

Sairaaloiden hallinnan muutos lähiesimiesten näkökulmasta¹

Erja Wiili-Peltola

ABSTRACT

This article deals with hospital middle level managers' perceptions concerning the reforms in hospital governance and management. The hospital arena, formerly governed by professionals, confronts new challenges as the doctrines of New Public Management are increasingly being applied to hospital organisations. Thus, the transition from professional control toward more externally and economically controlled system is very often seen as clash of humanism and commercialism. Because of these changes in traditional hospital culture, there is hazard of contradictions on the part of hospital staff. The study approaches the challenge of change through the concept of 'participatory management'. In the study hospitals, opportunities for participation are measured through process control (opportunity to influence) and procedural justice. The results suggest that participatory management should be an option for integrating the reforms into professional culture. The challenge for hospitals and their new governance models is to create involving structures, systems and culture that middle managers and other health care professionals can embrace.

Key words: Hospital governance and management, Reforms, Participatory management

SAIRAALOIDEN HALLINNAN REFORMIT JA LÄHIESIMIESTEN ASEMA

Anglosaksisissa maissa 1980-luvulla alkanut fordismien massatuotanto- ja massakulttuurisidean hiipuminen idätti uusia näkökulmia myös suomalaisen terveydenhuollon ja sairaaloiden kehittämiseksi. Näistä lähtökohdista virisi asiakaslähtöisyyttä korostava post-fordistinen suuntaus, jonka tavoitteena oli suunnata palveluja monipuolisesti, tehokkaasti ja yksilöllisyyttä kunnioittaen. (Exworthy & Halford 1999, Lindman & Lampou 1999, Lähdesmäki 2000.) Uudessa hallintakulttuurissa rahoittajataholta asetetut tavoitteet ja kriteerit korostuvat. Tulostavasti johdon odotetaan panostavan kilpailukykyyn, asiakaskeskeisyyteen ja hyvään laatuun (Lindman & Lampou 1999, Lähdesmäki 2000, Jespersen 2001). Sairaaloiden johtajien ja esimiesten odotetaan uuden hallinta- ja johtamismallin mukaisesti siirtyvän perinteisestä asiantuntijuutta korostavasta kulttuurista uudenlaiseen, organisaation ulkopuolelta säänneltyyn hallinnan kulttuuriin.

Julkiset sairaalat ovat organisaatioita, joissa suuri osa henkilöstöstä on alansa asiantuntijoita. Näissä asiantuntijaorganisaatioissa hallinto oli suurelta osin eriytynyt lääketieteellisestä ja hoitollisesta toiminnasta. Sairaaloiden asiantuntijat ovat autonomisen asemansa ja päätösvaltansa avulla hallinneet paljolti operatiivista toimintaa, jolloin hallinnollinen organisaatio toimi lähinnä operatiivista toimintaa tukevana elimenä (Abernethy & Stoelwinder 1995, Harrison 1999, Llewellyn 2001). Sairaaloista rahoittajatahojen suuntaan kohdistuneet odotukset antoivat esimiesasemassa toimiville asiantuntijoille tunteen siitä, että he pystyivät säätelemään oman työnsä ja työhyönteisensä toiminnan raameja.

¹ Tätä tutkimusta on tuettu PSHPn EVO-rahoituksella no 9B198.

Hallinnan muutokset lisäävät sairaaloissa johtamisen muutospainetta suuntaan, joka noudattelee suurelta osin yksityissektorin käytäntöjä ja uuden managerialismin piirteitä. Uuden julkissektorin hallinnan (NPM) ihanteet korostavat luovuutta, ennakkointia ja osallistumista: piirteitä, jotka koettiin välttämättömiksi byrokraattisen johtamisen vajavuuksien korjaamiseksi. (Exworthy & Halford 1999, Jespersen 2001, Newman 2001.) Toisaalta tulosjohtamisen, laatujohtamisen ja sopimuskäytäntöjen myötä sairaaloiden asiantuntijajohtajat ja osastotason esimiehet ovat tilanteessa, jossa ulkoinen muutospainetta asettaa perinteiselle autonomiselle hallinnalle ja päätöksenteolle ehtoja ja vaatimuksia. Lähiesimiehet joutuvat yhä useammin ristiriitaan roolissaan: he joutuvat pohtimaan tehokkuuden ja tasa-arvon, universaalien palvelujen ja erityispalvelujen sekä kansalaisoikeuksien ja kuluttajaoikeuksien välistä tasapainosuhteita (Flynn 1999).

MAHDOLLISTAVATKO HALLINNAN MUUTOKSET SAIRAALOIDEN LÄHIESIMIESTEN OSALLISTAMISEN?

Sairaaloiden hallintaan ja johtamiseen liittyvien uudistusten integraatio osaksi päivittäistä toimintaan edellyttää muutoksia sairaaloiden aikaisemmissa toimintaperusteissa ja toimintakulttuurissa. Tätä tavoitellaan hallintauudistuksen ideaalimallin mukaisesti kyvykkään ja osallistavan johtamisen (participatory management) avulla (Van Kooy & Ettinger 2002). Keski johdon ja lähiesimiestason kokemus siitä, että he voivat vaikuttaa organisaationsa tulevaisuuteen, työnsä sekä työyhteisönsä kehitykseen on hyvin oleellista hallinnan muutosten hyväksymisen kannalta (Wiili-Peltola 2001, Van Kooy & Ettinger 2002). Sashkinin (1984) mukaan tapa ja intensiteetti, jolla muutoksen hallinnassa sovelletaan osallistavia käytäntöjä kuvastaa myös organisaation filosofiaa ja arvoja.

Tässä tutkimuksessa osallistamista lähestytään koettujen vaikutusmahdollisuuksien ja koetun päätöksenteon oikeudenmukaisuuden kautta. Näiden lisäksi tutkimukseen on valittu kehityskeskustelut potentiaalisena osallistamisen menetelmänä.

Tutkimuksessa pyritään tuomaan esiin

1. miten lähiesimiehet arvioivat sairaaloiden hallinnan muutoksia

2. miten lähiesimiehet kokevat muutospainetta vaikuttavansa organisaatiossaan, ja miten he kokevat oikeudenmukaisuuden toteutuvan organisaationsa päätöksenteossa
3. miten ammatillinen asema, koulutus, kehityskeskustelut, koettu vaikutusmahdollisuus ja koettu oikeudenmukaisuus ovat yhteydessä suhtautumiseen sairaaloiden hallinnan muutoksiin

Koetulla vaikutusmahdollisuudella on todettu olevan myönteinen vaikutus useissa organisaatioiden toimintaan liittyvissä muutoksissa (Kelly & Weber 1995, Kooy & Ettinger 2002). Mahdollisuuksilla osallistua päätöksentekoon on todettu olevan positiivinen yhteys myös työtyytyväisyyteen (Cotton et al. 1988, Daniels & Bailey 1999) ja työmoraliin (Schneider 1984, Jones 1997). Myös strategiaan valintoihin sitoutumisen kannalta on tärkeää, että organisaation jäsenet tuntevat voivansa jossakin määrin vaikuttaa näihin valintoihin (Korsgaard et al. 1995, Daniels & Bailey 1999, Van Kooy & Ettinger 2002). Esimerkiksi Eisenhardtin (1989) ja Kimin & Mauborgnen (1993) tutkimukset osoittivat linjajohtajien sitoutuvan strategiaan valintoihin ja niihin liittyviin muutoksiin helpommin, jos heitä kuultiin ennen lopullisten päätösten tekoa.

Positiivisia vaikutuksia, joita vaikutusmahdollisuuksilla katsotaan olevan, on selitetty ihmisten sisäisten tarpeiden toteutumisen avulla. Lisäksi osallistamisella katsotaan olevan epävarmuutta ja rooliristiriitaa lieventäviä vaikutuksia (Daniels & Bailey 1999).

Mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon ja koettu oikeudenmukaisuus

Suurten organisatoristen muutosten aikana herkyys epäoikeudenmukaisuuden kokemiseen kasvaa (Kivimäki et al. 2002). Toiminnallisten tai rakenteellisten muutosten yhteydessä päätöksentekotapaan ja päätösten toimeenpanoprosesseihin liittyvien ratkaisujen luonne korostuu. Koetun päätöksenteon oikeudenmukaisuuden (= proseduraalinen oikeudenmukaisuus) on todettu olevan liitoksissa erityisesti organisaation ylimmän johdon päätöksentekotapaan (vs. lähiesimiestason päätökset) ja siihen, miten ylimmän johdon päätöksiin luotetaan (Greenberg

1986, Korsgaard et al. 1995, Masterson et al. 2000, Cohen-Charash & Spector 2001.). Proseduraalisen oikeudenmukaisuuden, samoin kuin koetun vaikutusmahdollisuuden tärkeänä osana pidetään oikeutta tulla kuulluksi ja ilmaista mielipiteensä (Folger 1977, Cohen-Charash & Spector 2001, Cropanzano et al. 2001). Näillä kahdella käsitteellä voidaankin katsoa olevan paljon yhtenäisiä piirteitä.

Proseduraalisen oikeudenmukaisuuden merkitystä on selitetty kontrollimekanismin kautta. Oikeudenmukaiset käytännöt edistävät jatkuvuuden ja ennustettavuuden tunnetta, ja sitä kautta ne luovat tunnetta kontrollista. Kun organisaation jäsen kokee, että hänen mielipiteensä on arvokas, hän tuntee omaavansa epäsuoraa kontrollia päätöksenteossa, joka puolestaan lisää ennakoitavuuden ja elämän hallinnan tunnetta. Näin ollen muutosten aiheuttama epävarmuus lievenee. (Tyler 1987, Greenberg 2001.) Greenbergin (2001) mukaan prosessin kontrollimekanismien taustalla saattaa osaksi vaikuttaa myös oman hyödyn maksimointiin pyrkivä instrumentaalinen motiivi. Näin ollen kontrollin avulla halutaan varmistaa itselle suotuisa lopputulos päätöksessä.

Instrumentaalisen motiivin vastapainoksi oikeudenmukaisuuden merkitystä on selitetty myös ihmisuhteisiin liittyvillä motiiveilla. Oikeudenmukaisuuden voidaan katsoa olevan mittari, joka mittaa yksilön asemaa organisaatiossa tai ryhmässä. Näin ollen epäoikeudenmukaisuus voidaan kokea persoonaan kohdistuvana arvokritiikinä. Tämä kokemus murentaa halua sitoutua muutoksiin. (Cropanzano et al. 2001, Greenberg 2001.)

Oikeudenmukaisuus on liitoksissa kaikkien edellä mainittujen tekijöiden kautta laajempaan moraaliavaruuteen ja eettisiin periaatteisiin, jotka ohjaavat ihmisten toimintaa. Oikeudenmukaisuus liittyy siis syvempiin ihmisenä olemisen perustuksiin ja koordinaatteihin (moral virtues), jotka auttavat suhteuttamaan elämää. Loukkaus näitä perustuksia kohtaan kyseenalaistaa eettisen toiminnan sääntöjä ja se koetaan näin ollen erityisen vaaralliseksi. (Lupfer et al. 2000.) Sairaaloissa, kuten muissakin organisaatioissa toteutettujen muutosprosessien periaatteiden tulisi olla sovitettavissa yhteen organisaation jäsenten eettisten arvojen kanssa (Leventhal 1980).

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto

Tutkimuksen kohteena oli yksi Suomen 20:stä sairaanhoitopiiristä. Tästä sairaanhoitopiiristä tutkimukseen valittiin esimiehet, jotka ovat hierarkiasuhteessa lähimpänä operatiivista työtä tekeviä henkilöitä. Tutkimushenkilöiksi valittiin kaikki kyseisen sairaanhoitopiirin esimieskoulutukseen osallistuvat/osallistuneet henkilöt sekä heidän lisäksi koulutukseen osallistumattomat osaston- ja erikoislääkärit (n = 375). Tutkimuksen kohderyhmä koostui osastotason esimieslääkäreiden lisäksi osastonhoitajista sekä sairaanhoito- ja tukipalvelujen esimiehistä (esim. röntgen ja laboratorio, tekniikka, ravitsemuspalvelut, siivouspalvelut). Vastaajat edustivat sekä keskus- että aluesairaaloiden tulosyksiköitä.

Lähetetyistä 375 lomakkeesta 197 palautettiin asiallisesti täytettynä. Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 48 %. Lääkäreiden heikko vastausinto laski oleellisesti tutkimuksen kokonaisvastausprosenttia. Osastotason esimieslääkäreitä painotettiin määrällisesti, koska heidän osallistumisensa muihin kuin kliinistä alaa koskeviin kyselytutkimuksiin on tunnetusti muita tehtävärühmiä heikompaa. Lähetetyistä lomakkeista noin puolet (190) oli kohdistettu osastonlääkäreille ja erikoislääkäreille; heistä vastasi 31% (n=59). Kyselyyn valituista 126 osastonhoitajista vastasi 63% (n=79). Muiden tutkimukseen osallistuneiden lähiesimiesten vastausmotivaatio oli korkea, sillä 59 esimiehestä vastasi peräti 95% (n=56). Naisia vastanneista oli 76% (n=146), miehiä 24% (n=47).

Tässä artikkelissa aineiston analyysi rajataan koskemaan osastonhoitajia ja osastotason esimieslääkäreitä (n=138, taulukko 1). Näin siksi, että osastonhoitajat ja osastotason esimieslääkärit työskentelevät usein läheisessä yhteistyössä vastuuyksikköjensä esimiehinä. Tulosten esittelyssä osastotason esimieslääkäreihin viitataan termillä lääkärit.

Yli puolet osastonhoitajista ja lääkäreistä edusti keskussairaalan konservatiivista (29 %; n=40) tai operatiivista (24 %; n=34) tulosyksikköä. Psykiatrian tulosyksiköstä vastaajia oli 20 % (n=27), aluesairaaloista 11 % (n=15) ja sairaanhoitosekä tukipalveluista tai muista tulosyksiköistä yhteensä 16 % (n=22) vastaajista. Vastaajilla oli keskimäärin 27 alaista. Tyypillinen alais määrä

Taulukko 1. Osastotason esimieslääkärien ja osastonhoitajien taustatietoja (%).

	Tehtävänimike	
	Osastotason esimieslääkärit (n = 59)	Osastonhoitajat (n = 79)
Sukupuoli		
Nainen	54	98
Mies	46	2
Yhteensä	100	100
Koulutus		
Opisto		89
Korkeakoulu	3	11
Erikoislääkäri	61	
Tohtorin tutkinto	36	
Yhteensä	100	100
Tulosalue		
Konservatiivinen	34	24
Operatiivinen	22	27
Psykiatrinen	22	10
Aluesairaala	12	18
Sairaanhoito- ja tukipalvelut	10	21
Yhteensä	100	100
Sairaanhoitopiirin esimieskoulutus		
Ei koulutusta	44	25
Yhteensä	100	100
Koulutusta	56	75
Yhteensä	100	100

(moodi) vastaajilla oli 20 alaista. Lääkärit työskentelivät osastonhoitajia keskimäärin pienemmillä osastoilla, sillä heidän alaismääränsä keskiarvo oli 23, kun taas osastonhoitajilla oli keskimäärin 29 alaista. Tutkimuksen kohteena olevasta ryhmästä 67 % oli suorittanut sairaanhoitopiirin toteuttaman lähiesimieskoulutuksen. Koulutuksen suorittaminen oli osastonhoitajien ryhmässä yleisempää kuin lääkärien ryhmässä.

Tiedusteltaessa kehityskeskustelujen toteuttamisesta, osastonhoitajista runsas 70 % ilmoitti käyneensä kehityskeskusteluja esimiehensä kanssa mielestään riittävästi, kun taas lääkäreistä näitä keskusteluja oli käynyt mielestään riittävästi vajaa 30 %.

Mittarit

Tutkimuksessa mitattiin hallinnan reformeja kuudella eri muuttujalla (taulukko 2.). Koska valmista, luotettavaa mittaria reformien mittaamiseksi ei ollut saatavilla, mittarit suunniteltiin varta vasten tätä tutkimusta varten. Kaikki muuttujat noudattivat 5-portaista vastausasteikkoa. Muuttujat valittiin siten, että ne kuvaisivat mahdollisimman monipuolisesti hallinnan reformien eri osioita. Summamuuuttujan reliabiliteetti (Cronbachin alpha) tutkimusaineistossa oli 0.73. Jatkoanalyysissä summamuuuttuja muutettiin dikotomisiksi, jolloin katkaisukohtana käytettiin summamuuuttujan mediaania. Näin ollen dikotominen reformi -muuttuja kuvasi luokkia, jossa

Taulukko 2. Yksittäisten hallinnan reformeja kuvaavien muuttujien keskiarvot, niiden keskihajonnat (SD) ja vertailun tilastolliset erot osastonhoitajilla ja osastotason esimieslääkäreillä

Muuttuja	Osastonhoitaja		Osastotason esimieslääkäri		
	Keskiarvo	(SD)	Keskiarvo	(SD)	p-arvo
On ymmärrettävää ja hyväksyttävää, että kuntien päättäjät edellyttävät työn tehostamista	3.08	(1.0)	2.73	(1.0)	0.050
Tulosjohtaminen soveltuu myös terveydenhuoltoon	2.51	(1.1)	2.27	(1.0)	0.206
Markkinataloudelliset mallit sopivat myös laajasti terveydenhuoltoon	2.32	(0.9)	2.08	(0.9)	0.170
Sopimusohjaus on parantanut kuntien ja sairaaloiden välistä yhteistyötä	2.92	(1.0)	2.49	(1.1)	0.015
Laatujohtaminen on tehostanut sairaalamme toimintaa	3.53	(0.9)	2.82	(1.0)	0.000
Laatujohtaminen on parantanut sairaalamme henkilöstöpolitiikkaa	3.01	(0.8)	2.54	(0.9)	0.002

arvot ≤ 2.6 kuvasivat negatiivista suhtautumista hallinnan reformeihin ja arvot > 2.6 positiivista suhtautumista reformeihin.

Osallistamista mittaavat summamuuttujat (koetut vaikutusmahdollisuudet, taulukko 3. ja koettu päätöksenteon oikeudenmukaisuus, taulukko 4.) muodostettiin samaan tapaan kuin hallinnan reformi-summamuuttuja. Summamuuttujat 'vaikutusmahdollisuudet' ja 'koettu päätöksenteon oikeudenmukaisuus' (jatkossa nimetty muuttujaksi oikeudenmukaisuus) korreloivat jonkin verran keskenään (Pearson $r = 0.23$). Koettuja vaikutusmahdollisuuksia mittaava summamuuttuja on sovellus Aiken' in ja Hagen (1966) sekä Glissonin ja Martinin (1980) käyttämästä mittarista. Mittari koostui kahdeksasta osiosta, jotka noudattivat viisiportaista Likertin asteikkoa. Vaikutusmahdollisuudet -summamuuttujan reliabiliteetti tutkimusaineistossa oli 0.86. Tämä summamuuttuja muutettiin dikotomisiksi, jolloin arvot ≤ 2.7 kuvasivat koettuja huonoja vaikutusmahdollisuuksia ja arvot > 2.7 koettuja hyviä vaikutusmahdollisuuksia.

Päätöksentekotavan oikeudenmukaisuutta mitattiin Moormanin (1991) kehittämällä mittarilla, joka koostui viidestä viisiportaisesta osiosta. Summamuuttujan reliabiliteetti tutkimusaineistossa oli 0.85. Dikotomisena oikeudenmukaisuus

-muuttujan arvot ≤ 3.6 kuvasivat koettua alhaista oikeudenmukaisuutta ja arvot > 3.6 koettua korkeaa oikeudenmukaisuutta.

Tutkimuksessa on käytetty lähinnä kuvailevaa tutkimusasetelmaa. Selitettäviä summamuuttujia selittämään valittiin 6 muuttujaa (tehtäväluokka, sukupuoli, tulosalue, pohjakoulutus, sairaanhoitopiiriin lähiesimieskoulutus ja kehityskeskustelut). Tutkimusaineistoa on kuvailtu suorien jakaumien, prosenttien ja tunnuslukujen avulla. Dikotomisat summamuuttujat on ristiintaulukoitu. Näissä ryhmien välisiä eroja testattiin χ^2 -testillä. Summamuuttujien (jatkuva muuttuja) analyysissä käytettiin t-testiä ja yksisuuntaista varianssianalyysiä.

TULOKSET

Osastonhoitajien ja osastolääkärien arviot hallinnan reformeista

Dikotomisella reformi-summamuuttujalla todettiin, että osastonhoitajista 72 % ja lääkäreistä 46 % suhtautui reformeihin myönteisesti. Osastonhoitajat suhtautuivat lääkäreitä positiivisemmin etenkin sopimusohjaukseen, laatujohtamiseen ja työn tehostamisvaateisiin, kuten hallinnan refor-

Taulukko 3. Yksittäisten vaikutusmahdollisuusmuuttujien keskiarvot, niiden keskihajonnat (SD) ja vertailun tilastolliset erot osastonhoitajilla ja osastotason esimieslääkäreillä

Muuttuja	Osastonhoitajat		Osastotason esimieslääkärit		p-arvo
	keskiarvo	(SD)	keskiarvo	(SD)	
Mahdollisuus vaikuttaa osaston hankintoihin	3.89	1.0	3.25	1.0	0.000
Mahdollisuus vaikuttaa osaston toiminnan suuntaamiseen	3.67	1.1	3.42	1.0	0.206
Mahdollisuus vaikuttaa tulosyksikön johdon päätöksiin	2.87	1.1	2.42	1.0	0.024
Mahdollisuus vaikuttaa tulosalueen päätöksiin	2.04	0.9	2.10	1.0	0.699
Mahdollisuus vaikuttaa sairaanhoitopiirin päätöksiin	1.39	0.7	1.42	0.6	0.782
Tunne siitä, että voi asettaa työn tavoitteet työyksikössä itsenäisesti	2.83	1.0	3.10	1.0	0.148
Tunne siitä, että voi vaikuttaa tulosyksikön johdon päätöksiin	2.80	1.1	2.78	1.0	0.924
Tunne siitä, että voi osallistua aktiivisesti työyksikköön liittyvien muutosten suunnitteluun	3.55	1.3	3.22	1.1	0.137

Taulukko 4. Yksittäisten oikeudenmukaisuusmuuttujien keskiarvot, niiden keskihajonnat (SD) ja vertailun tilastolliset erot osastonhoitajilla ja osastotason esimieslääkäreillä

Muuttuja	Osastonhoitajat		Osastotason esimieslääkärit		p-arvo
	keskiarvo	(SD)	keskiarvo	(SD)	
Työpaikallamme päätökset tehdään mielestäni oikean tiedon perusteella	3.55	1.0	3.68	0.7	0.395
Työpaikallamme epäonnistuneet päätökset voidaan purkaa tai niitä voidaan muuttaa	3.60	1.0	3.64	0.8	0.781
Kaikkia asianomaisia kuullaan päätöksiä tehtäessä	3.22	1.1	3.16	1.0	0.769
Päätösten vaikutuksia seurataan ja niistä tiedotetaan	3.43	0.9	3.16	0.9	0.093
Päätösten perusteista saa halutessaan lisätietoa	3.65	1.0	3.45	1.0	0.243

meja kuvaavien yksittäismuuttujien vertailussa tuli esiin (taulukko 2.). Keskiarvojen vertailussa todettiin, että osastonhoitajat suhtautuivat lääkäreitä myönteisemmin kaikkiin reformeja kuvaaviin väitteisiin.

Myös analysoitaessa yksittäismuuttujia summamuuttujana todettiin osastonhoitajien suhtautumisen reformeihin olevan lääkäreitä

positiivisempaa ($p = 0.000$). Tehtäväluokan lisäksi ainoastaan tutkimuksen kohteena toimineen sairaanhoitopiirin järjestämä johtamiskoulutus ja kehityskeskustelut aiheuttivat tilastollisesti merkitseviä eroja hallinnan reformeja mittaavalla summamuuttujalla: johtamiskoulutusta käyneen ryhmän mielipiteet reformeista olivat positiivisempia kuin ryhmällä, joka ei ollut käynyt koulutusta

($p = 0.007$). Ero kuitenkin hävisi, kun osastonhoitaja ja lääkäreitä tarkasteltiin erikseen.

Myös kehityskeskustelut tuntuivat vaikuttavan positiivisesti mielipiteisiin reformeista. Ne osastonhoitajat ja lääkärit, jotka olivat käyneet mielestään riittävästi kehityskeskusteluja oman esimiehensä kanssa suhtautuivat positiivisemmin hallinnan reformeihin kuin ne, jotka kokivat keskustelut riittämättömiksi ($p = 0.010$); tilastollista eroa ei kuitenkaan esiintynyt, kun tarkasteltiin molempia tehtäväluokkia erikseen.

Vaikuttamismahdollisuuksia kuvaavien muuttujien vertailua

Dikotomisella vaikutusmahdollisuus -summamuuttujalla 63 % osastonhoitajista ja 53 % lääkäreistä koki vaikutusmahdollisuutensa hyväksi. Yksittäisten vaikuttamismahdollisuutta mittaavien muuttujien vertailu osoitti, että osastonhoitajat arvioivat pysyvänsä vaikuttamaan osastonsa hankintoihin enemmän kuin lääkärit (taulukko 3.). He kokivat myös voivansa vaikuttaa lääkäreitä enemmän tuloksikkonsa johdon päätöksiin. Lääkärit puolestaan kokivat voivansa parhaiten vaikuttaa osastojensa toiminnan suuntaamiseen.

Sukupuoella, pohjakoulutuksella (opisto, erikoislääkäri, tohtori) tai sairaanhoitopiirin koulutuksella ei osoittautunut olevan vaikutusta vaikutusmahdollisuuksiin. Tulosalueiden vertailussa operatiivisella tulosalueella työskentelevät lääkärit kokivat vaikutusmahdollisuutensa muita tulosalueita heikommiksi, kun puolestaan sairaanhoito- ja tukipalveluissa työskentelevät lääkärit arvioivat voivansa vaikuttaa asioihin muita paremmin ($p = 0.004$). Osastonhoitajilla ei esiintynyt vastaavaa eroa tulosalueiden välillä.

Kehityskeskustelujen todettiin olevan positiivisessa yhteydessä koettuihin vaikutusmahdollisuuksiin siten, että ne, jotka kävivät mielestään riittävästi kehityskeskusteluja kokivat vaikutusmahdollisuutensa paremmiksi kuin ne, jotka kävivät keskusteluja riittämättömästi ($p = 0.007$); osastonhoitajien ja osastonlääkärien tehtäväryhmien sisällä tätä eroa ei kuitenkaan esiintynyt.

Päätöksenteon oikeudenmukaisuutta kuvaavien muuttujien vertailua

Vain 49 % osastonhoitajista ja 39 % lääkäreistä koki päätöksenteon oikeudenmukaisuuden toteutuvan organisaatiossaan hyvin dikotomisella oikeudenmukaisuus -summamuuttujalla. Oikeudenmukaisuusväittämien yksittäisessä vertailussa osastonhoitajien ja lääkärien välillä ei ollut merkitseviä eroja (taulukko 4.). Osastonhoitajien mielestä oikeudenmukaisuus toteutui parhaiten päätösten perusteista saatavien lisätietojen väittämällä; lääkärit puolestaan arvioivat väittämän siitä, että päätökset tehdään työpaikalla oikean tiedon perusteella oikeudenmukaisimmaksi.

Selittäväillä muuttujilla oikeudenmukaisuuden kokemisessa esiintyi tilastollisia eroja tulosalueiden välillä, sairaanhoitopiirin koulutuksen ja kehityskeskustelujen vertailuissa.

Tulosalueiden vertailu oikeudenmukaisuudessa tuotti samankaltaisen tuloksen kuin vaikutusmahdollisuuksissa, sillä operatiivisen tulosalueen lääkärit kokivat oikeudenmukaisuuden muita tulosalueita huonommaksi. Positiivisimmin oikeudenmukaisuuden kokivat sairaanhoito- ja tukipalvelujen lääkärit ($p = 0.013$).

Sairaanhoitopiirin toteuttama esimieskoulutus vaikutti oikeudenmukaisuuden kokemiseen siten, että koulutuksen käynyt lääkäriyhmä koki oikeudenmukaisuuden paremmaksi kuin ryhmä, joka ei ollut suorittanut koulutusta ($p = 0.018$). Vastavaa eroa ei kuitenkaan esiintynyt osastonhoitajilla. Osastonhoitajat puolestaan kokivat riittävän usein käytyjen kehityskeskustelujen parantavan oikeudenmukaisuutta ($p = 0.003$). Lääkäreillä tätä vaikutusta ei kuitenkaan esiintynyt.

VAIKUTUSMAHDOLLISUUKSIEN JA OIKEUDENMUKAISUUDEN SUHDE HALLINNAN REFORMEIHIN

Tutkimuksessa haluttiin tarkastella erityisesti osallistavia tekijöitä, toisin sanoen vaikutusmahdollisuuksien ja koetun oikeudenmukaisuuden suhdetta hallinnan reformeihin. Luokiteltujen summamuuttujien ristiintaulukoinnilla saatiin kuvattua vaikutusmahdollisuuksien ja hallinnan reformien välistä yhteyttä nelikenttien muodossa.

Taulukko 5. Suhtautuminen hallinnan reformeihin vaikutusmahdollisuuksien ja koetun oikeudenmukaisuuden mukaan osastonhoitajilla ja osastotason esimieslääkäreillä, n (%). N = 138.

		Koettu vaikutusmahdollisuus		Koettu oikeudenmukaisuus	
		Hyvä	Huono	Korkea	Alhainen
Suhtautuminen hallinnan reformeihin	Positiivinen	40 (56)	25 (38)	35 (57)	30 (40)
	Negatiivinen	32 (44)	41 (62)	27 (43)	46 (60)
		p = 0.024		p = 0.047	

Taulukko 6. Suhtautuminen hallinnan reformeihin koettujen vaikutusmahdollisuuksien ja koetun oikeudenmukaisuuden mukaan osastotason esimieslääkäreillä, n (%). N = 59.

		Koettu vaikutusmahdollisuus		Koettu oikeudenmukaisuus	
		Hyvä	Huono	Korkea	Alhainen
Suhtautuminen hallinnan reformeihin	Positiivinen	15 (52)	7 (23)	9 (39)	13 (36)
	Negatiivinen	14 (48)	23 (77)	14 (61)	23 (64)
		p = 0.023		p = 0.815	

Taulukko 7. Suhtautuminen hallinnan reformeihin koettujen vaikutusmahdollisuuksien ja koetun oikeudenmukaisuuden mukaan osastonhoitajilla, n (%). N = 79.

		Koettu vaikutusmahdollisuus		Koettu oikeudenmukaisuus	
		Hyvä	Huono	Korkea	Alhainen
Suhtautuminen hallinnan reformeihin	Positiivinen	25 (58)	18 (50)	26 (67)	17 (43)
	Negatiivinen	18 (42)	18 (50)	13 (33)	23 (57)
		p = 0.504		p = 0.042	

Taulukosta 5. voidaan todeta, että lähiesimiehistä, jotka kokivat vaikutusmahdollisuutensa hyväksi, yli puolet (56%) suhtautui positiivisesti hallinnan reformeihin. Vastaavasti vastaajista, jotka tunsivat, että eivät voi vaikuttaa organisaatiossaan, 62% suhtautui negatiivisesti hallinnan reformeihin. Muutosten johtamisen näkökulmasta varsinkin tämä oikean alalokeron esimiesryhmä on haasteellinen.

Myös koetun oikeudenmukaisuuden ja reformien ristiintaulukoinnissa saatiin esiin samankaltainen tulos (taulukko 5.). Oikeudenmukaiseksi koetut päätöksentekotavat tuntuivat lisäävän positiivista suhtautumista hallinnan reformeihin. Vastaavasti alhaiseksi koettu oikeudenmukaisuus tuntui lisäävän kriittisyyttä reformeja kohtaan.

Taulukossa 6. on tarkasteltu vaikutusmahdollisuuksien ja koetun oikeudenmukaisuuden vaikutusta reformeihin lääkäreiden ryhmässä. Vaikutusmahdollisuuksien kohdalla tulokset noudattelevat paljolti taulukossa 5. esiin tulleita havaintoja: huonoiksi koetut vaikutusmahdollisuudet tuntuivat lisäävän kriittisyyttä hallinnan reformeja kohtaan. Tosin lääkäreiden mielipiteet hallinnan reformeista olivat hyvienkin vaikutusmahdollisuuksien vallitessa melko varautuneita. Tämä tuli selkeämmin esiin oikeudenmukaisuus-summamuuttujan kohdalla; yli 60% lääkäreistä, jotka kokivat oikeudenmukaisuuden korkeaksi, suhtautui varauksellisesti reformeihin.

Osastonhoitajien ryhmässä (taulukko 7.) hyväksi koetut vaikutusmahdollisuudet tuntuvat olevan jonkinlaisessa yhteydessä positiivisempaan asennoitumiseen reformeja kohtaan, mutta heidän kohdallaan kokemus vaikutusmahdollisuuksista ei tuntunut olevan selkeästi ratkaiseva mielipiteeseen vaikuttava tekijä. Toisaalta osastonhoitajista, jotka kokivat organisaationsa sisäisen oikeudenmukaisuuden korkeaksi, 67 % suhtautui positiivisesti reformeihin. Vastaavasti alhaiseksi koettu oikeudenmukaisuus näytti lisäävän osastonhoitajien negatiivista suhtautumista reformeihin.

POHDINTA

Muutokset sairaaloiden hallinta- ja toimintatavoissa aiheuttavat epävarmuutta, joka heijastuu herkästi varautuneena asenteena uudistuksia kohtaan. Epävarmuus on yleisesti yhteydessä

voimattomuuden tunteeseen, joka heijastuu mielikuviin hallinnan muutosten oikeutuksesta, motiiveista ja niihin liittyvistä tekijöistä. Sairaaloiden toimintaperiaatteisiin mielletään vahvoja moraalisia ja eettisiä tekijöitä, jotka heijastuvat varovaisuutena, perinteitä vahvistavana ja autonomiaa tukevana toimintana. Näin ollen suurten muutosprosessien läpivieminen on sairaaloissa erittäin suuri haaste, jonka toteuttamisessa tulisi ottaa huomioon näiden organisaatioiden sisällä vallitsevat lainalaisuudet. Vallitsevan toimintakulttuurin ja hallinnan uudistusten yhteensovittamista voidaan edesauttaa operatiivisen toiminnan asiantuntijoiden ja lähiesimiesten osallistamisella, jolla voidaan vahvistaa muutoksiin liittyvää epäsuoraa kontrollin tunnetta ja lieventää muutoksen aiheuttamaa epävarmuutta. Osallistaminen liittyy läheisesti myös uuden julkisen hallinnan (NMP) tavoitteisiin (Newman 2001, Van Kooy & Ettinger 2002). Tässä tutkimuksessa osallistamisen toteutumista ja sen vaikutuksia tarkasteltiin etenkin koettujen vaikutusmahdollisuuksien ja koetun päätöksenteon oikeudenmukaisuuden kautta.

Sairaaloiden hallinnan muutokset ovat asettaneet osastotason esimiehet uudelleen toiminnalliseen vastuuseen. Toisaalta heidän roolinsa päivittäisen hoidon ja hoitotyön mahdollistajina on laajentunut organisaation strategisten painopisteiden ja palvelujen tilaajien taholta tulevien veloitteiden ja odotusten myötä. Toisaalta osastotason esimiesten mahdollisuudet vaikuttaa näihin veloitteisiin ja odotuksiin tuntuvat olevan vähäisiä. Ristiriita tuli tässä tutkimuksessa selvimmin esiin päätöksenteon oikeudenmukaisuuden kokemisen kohdalla.

Oikeudenmukaisilla päätöksentekoprosesseilla osoittautui olevan positiivinen yhteys siihen, miten hallinnan uudistuksiin suhtauduttiin. Tästä huolimatta osastonhoitajista puolet koki päätöksenteon oikeudenmukaisuuden ongelmallisena. Vaikka ongelmat oikeudenmukaisuuden toteutumisessa tuntuivat lisäävän kritiikkiä hallinnan muutoksia kohtaan, heidän mielipiteensä olivat kuitenkin esimieslääkäreitä positiivisävyisempiä. Osastonhoitajat tuntuivat mieltävän toiminnan tehostamisen tarpeen ja sopimusohjauksen tavoitteet esimieslääkäreitä myönteisemmin huolimatta siitä, että muutosten vaikutukset olivat osittain ristiriitaisia heidän työnsä kannalta.

Esimieslääkäreiden kokema suuri vaje oikeudenmukaisuudessa ja sen yhteys negatiivisiin mie-

lipiteisiin hallinnan reformeista voidaan tulkita viittaavan autonomian menettämisen kokemuksiin, joita esimerkiksi sopimusohjauksikäytännön toteuttaminen on aktivoinut (myös Edwards, Kornacki ja Silversin 2002). Tätä tulkintaa vahvistaa se, että operatiivisella tulosalueella, johon sopimusohjauksella on erityinen vaikutus, sekä päätöksenteon oikeudenmukaisuus että vaikutusmahdollisuudet koettiin muita tulosalueita heikommiksi. Tuloksen voidaan tulkita kuvastavan hallinnan uudistusten ja profession näkemysten välistä kitkaa, joka tulee esiin arvomaailmojen vastakkainasetteluna sekä ekonomisen ja humanistisen maailmankatsomuksen välisenä ristiriitana (myös McArthur & Moore 1997, Tuomiranta 2001). Tätä päätelmää tukee myös se, että sairaanhoito- ja tukipalvelujen esimieslääkärit, joiden toimintaan sopimusohjaus vaikuttaa lähinnä epäsuorasti, kokivat sekä oikeudenmukaisuuden että vaikutusmahdollisuudet parempina kuin kollegansa operatiivisella tulosalueella.

Esimieslääkärien kokemaa oikeudenmukaisuutta ja koettuja vaikutusmahdollisuuksia voidaan tulkita myös sosiaalisen konstruktion kautta. Sosiaalinen konstruktio voidaan jakaa kognitiiviseen ja emotionaaliseen puoleen, jotka kumpikin sisältävät tietynlaisen herkkyyden kokea (epä)oikeudenmukaisuutta (Degoe 2000). Tämä saattaa johtaa niin sanottuun ammattikunnan sisäiseen näkökulmaan (peer perspective biasiin), jonka mukaan oman ammattikunnan keskuudessa tehdyt päätökset ovat ammattikunnan ulkopuolella tehtyjä päätöksiä oikeudenmukaisempia (Taylor 2001). Näkökulma voidaan yhdistää Tylerin (1987) ja Greenbergin (2001) esiin tuomaan kontrollimekanismiin. Tämä korostaa lääkäriprofession moraalista suodatinta, joka siivilöi omaa autonomiaa vaarantavia tekijöitä ammattitodellisuuden ulkopuolelle.

Osastonhoitajat kokivat omaavansa esimieslääkäreitä paremmat mahdollisuudet vaikuttaa työyksikkö- ja tulosyksikkötasolla, jolloin muutoksiin liittyviä paineiden rinnalla nähtiin selkeämmin myös mahdollisuuksia. Tuloksen taustalla saattaa vaikuttaa osastonhoitajien ja ylihoitajien välinen yhteistyön luonne, joka edistää osallistumisen tunnetta ja jonka avulla osastonhoitajat saavat tietoa hallinnan muutosten perusteista. Osastonhoitajien esimieslääkäreitä myönteisempi suhtautuminen etenkin laatujohtamiseen ja sopimusohjaukseen saattaa johtua myös siitä, että he ovat eri projektien myötä työstäneet muutoksiin

liittyviä käsitteitä, jolloin uuteen hallintakulttuuriin liittyvä kielellinen kynnyks on madaltunut (myös Wiili-Peltola 2001). Hallinnan muutokset eivät myöskään yhdisty osastonhoitajien kohdalla selkeästi autonomian menettämisen uhkaan kuten esimieslääkäreillä.

Tutkimus toi esiin myös kehityskeskustelujen tärkeän merkityksen osallistamisen edistäjänä. Kehityskeskustelut ovat suurella osalla osastonhoitajia jo vakiintuneita toimintakäytäntöjä; osastotason esimieslääkäreillä tilanne tuntuu olevan päinvastainen. Lääkäreiden kohdalla kehityskeskustelujen käytäntöä ei ole omaksuttu perinteisen neuvovan byrokratian (Wiili-Peltola 2000) rinnalle. Kehityskeskustelujen merkitys osallistamisen keinona nostettiin esiin myös Pahkalan et al. (1996) tutkimuksessa, jossa korostettiin kehityskeskustelujen positiivista merkitystä tulosjohtamiskäytäntöön siirryttäessä.

Sairaanhoitopiiriin toteuttama johtamiskoulutus tuntui vaikuttavan välillisesti kokemuksiin hallinnan muutoksista edistämällä osallistumisen tunnetta. Varsinkin esimieslääkäreiden ryhmässä koulutus lisäsi tunnetta päätöksenteon oikeudenmukaisuuden toteutumisesta. Tämä saattoi johtua siitä, että koulutus selvensi uudistuksen perusteita ja motiiveita sekä selkeytti käsitteitä ja hallintokielen sisältöä. Havainto tukee näin johtamiskoulutuksen merkitystä etenkin lääkärien osallistamisprosessin tukena.

Osallistavilla johtamismenetelmillä voitiin osittain vaikuttaa siihen, miten lähiesimiestaso suhtautuu sairaaloiden hallinnan uusiin linjauksiin. Tätä väitettä tukee myös Wickströmin et al. (2002) johtopäätökset vaikutusmahdollisuuksien yhteydestä johtamistyytyväisyyteen. Toisaalta todellisuus tuntuu olevan paljon monimutkaisempi etenkin esimieslääkärien kohdalla, joilla hyväksi koetut vaikutusmahdollisuudet ja korkeaksi koettu päätöksenteon oikeudenmukaisuus eivät yksinään riittäneet selittämään varautunutta asennetta julkisen sektorin hallinnan muutoksia kohtaan. Esimieslääkäreiden professioidentiteettiin liittyvät tekijät tuntuivat asettavan selkeitä rajoituksia siihen, miten uudet linjaukset koettiin (myös Wiili-Peltola 2001). Osastonhoitajien kohdalla tilanne oli sikäli päinvastainen, että huonoksin koettujen vaikutusmahdollisuuksien sekä alhaiseksi arvioidun oikeudenmukaisuuden vallitessa osastonhoitajat tuntuivat suhtautuvan esimieslääkäreitä positiivisemmin muutoksiin.

Riippumatta siitä, miten osallistaminen on yh-

teydessä sairaaloiden hallinnan muutospainneisiin, lisäämällä näitä käytäntöjä kyettäisiin lieventämään ristiriitaisia tunteita, jota useat johtamisvastuussa toimivat lähiesimiehet tällä hetkellä kokevat. Osallistamismalleja ja -tapoja tulisi kehittää ja muokata niin, että ne olisivat luonnollinen osa muutosprosesseja luoden uusia yhteistyöverkostoja sekä linkkejä eri hallinnon tahojen välille. Uusien sidosmallien kehittäminen tarjoaisi hallinnan muutoksessa vuoropuhelukanavia, joiden kautta voitaisiin edistää organisaation sisäistä luottamusta ja tukea eri hallinnan tasoilta ja professiotasoilta tulevien odotusten rinnakaista kehitystä (myös Van Kooy ja Ettinger 2002). Osallistaminen voisi muodostua julkissektorin hallintaa palvelevaksi filosofiaksi, joka edistäisi molempien toimintakulttuurien vahvuuksia ja helpottaisi yhteistyöpinnan rakentumista.

LÄHTEET

- Abernethy, M., Stoelwinder, J. (1995). The role of professional control in the management of complex organizations. *Accounting, Organizations and Society* 20 (1), 1-17.
- Aiken, M., Hage, J. (1966). Organizational alienation: A comparative analysis. *American Sociological Review* 31, 497-507.
- Cohen-Charash, Y., Spector, P. (2001). The role of justice in organizations: A meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 86, 278-321.
- Cotton, J.L., Vollrath, D.A., Frogatt, K.L., Lengnick-Hall, M.L., Jennings, K.R. (1988). Employee participation: diverse forms and different outcomes. *Academy of Management Review* 13 (1), 8-22.
- Cropanzano, R., Byrne, Z., Bobocel, D.R., Rupp, D. (2001). Moral virtues, fairness heuristics, social entities, and other denizens of organizational justice. *Journal of Vocational Behavior* 58, 164-209.
- Daniels, K., Bailey, A. (1999). Strategy Development Processes and Participation in Decision Making: predictors of role stressors and job satisfaction. *Journal of Applied Management Studies* 8 (1), 27-43.
- Degoey, P. (2000). Contagious justice: exploring the social construction of justice in organizations. *Research in Organizational Behavior* 22, 51-102.
- Edwards, N., Komacki, M., Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 324, 835-838.
- Eisenhardt, K.M. (1989). Making last decisions in high-velocity environments. *Academy of Management Journal* 32, 543-576.
- Exworthy, M., Halford, S. (1999). Professionals and managers in a changing public sector: conflict, compromise and collaboration? *Teoksessa Professionals and the new managerialism in the public sector*. M. Exworthy, S. Halford (toim.), Open University Press, Philadelphia, 1-17.
- Flynn, R. (1999). Managerialism, professionalism and quasi-markets. *Teoksessa Professionals and the new managerialism in the public sector*. M. Exworthy, S. Halford (toim.), Open University Press, Philadelphia, 18-36.
- Folger, R. (1977). Distributive and procedural justice: Combined impact of "voice" and improvement of experienced inequity. *Journal of Personality and Social Psychology* 35, 108-119.
- Glisson, C.A., Martin, P.Y. (1980). Productivity and efficiency in human service organizations as related to structure, size, and age. *Academy of Management Journal* 23, 21-37.
- Greenberg, J. (1986). Organizational performance appraisal procedures: what makes them fair? *Research in negotiation in Organizations* 1, 25-41.
- Greenberg, J. (2001). Setting the Justice Agenda: Seven Unanswered Questions about "What, Why, and How". *Journal of Vocational Behavior* 58, 210-219.
- Harrison, S. (1999). Clinical autonomy and health policy: past and futures. *Teoksessa Professionals and the new managerialism in the public sector*. M. Exworthy, S. Halford (toim.), Open University Press, Philadelphia, 50-64.
- Jespersen, P.K. (2001). New Public Management reformer i det danske sygehusfelt. *Udfordringer til de professionelle styringsrationaler? Nordisk Administrativ Tidsskrift* 82 (1), 22-40.
- Jones, R.E. (1997). Teacher participation in decision-making and its relationship to staff morale and student achievements. *Education* 118 (1), 76-82.
- Kelly, D., Weber, D. (1995). Creating an environment for participation in healthcare. *Journal of Quality & Participation* 18 (7), 38-44.
- Kim, W.G., Mauborgne, R.A. (1993). Procedural justice, attitudes, and subsidiary top management compliance. *Academy of Management Journal* 36, 502-526.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Virtanen, M. (2002). Johtaminen ja työpaikan sosiaaliset suhteet. *Teoksessa Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita*. J. Vahtera, M. Kivimäki, P. Virtanen (toim.). Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kooy, M.A., Ettinger, W.H. (2002). Involving Medical Staff in Strategic Decisions Is Key to Success. *The Physician Executive* July-August, 38-42.
- Korsgaard, M.A., Schweigener, D., Sapienza, H. (1995). Building commitment, attachment, and trust in strategic decision-making teams: the role of procedural justice. *Academy of Management Journal* 38, (1), 60-64.
- Leventahal, G. S. (1980). What should be done with equity theory? *New approaches to the study*

- of fairness in social relationships. Teoksessa K.J. Gergen, M.S. Greenberg ja R.H. Willis (toim.) *Social exchange: Advances in theory and research*, 27-55. Plenum Press, New York.
- Lindman, R., Lampou, K. (1999). Sjukvårdsprofessioners värderingar och attityder gentemot vårdens ekonomisering. Teoksessa K. Lampou ja B. Anderson (toim.) *Studier i sjukvårdsorganisation. Om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård*. Acta Universitatis Upsaliensis, *Studia Oeconomiae Negotiorum* 46. Uppsala University, Uppsala.
- Llewellyn, S. (2001). 'Two-way Windows': Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies* 22 (4), 593-623.
- Lupfer M., Weeks K., Doan K., Houston D. (2000). Folk conceptions of fairness and unfairness. *European Journal of Social Psychology* 30, 405-428.
- Lähdesmäki, K. (2000). New Public Management julkisjohtamisen uudistajana. Paikallisen elinkeinopolitiikan johtamiskysymykset NPM:n näkökulmasta. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 1/2000, 30-44.
- McArthur, J., Moore, F. (1997). The Two Cultures and Health Care Revolution. *Commerce and Professionalism in Medical Care*. *JAMA* 277, 985-989.
- Masterson, S., Lewis, K., Goldman, B.M., Taylor, M.S. (2000). Integrating justice and social exchange: The differing effects of fair procedures and treatment of work relationships. *Academy of Management Journal* 43, 738-748.
- Mooman, R.H. (1991). Relation between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perception influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology* 76, 845-855.
- Newman, J. (2001). *Modernising governance. New labour, policy and society*. Sage Publications, London.
- Pahkala, K., Utriainen, P., Nordling, E., Hemminki, H., Hautaniemi, T. (1996). Inhimilliset tekijät tulosjohtamisprosessissa. Esimerkkinä erikoissairaanhoito Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. *Hallinnon tutkimus* 3, 216-224.
- Sashkin, M. (1984). Participative management in an ethical imperative. *Organizational Dynamics* 12, 5-22.
- Schneider, G.T. (1984). Teacher involvement in decision making: zones of acceptance, decision conditions, and job satisfaction. *Journal of Research and Development in education* 18 (1), 25-32.
- Taylor, S. (2001). Reflections on fairness: Continuing the progression of justice research and practice. *Journal of Vocational Behavior* 58, 243-253.
- Tuomiranta, M. (2001). Lääkärijohtaja - lääkäri vai johtaja?: tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa. Tampere University Press, Tampere.
- Tyler, T.R. (1987). Conditions leading to value-expressive effects in judgments of procedural justice: A test of four models. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 333-344.
- Van Kooy, M., Ettinger, W. (2002). Involving medical staff in strategic decisions is key to success. Health system strives for physician input in critical business functions. *The Physician Executive*, July-August, 38-42.
- Willi-Peltola, E. (2001). Sairaanhoitopiirin strategia sairaaloiden lähijohdon tulkintana. *Hallinnon tutkimus* 4/2001, 384-397.
- Willi-Peltola, E. (2000). Sairaala sosiaalisenä organisaationa: Uusia kuvia vanhoissa raameissa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37, 122-133.
- Wickström, G., Laine, M., Pentti, J., Lindström, K., Elovaainio, M. (2002). *Tytyväisyyys julkisen terveydenhuollon työssä*. Työterveyslaitos, Helsinki 2002.