitajien tuen merkitys sairaanhoitajien osoittamalle pätevyydelle yksilövastuussa hoitotyössä.	Sairaanhoitajat (n = 368), kyselylomake, määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät, hierarkkinen regressioanalyysi.	Yksilövastuun hoitotyön käyttöön-otto sairaanhoitajien työnlaajennusmenetelmänä ei parantanut suoritusta, olennaista oli osastonhoitajan tuki.
Mrayyan 2004 Jordania	Osastonhoitajien rooli sairaanhoitajien itsenäisyyden tukemisessa.	Sairaanhoitajat (n = 317), elektroninen kyselylomake itse kehitetyllä mittarilla, määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät, Personin korrelaatiokerroin, regressioanalyysi, t-testi, khiin neliö -testi, avoimet kysymykset, laadullinen sisällön analyysi.	Osastonhoitajan toiminnalla ihmisiä tukevan johtamisen, koulutuksen sekä kokemuksen avulla oli voimakas riippuvaisuus sairaanhoitajien itsenäisyyden lisääntymiseen. Sairaanhoitajien itsenäisyys ilmeni paremmin potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa kuin koko osaston toimintaa koskevissa asioissa.
Anthony ym. 2005 USA	Osastonhoitajien työn avainroolit.	Osastonhoitajat (n = 32), ryhmähaastattelut, laadullinen sisällönanalyysi (Nudist QRS5 -ohjelma) Donabedianin struktuuri-, prosessi- ja tulosmallin viitekehityksessä.	Osastonhoitajien avainrooleja oli huolehtia henkilökunnan hankinnasta ja työssä pysyvyydestä, henkilökunnan työtyytyväisyydestä sekä korkealaatuisesta potilaiden hoitotyöstä. Osastonhoitajan johtajuus oli ”palvelevaa johtajuutta” työntekijöille, jotka palvelevat potilaita.

Halfer & Graf 2006 USA	Vastavalmistuneiden sairaanhoitajien työympäristöön kohdistuneet odotukset sekä työtyytyväisyys ensimmäisten 18 työssä-olokuukauden aikana.	Sairaanhoitajat (n = 84), ”The Halfer-Grafe Job/Work Environment Nursing Satisfaction Survey”, määrällinen, mittaus 3, 6,12 ja 18 kuukauden välein, analyysimenetelmät? faktorianalyysi.	Vastavalmistuneiden sairaanhoitajien työtyytyväisyys lisääntyi kun he oppivat organisoimaan työtään, sekä ymmärsivät klinisen työn tavoitteet ja saivat mahdollisuuden osallistua ammatilliseen koulutukseen ja kehittymiseen. Sairaanhoitajien työtyytyväisyys lisääntyi myös, kun he pysyivät kehittämään tehokkaita suhteita työyhteisössä ja saivat tukea esimieheltä, saivat ammatillista arvostusta ja pääsyn työhön vaikuttavaan tietoon. Työtytymättömyyttä aiheuttivat työvuorot, koska nuoret sairaanhoitajat eivät olleet tottuneet olemaan työssä iltaisin ja viikonloppuisin.
Spence Laschinger & Leiter 2006, Kanada	Sairaanhoitajien työuupumuksen (burnout) ja työolosuhteiden vaikutus turvallisen potilashoidon tuloksiin.	Osatutkimus ”The International Survey of Hospital Staffing and Organization of Patient Outcomes”, sairaanhoitajat (N = 8597), ”The practice Environment Scale of the Nursing Work Index”, ”The Maslach Burnout Inventory- Human Service Scale”, korrelaatiot, khiin neliö -testit, faktorianalyysit, Cronbachin alfa-kertoimet.	Hoitotyön laatu vaikutti potilaiden hoidon turvallisuuteen. Sairaanhoitajat sitoutuivat työhönsä ympäristössä, joka tuki heidän ammatillista kehittymistään. Voimakas hoitotyön johtaminen oli yhteydessä positiivisen työympäristön kehittymiseen. Tehokkaan hoitotyön johtamisen seurauksena osastoilla oli riittävä sairaanhoitajamiehitys, joka vaikutti suotuisasti sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöhön.
Surakka 2006 Suomi	Osastonhoitajan työn sisältö.	Osastonhoitajat 1990-luvulla (n = 111), 2000-luvulla (n = 44), päiväkirjat, osastonhoitajat (n = 8), ryhmähaastattelu, laadullinen sisällönanalyysi, määrällinen sisällönanalyysi ja tilastolliset analyysit	Osastonhoitajan työ muodostui toimivaltaan liittyvistä tehtävistä, vastuullisuutta kuvaavista toiminnoista, asiantuntijuutta kuvaava välitön ja välillinen hoitotyö. Sairaalatyypillä, toimialueella ja osaston koko vaikuttivat kuvauksissa. 2000-luvulla osastonhoitajan työ oli muuttunut toimintaedellytyksiä mahdollistavaksi lähijohtamiseksi.
Rafferty ym. 2007 Englanti	Sairaanhoitaja- ja potilas- kuormituksen vaikutus potilaiden kuolleisuuteen sekä sairaanhoitajien työtytymättömyyden ja loppuunpalamisen kokemuksiin ja sairaanhoitajien arviointeihin hoidon laadusta.	Sairaanhoitajat (n = 3984), yleiskirurgiset-, verisuonikirurgiset sekä ortopediset potilaat (118 752), määrällinen, ”The Maslach Burnout Inventory”, ”The Emotional Exhaustion subscale”, kuvailtavat tilastomenetelmät, logistinen regressio.	Potilas/sairaanhoitajakuormitus vaihteli välillä 6.9-14.3 potilasta/sairaanhoitaja. Kuolleisuus oli 26 % todennäköisempää kaikkiaan ja 29 % oletettavampaa komplikaatioiden vuoksi osastoilla, joilla oli 12.4-14.3 potilasta/sairaanhoitaja. Näillä osastoilla sairaanhoitajat osoittivat 71-92 % todennäköisemmin työtytymättömyyttä ja loppuun palamista sekä arvioivat hoidon laadun huonoksi.
Sherman ym. 2007 USA	Hoitotyön johtajien työroolin sisältö sekä työssä tarvittavat johtamiskyvyt ja -pätevyys.	Hoitotyön johtajat, joilla oli alle 2 vuoden työkokemus (n = 22) sekä yli 2 vuoden työkokemus (n = 98), haastattelut, grounded-teoria, sisällön analyysi.	Hoitotyön johtajien pätevyys sisälsi kuusi kategoriaa: henkilökohtaiset taidot, vuorovaikutuskyvyt, taloudellinen johtaminen, inhimillisten resurssien johtaminen, huolenpito, systemaattinen ajattelu, joka sisälsi visioinnin, henkilökunnan tukemisen, strategisen suunnittelun ja proaktiivisen otteen, henkilökunnan hyvinvoinnista huolehtimisen. Henkilökunnan värväminen ja töissä olevien työntekijöiden työssä pysymisen varmistaminen olivat työn päähaasteita.

Liite 2. Asia- ja ihmishuhtedejohtaminen kirjallisuudessa.

Kirjoittaja ja vuosi	Asiajohtaminen	Ihmishuhtedejohtaminen
Burns 1978	Valta asioiden kontrolloimiseen.	Valta, tavoite, yhteinen päämäärä, yhteiset arvot.
Kotter 1990, 1995, 1996, 1999	Nykyisen toiminnan ylläpito. Ennustettavat tavoitteet, budjetointi, suunnittelu, toiminnan organisointi, henkilökunnan hankinta sekä kontrollointi ja ongelmien ratkaisu. Lopputuloksena tietynasteinen ennustettavuus, järjestys toiminnassa. Johtajan muodollinen asema, opittavissa, sisältää myös vaihtelevasti leadership-johtamista. Ihmishuhtedeverkosto hierarkkinen, toiminta yhä riippuvaisempaa muista ihmisistä.	Täydentää asiajohtamista mutta ei korvaa sitä. Muutoksen aikaansaaminen, yhteisen tavoitteen, vision luominen, ihmisten välinen vuorovaikutus sekä ihmisten motivointi ja inspiroimiseen. Saattaa olla epämuodollinen rooli. Ihmishuhtedeet monipuolisesti verkostuneita.
Mintzberg 1990		Vuorovaikutusrooleja: keulakuva, yhteistyön tekijä. Informaatio-rooleja: havainnoitsija, tiedon välittäjä ja tiedottaja organisaation ulkopuolisille tahoille. Päätöksentekijä-rooleja: muutoksen aikaansaaja, häiriöiden poistaja, resurssien jakaja ja neuvottelija.
Zaleznik 1992	Rationaalisuus ja kontrolli, olemassa olevan säilyttäminen.	Myyttinen hahmo, josta muut riippuvaisia ja joka ei tunne sitoutumista organisaatioihin.
Juuti 1995	Valvonta, taloudelliset tunnusluvut, lopputulos oltava tiedossa, tilanteissa, joissa ympäristö ei muutu nopeasti, kustannusten laskenta, tehokkuuden parantaminen, valvonta. Ulkoisten vaateiden täyttämistä ja ulkoisiin haasteisiin vastaamista.	Kypsä, aikuismainen työtapa, toiminnan ohjaus ihanteiden ja visioiden avulla, uudistamista ja uudistumista vaativat tilanteet, johtaja parhaimmillaan kriisitilanteissa, sosiaalisena innovaattorina, sisäinen maailma toimintaa ohjaava mittapuu.
McDaniel 1997		Organisaation toiminnan suunnittelun ja toiminnan kontrolloinnin luovuutta kaventava vaikutus. Organisaation tavoitteiden laatiminen sidosryhmien ja työntekijöiden kanssa.
Porter-O'Grady 2003a		Johtamisen haasteita ovat työntelijä-keskeinen johtaminen. Työstä poistettava epäolennainen, tarpeeton. Johtajan vuorovaikutus henkilökunnan kanssa vaikuttaa kulttuuriin ja työn sisältöön. Johtamista ohjaavat yhteisen ongelmien ratkaisu, selkeät odotukset sekä ryhmänormit.
Porter-O'Grady 2003b		Muutoksen määrittely ja rohkaisu ei riittävää, muutos nähtävä tuloksina. Johtajan työnä muuntaa muutoshaasteet hoitotyön toiminnoiksi kyseenalaistaen vallitsevaa tilannetta.

Jooste 2004		Hoitotyön johtamisen erityishaasteet työn kohteesta eli ihmisestä ja hänen terveydestään huolehtimisessa. Hoitotyön johtajan rooli hallinnoivasta kontrolloijasta tukeviksi valmentajaksi.
-------------	--	--

Liite 3. Vuorovaikutuksellinen- ja muutosjohtaminen hoitotyön tutkimuksissa.

Tekijät (-t), tekovuosi ja -paikka	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja aineiston analyysi	Keskeiset tulokset
Altieri 1995 USA	Hoitotyön johtajien muutos-, vuorovaikutuksellinen ja laissez-faire –johtamistyylin käyttäminen.	Hoitotyön johtajat (n = 57), sairaanhoitajat (n = 178), kyselylomakkeet ”The Multifactor Leadership Questionnaire”, määrällinen, tilastolliset analyysit.	Hoitotyön johtajien johtamistyyli oli transformationaalinen, itsearviointi oli korkeampi kuin sairaanhoitajien, koulutus lisäsi transformationaalisten pisteiden määrää.
McNeese-Smith 1995 USA	Hoitotyön johtajien johtamiskäyttämisen vaikutus työntekijöiden työtyytyväisyyteen, tuottavuuteen ja organisaatioon sitoutumiseen kahdessa eri kaupungissa sijaitsevassa sairaalassa.	Ensimmäinen tutkimus: hoitotyön ja sairaaloiden tukipalveluiden johtajat (n = 41, hoitotyön johtajat n=20), työntekijät (n = 471). Toinen tutkimus: hoitotyön johtajat (n = 19), sairaanhoitajat (n = 221), määrällinen. ”The Leadership Practices Inventory”, ”The Job-in-General Scale”, ”The Productivity Scale”, Cronbachin alfat, kuvailevat tilastomenetelmät, test-retest, Pearsonin korrelaatiokerroin, regressioanalyysi.	Kouzesin ja Posnerin viidellä johtamiskäyttämisen perustoiminnolla oli positiivinen vaikutus työtyytyväisyyteen, tuottavuuteen, organisaatioon sitoutumiseen. Ensimmäisessä tutkimuksessa voimakkain korrelaatio oli prosessin kyseenalaistamisessa, rohkaisemisessa sekä yhteiseen visioon innostamisessa. Toisessa tutkimuksessa voimakkain korrelaatio oli rohkaisemisessa, tien näyttämisessä, prosessin kyseenalaistamisessa ja yhteiseen visioon innostamisessa. Yhteiseen visioon innostaminen oli voimakkain yksittäinen ennustava tekijä työntekijöiden työtyytyväisyyden kehittymiselle.
Morrison ym. 1997a USA	Hoitotyön johtajien johtamistyylin vaikutus henkilökunnan työtyytyväisyyteen.	Hoitotyön johtajat, ylihoitajat, osastonhoitajat, sairaanhoitajat, kouluttamattomat hoitajat (n = 275), valmiit kyselylomakkeet ”The Multifactor Leadership Questionnaire”, ”The Spreitzer’s Psychological Empowerment Instrument”, määrällinen, korrelaatiot, varianssianalyysi, regressioanalyysi.	Muutosjohtamisen vaikutus työtyytyväisyyteen oli suurempi kuin voimaistamisen. Passiivinen vuorovaikutuksellinen johtaminen korreloi negatiivisesti työtyytyväisyyteen. Johtamistyyllillä oli enemmän vaikutusta kouluttamattomaan henkilökuntaan. Koulutettujen sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä nostivat potilas- ja omaissuhteet.
Bowles & Bowles 2000 Englanti	Hoitotyön johtajien toiminnan vertailu hoitotyön kehittämiskeskissä sekä tavallisissa sairaaloissa.	Sairaanhoitajat (n = 70), hoitotyön johtajat (n = 14) sekä näiden kollegat (n = 56), puhelinhaastattelu ”The Leadership Practices Inventory” avulla, määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät sekä Mann-Whitney U-testi ja t-testit.	Kehittämiskeskusten johtajilla oli enemmän muutosjohtajuuden piirteitä, he olivat enemmän tietoisia johtamisestaan kuin tavallisten sairaaloiden hoitotyön johtajat.

Cunningham & Kitson 2000a, 2000b Englanti	Hoitotyön johtajien toiminnan vaikutus potilaiden hoidon laatuun koulutusohjelman jälkeen.	Osastonhoitajat (n = 24), vastaavat sairaanhoitajat (n = 4), koulutusinterventio, pre-test/post-test asetelma, kysely, määrällinen ”The Multifactor Leadership Questionnaire”, ”The Organisation of Care Tool”, ”The Newcastle Satisfaction Nursing Scale”, The Team Roles Effectiveness Tool”, kuvailevat tilastomenetelmät, t-testit, varianssianalyysit	Johtamiskäyttäytyminen parani koulutuksen jälkeen johtamisen avainelementeissä, joita ovat itsensä johtaminen, tiimin johtaminen, potilaskeskeinen hoito, verkostoituminen, poliittinen tietoisuus.
Dunham-Taylor 2000 USA	Muutosjohtajuuden piirteet hoitotyön johtamisessa.	Hoitotyön johtajat (n = 396), henkilökunta (n = 1115), johtajien esimiehet (n = 360), ”The MultiFactor Leadership Questionnaire”, ”The Personal Power Profile”, ”The Profile of Organizational Characteristic”, määrällinen, analyysi Cronbachin alfa-kertoimet, kuvailevat tilastomenetelmät.	Muutosjohtajuuden piirteitä olivat karismaattinen johtaminen, idealisoiva vaikutus, inspiroiva motivointi, älyllinen stimulointi, ja yksilöllinen harkinta. Koulutetuimmilla ja suurissa organisaatioissa työskentelevillä johtajilla eniten muutosjohtamisen piirteitä.
Lindholm ym. 2000 Ruotsi	Hoitotyön johtajien johtamistyylisen merkityksen käyttö.	Hoitotyön johtajat (n = 15), avoimet haastattelut, laadullinen, induktiivinen ja deduktiivinen analyysi.	Neljä johtamistyyliä: hierarkkinen auktoriteetti, manageri, johtaminen urana, hoitotyön tavoitteiden saavuttaminen ja johtamisen voimakas eettinen ja ideologinen tausta Johtajat, joilla oli vuorovaikutukselliseen tai muutosjohtamiseen perustuva selkeä johtamistyyli, kohtasivat työssään vähän johtamisongelmia.
Stordeur ym. 2000 Belgia.	Osastonhoitajien johtamiskäyttämisen merkitys eri hierarkiatasoilla.	Sairaanhoitajat (n = 639), ”The Multifactor Leadership Questionnaire”, kyselylomake. Cronbachin alfa, korrelaatioanalyysi, varianssianalyysi (ANOVA).	Johtamistavoilla ei ollut eroja eri hierarkiatasoissa. Sairaaloiden välillä oli eroja, jolloin sairaaloiden kulttuuri ja rakenne oli suurin vaikuttaja johtamistapoihin. Muutosjohtajuuden piirteet vaikuttivat positiivisesti sairaanhoitajien autonomisuuden sekä mission ja vision hahmottumiseen.
Atsalos & Greenwood 2001 Australia	Hoitotyön kehittämisyksiköiden johtaminen ja johtamisessa esiintyvät stressitekijät.	Osastonhoitajilta ja clinical nurse konsultit (n = 11), haastattelu, laadullinen, teemoittelu.	Johtaminen perustui muutosjohtamisen periaatteisiin, ja oli proaktiivista. Johtajilla oli epärealistiset odotukset itseltään, ja henkilökunnan vaihtuvuus oli suurta.

Loke 2001 Singapore	Tehokkaan johtamisen vaikutus henkilökunnan työtyytyväisyyteen, tuottavuuteen sekä organisaatioon sitoutumiseen.	”The Leadership Practices Inventory”, Sairaanhoitajat (n = 100), hoitotyön johtajat (n = 20), kyselylomake määrällinen, tilastomenetelmät.	Johtajien käytös vaikutti sairaanhoitajien työn tuottavuuteen (9 %), työtyytyväisyyteen (29 %) ja organisaatioon sitoutumiseen (22 %).
Stordeur ym. 2001 Belgia	Muutos- ja vuorovaikutuksellisen ja johtamistyylin ja stressitekijöiden vaikutuksia sairaanhoitajien psyykkiseen uupumukseen.	Sairaanhoitajat (n = 625), määrällinen, ”The Nursing Stress Scale”, ”The Multifactor Leadership Questionnaire”, ”The Maslach Burnout Inventory”, määrällinen analyysi. Keskiarvot, keskihajonnat, regressioanalyysi, Pearsonin korrelaatiokerroin Cronbachin alfa-kertoimet.	Työn stressitekijät selittivät 22 % uupumuksesta, johtaminen 9 %. Sosiaalinen ja fyysinen ympäristö, roolien epäselvyys ja tilannekohtainen johtaminen lisäsivät psyykkistä uupumusta. Transformationaalinen ja palkitseva johtaminen eivät vaikuttaneet siihen.
George ym. 2002 USA	Jaetun johtamisen malliin perustuvan koulutusohjelman vaikutus sairaanhoitajien työhön.	”The Smola Assessment of Leadership Inventory”, sairaanhoitajat (n = 45), The Leadership Practices Inventory”, sairaanhoitajat (n = 140) ja yksi havainnoija-arviointi, pretest-post-test, määrällinen, avoimet haastattelut, sairaanhoitajat (n=24) koulutuksen jälkeen, laadullinen. Analyysit ?	Potilashoito parani sairaanhoitajien huomioidessa paremmin potilaiden tarpeet ja edistäessä paremmin toipumista. Sairaanhoitajien kyky oman työnsä johtamiseen, tiimityöhön ja ongelmanratkaisuun parani. Yhteistyö lääkäreiden kanssa parani. Sairaanhoitajien omat arvioinnit olivat matalammat kuin havainnoija-arvioinnit.
Cook 2001 Englanti	Muutos- ja tilannejohtajuuteen perustuvan osastonhoitajien koulutusohjelman vaikutukset.	Osastonhoitajat (n = 21), alaiset ja vertaiset (n = 38), pre- post-kyselylomake kahdella valmiilla mittarilla ”The Leadership Behavior Descripton Questionnaire”, ”The Team Excellence Version 2”, määrällinen, Wilcoxin testi, Spearmanin korrelaatio, haastattelu osastonhoitajat (n = 15), laadullinen teemoittelu.	Osastonhoitajat olivat tietoisempia vastuunsa rajoistaan, kyky kommunikoida, asettaa tavoitteita ja antaa muille haasteellisia mahdollisuuksia parani.
Houser 2003 USA	Ympäristötekijöiden vaikutus sairaanhoitajien työhön.	”The Leadership Practices Inventory“, ”hoitotyön johtajat (n = 55) ja sairaanhoitajat (n = 1142), test-retest, ”The Work Environment Scale”, sairaanhoitajat (n = 452), rakenteellinen yhtälö mallinnus, Cronbachin alfa-kertoimet, kohderyhmähaastattelut sairaanhoitajat (n = 36), vertaileva analyysi (constant comparative analysis)	Voimakkaalla johtajuudella oli johdonmukainen vaikutus sairaanhoitajien työssä pysymiseen. Henkilökohtainen kanssakäyminen hoitotyön johtajan ja sairaanhoitajien välillä oli tärkeämpää kuin perinteinen ”management”-johtaminen. Osastonhoitaja jokaisella osastolla oli kustannustehokkaampaa kuin yhden osastonhoitajan vastuullisuus useista osastoista.

Krugman & Smith 2003 USA	Osastonhoitajien 4- vuotisen koulutusohjelman tulokset johtamiseen sekä työtyytyväisyyteen.	Osastonhoitajat (n = 80), ”The Leadership Practices Inventory”, ”The McClosky Mueller Satisfaction Scale”, määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät, ANOVA.	Osastonhoitajat kehittivät muodollisista johtajista enemmän inhimillisten voimavarojen johtajiksi. Osastonhoitajien arvioinnit johtamisestaan parempia kuin henkilökunnan arviot.
Larrabee ym. 2003 USA	Hoitoympäristön vaikutus sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen ja vaihtuvuuteen.	Sairaanhoitajat (n = 90), ”The Work Quality Index”, itsekehitetty vaihtuvuushalukkuutta testaava mittari, ”The Multifactor Leadership Questionnaire”, ”The Autonomy Subscale”, ”The Professional Work Environment subscale”, ”The Nurse Collaborative Practice Scale”, ”The Group Cohesion Scale”, ”Spreitzer`s 12-item Questionnaire”, ”The Personal Views Survey III”, määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät, varianssianalyysit, korrelaatiot, logistinen ja askeltava regressioanalyysit.	Sairaanhoitajista halusi jäädä nykyiseen työpaikkaansa 40.5 %. Ne, joilla oli alle 5 vuotta valmistumisesta tai alle 5 vuoden työkokemus, olivat halukkaimpia vaihtamaan työpaikkaa. Voimauttaminen selitti 54 % työtyytyväisyydestä ja kestävyys (kyky kestää stressaavia tilanteita), muutostohtajuus, sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö sekä ryhmän kiinteys selittivät 63 % varianssista.
Tourangeau 2003 Kanada	Hoitotyön johtajille tarkoitetun johtamiskoulutuksen arviointi ennen ja jälkeen koulutuksen.	”The Leadership Practices Inventory”, koulutukseen osallistuneet hoitotyön johtajat (n=67), osallistujien esimiehet (n = 31 ennen koulutusta, n = 22 koulutuksen jälkeen) ja vertaiset (n = 320 ennen koulutusta, n = 227 koulutuksen jälkeen), MANOVA, Cronbachin alfa-kertoimet.	Koulutukseen osallistujien arvioissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ennen ja jälkeen koulutuksen. Vertaiset arvioivat kahden johtamisomaisuuden eli prosessien kyseenalaistamisen ja yhteiseen visioon innostamisen lisääntyneen.
Al-Mailam 2004 Kuwait	Työntekijöiden arvio vuorovaikutus- ja muutostohtamiskäytävien johtajien tehokkuudesta yksityisissä- ja yleisissä sairaaloissa.	Työntekijät (n = 266) neljässä yksityisessä ja yleisessä sairaalassa, ”The Multifactor Leadership Questionnaire”, määrällinen, kuvailevat tilastomenetelmät, t-testit, regressioanalyysi, varianssianalyysi (ANOVA), faktorianalyysi.	Transformationaalinen johtamistyyli liittyi johtajien kokemiseen tehokkaina. Yksityissairaaloiden johtajia pidettiin enemmän muutostohtajina kuin yleisten sairaaloiden johtajia.
Tourangeau & McGilton 2004 Kanada	Hoitotyön johtajien koulutusohjelman yhteydessä tutkitut ”The Leadership Practices Inventory” – mittarin psykometriset ominaisuudet.	Hoitotyön johtajat itsearviointi (n = 67), vertaiset, (n = 347) havainnoitsija-arviointi, ”The Leadership Practices Inventory”, ”The Maslach Burnout Inventory”, ”The Organisational Environment Assessment”, määrällinen, reliabiliteetti, sisäinen validiteetti, faktorianalyysi, t-testit, lineaarinen regressio.	Alkuperäisen viisi- faktorisen mallin sisäinen reliabiliteetti vaihteli välillä 0.88-0.93. Kolmifaktorisen mallin psykometriset ominaisuudet olivat yhtä voimakkaat kuin viisifaktorisen mallin ja mittasivat riittävästi käytännön johtamista. Viisifaktorisen mallin käytettävyys parempi koulutustarkoituksessa.

Kanste 2005 Suomi	Hoitotyön johtajuuden ja hoitohenkilöstön työuupumuksen yhteys, moniulotteisen johtamismittarin ”The Multifactor Leadership Questionnaire” (MLQ) sekä kolmiulotteisen työuupumismittarin The ”Maslach Burnout Inventory” (MBI) rakenteiden testaus.	Sairaaloiden, terveyskeskusten, psykiatristen ja yksityisten sairaaloiden hoitohenkilöstö (n = 900), postikysely, seurantakysely vuoden kuluttua (n = 100). Ristiintaulukointi, kontingenssikerroin, khiin neliö-testi, Pearsonin tulomomenttikerroin, t-testi, Mann-Whitney U-testi, Wilcoxonin testi, yksi- ja kaksisuuntainen varianssianalyysi, Kruskal-Wallis testi, rakenneyhtälömittaus, lineaarinen regressioanalyysi, faktorianalyysi, Cronbachin alfa-kertoimet, osiosumma-korrelaatio, osioiden välinen korrelaatio, intraclass-korrelaatio.	Hoitotyön johtajat olivat työntekijöitä palkitsevia muutosjohtajia. Myös aktiivista ja passiivista sekä välttävää johtajuutta esiintyi. Eroja johtajien iän, työkokemuksen, työtehtävän ja perustyöhön osallistumisen mukaan. Palkitseva muutosjohtaminen ja aktiivinen valvominen suojasivat työuupumukselta.
Leach 2005 USA	Ylihoitajien johtamistyylin vaikutus sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen ja vaihtuvuuteen, lähiesimiesten johtajuuden vaikutus sairaanhoitajien organisaatioon sitoutumiseen.	Hoitotyön johtajat (n = 148), sairaanhoitajat (n = 651), ”The Transformational Leadership Profile (TLP)” (Sashkin ym. 1992)- ja ”The Organizational Commitment Scale”-mittarit, kuvaileva korrelaatio, tilastolliset testit, Spearmanin korrelaatioanalyysi.	Hoitotyön johtajien muutosjohtamistyyli vähensi sairaanhoitajien vieraantumisen tunnetta, lisäsi organisaatioon sitoutumista. Vuorovaikutuksellinen johtamistyyli vähensi sairaanhoitajien sitoutumista. Lähijohtajien johtamistyyllillä ei ollut vaikutusta sairaanhoitajien organisaatioon sitoutumiseen.
McGuire & Kennerly 2006 USA	Osastonhoitajien itsearviointi ja sairaanhoitajien havainnoitsija -arviointi osastonhoitajien vuorovaikutuksellisesta- ja muutosjohtamiskäyttämisen, sen vaikutukset sairaanhoitajien organisaatioon sitoutumiseen.	Osastonhoitajat (n = 63), samoilla osastoilla työskentelevät sairaanhoitajat (n = 500), ”The Multifactor Leadership Questionnaire” (MLQ), ”The Organizational Commitment Questionnaire”, kuvailevat tilastomenetelmät, Pearsonin korrelaatiokertoimet.	Osastonhoitajien itsearviointien keskiarvot korkeammat kuin sairaanhoitajien arvioinneissa. Sairaalaorganisaatio ei tue osastonhoitajien muutosjohtamiskäyttämistä. Osastonhoitajat olivat kyvyttömiä todellisuudessa käyttämään muutosjohtamista koska organisaatio ei tukenut sitä. Idealisovalla vaikuttamisella (karismaattisella johtamisella) oli suurin positiivinen korrelaatio organisaation sitoutumiseen. Älyllisellä stimuloinnilla oli negatiivinen korrelaatio organisaatioon sitoutumiseen.

Liite 4. Faktorianalyysi osastonhoitaja aineistosta

Muuttuja	1	2	3	4	5	6
K7	,724	-,257	,184			-,104
K22	,678		-,319			-,334
K8	,666	-,325	,129		-,170	-,208
K21	,663	,126	-,289	-,150	,209	-,177
K17	,660	-,252	-,107		,210	
K3	,651	-,227	,261		-,265	,212
K15	,648	-,170		-,131	,368	,103
K18	,620				-,252	
K2	,613	,118	,244	-,142		-,218
K4	,611	,169	,178		-,230	
K20	,609		-,182		,353	
K13	,608	-,444	,188	,170	-,111	
K23	,606	-,191	-,305		-,127	
K12	,603	-,345	,159	,171	,160	
K16	,586	-,136	,241			
K25	,581	-,227		-,107		,538
K30	,574	,321		-,324		,348
K28	,572	-,320	-,109	,154	-,161	,394
K29	,569	,132	-,234			,124
K27	,560		-,356	,151		
K26	,549	,252	-,284	,152	-,275	
K10	,531	,361	,174			
K5	,528	,192	,258	-,322	,254	
K6	,479		-,109	-,175		-,207
K9	,472	,462	,326		-,111	
K11	,334	,649	-,162		-,188	
K14	,374	,648				,131
K24	,263	,387		,584	,159	,154
K1	,299	,225	,280	-,431	-,142	
K19	,376	,325	,179	,421	,442	

Liite 5. Esimerkki laadullisen aineiston analysoinnista teemassa ”Valinnan-
vapaus”.

Ilmaisu aineistossa	Pelkistys aineistosta	Alakategoria	Ylä- katego- ria	Pää- kategoria
<p>”Osittain voi valinnanvapautta suoda, intressien mukaan” Valinnanvapaus on aika suppea mutta, jos on joku alue, joka kiinnostaa” ”Kyllähän on tärkeää, että saa omia vastuualueita” ”Onko sulla miten vihreät peukalot, kun hoidat potilasta. Sen kun jaksaa säilyttää sitten ei mielenkiinto katoa. Että siinä voi sitä omaa persoonaa käyttää”</p>	<p>Vastuualueet työntekijöiden kiinnostuksen mukaan. Vastuualueet työntekijöiden kokemuksen mukaan. Työtehtävien laajentaminen. Vapaus toteuttaa työn sisältöä ja työjärjestystä. Oma tapa kohdata potilas.</p>	Työntekijöiden yksilöllisyys	Työntekijälähtöisyys	
<p>”Valinnanvapaus tulee esille työvuorosunnittelussa” ”Meillä on kans tuo työvuorosunnittelu, sairaanhoitajat saa tehdä sitä melko lailla itse” ”Palataan takaisin vanhaan suunnitteluun jos ei suju, siinäkin on tavallaan valinnanvapaus”</p>	<p>Työntekijöiden mahdollisuus esittää toiveita työvuoroista. Työntekijöiden mahdollisuus esittää toiveita vuosiloma-ajoista.</p>	Työn organisointi		
<p>”Jos yksi erikoistuu yhteen, ja siinä on riskinsä, että se perustyö jää heikoille” ”On niitä, jotka ovat tottuneet tekemään yhtä mutta johon idea on ollut ja myös mun mielestä, että tehdään työkiertoa ja valinnanvapaus siinä, että mä haluan ehdottomasti tehdä tätä ja suurin osa haluaa tehdä kaikkea ja anneaankin tehdä” ”Miten jaksais luoda ihmisiin uskoa, että mukavuushalu ei ole suurempi kuin hyöty pidemmän päälle”.</p>	<p>Työntekijöiden ammatillisen kapea-alaistumisen ehkäiseminen. Työntekijöiden ammatillisen ja asenteellisen joustavuuden lisääminen.</p>	Ammatillisuuden laajentaminen potilaslähtöisesti		Osasto-kohtainen sovittelija
<p>”Vaikutusta ei ole työmäärässä” ”Ihmiset on vedetty tiukoille ja nyt alkaa näkyä, että ihmiset ei kohta jaksaa”</p>	<p>Vaikutusmahdollisuuksien puute hoidettavien potilaiden määrään. Vaikutusmahdollisuuksien puute hoidettavien potilaiden hoitoisuuteen.</p>	Potilaiden hoitoisuus ja määrä	Potilas- ja organisaatio lähtöisyys	

<p>”jos saisin lottovoiton, palkkaisin vakiyökön” ”Ohjelmat ei toimi. Usko uppos, mutta pitää vaan nousta ja uskoa. Eihän tääkään ole meidän keksinto, vaan tulee ministeriöstä” ”Mulle lääkärit tulee marmattamaan, mä suodatan, ettei hoitajat joudu kärsimään” ”Kokeilemiseen haluaisin suunnitelmallisuutta, ettei ole yksittäisen osaston nyhräämistä” ”Nähtäis suunta ja annettais apua” ”Osastonhoitajilta ei kysytä, asiat tuodaan suoraan päätöksinä” ”Keskityttäis yhteen, tuloksia ei malteta ruotia”</p>	<p>Vaikutusmahdollisuuksien puute henkilökunta- ja materiaaliressseihin. Vaikutusmahdollisuuksien puute erilaisten hankkeiden käyttöönottamiseen.</p>	<p>Ulkopuolinen toiminnan ohjaus</p>		
--	--	--------------------------------------	--	--

Liite 6. Summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet osastonhoitaja- ja sairaanhoitajaryhmissä

Summamuuttuja	Ryhmä n	Cronbachin alfa-kerroin
Prosessin kyseenalaistaminen	osastonhoitajat n = 290	,8138
	sairanhoitajat n = 1273	,8435
	kaikki n = 1563	,8440
Yhteiseen visioon innostaminen	osastonhoitajat n = 287	,7946
	sairanhoitajat n = 1280	,8810
	kaikki n = 1567	,8774
Muiden valtuuttaminen toimintaan	osastonhoitajat n = 284	,6962
	sairanhoitajat n = 1284	,8564
	kaikki n = 1568	,8555
Tien näyttäminen	osastonhoitajat n = 291	,6120
	sairanhoitajat n = 1279	,8330
	kaikki n = 1570	,8274
Rohkaiseminen	osastonhoitajat n = 283	,7350
	sairanhoitajat n = 1280	,8682
	kaikki n = 1563	,8633

Liite 7. Summamuuttujien yleisyys kolmessa aineistossa.

Posner ja Kouzes (1993)	Hautala (1995)	Tutkimustulokset
Muiden valtuuttaminen toimintaan	Esimerkki	Muiden valtuuttaminen toimintaan
Prosessin kyseenalaistaminen	Mahdollistaminen	Tien näyttäminen
Tien näyttäminen	Haastaminen	Rohkaiseminen
Rohkaiseminen	Visiointi	Yhteiseen visioon innostaminen
Yhteiseen visioon innostaminen	Palkitseminen	Prosessien kyseenalaistaminen

Liite 8. Johtamistoimintojen sisältö Kouzesin ja Posnerin (1995, 1999, 2001) mallin ja tulosten mukaan.

Johtamistoiminto	Kouzes ja Posner (1995, 1999, 2001)	Tutkimustulokset
”Muiden valtuuttaminen toimintaan”	Yhteistyön tukeminen ja ihmisten vahvistaminen	Harkitseva ja realistinen esimiestoiminta osastokohtaisesti sovitellen.
”Tien näyttäminen”	Esimerkkien antaminen sekä pienten voittojen kautta eteneminen.	Suunnitelmallinen esimiestoiminta osallistuvana ja tavoitettavana johtajana työn tekemistä ja yhteistoimintaa edistäen.
”Rohkaiseminen”	Tunnustuksen antaminen ja saavutusten juhlinta.	Mahdollisuuksien ja keinojen rajallisuuden hyväksyvä esimiestoiminta tuen ja valmentautumismahdollisuuksien avulla.
”Yhteiseen visioon innostaminen”	Tulevaisuuden ennustaminen ja muilta saatu tuki.	Konkreettiset ja mitattavat tavoitteet yhteistyössä ja asiantuntijoiden käytön avulla.
”Prosessien kyseenalaistaminen”	Mahdollisuuksien etsiminen ja kokeilemisen sekä riskien ottaminen.	Maltillinen esimiestyö uudistuksissa perustehtävän turvaamiseksi.