

Leena Mikkola, Eveliina Pennanen, Tomi Laapotti & Hannele Välipakka

Sairaalityöyhteisön työhyvinvointia rakentavat vuorovaikutuskäytännöt

**Tutkimushankkeen loppuraportti
(Hanke 112304)**

Hanke on toteutettu Työsuojelurahaston tuella.

ISBN 978-951-39-5918-0

Kansi: Erkki Ahvenniemi, Taitto: Ina Majaniemi

Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä 2014

ABSTRAKTI

Työyhteisö rakentuu vuorovaikutuksessa kuten sen jäsenten työhyvinvointikin. Tämä tapahtuu niin tietoa välittämällä kuin yhteistä ymmärrystä rakentamalla. Tässä tutkimushankkeessa tarkasteltiin sairaalatyöyhteisön työhyvinvointia rakentavia vuorovaikutuskäytänteitä. Hankkeen tavoitteena oli 1) analysoida sairaalatyöyhteisön vuorovaikutuskäytänteitä, niiden funktioita ja taustalla olevia rakenteita, 2) ymmärtää vuorovaikutuskäytänteiden ja työhyvinvoinnin yhteyksiä sairaalatyöyhteisöissä ja 3) kuvata vuorovaikutuksen johtamisen haasteita sairaalatyöyhteisössä.

Tutkimus toteutettiin osatutkimusten kautta, joissa tarkasteltiin koetua sairaalatyöyhteisöä, identifikaation kohteita, työn koordinoimista vuorovaikutusprosessina sekä vuorovaikutuksen tehtäväkeskeisiä funktioita ja vuorovaikutusverkostoja sairaalan johtoryhmäkokouksissa. Tutkimusmenetelmä oli laadullinen ja tutkimuskohteena oli vastuualueyksikön ja sen rajapinnoille asetettujen ryhmien vuorovaikutus. Vuorovaikutusta havainnointiin viikoittaisissa osastopalavereissa, joiden lisäksi havainnointiin osastonhoitajien kokouksia sekä vastuu- ja toimialuejohtoryhmäkokouksia. Tutkimushankkeessa kerättiin myös teemahaastatteluaineisto. Aineistojen analyysit olivat sekä aineistolähtöisiä että teoriasidonnaisia.

Tulosten mukaan sairaalan organisaatorakenteet näkyvät identifikaation kohteiden moninaisuutena: oma työyksikkö ja ammattiryhmä olivat keskeisimmät identifikaation kohteet. Vuorovaikutuksen rakentumista näytti tapahtuvan työn koordinoinnissa, jossa oikeuttamisen ja vahvistamisen kautta hallittiin työhön liittyvien vastuiden käsittelemistä, vastuun ottamista ja vastuun siirtämistä. Johtoryhmien vuorovaikutuksessa organisaatorakenteet näkyivät erityisesti tiedon jakamisen käytänteinä ja vuorovaikutusverkostojen keskittyneisyytenä. Työhyvinvoinnin ja vuorovaikutuksen suhde on jännitteinen: samat vuorovaikutuskäytänteet voivat niin edistää kuin heikentää työhyvinvointia. Olennaista on vuorovaikutuksen johtaminen tavalla, joka tukee työhyvinvoinnin rakentumista.

Asiasanat: identifikaatio, johtoryhmä, kokous, koordinoiminen, sairaala, työhyvinvointi, vuorovaikutus

Sisällys

Esipuhe	7
1 Johdanto	8
2 Tutkimushankkeen tavoite, keskeiset käsitteet ja teoreettinen kehys	10
3 Tutkimuksen toteuttaminen	13
3.1 Tutkimuskohde ja lähestymistapa.....	13
3.2 Havainnointimenetelmä ja aineistot.....	13
3.3 Haastattelumenetelmä ja aineistot.....	18
3.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettinen arviointi.....	19
4 Identifikaatiot ja sairaalatyöyhteisön rakentuminen	23
5 Työhyvinvointia rakentava työn koordinoiminen	36
6 Vuorovaikutuksen funktiot ja verkostot johtoryhmäkokouksissa	45
7 Johtopäätökset	53
7.1 Sairaalan organisaatorakenteiden ilmeneminen työyhteisön vuorovaikutuksessa.....	54
7.2 Vuorovaikutuskäytännön rakentuminen: oikeuttaminen ja vahvistaminen vuorovaikutuksen funktioina.....	56
7.3 Sairaalan organisaatorakenteiden ilmeneminen johtoryhmien vuorovaikutuksessa.....	57
7.4 Vuorovaikutuksen johtamisen haasteet.....	58
7.5 Yhteenveto.....	60
7.6 Jatkotutkimushaasteet.....	61
8 Käytännön johtopäätökset: sairaalatyöyhteisön vuorovaikutuksen kehittäminen	63

Taulukot

TAULUKKO 1: Identifikaation ulottuvuudet

TAULUKKO 2: Vuorovaikutuksen funktiot työn koordinoimisessa

TAULUKKO 3: Vuorovaikutusverkostojen keskittyneisyydet

TAULUKKO 4: Koko ryhmälle suunnattujen puheenvuorojen osuudet

Liitteet

LIITE 1: Toimialueen johtoryhmäkokousten verkostoanalyysien tulokset

LIITE 2: Vastuualueen johtoryhmäkokousten verkostoanalyysien tulokset

Esipuhe

Tässä julkaisussa kuvataan Työsuojelurahaston rahoittamaa tutkimushanketta Sairaalatyöyhteisön työhyvinvointia edistävät vuorovaikutuskäytänteet (hankenumero 112304). Hankkeen päätavoitteena oli ymmärtää sairaalatyöyhteisön vuorovaikutusta, vuorovaikutuksen käytänteitä ja prosesseja, työhyvinvoinnin rakentumisessa.

Hanke käynnistyi tammikuussa 2013 ja päättyi syyskuussa 2014. Työkentely tuotti paljon aineistoa, ja tekeillä on useita artikkeleita, jotka aikanaan ilmestyvät kotimaisissa ja kansainvälisissä tieteellisissä julkaisuissa. Tässä raportissa kuvataan hankkeen lähtökohdat ja tausta, esitellään aineistot ja käytetyt tutkimusmenetelmät, kootaan keskeiset tulokset ja tarkastellaan hankkeesta syntyneitä johtopäätöksiä ja ehdotuksia sairaalatyöyhteisön vuorovaikutuksen kehittämiseksi.

Haluamme lämpimästi kiittää Työsuojelurahastoa hankkeen mahdollistamisesta hankemäärärahan turvin. Suuren kiitoksemme sujuvasta yhteistyöstä esitämme myös valvojina toimineille Ilkka Tahvanaiselle ja Mikael Saariselle. Kiitämme Jyväskylän yliopiston humanistista tiedekuntaa ja viestintätieteiden laitosta panoksistaan hankkeen toteuttamiselle. Hankkeen etenemisessä ja loppuunsaattamisessa tärkeä merkitys on ollut monilla. Haluamme kiittää tutkimusavustajia Mari Svahnia ja Laura Eskelistä, studioteknikko Pertti Snellmania, informaattikko Marja Kokkoa ja julkaisupäällikkö Pekka Olsbota, joista on ollut suuri apu.

Erityisen lämpimän kiitoksemme esitämme Keski-Suomen sairaanhoitopiirille ja Keski-Suomen keskussairaalassa sille työyhteisölle ja niille työryhmille, jotka toivottivat meidät tervetulleiksi. Kiitos, että kutsuitte meidät arkenne. Kanssanne on ollut innostavaa työskennellä.

Leena Mikkola

Eveliina Pennanen

Tomi Laapotti

Hannele Välipakka

1 JOHDANTO

Suomalainen sairaala on jatkuvassa murroksessa. Keväällä 2014 hallitus teki yhdessä oppositiopuolueiden kanssa linjaukset sosiaali- ja terveystalouden uudistuksesta, jonka tarkoituksena on turvata keskeiset hyvinvointipalvelut niukkenevista resursseista huolimatta. Pitkän ja monivaiheisen prosessin päätyminen yhteisymmärrykseen huojensi monia, mutta eri tahoilta kumpusi myös arvostelua. Keskeinen kritiikki kohdentui siihen, ettei linjauksiin sisältynyt juuri konkretiaa palveluiden järjestämisestä. Nyt esitysluonnos sosiaali- ja terveystalouden järjestämislaista on lausuntokierroksella.

Päädyttiinpä millaisiin ratkaisuihin tahansa, päätös poliittisella tasolla ei vielä takaa haluttua muutosta. Muutosten on ulotuttava työyhteisötasolle saakka, jotta sosiaali- ja terveystalouden uudistuksessa saavutettaisiin sen tavoitteet. Aiemman valtakunnallisen kunta- ja palvelurakennemuutostyön tähän PARAS-hankkeen arvioinnissa todettiin, että sen tuottamat muutokset kuntatyöntekijöiden työelämän laadussa olivat vähäisiä (Jokinen & Heiskanen 2012). Muutokset näyttävät jäävän lähinnä poliittiselle ja hallinnolliselle tasolle. Jotta muutokset saadaan osaksi työyhteisöjä, myös toimintatapojen pitää muuttua. Toimintatapojen muuttaminen edellyttää vuorovaikutuksen muuttamista.

Tarve hyvään vuorovaikutukseen, eli toimivaan ja tarkoituksenmukaiseen yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen väliseen kanssakäymiseen, nousee sairaalassa kahdesta suunnasta. Sairaalassa tulee huolehtia vuorovaikutuksesta ja sen kehittämisestä ensinnä siksi, että organisaatio saavuttaisi tavoitteensa tuloksellisesti. Toimintaympäristön ja toiminnan muutokset edellyttävät tehokasta tiedonkulkua, tarkoituksenmukaista päätöksentekoa ja yhteisymmärryksestä huolehtimista. Sairaalaorganisaatiossa on monia toimijoita, kuten suunnittelu-, kehittämis- ja johtoryhmiä, jotka ovat tiedonkulun ja päätöksistä viestimisen risteyskohdissa. Ei ole yhdentekevää, millaiset toiminta- ja vuorovaikutuskäytänteet näille ryhmille muodostuvat. Vuorovaikutusta ohjaavien rakenteiden tunnistaminen mahdollistaa epätarkoituksenmukaisista käytänneistä vapautumista. Samalla voidaan edistää organisaatiossa toivottujen muutosten etenemistä. Tietoa vuorovaikutuksesta tarvitaan, jotta toivottuihin muutoksiin päästään.

Tarve hyvään vuorovaikutukseen nousee myös työvoiman saatavuuden turvaamisesta. Terveystalouden työvoimapula on ollut tiedossa jo

pitkään. Esimerkiksi Flinkmanin (2014) väitöskirjatutkimuksen mukaan eri selvityksissä on todettu, että nuorista sairaanhoitajista 6–59 % poh-tii alan vaihtoa. Eurooppalaisen Nurses Early Exit (NEXT) -tutkimuk-sen aineistosta Flinkman analysoi suomalaisten nuorten sairaanhoitajien vastaukset. Tulosten mukaan yli neljännes heistä harkitsi alan vaihtoa muutaman kerran kuussa tai useammin. Vaikka suomalaisten sairaanhoi-tajien sitoutumisen taso on todettu eurooppalaisittain korkeaksi, on tulos herättävä. Työvoiman turvaamiseksi tehdyt ratkaisut ovat toistaiseksi olleet rakenteellisia tai vastausta työssä pysymisen haasteisiin on etsitty lähijohtajista. Kyse on kuitenkin koko työyhteisön ratkaisuista: sairaala-työyhteisöjen on oltava kannustavia ja hyvinvointia, jotta ne kiinnostavat työpaikkana tulevaisuudessakin. Tarvitaan tietoa vuorovaikutuksesta, jolla voidaan kehittää työyhteisöjä.

Tässä tutkimushankkeessa tarkasteltiin sairaalatyöyhteisöä vuorovai-kutuksen näkökulmasta. Työyhteisö rakentuu sen jäsenten keskinäisessä vuorovaikutuksessa, kun työn ja organisaation tavoitteita asetetaan ja saa-vutellaan erityisesti erilaisissa ryhmätilanteissa. Erilaiset henkilökunnan kokoontumiset luovat työnteon edellytyksiä organisaatioon ja yhteisöllisyyttä yhteisön jäsenille. Samalla rakentuu työhyvinvointi. Tiedetään, että esimerkiksi kollegoiden väliset interpersonaaliset suhteet sekä vuorovai-kutus ja yhteistyö muiden työntekijöiden kanssa rakentavat hyvinvoinnin kokemusta. Jotta päästäisiin ymmärtämään sitä, miten vuorovaikutus tuottaa hyvinvointia, on olennaista kohdentaa tarkastelu vuorovaikutus-käyttäytymisen tasolle.

Tämä tutkimusraportti kokoaa Sairaalatyöyhteisön työhyvinvointia edistävät vuorovaikutuskäytänteet -tutkimushankkeen suorittamisen ja tulokset. Raportti on laadittu erityisesti käyttäjiä ajatellen. Luvussa 2 esi-tellään tiiviisti hankkeen tavoite, keskeiset käsitteet ja teoreettinen kehys, jotka rajaavat ja piirtävät kartan alueesta, jolla tutkimukset liikkuvat. Luvussa 3 esitellään tutkimuksen suorittaminen. Luvut 4, 5 ja 6 esittelevät tutkimushankkeen osatutkimukset, joista kootut johtopäätökset ja jatko-tutkimushaasteet kuvataan luvussa 7. Hankkeen teesit sairaalatyöyhteis-ön vuorovaikutuskäytänteiden kehittämiseksi esitetään raportin lopuksi luvussa 8.

2 TUTKIMUSHANKKEEN TAVOITE, KESKEISET KÄSITTEET JA TEOREETTINEN KEHYK

Tämän tutkimushankkeen tavoitteena oli 1) analysoida sairaalatyöyhteisön vuorovaikutuskäytänteitä, niiden funktioita ja taustalla olevia rakenteita, 2) ymmärtää vuorovaikutuskäytänteiden ja työhyvinvoinnin yhteyksiä sairaalatyöyhteisöissä ja 3) kuvata vuorovaikutuksen johtamisen haasteita sairaalatyöyhteisössä.

Työyhteisön vuorovaikutusta lähestyttiin puheviestinnän tieteenalan näkökulmasta: vuorovaikutus nähdään ydinprosessina, jossa työyhteisöä sekä työyhteisön ja sen jäsenten työhyvinvointia rakennetaan ja ylläpidetään. Tämä tapahtuu niin tietoa välittämällä kuin yhteistä ymmärrystä rakentamalla. Työyhteisöjen vuorovaikutus tulee havaittavaksi vuorovaikutuskäyttäytymisessä ja työyhteisöön rakenteistuneissa käytänteissä.

Tutkimushankkeen keskeiset käsitteet määriteltiin seuraavasti:

Vuorovaikutus. Vuorovaikutuksella tarkoitetaan vuorovaikutuskumppaneiden välistä, tässä tutkimuksessa sairaalatyöyhteisön jäsenten keskinäistä, kielellistä ja ei-kielellistä kanssakäymistä, jossa välitetään tietoa ja rakennetaan yhteisiä merkityksiä (ks. esim. Frey ym. 2000). Vuorovaikutus voi toteutua niin kasvokkain kuin teknologiavälitteisesti. Työyhteisön jäsenyys liittyy vuorovaikutuskumppanit osaksi samaa sosiaalista systeemiä, jolloin he pystyvät identifioimaan toisensa henkilökohtaisella tasolla (Bateson 1987). Vuorovaikutuksesta käytetään usein myös käsitettä interpersonaalinen viestintä. Interpersonaalisen viestinnän keskeisiä prosesseja ovat sosiaalisen maailman havaitseminen ja merkityksentäminen (sense-making) ja vuorovaikutuksen koordinoiminen (Burlinson 2008).

Vuorovaikutuskäytäntö. Vuorovaikutuskäytänteellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa vakiintunutta ja ajan myötä muotoutunutta tapaa olla vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuskäytänteet ilmenevät vuorovaikutuskäyttäytymisessä, mikä tekee niistä havaittavia. Ne myös luovat tulkintakehyksen, jonka kautta yksilön käyttäytymistä ja vuorovaikutuksessa rakentuvia sanomia vuorovaikutustilanteissa tulkitaan (Mabry 2008). Vuorovaikutuskäytänteet ilmentävät vuorovaikutusrakenteita, joilla tarkoitetaan vuorovaikutustamme ohjaavia, usein implisiittisiä sääntöjä. Käytänteitä voi siis pitää rakenteiden havaittavana muotona. Teoreettisessa kirjallisuudessa käytänteistä puhutaan sosiaalisten systeemien käsitteellä (ks. esim. Littlejohn & Foss 2008, 236), mutta tässä tutkimushankkeessa päädyttiin selkeyden vuoksi käyttämään käytänteen käsitettä. Rakenteita on tutki-

muskirjallisuudessa jäsenetty 1) sisältöjen tai puheenvuorojen esiintymisen, 2) vuorovaikutusjaksojen tai -syklien toistumisen, 3) vuorovaikutuksen ajallisen rakenteen ja 4) relationaalisen rakenteen mukaisesti (Mabry 2008). Vuorovaikutuskäytänteinä voidaan siis havaita esimerkiksi 1) kuinka puheenvuorot tai asiasisällöt jakautuvat työyhteisön jäsenten kesken vuorovaikutustilanteessa, 2) kuinka tietäntyyppiset jaksot toistuvat vuorovaikutuksessa, 3) kuinka aikaa keskustelussa käytetään ja millaisia vaiheita vuorovaikutustilanteisiin sisältyy sekä 4) kuinka suhtautumista vuorovaikutuskumppaneihin ilmaistaan vuorovaikutuksessa.

Tässä tutkimushankkeessa vuorovaikutuskäytänteitä ja vuorovaikutusrakenteita tarkastellaan vuorovaikutuksen rakenteistumisen teorian eli strukturaatioteorian näkökulmasta. Rakenteistumisen teorian vuorovaikutuskäyttäytymistä selittävä sovellus (ks. Poole ym. 1985; 1996) huomioi sekä vuorovaikutuskäyttäytymistä ohjaavat rakenteet että havaittavissa olevan rakenteistumisen. Tämä tarkoittaa sitä, että vuorovaikutus perustuu rakenteisiin, jotka ohjaavat ja mahdollistavat vuorovaikutuksen ja samalla vuorovaikutus määrittää rakenteita eli vuorovaikutuksessa luodaan uusia tai vahvistetaan olemassa olevia rakenteita. Sairaalakontekstissa nämä rakenteet ovat esimerkiksi professorirakenteita, valtarakenteita, erikoistumisen muodostamia rakenteita samoin kuin vuorovaikutuskäyttäytymisen normeja. Tässä tutkimushankkeessa tarkastellaan ensisijaisesti vuorovaikutuskäyttäytymistä ohjaavia rakenteita.

Sairaalaorganisaatio. Sairaalaorganisaatiolle on tyypillistä hierarkkisuus ja eriytyminen erikoisaloihin ja sitä onkin viime vuosina tarkasteltu erityisesti systeemiteoreettisen ajatteluun kytkeytyvän kompleksisuusteorian näkökulmasta (Bate 2000; Virtanen 2010; Wiili-Peltola 2005). Myös tässä tutkimushankkeessa sairaalaorganisaatio ymmärretään systeemiksi ja siten hyödynnetään systeemiteoreettista viitekehystä. Systeemillä viitataan tiettyyn määriteltyyn kokonaisuuteen, ja ihmistieteissä systeemijattelun perusajatuksena on systeemien avoimuus, itseohjautuvuus, samatavoitteisuus, mukautuvuus sekä systeemien keskinäinen riippuvuus ja hierarkia (Littlejohn & Foss 2008; Miller 2012). Sairaalaorganisaatio on siis kokonaisuus, joka on riippuvuussuhteessa ympäristönsä kanssa ja itseohjautuvasti mukautuu ympäristönsä muutoksiin. Kyky mukautua näkyy myös samatavoitteisuudessa, joka tarkoittaa, että tietyn lopputuloksen voi saavuttaa useista eri lähtökohdista tai monilla eri keinoilla. Systeemit ovat hierarkkisia siinä mielessä, että kukin systeemi on yleensä osa suurempaa systeemiä, niiden rajapinnat voivat kuitenkin olla epäselviä.

Tässä tutkimushankkeessa sairaalaorganisaatiota tarkastellaan työyhteisö- ja ryhmätasolla. Ryhmän vuorovaikutuksen bona fide -näkökulma (Putnam & Stohl 1990; Stohl & Putnam 2003) on ryhmän vuorovaikutukseen sovellettu systeemiteoreettinen lähestymistapa. Sen perustana ovat käsitykset siitä, että ryhmä on aina riippuvuussuhteessa välittömän ympäristönsä kanssa ja että ryhmällä on vakaat mutta läpäisevät rajapinnat. Sairaalaorganisaatiossa työyhteisöt ja -ryhmät sekä hallinnolliset ryhmät ja ammattiryhmät muodostavat toisistaan riippuvaisia ryhmiä. Niillä on yhteisiä rajapintoja ja yhteisiä jäsenyyksiä, jotka ohjaavat ryhmän vuorovaikutusta ja jotka myös määrittellään ryhmän vuorovaikutuksessa.

Työyhteisö. Työyhteisön käsitteellä tarkoitetaan tässä tutkimushankkeessa ryhmää ihmisiä, joita yhdistää yhteinen tehtävä tai päämäärä ja jotka ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Määritelmä on johdettu yhteisön käsitteestä (Lehtonen 1990). Yhteinen päämäärä perustuu työtehtävään, joka puolestaan perustuu organisaation perustehtävään. Työyhteisön jäsenet osallistuvat kuitenkin tehtävän määrittelemiseen ja työyhteisön vuorovaikutuksessa määrittellään myös ryhmän rajoja.

Työhyvinvointi. Työhyvinvointia on tarkasteltu hyvin moninaisesti, ja ilmiönä ja käsitteenä se sallii monenlaisia lähestymistapoja. Työterveyslaitoksen koordinoiman EU:n Progress-rahoitusohjelmaan kuuluneen työhyvinvointihankkeen tavoitteena oli rakentaa uudenlainen eurooppalainen työhyvinvoinnin integroitu malli, jonka keskiössä ovat työyhteisön eri toimijoiden ja ryhmien välinen jatkuva yhteistyö ja vuorovaikutus (Anttonen & Räsänen (toim.) 2009). Hankkeessa päädyttiin määritelmään, jossa ”[t]yöhyvinvointi tarkoittaa turvallista, terveellistä ja tuottavaa työtä, jota ammattitaitoiset työntekijät ja työyhteisöt tekevät hyvin johdetussa organisaatiossa. Työntekijät ja työyhteisöt kokevat työnsä mielekkääksi ja palkitsevaksi, ja heidän mielestään työ tukee heidän elämänhallintaansa” (Anttonen & Räsänen (toim.) 2009, 18). Määritelmä on kattava ja sopiva lähtökohdaksi myös tässä hankkeessa, jossa tarkastellaan sairaalatyöyhteisöä. Tässä tutkimushankkeessa tarkastelu kohdentuu erityisesti yhteisötasolle ja työhyvinvointi nähdään vuorovaikutuksessa rakentuvana ja ylläpidettävänä voimavarana.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tutkimuskohde ja lähestymistapa

Tämä tutkimushanke toteutettiin tarkastelemalla yhtä sairaalan vastuualueyksikköä ja siihen kytkeytyviä ryhmiä ja toimijoita. Näin tarkastelu laajeni koskemaan osin sitä toimialuetta, johon vastuualue kuului. Tutkimusmenetelmä oli laadullinen, ja tutkimusstrategiaa voidaan pitää lähinnä tapaustutkimuksena: tutkimuskohteena oli vastuualueyksikön ja sen rajapinnoille asettuvien ryhmien vuorovaikutus, jota tarkasteltiin yhdessä julkisen sairaalan työyksikössä. Tässä hankeraportissa kyseistä työyksikköä ja -ryhmiä nimitetään yksinkertaisuuden vuoksi työyhteisöksi. Työyhteisökeskeinen lähestymistapa valittiin, koska tämänkaltaisen rajauksen ajateltiin nostavan parhaiten esille työyhteisötason vuorovaikutuskäytänteitä. Tutkimuskohdetta haluttiin lähestyä useista näkökulmista, myös johtamisjärjestelmään kuuluvat kokoukset nivottiin mukaan.

Tutkimukseen osallistunut työyhteisö valittiin, koska se ilmaisi itse kiinnostuksensa tutkimusta kohtaan. Kyseessä on vastuualueyksikkö, jossa tehtävä hoitotyö edustaa, paitsi lääketieteen erikoisalaa, pitkälle erikoistunutta aluetta myös sairaanhoidon osalta. Työyhteisön vuorovaikutusta havainnointiin viikoittaisissa osastopalaverieissa, joiden lisäksi havainnointiin kuukausittain toimialueen osastonhoitajien kokouksia sekä vastuu- ja toimialuejohtoryhmäkokouksia. Tutkimushankkeessa kerättiin myös teemahaastatteluaineisto.

3.2 Havainnointimenetelmä ja aineistot

Havainnointi sopii aineistonkeruumenetelmäksi silloin, kun halutaan tarkastella vuorovaikutuksen ilmiöitä sellaisina kuin ne ilmenevät. Havainnoimalla voidaan tarkastella yksilön, ryhmän tai työyhteisön käyttäytymistä sellaisena kuin se esiintyy autenttisessa ympäristössään. (Frey ym. 2000.) Tässä tutkimushankkeessa havainnoinnin kohteena oli vuorovaikutus virallisissa palavereissa ja kokouksissa.

Havainnointiaineistot kerättiin organisaation muodollisista tilanteista. Ratkaisu perustuu tutkimusekonomiaan ja tutkimuslupakysymyksiin: Sairaalaorganisaatiossa osallistuva havainnointi potilastyössä tekee havainnoinnin järjestämisestä haastavaa, koska potilailta tarvitaan suostumus, vaikka havainnointi ei kohdentuisikaan potilaaseen. Tutkijalle vuorovaikutukseen kohdentuva havainnointi työtilanteissa on myös aikaa vievää ja analyysin kannalta tallentaminen on lähes välttämätöntä. Näin ollen pää-

dyttiin muodollisiin ja ennalta tiedossa oleviin vuorovaikutustilanteisiin.

Muodolliset vuorovaikutustilanteet ovat toki perusteltuja myös tutkimuskohteesta käsin. Muodollisten tilanteiden havainnoinnin voi nähdä antavan tietoa organisaation vuorovaikutuskäytänteistä laajemminkin ja muodollisten käytänteiden näkökulmasta on mahdollista nähdä käytänteisiin kytkeytyviä rakenteita. Esimerkiksi Boden (1994) on todennut organisaatioiden pitävän itseään yllä ja uudelleenorganisoidun juuri kokousten kautta. Organisaatiota tehdään siten näkyväksi ja olevalle kokousvuorovaikutuksessa. Myös Schwartzmanin (1989) mukaan kokouksissa merkityksenetään organisaation kokonaisuutta. Schwartzmanin mukaan yksilöt sijoittavat itsensä osaksi organisaation systeemiä kokousten kautta. Sairaalatyöyhteisöön kohdistuvassa tutkimuksessaan Iedema ym.(1999) toteavat muodollisten vuorovaikutustilanteiden kuvastavan ja luovan organisaation vuorovaikutuskäytänteitä: kokoukset ovat osa sairaalaorganisaation muodollista tieto- ja päätöksentekojärjestelmää, jolloin toiminta kokouksissa on virallista ja se myös kirjataan pöytäkirjoihin. Toki työyhteisön näkökulmasta merkittävää vuorovaikutusta tapahtuu myös varsinaisissa potilastyötilanteissa ja epämuodollisissa tilanteissa, mutta tämän tutkimuksen rajoissa siihen ei ollut mahdollista syventyä.

Havainnointiaineisto muodostui yhteensä 23 kokouksen tallenteesta: aineistossa oli 8 hoitohenkilökunnan osastopalaveria, 5 vastuualueen johtoryhmäkokousta, 5 toimialueen johtoryhmäkokousta ja 5 osastonhoitajien kokousta.

Osastopalaverit ovat viikoittaisia kokoontumisia, yhden osastopalaverin kesto vaihteli 10–55 minuutin välillä, kokousten yhteiskesto oli 5 tuntia 10 minuuttia. Kussakin palaverissa oli paikalla 21–28 ihmistä, mukana olivat sairaanhoitajat, muu hoitohenkilöstö, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat sekä toimistos sihteeri, joka kirjasi palaverissa käsitellyt asiat muistioksi. Osastopalaverit noudattivat osittain kokouskäytäntöjä: välillä puheenvuoroa pyydettiin palaverin vetäjältä eli osastonhoitajalta tai apulaisosastonhoitajalta, välillä osallistuttiin puheenvuoroa pyytämättä. Samat ihmiset eivät olleet läsnä kaikissa kokouksissa, koska vuorotyötä tekevässä työyhteisössä kaikki työntekijät eivät ole yhtä aikaa töissä ja työvuorossa olevasta henkilöstöstä osa tekee hoitotyötä myös osastopalaverin aikana. Osastopalaverissa oli tyypillistä, että palaveriin saatettiin tulla palaverin jo alettua tai sieltä saatettiin lähteä kesken pois hoitotyön lomittuessa osastokokouksen kanssa päällekkäin.

Toimialueen johtoryhmäkokouksia järjestetään kuukausittain, tarvittaessa useamminkin. Johtoryhmäkokousten kesto vaihteli vajaasta tunnista lähes kahteen tuntiin ja kokousten kokonaiskesto oli 7 tuntia 44 minuuttia. Kokouksissa oli paikalla 6–10 ihmistä, eli kokoonpano vaihteli kokouksittain. Johtoryhmän jäseniin kuuluivat puheenjohtajana toiminut toimialueen johtaja, varapuheenjohtaja, vastuualuejohtajat sekä henkilöstön edustaja. Lisäksi paikalla oli aina sihteeri, kokouksista tehtiin muistiot. Kahdessa kokouksessa oli mukana vierailijoita kertomassa koko sairaanhoitopiiriä koskettavista asioista. Johtoryhmän kokoonpanossa tapahtui muutoksia toimikauden vaihtuessa, yksi vastuualuejohtajista ja henkilöstön edustaja vaihtuivat. Organisaatiorakenteessa toimialueet ovat heti sairaanhoitopiirin johtoryhmän alapuolella olevia tulosyksiköitä ja johtoryhmä on osa organisaation tieto- ja johtamisjärjestelmiä. Johtoryhmän tehtävänä on siis toimia tiedon jakamisen kanavana ja toimialuejohtajan johtamisen apuvälineenä. Johtoryhmän kokoonpano, tehtävät ja esimerkiksi muistiodien laatimisen käytänne perustuvat sairaanhoitopiirin hallintosääntöön. Kokoukset olivat melko epämuodollisia ja ilmapiiriltään rentoja, eikä esimerkiksi puheenvuoroja pyydetty muodollisesti kovinkaan usein. Kokouskäytäntöjä noudatettiin kuitenkin esimerkiksi siinä mielessä, että kokoukset olivat selkeästi puheenjohtajan ohjaamia.

Vastuualueen johtoryhmän toiminta perustuu sairaanhoitopiirin hallintosääntöön ja ryhmä kokousta kuukausittain. Kokousten kesto vaihteli 45 minuutista reiluun tuntiin ja kokousten yhteiskesto oli 4 tuntia 35 minuuttia. Vastuualueen johtoryhmä koostui puheenjohtajana toimineesta vastuualueen johtajasta, osastonylilääkäristä, osastonhoitajista sekä hoitajajäsenistä. Puheenjohtaja oli sama henkilö vastuu- ja toimialueason johtoryhmäkokouksissa. Lisäksi paikalla oli aina sihteeri muistion laatimista varten. Kokouksiin osallistuttiin vaihtelevasti, eli johtoryhmän kokoonpano vaihteli kokouksittain. Johtoryhmän kokoonpano muuttui toimikauden vaihtuessa, kaikki hoitajajäsenet vaihtuivat. Johtoryhmä toimii vastuualuejohtajan johtamisen tukena ja kokouksissa muun muassa jaetaan tietoa, koordinoidaan toimintaa ja seurataan budjetin toteutumista. Kokouskäytäntöjä noudatettiin, mutta löyhästi erityisesti puheenvuorojen pyytämisen osalta.

Osastonhoitajien kokoukset olivat kerran kuukaudessa pidettyjä koontumisia, joihin osallistuivat toimialueen osastonhoitajat. Kokouksen puheenjohtajana toimi siihen vastuutettu koordinoiva osastonhoitaja tai ylihoitaja. Osastonhoitajien kokouksiin osallistui 7–10 jäsentä, paikalla

oli aina myös sihteeri, joka kirjasi muistion. Osastonhoitajien kokouksien yhteiskesto oli 4 tuntia 52 minuuttia eli yksi kokous kesti keskimäärin tunnin. Kokoukset olivat melko epämuodollisia, eikä puheenvuoroja pyydetty muodollisesti kovinkaan usein. Kokoukset olivat kuitenkin selkeästi puheenjohtajan ohjaamia.

Havainnointiaineiston keruu, käsitteleminen ja analyysit

Kokoukset tallennettiin syksyn 2012 ja kevään 2013 aikana. Osastopalaverit tallennettiin audiotallenteeksi, muut kokoukset videoitiin 360°-panoraamakameralla. Tallennuksen teki kokouksessa mukana ollut tutkija, joka samalla kirjasi havaintoja tilanteesta (neljässä kokouksessa oli läsnä kaksi tutkijaa). Muistiinpanojen tarkoituksena oli vahvistaa analyysia. Osastopalavereissa päädyttiin audiotallennukseen, koska käytössä oleva tila ja osallistujamäärä eivät olisi mahdollistaneet laadukkaasti videotallenteen tekemistä.

Havainnointiaineisto litteroitiin analyysiä varten sanatarkasti. Koska käytettävissä oli kokousten audio-/videotallenteet, ne mahdollistivat non-verbaalisen viestinnän hyödyntämisen analyysivaiheen tulkinnoissa. Kaikissa analyyseissa hyödynnettiin sekä litteraatteja että tallenteita. Havainnointiaineiston analyysissa käytettiin erilaisia laadullisia sisällönanalyysin tapoja. Analyyseissa hyödynnettiin ATLAS.ti -ohjelmaa (ks. Friese 2014).

Osastopalavereiden analyysissa käytettiin analyysimenetelmänä aineistolähtöistä laadullista vuorovaikutusprosessin analyysia. Analyysin kohteena oli interpersonaalinen vuorovaikutus, jossa työtä koordinoidaan eli työstä neuvotellaan, työtä suunnitellaan ja työssä tapahtuvia tai tapahtuneita asioita reflektoidaan. Näitä työn koordinoinnin prosesseja tarkasteltiin vuorovaikutusepisodeissa, jotka muodostuvat osallistujien keskinäisestä viestinnästä (Erkkilä 2012; Haarakangas 1997; Wright & Manning 2004). Tässä tutkimuksessa episodi määriteltiin vuorovaikutuksen jaksoksi, jossa vähintään kahden ihmisen välillä syntyy keskustelua. Vuorovaikutusepisodia voidaan kuvata sellaiseksi vuorovaikutuksen jaksoksi, joka erotetaan muusta vuorovaikutuksesta esimerkiksi teemansa perusteella (Erkkilä 2012; Haarakangas 1997). Aineistosta valittiin tarkasteltavaksi ne episodit, joissa koordinoidaan työtä. Analyysissa episodit eriteltiin aineistosta aihesisällöittäin; kun yksi aihe keskustelussa päättyi, episodi vaihtui.

Osastopalavereiden analyysi aloitettiin paikantamalla kaikki aineistossa esiintyvät vuorovaikutuksen episodit, joissa työtä koordinoidaan.

Aineistolähtöisessä vuorovaikutusprosessin analyysissä tarkasteltiin, mitä funktioita puheenvuorot näissä episodeissa saavat, ketkä osallistuvat ja millaisissa prosesseissa sekä millaisia prosesseja funktioista rakentuu.

Johtoryhmäkokousten analyysi käynnistyi aineistolähtöisellä tarkastelulla, joka kohdentui kielellisen vuorovaikutuskäyttäytymisen havainnointiin kokoustilanteessa. Tarkastelu kohdistui ensin toimialueen johtoryhmäkokouksiin ja tämän jälkeen vastuualueen kokouksiin. Analyysissä pyrittiin tunnistamaan, nimeämään ja luokittelemaan vuorovaikutuksen tehtäväkeskeisiä funktioita. Analyysiyksikkönä oli funktio-naalinen kokonaisuus, jolla tarkoitetaan sanaa, puheenvuoroa tai ajatuskokonaisuutta, jolla pyritään saavuttamaan tietty tavoite (Laapotti & Mikkola, tulossa). Analyysi toteutettiin jakamalla aineisto analyysiyksiköihin ja luokittelemalla yksiköt aineistolähtöisesti muodostettuihin vuorovaikutusfunktioita kuvaaviin luokkiin. Lopullinen luokittelu koostuu seitsemästä pääkategoriasta. Luokittelun jälkeen mitattiin kuhunkin funktiokategoriaan käytetty aika eri vuorovaikutusfunktioiden painotusten selvittämiseksi.

Funktioiden analysoinnin jälkeen aineistoa tarkasteltiin verkostoanalyysin keinoin ryhmän vuorovaikutusverkoston kuvaamiseksi. Analyysiyksikkönä käytettiin puheenvuoroa. Verkostoanalyysi toteutettiin Sauerin ja Kauffeldin (2013) suosittamalla tavalla. Havainnointiaineistosta tarkasteltiin, kenelle kukin puheenvuoro on suunnattu. Puheenvuorot kirjattiin keneltä kenelle -taulukoon, josta näkyy kenelle kenenkin puheenvuorot suuntautuvat. Tulkinta tehtiin ensisijaisesti reagoinnin perusteella. Tässä tutkimuksessa eriteltiin myös koko ryhmälle suunnatut puheenvuorot, mutta näitä ei huomioitu verkoston keskittyneisyyttä laskettaessa tai graafista esitystä laadittaessa. Taulukoinnin pohjalta muodostettiin sosio-grammeja, jotka näyttävät ryhmän vuorovaikutusverkoston visuaalisesti. Visualisointi toteutettiin Gephi-ohjelmalla (ks. Bastian ym. 2009). Taulukoista ja visualisoinneista havainnoitiin keskusteluun osallistumisen määriä ja tapoja. Seuraavaksi laskettiin kustakin kokouksesta muodostetun verkoston keskittyneisyys. Keskittyneisyys laskettiin Freemanin (1979) määritelmän mukaan (ks. Sauer & Kauffeld 2013).

Osastonhoitajien kokouksia lähestyttiin tässä tutkimuksessa teorialähtöisesti. Analyysia ohjasivat aikaisemmissa tutkimuksissa esitetyt identifikaation ulottuvuudet: kognitiivinen, affektiivinen, arvioiva ja behavioraalinen ulottuvuus (ks. van Dick ym. 2004, 2006). Kyseinen jäsennys valittiin analyysin lähtökohdaksi, koska se korostaa identifikaation monitasoi-

suutta ja kompleksisuutta. Analyysiyksikkönä oli merkityskokonaisuus (Graneheim & Lundman 2003), jotka koodattiin identifikaation ulottuvuuksien mukaan. Sitten analyysissa tunnistettiin ne ilmaukset, joissa ilmaistiin kuulumista eri ryhmiin, eli eriteltiin keskustelussa esiintyvät identifikaation kohteet. Analyysissa tarkasteltiin myös sitä, kuinka identifikaation kohteet ja ulottuvuudet sijoittuivat ryhmän vuorovaikutuksessa.

3.3 Haastattelumenetelmä ja -aineistot

Hankkeen haastatteluaineistot muodostuivat 18 teemahaastattelusta, jotka kerättiin pääasiassa syksyllä 2013. Tutkimuksessa haastateltiin tutkimuksen kohteena olleen vastuuyksikön työntekijöitä sekä tutkimuksessa havainnoitujen työryhmien jäseniä. Haastatteluiden avulla selvitettiin käsityksiä työyhteisön vuorovaikutuskäytänteistä, työhyvinvoinnista sekä työyhteisöön ja työyhteisön ryhmiin kuulumisesta. Tarkoituksena oli saada kokonaisvaltainen kuva siitä, miten työntekijät hahmottavat työyhteisöään ja omia roolejaan siinä.

Haastatteluiden kesto vaihteli 54 minuutista 1 tuntiin 32 minuuttiin. Yksi haastattelu kesti keskimäärin noin 1 tunnin 10 minuuttia. Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 20 tuntia 38 minuuttia. Haastateltavista kymmenellä oli sairaanhoitajan koulutus, kolmella lääkärin koulutus ja viidellä muu koulutus. Haastateltavista 12 oli naisia ja 6 miehiä.

Haastatteluissa pyrittiin luotettavan ja hyvän ilmapiirin rakentamiseen. Haastattelun aluksi käytiin läpi perustiedot tutkimuksesta ja tutkimuksen tavoitteesta. Haastateltavaa informoitiin myös tutkimusaineiston käsitteistä, anonymiteetin takaamisesta ja haastattelun luottamuksellisuudesta. Lisäksi haastatteli kertoi haastattelun tarkoituksesta ja sen luonteesta. Haastateltavalle kerrottiin, että haastattelussa voi vapaamuotoisesti puhua teemoista, joista tutkija kysyy, ja että haastattelujen on tarkoitus olla keskustelunomaisia, jolloin esille voi tuoda kaikenlaiset aiheeseen liittyvät ajatukset.

Haastattelukysymykset järjestettiin siten, että haastattelu alkoi haastateltavan koulutukseen ja työhistoriaan liittyvillä kysymyksillä. Sen jälkeen käytiin läpi haastattelun teemat pääosin samassa järjestyksessä jokaisen haastateltavan kanssa. Haastatteluittain kysymykset vaihtelivat lähinnä siten, että johtamistehtäviä hoitavien haastateltavien kanssa keskusteltiin enemmän johtamisesta ja muiden, eri työryhmiin osallistuvien kanssa keskusteltiin myös työryhmäkokouksista ja niiden merkityksestä. Haastattelujen lopuksi haastateltavalle annettiin mahdollisuus kertoa mitä

tahansa käsiteltyjen aiheiden kannalta hänen merkitykselliseksi koke-
maansa asiaa, jota haastattelussa ei ollut käsitelty. Näin pyrittiin varmis-
tumaan siitä, että kaikki merkitykselliset seikat saataisiin mukaan aineis-
toon. Lopuksi kysyttiin myös haastateltavan tuntemuksista haastattelusta
ja annettiin mahdollisuus kysyä lisätietoa tutkimuksesta.

Haastattelut järjestettiin siten, että työyhteisön jäseniä informoitiin
sekä kokouksissa ja palavereissa että sähköpostitse mahdollisuudesta osal-
listua haastatteluun. Vapaaehtoiset saattoivat jättää suostumuslomakkeen
osastolle suljettuun, tutkijoille osoitettuun postilaatikkoon tai he saat-
toivat ilmoittautua sähköpostitse tai puhelimitse. Tämän jälkeen tutkijat
ottivat heihin yhteyttä sopiakseen tapaamisajan ja -paikan. Haastateltavat
saivat itse ehdottaa haastattelupaikkaa, useimmat halusivat tavata omalla
työpaikallaan tai työhuoneessaan. Järjestely takasi haastateltavien täyden
vapaaehtoisuuden haastatteluun osallistumisessa ja myös täysin anonyy-
misti toimimisen haastateltavien omassa työyhteisössään.

Haastatteluaineiston käsitteleminen ja analyysi

Analyysia varten haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja niistä poimittiin
kaikki se teksti, jossa puhuttiin työyhteisöstä, sen jäsenistä, sen piirteis-
tä, yhteisöllisyydestä, kuulumisesta tai siitä, ketkä jäävät ulkopuolelle tai
erottuvat omaksi ryhmäkseen. Tämän jälkeen analyysi käynnistettiin
jakamalla teksti merkitysyksiköiksi, minkä jälkeen ne tiivistettiin koo-
deiksi (Graneheim & Lundman 2003). Koodaaminen tehtiin käyttämällä
aineistolähtöisesti nimettyjä koodeja, jotka kuvasivat työyhteisöön liitet-
tyjä merkityksiä, kuten jaettu tavoite, tiimi-identiteetti, kollegiaalisuus ja
erottautuminen. Analyysissa keskityttiin tarkastelemaan sitä, millaisessa
kontekstissa koodi esiintyi ja mitkä koodit esiintyivät tekstissä yhdessä tai
lähekkäin. Tämän paikantamisen ja vertailun avulla haastatteluaineiston
analyysissa rakennettiin kuvaus työyhteisön piirteistä ja rajapinnasta.

3.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettinen arviointi

Aineiston uskottavuus. Aineiston uskottavuutta arvioitaessa olennais-
ta on, millä tavoin aineiston keruu vaikuttaa tutkittavien toimintaan ja
kuinka kattavasti se kuvaa tutkimuskohdetta (Lincoln & Guba 1985).
Tässä tutkimushankkeessa kerätty aineisto on laaja ja monitahoinen, jo-
ten se mahdollisti sairaalatyöyhteisön tarkastelun eri näkökulmista. Ha-
vainnointiaineisto kerättiin tallentamalla autenttisten työelämän ryhmien
vuorovaikutusta. Haasteellista havainnoinnissa on se, että ulkopuolisen

havainnoijan läsnäolo vaikuttaa aina jossain määrin havainnoitavien käyttäytymiseen (Lindlof & Taylor 2002). On kuitenkin todettu, että havainnoitavat tottuvat havainnointiin sen jatkuessa (Frey ym. 2000). Tässä tutkimushankkeessa jokaista ryhmää havainnoitiin useissa kokouksissa ja on mahdollista, että havainnointiin syntyi tottumusta. Tutkijat olivat läsnä kokouksessa myös ennen tallennusten aloittamista, minkä voi myös ajatella totuttaneen osallistujia havainnointiin. Analyysiyksiköihin suhteutettuna havainnointiaineisto on laaja, mikä lisää aineiston uskottavuutta. Verkostoanalyysin kannalta aineisto on kohtalaisen pieni, mutta tapaustutkimuksen luonteeseen riittävä.

Haastatteluaineiston uskottavuutta voidaan arvioida suhteessa tutkimuksen tavoitteeseen. Hankkeessa ei tavoiteltu esimerkiksi sairaanhoitajien tai lääkärikunnan käsityksiä, vaan moninaisuutta, joka syntyy eri taustaryhmiä edustavien työntekijöiden käsityksistä. Näin ollen haastatteluaineiston keruussa ei tavoiteltu saturaatiota, vaan pikemminkin aineiston rikkautta ja käsitysten moninaisuutta, joka kuvaa yhden työyhteisön ja sen rajapinnalla toimivia työryhmiä edustavien työntekijöiden käsityksiä. Haastatteluaineistoa voidaan pitää riittävänä kuvaamaan sairaalatyöyhteisön käsitysten useutta. Se nostaa myös esille eri rooleissa toimivien työntekijöiden käsitysten kirjoa.

Analyysin uskottavuus. Havainnointiaineistojen analyysissa käytettiin sekä aineisto- että teorialähtöistä laadullista sisällönanalyysia. Aineistolähtöistä lähestymistapaa käytettiin osastopalavereiden ja johtoryhmäkousten tarkasteluun, joissa analyysi kohdentui vuorovaikutuksen funktioiden tarkasteluun. Aineiston analyysissa edettiin systemaattisesti ja luokittelun pysyvyyttä varmistettiin palaamalla jo koodattuun aineistoon useaan kertaan. Vuorovaikutuksen analysoinnissa tulkintojen tekeminen on aina haastavaa ulkopuoliselle havainnoijalle: esimerkiksi funktion päättelemisen perustuu aina tulkintaan, jossa ryhmän jäsenillä oleva tieto ei ole ulkopuolisen havainnoijan käytettävissä. On kuitenkin havaittu, että ulkopuolinen havainnoija ja osallistujat tekevät hyvin samantapaisia tulkintoja vuorovaikutusfunktioista (Beck & Keyton 2009). Teorialähtöisen koodaamisen varmuus perustuu siihen, kuinka aineistosta tavoitetaan teoreettista jäsenystä vastaavat merkitykset. Tässä tutkimuksessa luokitteluperusteita ja sisällöllistä vastaavuutta varmennettiin arvioimalla merkitysyksiköitä ja luokkarajoja tutkijakollegoiden kanssa. Verkostoanalyysin luotettavuutta nostaa käytössä ollut menetelmä, mutta tulosten luotettavuutta arvioitaessa on syytä huomioida aineiston koko: tulos on

suuntaa antava. Laajempi aineisto voisi tasoittaa toimi- ja vastuualuejohdoryhmien vuorovaikutusverkostojen keskittyneisyyksien eroavaisuuksia.

Haastatteluaineiston analyysin luotettavuus määräytyy sekä merkitysyksikön valinnasta että koodien sijoittumisesta suhteessa toisiinsa. Pienin merkitysyksikkö oli muutaman sanan mittainen ilmaus ja laajimmillaan parin virkkeen kokoinen yksikkö, joten valittua merkitysyksikköä voi pitää hyvin käsiteltävissä olevana kokonaisuutena (Graneheim & Lundman 2003). Koodien ja niiden keskinäisten suhteiden vertailussa pyrittiin systemaattisuuteen. Kuvauksia rakennettaessa vertailtiin niitä myös alkuperäisiin haastatteluihin: työyhteisökuvaukset voitiin tunnistaa myös alkuperäisistä haastatteluista.

Tulosten siirrettävyys. Tulokset kuvaavat yhden suuren sairaalan yhden vastuualueyksikön työyhteisöä ja sen toimialueella toimivia työryhmiä. Tutkimushankkeen menetelmät ovat pääosin laadullisia ja perustuvat yhteen tapaukseen, josta pyritään ymmärtämään toimintaa ja toiminnan logiikkaa. Siirrettävyyttä voi siis arvioida pohtimalla, miten tutkimuksessa löydetty vuorovaikutuksen käytänteet, funktiot ja käsitystavat voivat olla havaittavissa toisessa tilanteessa ja kontekstissa (Lincoln & Guba 1985). On todennäköistä, että sairaalatyössä työskentelevä tunnistaa tuloksista jotain omasta työyhteisöstään ja sen vuorovaikutuksesta. On myös oletettavaa, että samankaltaisia vuorovaikutuskäytänteitä on muissakin sairaalayhteisöissä. Varovasti voidaan ajatella, että jotkut vuorovaikutuksen piirteet, kuten erilaisten työyhteisöjen ja -ryhmien rajapinnoilla syntyvät vuorovaikutuksen jännitteet, ovat siirrettävissä myös muihin kompleksisiin asiantuntijaorganisaatioihin. Siirrettävyyttä rajoittaa kuitenkin sairaalan työtehtävien erityispiirteet, yksikön erikoisala ja se, että tässä tutkimushankkeessa tarkasteltiin suhteellisen suurta työyksikköä.

Eettinen arviointi

Tutkimuksen toteutusta on tarpeen arvioida myös tutkimuseettisestä näkökulmasta. Tässä tarkastelussa kriteereinä ovat Tutkimuseettisen neuvotelukunnan (2009) periaatteet: 1) tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeus, 2) vahingoittamisen välttäminen ja 3) yksityisyys ja tietosuojat.

Itsemääräämisoikeuden periaate perustuu tutkittavien vapaaehtoisuuteen ja tietoisuuteen osallistumisesta. Tämän hankkeen aineistojen keruusta tiedotettiin niissä ryhmissä ja kokouksissa, joihin aineiston keruu kohdentui. Kaikissa työryhmissä tutkijat olivat läsnä yhdessä kokouksessa ennen tallennusten aloittamista. Noissa tapaamisissa osallistujilla oli mah-

dollisuus kysyä tutkimuksesta ja varmentaa, että heillä on riittävästi tietoa harkitessaan osallistumista. Kaikki tallennustilanteessa läsnä olleet olivat tietoisia tallennuksesta ja heillä oli mahdollisuus kieltää tallenteen käyttö tutkimusaineistona. Työyhteisön/-ryhmien jäseniltä oli kirjallinen lupa tallennukselle ja tutkimuskäytölle, vierailijoina osallistuneilta oli suullinen lupa. Myös vierailijoille selvitettiin tutkimusta koskevat perustiedot. Kaikilla osallistujilla oli yhteystiedot hankkeen vastuulliselle tutkijalle. Tutkimukseen osallistuville tarkoitettut tiedotteet ja suostumuslomakkeet laadittiin noudattamalla Tutkimuseettisen toimikunnan (2009) ohjetta.

Vahingoittamisen välttämisen periaatetta (Tutkimuseettinen toimikunta 2009) on reflektoitu koko tutkimusprosessin ajan. Aineiston keruun voi ajatella olleen kuormitukseltaan kevyt, koska video- ja audioaineistojen tallentaminen ei aiheuttanut erityisiä järjestelyitä eikä vaatinut ylimääräistä aikaa. Koska tutkimus kohdentuu työyhteisötason tarkasteluun, on huomioitava, että sillä on aina vaikutuksensa työyhteisön arkeen. Havainnointi tekee osallistujat tietoisiksi siitä, että heitä tarkkaillaan ja vuorovaikutuksen tutkiminen vie aina huomion myös työyhteisön vuorovaikutukseen sinänsä. Tässä tutkimuksessa aineistonkeruun ei havainnointi- eikä haastatteluaineiston osalta arvioitu tuottavan erityistä, arjen kuormituksen ylittävää kuormitusta. Koko prosessin ajan on pyritty tutkittavien arvostavaan kohteluun ja raportoinnissa kunnioittavaan kirjoittamistapaan. Tulokset on raportoitu totuudenmukaisesti ja rehellisesti. Raportointivaiheissa on myös pohdittu tutkimushankkeen mahdollisia vaikutuksia työyhteisölle ja raportointia on ohjannut osallistujien integriteetin säilyttäminen.

Yksityisyyden ja tietosuojaan periaatetta (Tutkimuseettinen toimikunta 2009) on noudatettu suojaamalla kaikissa vaiheissa osallistujien anonymiteettiä. Koska tutkimus kohdentuu sairaalan yksikkötasolle, on anonymiteetin suojaamista erityisesti pohdittu. Tutkimushankkeesta julkaistavissa raporteissa on esitelty autenttisia aineistoesimerkkejä, mutta joitain yksityiskohtia on jätetty esimerkeistä pois anonymiteetin suojaamiseksi. Koska tutkimus kohdentuu työyhteisöön, raportoinnissa on kiinnitetty erityistä huomiota anonymiteetin säilyttämiseen myös työyhteisön sisällä. Sitä ei kuitenkaan voi aivan täysin taata johtajaroolissa toimiville, mistä kyseiset henkilöt ovat tietoisia. Aineistoja on säilytetty ja käsitelty hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja niistä on laadittu henkilötietolain mukaiset rekisteriselosteet. Aineiston käsittelyyn osallistuneet tutkijat ja tutkimusavustajat ovat allekirjoittaneet vaitiolosopimuksen.

4 IDENTIFIKAATIOT JA SAIRAALATYÖYHTEISÖN RAKENTUMINEN

Työyhteisön vuorovaikutusta, vuorovaikutussuhteita ja vuorovaikutusprosesseja on parin viime vuosikymmenen aikana alettu tutkia puheviestinnän tieteenalalla myös sairaalakontekstissa. 1990-luvulla kasvoi terveydenhuollon tiimien tutkimus ja 2000-luvulla kiinnostuttiin laajalti työpaikan vuorovaikutussuhteista. Sairaalan hoitotiimejä, professioiden välistä yhteistyötä ja työhyvinvointia on tutkittu runsaasti myös hoitotieteen, lääketieteen ja terveystieteiden sekä työelämä tutkimuksen aloilla. Tuon tutkimuksen keskiössä ei kuitenkaan ole ollut vuorovaikutusprosessi, vaan vuorovaikutus on nähty joko selittäväenä tekijänä tai seurauksena. Tässä tutkimushankkeessa keskityttiin henkilökunnan keskinäiseen vuorovaikutukseen ja vuorovaikutuskäyttäytymiseen.

Sairaalassa työskentelevän henkilökunnan vuorovaikutuksen tutkimusta on jo melko runsaasti. Potilastyötilanteiden tutkimuksessa on keskitytty erityisesti leikkaussali työskentelyyn, jossa vuorovaikutus on erottamaton osa kompleksista, yhteistyöhön perustuvaa tehtävää ja vaikuttaa merkittävästi potilaan turvallisuuteen, henkilökunnan hyvinvointiin ja myös hoidon laatuun (Bezemer ym. 2011). Sevdalis ym.(2007) tarkastelivat vuorovaikutusta leikkaussalissa ja keskittyivät viestintään, joka ei liittynyt suoraan hoidettavaan potilaaseen. Tutkijat havaitsivat, että noin puolet leikkaussalissa tapahtuvasta viestinnästä koostui ilmapiiriä ylläpitävästä jutustelusta. Leikkaussaliin sijoittui myös Rileyn ja Maniasin (2006) tutkimus ajankäytöstä ja sen hallinnasta, jossa tarkasteltiin ajankäytön kontrollointia hoitajien ja lääkäreiden välisessä vuorovaikutuksessa leikkaussalissa. Tutkimuksessa tunnistettiin neljä ajankäytön hallinnan strategiaa: päätösten ja ajoitusten kyseenalaistaminen, nopeuden säätäminen, kirurgien ajankäytön arviointi ja erilaisten aikakäsitysten kanssa toimeen tuleminen. Tulosten perusteella tutkijat päättelivät, että hoitajilla on enemmän valtaa leikkaussalissa kuin on aiemmin ajateltu, mutta he näyttäisivät käyttävän sitä hienovaraisesti.

Työtekijöiden keskinäistä vuorovaikutusta on tutkittu myös potilaan hoitovastuun siirtotilanteissa. Eggins ja Slade (2012) tarkastelivat kliinistä potilaan luovutusta vuorovaikutustilanteena ja totesivat sen vaativan kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tiedon välittymisen ja onnistuneen vuorovaikutuksen todettiin olevan erityisen haavoittuvia, kun potilaan tietoja luovutetaan vuorojen vaihtuessa tai yksikköjen välillä (Rabøl ym. 2012).

Apker ym. (2010) tarkastelivat potilaan siirtämistä päivystysyksiköstä vuodeosastolle ja havaitsivat, että päivystyslääkärit puhuivat tilanteissa eniten, vuodeosaston lääkärit enemmänkin kuuntelivat. Siirtotilanteiden vuorovaikutuksessa kollaboraatiolle tai kyselemiselle ei jäänyt juuri tilaa, vaikka siirtotilanne ei ole yksinkertainen tiedon siirron käytänne, vaan aktiivinen vuoropuhelu, johon useiden yksilöiden olisi osallistuttava monilla erilaisilla vuorovaikutuskäyttäytymisen tavoilla. Mayor ym. (2012) tarkastelivat tutkimuksessaan hoitajien työvuorojen välisen raportoinnin keston ja vuorovaikutuksen aiheiden ja funktioiden vaihtelua. Tutkijat havaitsivat tehtävään liittyvän epävarmuuden vaikuttavan merkittävästi raportoinnin kestoon ja vuorovaikutukseen.

Hoitotilanteet ja työtovereiden vuorovaikutus hoitotilanteissa on merkittävää sille, kuinka työtä tehdään ja millaiseksi kokemus työstä muodostuu. Hoitotilanteiden vuorovaikutus luo perustan myös sille, millaiseksi vuorovaikutus työyhteisössä muodostuu. Koska tässä tutkimushankkeessa vuorovaikutusta tarkasteltiin työyhteisöä rakentavana ja ylläpitävänä prosessina, tutkimuksessa keskityttiin työyhteisöön potilastyötilanteiden takana. Esimerkiksi Ellingson (2003) on osoittanut, että hoitotiimin työskentelyssä epämuodollisella vuorovaikutuksella on merkittävä rooli osana kliinistä työtä erityisesti kliinisen päätöksenteon näkökulmasta. Ellingson tarkasteli pitkittäisessä etnografisessa tutkimuksessaan hoitotiimin vuorovaikutusta muodollisten tilanteiden ulkopuolella ja totesi hoitotiimin viestivän hoitotyöhön liittyvän päätöksenteon kannalta tärkeitä seikkoja epämuodollisissa tilanteissa monella tapaa. Tässä tutkimushankkeessa tutkimuskohteena oli vuorovaikutus, joka syntyy työpaikalla työyhteisön ryhmätilanteissa ja työtovereiden keskinäisissä kohtaamisissa lähijohtajan, alaisen, vertaisen ja toista ammattiryhmää edustavan työntekijän kanssa.

Aikaisempi tutkimus. Hoitotiimejä on tutkittu myös potilastyötilanteiden ulkopuolella. Tiimitutkimuksissa on tarkasteltu erityisesti tiimin jäsenten vuorovaikutussuhteita, vuorovaikutuksen rakentumista, rooleja ja tiimien diversiteettiä sekä tiimin toimintaa ja suoriutumista (Real & Poole 2011). Tiimin jäsenten valtasuhteiden, tiimin rakenteen ja sairaalaorganisaation on todettu vaikuttavan merkittäväällä tavalla tiimien vuorovaikutukseen (Rabøl ym. 2012). Jünger ym. (2007) havaitsivat, että keskeinen tekijä moniammatillisen tiimin yhteistyölle oli yksityistä tietoa jakava vuorovaikutus. Heidän tutkimansa palliatiivisen hoidon tiimin jäsenet mainitsivat sen tärkeimmäksi yhteistyön kriteeriksi. Muita kriteereitä

olivat myös tiimifilosofia, jolla tarkoitettiin yhteistä ymmärrystä tiimin tavoitteista, menettelytavoista ja työhön identifioutumisesta, sekä hyvät interpersonaaliset suhteet, korkea tiimiin sitoutuminen, tiimin jäsenten kokemana autonomia ja kyky käsitellä kuolemista ja kuolemaa. Tiimien suoriutuminen, hyvä työn koordinointi ja jäsenten keskinäinen luottamus nostivat arvioita tiimityön tehokkuudesta. Tehottomuus liitettiin selkeiden päämäärien, tehtävien, roolien ja tiimiin sitoutumisen puuttumiseen. Wittenberg-Lyles ym. (2009) tarkastelivat saattohoitotiimin vuorovaikutuksen kontrollointia tiimin palaverissa. Heidän tutkimuksensa osoitti, että suurin osa palaverin vuorovaikutuksesta oli kontrolloitua ja pääasiallisesti vuorovaikutuksessa hallittiin tiedon vaihtoa.

Sairaalakontekstissa on tarkasteltu runsaasti ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja rajoja, vuorovaikutusta eri professioiden edustajien välillä sekä ammattiryhmien asenteita ja käsityksiä yhteistyöstä. Nämä teemat nousevat esille monissa tutkimuksissa erityisesti johtamisen ja tiimien jäsenten yhteistyön näkökulmasta. Nathanson ym. (2011) tutkivat sairaanhoitajien ja nuorten lääkäreiden suhtautumista yhteistyöhön teho-osastolla ja vertailivat näiden ryhmien asenteita. Tulosten mukaan lääkärit ja sairaanhoitajat jakavat samankaltaisen kuvan päätöksenteosta, mutta lääkärit ovat tyytyväisempiä hoitajan ja lääkärin yhteistyöhön kuin sairaanhoitajat. Myös Weller ym. (2011) tutkivat nuorten lääkäreiden ja hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä heidän välisestään yhteistyöstä. Tutkijat havaitsivat, että organisaatorakenteet rajoittivat usein ammatillisten suhteiden syntymistä. Johnson ja Kring (2012) tutkivat hoitajien käsityksiä hoitaja-lääkäriyhteistyöstä kirurgisen ja tehohoidon yksiköissä ja huomasivat, että hoitajat kokevat olevansa alempiarvoisia suhteessa lääkäreihin. Vain harva hoitaja koki omaavansa kollegiaalisen suhteen lääkäriin, mikä Johnsonin ja Kringin mukaan saattaa johtua siitä, että lääkärit tuntevat huonosti hoitajien työroolin ja vastuun.

Rodrigues ym. (2013) tarkastelivat ammattiryhmien välistä yhteistyötä sosiaalisen identiteetin näkökulmasta. Heidän tutkimustuloksensa osoittivat, että ammattikategoriat ja -identiteetit toimivat leikkaustiimeissä esteenä yhteiselle tiimi-identiteetille. Tiimin jäsenet määrittivät itsensä oman ammattiryhmänsä perusteella eivätkä kirurgisen tiimin jäsenenä. Apker ym. (2005) tarkastelivat sairaanhoitajien roolidialektiikkaa ja sen hallintaa hoitotiimeissä. Tutkijoiden mukaan hoitajat voivat olla valmiimpia kohtaamaan monet nykypäivän hoitajan vaihtelevissa rooleissa esiin tulevat haasteet, jos he tunnistavat itseensä kohdistuvat rooliodotukset ja

sen myötä kehittävät itselleen viestinnällisiä strategioita odotusten kanssa pärjäämiseen. Hallintastrategioina voi olla esimerkiksi professioiden välisen hierarkian kieltäminen ja häivyttäminen tai hierarkian korostaminen tilannekohtaisesti tiimin vuorovaikutustilanteessa.

Moniammatillisten tiimien tutkimus on ollut runsasta ja temaattisesti laaja-alaista, muutamat asiat näyttäisivät kuitenkin toistuvan. Miller ja Considine (2009) jäsenivät katsauksessaan terveydenhuollon moniammatillisten tiimien vuorovaikutuksen haasteita. He näkivät keskeiseksi haasteeksi sen, että arvojen moninaisuus lisääntyy, kun tiimissä on eri ammattiryhmien edustajia. Diversiteetin lisääntyminen edellyttää tällöin tiimin jäsenten kesken neuvotteluja arvoperustasta ja toimintavoista. Toinen keskeinen haaste tiimeissä on professioiden välinen hierarkia: vaikka valtasuhteita pyritään tiimityössä tasavertaistamaan, on professiohierarkia olemassa ja jatkaa ”omaa elämäänsä” kuten Miller ja Considine toteavat. Kolmantena terveydenhuoltoalan tiimityön erityispiirteenä Miller ja Considine näkevät sen, että bona fide -rakenne tulee erityisen näkyväksi ja merkittäväksi: ryhmän rajojen joustavuus, edustuksellisuus ja keskinäinen riippuvuus korostuvat moniammatillisessa työssä. Vaikka Millerin ja Considinen esittämät haasteet kuvaavat erityisesti moniammatillista tiimityötä, on todennäköistä, että samankaltaiset kysymykset nousevat esille sairaalakontekstissa myös työyhteisötasolla. Keskeisenä erona moniammatillisen tiimin ja työyhteisön vuorovaikutuksen tarkastelussa on se, että aikaperspektiivi on erilainen ja että moniammatillisen tiimin fokus on useimmiten potilaassa, työyhteisössä fokus laajenee perustyötä laiveammaksi.

Sairaalan työyhteisöt

Tausta. Työyhteisö ja sen jäsenyys vaikuttavat paitsi käsityksiimme työstä myös työn tekemiseen ja työhyvinvointiin. Onkin tärkeää, että sairaalahenkilöstön vuorovaikutusta tarkastellaan myös työyhteisötasolla. Käsitteenä työyhteisön voi johtaa yhteisön käsitteestä. Yhteisön käsite viittaa ryhmään ihmisiä, joita yhdistää yhteinen tehtävä tai päämäärä ja jotka ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Lehtonen 1990). Työyhteisö tarkoittaisi tällöin yhteisöä, jonka yhteinen päämäärä perustuu työtehtävään eli organisaation olemassaolon oikeuttavaan perustehtävään. Tehtävä on monesti annettu ja määritetty ainakin osin ryhmästä riippumatta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteivät työyhteisön jäsenet osallistuisi tehtävän määrittämiseen ja merkityksentämiseen: tehtävälle rakenne-

taan merkityksiä työyhteisön jäsenten vuorovaikutuksessa. Työyhteisön jäsenten vuorovaikutuksessa merkityksentyy myös se, kuka työyhteisöön kuuluu ja missä ovat työyhteisön rajat. Sairaalaorganisaatiossa on oletettavaa, että rajat ovat joustavia ja organisaatioon kuuluvat työyhteisöt toisistaan riippuvaisia. Näin ollen bona fide -ajattelu kuvaa osuvasti paitsi tiimejä (Miller & Considine 2009), myös sairaalaorganisaation työyhteisöjä.

Työyhteisön käsite sisältää ajatuksen yhteisöllisyydestä, mikä tuottaa merkityseron työpaikan ja työyhteisön välille. Yhteisöllisyyden on todettu olevan merkityksellistä myös työyhteisöissä, joissa sen on todettu vaikuttavan sitoutumiseen, työtyytyväisyyteen ja työhyvinvointiin sekä työn laatuun (Lampinen ym. 2013). Burroughs ja Eby (1998) ovat tarkastelleet yhteisöllisyyden tunnetta työpaikalla ja he kuvaavat sen rakentuvan kuudesta ulottuvuudesta, jotka ovat: 1) kollegiaalinen tuki, 2) emotionaalinen turvallisuus, 3) yhteenkuuluvuuden tunne, 4) henkinen yhdyside, 5) totuuden kertominen ja 6) tiimiorientaatio. Vaikka Burroughsin ja Ebyn kuvauksen kaltaisessa yhteisöllisyyden tunteessa on kyse yksilötason kokemuksesta, yhteisöllisyys rakentuu ja sitä ylläpidetään työyhteisön vuorovaikutuksessa. Yhteisöllisyyden voi ajatella olevan olemukseltaan vuorovaikutusprosessi.

Lampinen ym. (2013) ovat analysoineet yhteisöllisyyttä työelämässä tarkastelevaa tutkimusta. Heidän tutkimuksensa mukaan työelämän yhteisöllisyyttä selittävät 1) yksilötekijät, kuten pätevyys, virka-asema, viiteryhmä ja sukupuoli, 2) yhteistyö- ja vuorovaikutustekijät sekä 3) kulttuuriset tekijät, kuten työn laatu ja yhteiset tavoitteet. Yhteistyö- ja vuorovaikutustekijät jäsenyivät Lampisen ym. analyysin mukaan vuorovaikutussuhde- ja ilmapiiritekijöihin, joita olivat luottamus ja kunnioitus, hyväksytyksi tuleminen, kuuluminen ja kutsutuksi tuleminen sekä yhteinen arvomaailma ja hauskojen hetkien jakaminen, sekä yhteistyö- ja vuorovaikutustekijöihin, joita olivat vuorovaikutus itsessään ja tuen osoittaminen ja saaminen.

Tutkimustehtävä. Sairaalaan sijoittuvan työyhteisön yksi perusta on organisaatiotason rakenteissa, joita määrittävät erityisesti erikoisalat (Virtanen 2010). Työyhteisön rajat ovat kuitenkin jatkuvan neuvottelun alla: työyhteisöllä on yhteisönä käsitys omista rajoistaan, mutta ne voivat olla myös epäselvästi määrittyviä. Organisaatiokontekstissa työntekijällä on useita jäsenyyksiä, ja työyhteisön jäsenyys kytkeytyy yhteen monien ryhmäjäsenyyksien kanssa. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, miten tutkimuskohteena olleen työyksikön työntekijät hahmottavat oman työyhteis-

sönsä ja millaisia piirteitä he siihen liittävät. Tutkimustehtävänä oli kuvata koettua sairaalatyöyhteisöä. Työyhteisöjen kuvaus rakennettiin analysoimalla haastatteluaineistoon sisältyviä merkityksenantoja. Analyysi on kuvattu luvussa 3.3.

Tulokset. Sairaalaan kuuluva työyhteisö saa useita määreitä, jotka jäsentyvät kahdeksi työyhteisökuvaukseksi: työyhteisö työyksikkönä -määrittelyyn ja työyhteisö ammattiryhmänä -määrittelyyn. Nämä kaksi erilaista työyhteisöä rakentuvat ja niitä ylläpidetään vuorovaikutuksessa niin ammattiryhmien sisällä kuin niiden välilläkin. Työyhteisöjä määrittävät vertaisuuden ja tasavertaisuuden kokeminen sekä jaettu työ ja jaettu osaaaminen.

Työyhteisö työyksikkönä -ajattelutapa perustuu käsitykseen, että työyhteisö muodostuu niistä ihmisistä, jotka tekevät työtä samassa työpiisteessä tai samassa (hallinnollisessa) yksikössä. Työyhteisöksi ymmärretään joko osasto tai vastuualue, johon työntekijä on sijoitettu. Työyhteisöä kuvataan luettelemalla eri ammattikunnan edustajia, joita yhdistää hallinnollinen raja ja fyysinen läsnäolo samoissa tiloissa. Sairaanhoidajat, lähihoitajat, lääkärit, osastosihteerit ja sairaalahuoltajat muodostavat tässä tutkimuksessa tarkastellun työyhteisön perusrakenteen, jonka lisäksi työyhteisössä saattaa tilannekohtaisesti olla mukana muiden professionien edustajia.

H: Millainen on työyhteisösi ja ketä siihen kuuluu?

L1: Hyvähenkinen, kiinteä, osaava... työyhteisö ja siihen kuuluu minun lisäksi kolme muuta lääkäriä, osastonhoitaja ja sitten muuta henkilökuntaa kahdeksantoista, sairaanhoitajia, perushoitajia, osastosihteeri. Kyllä tää semmosta tiimityötä on, että kaikki tähän työyhteisöön yhtälailla, täysivaltaisina jäsenenä kuuluu, ettei ett ei tää nyt sillä lailla. Ne on vaan näitä hallinnollisia kuvioita sitten, että ne on ihan tämmöstä päätöksentekojärjestelmää varten rakennettu sitten nämä hierarkiat, että joku päättää ja vastaa asioista. Mutta työtä tehdään yhdessä.

(H = haastattelija, L = lääkäri)

Työyhteisö työyksikkönä perustuu professionien välillä jaettuun, samankaltaiseen (potilastyö) tai samaan (yhdessä suoritettavaan) työtehtävään, jonka työntekijät tekevät yhdessä tai samalla tavoin yhteisissä selkeästi tunnistettavissa paikoissa, työpisteissä tai rajatuilla alueilla, kuten osastolla tietyissä tutkimus- ja potilashuoneissa. Osaltaan työyhteisöä kuvaa

myös runsas yhdessäolo ja yhteiset työtilanteet, vaikka vuorotyö ja yksikön koko toki aina vaikuttavat mahdollisuuteen olla yhdessä. Kun työyhteisöksi ymmärretään oma työyksikkö, siihen kuuluu myös eri hierarkiatasoilla työskenteleviä ihmisiä, kuten oma lähijohtaja tai omat alaiset.

Työyhteisö ammattiryhmänä -ajattelutavassa työyhteisö on nimenomaan oman ammattikunnan muodostama yhteisö. Ajattelutavassa korostuvat sairaalan työyhteisöjen eri professiot, joiden perustana on myös erilainen koulutustausta. Koulutustaustaan liittyvät sekä koulutus-
alakysymykset että koulutustason kysymykset. Sairaanhoitajat puhuvat lähityöyhteisöstä, joka heille rakentuu samalla hierarkiatasolla työskentelevistä, samaa perustyötä tekevistä läheisimmistä työtovereista. Lääkäreillä kollegiaalisuus nousee keskeiseksi työyhteisön määreeksi, myös jotkut hoitajat puhuvat työtovereistaan kollegoina.

H: Mikä sinun mielestä on semmonen työyhteisö mihin sinä kuulut?

SH1: Työyhteisön mä määrittelen niin että ne on ne lähimmät työkaverit siinä ja toisaalta myös, tietyllä tapaa siihen työyhteisöön kuuluu lähimpien työkavereiden lisäksi niin tietysti esimiehet, tässä tapauksessa esimerkiksi lääkärit. [--] mutt lähin työyhteisö on tässä tää omat lähimmät työkaverit

[H: Joo], eli ihan nää kollegat [H: Joo]

(H = haastattelija, SH = sairaanhoitaja)

Kun työyksikköajattelussa korostuu paikka ja työtehtävä, korostuu ammattiryhmä-ajattelussa työtilanteiden ulkopuolinen, mutta työn kontekstissa ja työaikana syntyvä vuorovaikutus. Tässä korostuu omaehtoinen valittu yhdessäolo.

H: Joo, joo. Sanoit että lääkärit on vähän erillään. [SH2: Niin] Näkyykö se jotenkin ihan siinä arjen vuorovaikutuksessa, tai jotenkin että on vähän eri porukat?

SH2: No kyllä se vähän näkyy, joo.

H: Millä tavalla esimerkiksi?

SH2: No tuota, ei se nyt ehkä siinä ihan just työnteossa [H: Mmm] näy.

[H: Niin] Mutta mitenköhän sen osais sanoa... Jotenkin ei oo semmosia samoja juttuja, ei pysty niin puhumaan niistä asioista [H: Joo] kun toisilla on oma huone ja toiset on toisissa. [H: Niin just] Että siinä on vähän semmonen raja, että ollaan sillain niinkun eri porukkaa.

Työyksikkö ja ammattiryhmä muodostavat eräänlaisen vaihduntakuvion. Työyksikössä korostetaan yhteisyyttä kaikkien ammattiryhmien välillä. Tästä kertoo puhe ”saman työn äärellä olemisesta” ja siitä, että ”samoja potilaitahan tässä hoidetaan”. Työyksikössä tavoitteet jaetaan ja jokaisella on roolinsa näiden tavoitteiden saavuttamisesta, jolloin työyhteisön kriteerinä on yhteinen päämäärä ja työntekijät voivat tunnistaa ne, jotka yhteisöön kuuluvat. Työyksikköajatteluun kytkeytyy tasavertaisuuden korostaminen eli se, että kaikki työntekijät ovat yhtä arvokkaita ja merkityksellisiä työyhteisön jäseninä, vaikka erot professioiden välillä tiedostetaan.

Työyhteisö ammattikuntana -ajattelussa ei niinkään puhuta tasavertaisuudesta vaan siihen liittyy vertaisuuden kokeminen. Tässä aineistossa ei juurikaan puhuttu ammattiryhmän sisäisestä hierarkiasta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, ettei ammattiryhmään perustuva työyhteisö voisi sisältää myös hierarkkista rakennetta: hierarkia voi perustua paitsi hallinnolliseen rakenteeseen myös ammatilliseen osaamiseen, joka asettaa arvostuksen hierarkian perustaksi. Työyksikkö-ajattelussa työyhteisö perustuu selkeästi yhteiseen päämäärään ja jaettuun tehtävään, sen sijaan ammattikunta-ajattelu rakentuu myös jaettuun ammatilliseen identiteettiin ja jaettuun osaamiseen.

Sairaalaorganisaation näkökulmasta työyhteisöjä jäsentää myös hoito- ja kliinisen työn rajapinta hallinnolliseen työhön. Se ei suoranaisesti näy työyhteisön rakentumisessa, mutta on olemassa työyhteisössä johtamisen, siis lääkäri- ja hoitajajohtajien kautta.

L2: Mulla on niinku oikeestaan , niinku monta työyhteisöä. Et se ihan mun arkityöyhteisö on tämä missä nyt ollaan, Se on se mun... tai sanotaan kliininen työyhteisö, että kliinisen työn yhteisö. Sitten tällanen toisen tason työyhteisö on vastuualue, johon kuuluu myös [--] Ja sit se mun kolmannen tason työyhteisö on koko tää toimialue, koska mä oon myös toimialueen varajohtaja. Se on ollu tässä vähän aikaa, niin... se niinku myös on sitten minun työyhteisö. Ja sitä kautta sitten vielä menee vähän sinne sairaanhoidopiiriin johtoryhmään ja sinnekin. Eli mulla on vähän niinku neljän tason, silleen [naurahtaa], niinku paikka.

Hallinnollinen työ tuottaa perustyön rinnalle hallinnollisen tehtävän ja siten laajentaa tehtäväkenttää. Se tuo mukanaan moniroolisuuden, joka näkyy eri vuorovaikutustilanteissa ja edellyttää tilannekohtaista mukautumista.

Johtopäätökset. Kahden eri tavoin rakentuneen työyhteisön olemassaolo sairaalatyöyhteisössä ei ole tuloksena yllättävä: hallinnollinen, erikoisaloihin perustuva työyhteisö elää rinnakkain professioperustaisen työyhteisön kanssa. Samat rajat määrittävät voimakkaasti koko sairaalaorganisaation toimintaa ja siten vuorovaikutusta eri areenoilla, kuten esimerkiksi Virtanen (2011) toteaa. Tulokset nostavat kuitenkin esille kiinnostavan havainnon: tiimityö, jonka haastavuus korostuu aikaisemmissa tutkimuksissa (Miller & Considine 2009), voi vahvistaa professorirajojen yli rakentuvaa yhteisöllisyyttä, koska se tarjoaa mahdollisuuden yhteisen tavoitteen saavuttamiselle.

Työyhteisö työyksikkönä -ajattelu perustuu moniammatillisuuteen. Tässä työyhteisökäsityksessä puhuttaessa korostuu huomattavalla tavalla puhe tasavertaisuudesta. Kun samanaikaisesti kuitenkin korostuvat professorirajat, on mahdollista, että tasavertaisuudesta puhuminen perustuu pikemminkin toivottuun tilanteeseen ja julkilausuttuun ideologiseen valintaan. Kyseessä voi olla myös vuorovaikutuksessa ilmenevä hallintastrategia, jolla hallitaan hierarkisuuden negatiivisia mielikuvia.

Työyhteisö ammattikuntana -ajattelua kuvattaessa kuvataan sitä, kuinka ammattiryhmien rajat vahvistuvat potilastyötilanteiden ulkopuolella: lääkärrikunta ja hoitajat erottautuvat näissä tilanteissa toisistaan ja muodostavat oman ryhmänsä. Tämä saattaa johtaa siihen, että ne työntekijät, joilla ei ole omaa merkittävää ryhmää, johon potilastyötilanteiden ulkopuolella voi liittyä, kokevat ulkopuolisuutta. Love (2007 Lampisen ym. mukaan 2013) havaitsi tutkimuksessaan, että profesioasemassa olevat työntekijät tuntevat voimakkaampaa yhteenkuuluvuutta kuin toimistotyötä tekevät. Onkin ilmeistä, että esimerkiksi lääkärikoulutuksessa yhteenkuuluvuus omaa ammattikuntaa kohtaan kasvaa voimakkaasti. Jos työntekijälle ei kasva vahvaa asiantuntijaidentiteettiä, on tarve yhteisöllisyydelle suurempi ja yhteisöllisyyden areenana toimii tuolloin työyksikkö.

Työyhteisöön ja sen ryhmiin identifioituminen

Tausta. Työyhteisö, sen erilaiset ryhmät ja niihin kuuluminen ovat hyvin merkittäviä tekijöitä yksilön ammatilliselle identiteetille, joka on osa yksilön sosiaalista identiteettiä. Tajfelin (1981) mukaan sosiaalinen identiteetti on se osa yksilön minäkäsitystä, joka pohjautuu yksilön tietoiseen kuulumiseen sosiaaliseen ryhmään ja johon kytkeytyy jäsenyyden arvo sekä sen emotionaalinen merkitys. Identifikaation käsite, josta puhutaan suomenkielisessä tutkimuskirjallisuudessa joskus myös käsitteellä

samastuminen, perustuu paljolti sosiaalisen identiteetin teoriaan. Käsitteinä ne kuitenkin eroavat toisistaan. Ashforth ym. (2008) toteavat, että identiteetti tarjoaa vastauksen kysymykseen “kuka minä olen?” tai “keitä me olemme?”. Identifikaatio tarkoittaa puolestaan yksilön käsitystä kuulumisestaan ryhmäkategoriaan (Mael & Ashforth 1992). Identifikaation kautta yksilöt siis määrittelevät itsensä sosiaalisten kategorioiden, kuten työryhmän, jäseniksi (van Knippenberg & Schie 2000). Scott ym. (1998) kuvaavat identifikaatiota dynaamisena sosiaalisena prosessina, jossa yksilöiden identiteetit rakentuvat. Scott (2007) korostaa vuorovaikutuksen merkitystä identifikaatiolle ja toteaa yksilöiden ilmaisevan kuulumistaan eri ryhmiin vuorovaikutuksessa.

Identifioitumista on tarkasteltu erityisesti yksilön kokemuksena. Sen perustana voi kuitenkin pitää yksilön vuorovaikutusta omassa sosiaalisessa ympäristössään (Scott ym. 1998). Tässä tutkimuksessa identifikaatio nähdään vuorovaikutusprosessina, jossa ryhmään kuulumista luodaan, jaetaan ja neuvotellaan vuorovaikutuksessa työyhteisön jäsenten kesken.

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että identifikaatiolla on tärkeä rooli työhön liittyvissä asenteissa ja käyttäytymisessä (van Dick ym. 2006) ja sillä on todettu olevan yhteyttä työntekijöiden hyvinvointiin (mm. Avanzi ym. 2012). Identifikaatio heijastuu myös työntekijän työtyytyväisyyteen ja työmotivaatioon (esim. van Knippenberg & van Schie 2000) sekä stressiin ja kuormitukseen (Haslam ym. 2009; Wegge ym. 2006). Identifikaatiolla on siis keskeinen merkitys työhyvinvoinnille ja se selittää työhyvinvointia erityisesti kuulumisen kautta. Identifikaation kohteena on usein tarkasteltu organisaatioon identifioitumista (Scott & Stephen 2009). Yksilön ja organisaation suhteeseen keskittyminen on jättänyt varjoonsa erilaisten ryhmien roolit identifikaatiossa (Silva & Sias 2010). Viime vuosina on kuitenkin alettu korostaa sitä, että organisaatiot tarjoavat myös muita tärkeitä identifikaation kohteita (Riketta & Nienaber 2007). Näitä ovat esimerkiksi ammattiryhmät, tiimit ja osastot.

Identifikaatio on moniulotteinen ja monitahoinen konstruktio, jonka on ehdotettu muodostuvan kognitiivisesta, affektiivisesta ja arvioivasta ulottuvuudesta (esim. Jackson 2002; van Dick ym. 2006). Identifikaation kognitiivinen ulottuvuus tarkoittaa van Dickin ym. (2004) mukaan sitä, että yksilö tiedostaa kuuluvansa tiettyyn ryhmään. Tämä on identifikaation välttämätön ensimmäinen vaihe, jossa yksilö käsittää itsensä ryhmän jäseneksi. Kognitiivinen ulottuvuus on merkityksellinen, koska se erottaa organisaatioon identifioitumisen sen lähikäsitteistä: lojaalisuudesta, osallistuvuudesta ja sitoutumisesta (van Dick ym. 2006). Van Dick ym. (2004)

ehdottavat, että yksilön käsittäessä ja kokiessa itsensä ryhmän jäseneksi, muut identifikaation ulottuvuudet tulevat mukaan prosessiin: Yksilö alkaa kokea tunnesidettä ryhmää kohtaan, mikä merkitsee identifikaation affektiivista ulottuvuutta. Arvioiva ulottuvuus puolestaan tarkoittaa arvo-merkityksiä, joita yksilö liittyy ryhmään kuulumiseen. Jotkut tutkijat ajattelevat identifikaation sisältävän myös neljännen osa-alueen (ks. Jackson 2002). Van Dick ym. (2004; 2006) kutsuvat tätä behavioraaliseksi ulottuvuudeksi. Se viittaa käyttäytymiseen ryhmän jäsenenä tavalla, joka tukee ryhmää ja sen toimintaa.

Scottin ja Stephensin (2009) mukaan identifikaatio muuttuu ja vaihtelee kontekstin ja vuorovaikutuskumppanin mukaisesti. Sosiaalinen konteksti vaikuttaa siihen, mikä puoli itsestä on enemmän tai vähemmän näkyvää tietyssä tilanteessa (Jackson 2002), ja kontekstin vaihtelut voivat vaikuttaa siihen, kuinka voimakkaasti johonkin kohteeseen identifioitutaan (Millward & Haslam 2013). Näin ollen joissakin tilanteissa esimerkiksi ammattiryhmään kuulumisen koetaan merkittäväksi, kun taas toisessa kontekstissa tiimi nousee tärkeämmäksi identifioitumisen kohteeksi. Konteksti on vaikuttava tekijä kaikkien identifikaation ulottuvuuksien kohdalla.

Identifikaatiota on terveydenhuollon organisaatioissa tutkittu vähän. Millward ja Haslam (2013) tarkastelivat tutkimuksessaan identifikaation kohteita ja niiden vaihtelevuutta terveydenhuollon organisaatioissa. Tutkimuksen mukaan tiimiin identifioituminen näyttöä vahvempana kuin organisaatioon identifioituminen, mutta tutkimuksessa havaittiin myös eroja identifikaatioiden tasoissa, kun vertailtiin julkisia ja yksityisiä terveydenhuollon organisaatioita. Trybou ym. (2013) puolestaan tutkivat organisaation koetun supportiivisuuden, johtaja-alaisvuorovaikutuksen laadun ja roolirajat ylittävän käyttäytymisen yhteyttä sairaanhoitajien ammatilliseen ja organisaatioon identifioitumiseen. Heidän tutkimuksensa mukaan ammatillinen identifikaatio ja organisaatioon identifioituminen kytkeytyivät positiivisesti vastavuoroisuuteen: korkeampi organisaation koettu supportiivisuus osoitti roolirajoja ylittävää käyttäytymistä ja tahtoa toimia enemmän organisaation puolesta. Trybou ym. korostavat tulosten osoittavan, kuinka tärkeitä käsitykset kuulumisesta ammatilliseen ryhmään ja organisaatioon todella ovat. Apker ym. (2009) tarkastelivat identifikaatiota vuorovaikutuksen näkökulmasta ja totesivat tutkimuksessaan, että tiimisynergiaan pohjautuva ja sitä ylläpitävä vuorovaikutus tukee identifikaatioiden rakentumista, joka vaikuttaa hoitajien organisaatiossa pysymiseen tai lähtemiseen.

Tutkimustehtävä. Identifikaatiota tarkasteltiin tässä tutkimuksessa vuorovaikutusprosessina, jossa identifikaatiota luodaan, rakennetaan, ilmaistaan ja neuvotellaan työyhteisön vuorovaikutuksessa. Tutkimustehtävänä oli kuvata osastonhoitajien kokousryhmän jäsenten identifikaatioiden kohteita ja identifikaation ulottuvuuksien ilmenemistä kokouksen vuorovaikutuksessa.

Tarkastelun kohteeksi valittiin toimialueen osastonhoitajakokous, jonka osallistujat edustivat omia yksiköitään kyseisessä työryhmässä. Useissa organisaation eri ryhmissä toimivien henkilöiden tarkastelu sopi hyvin tutkimuksen tavoitteeseen. Ryhmän jäsenillä on hallinnollinen lähijohtajarooli, joten oli oletettavaa, että kokouksen vuorovaikutuksessa nousee esille useita identifikaation kohteita. Analyysi oli teorialähtöinen, ja siinä analysoitiin identifikaation kognitiivisia, affektiivisia, arvioivia ja behavioraalisia ulottuvuuksia. Analyysi on kuvattu luvussa 3.2.

Tulokset. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin osastonhoitajien identifikaation kohteiden kognitiivista, affektiivista, arvioivaa ja behavioraalista ulottuvuutta, jotka on kuvattu esimerkeillä taulukossa 1.

TAULUKKO 1 Identifikaation ulottuvuudet

Identifikaation ulottuvuus	Aineistoesimerkki
Kognitiivinen	<i>PJ: Tää on iso prosessi, niinkun meille yksikkönä.</i>
Affektiivinen	<i>J3: On ollu mulla vähän mielen päällä, että pitää tota puhua teijän kanssa [omasta työyksiköstä]. PJ: Muuta? Huolenaihetta, murhetta, iloa minkä haluaa jakaa? J3: Murhetta.</i>
Arvioiva	<i>PJ: ...sitten hyvänä kakkosena tulee [toimialue] et 8,8. [J3: No niin] YH: Siis valtakunnan tasollahan ollaan erittäin hyvällä tasolla. PJ: Erittäin hyvällä tasolla [YH: Joo] joo valtakunnan tasolla.</i>
Behavioraalinen	<i>PJ: Pikkusen semmosta näköksällä, että ne oli ehkä hitusen verran niinku lääkäripainotteisia ne ryhmät ja siellä kuitenkin se hoitohenkilökunnan osuus ja ja kaikki tämä on niinku tuota tosi korkeella niin tota onhan ne, oottehan te nyt mukana kaikissa?</i>

Identifikaation kognitiivinen ja behavioraalinen ulottuvuus näyttäytyivät tarkastellun työryhmän kokouksissa näistä ulottuvuuksista eniten. Osastonhoitajat identifioituvat useisiin eri ryhmiin samanaikaisesti. Identifikaation kohteina olivat niin oma työyksikkö, toimialue, organisaatio, ammattiryhmä, työ kuin tutkimuksessa tarkasteltu työryhmä. Erityisen vahvana ja tärkeänä osastonhoitajien identifikaation kohteena näyttäytyi työryhmän jäsenten oma työyksikkö. Myös työryhmän jäsenten toiminta kokouksissa ilmaisi omaan työyksikköön kuulumisen merkitystä, sillä heidän osallistumisensa perustui oman työyksikön asioiden edistämiseen. Yhteinen toimialue oli tämän työryhmän jäsenten keskeinen toiminnan kohde, mikä heijastui kokousryhmän vuorovaikutukseen. Samaan toimialueeseen kuulumisen myötä yhdisti työryhmän jäseniä.

Identifikaation affektiivista ja arvioivaa ulottuvuutta ilmaistiin kokouksissa huomattavasti niukemmin kuin kognitiivista ulottuvuutta. Identifikaation affektiivisuus ilmeni tunnesiteen ilmaisemisena omaan ammattiin ja esimiehen työhön, jossa affektiivista identifikaatiota esiintyi huolen, sosiaalisen tuen ja välittämisen kautta. Identifikaatioon liittyvää arviointia ilmaistiin ylpeytenä oman ryhmän toiminnasta sekä ryhmien rajojen ja niiden toiminnan arviointina. Organisaatioon kuulumisen ilmaiseminen oli kaksitasoista: organisaatiosta puhuttiin kokouksissa yhteisenä työyhteisönä, johon kuulutaan, sekä työnantajana, johon taas kuuluu erityisesti organisaation ylin johto.

Johtopäätökset. Tulokset osoittavat, että työyhteisön jäsenet luovat ja ylläpitävät useita erilaisia ja samanaikaisia identifikaation kohteita työyhteisössään. Siten tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että organisaation jäsenillä on samanaikaisia eri identifikaation kohteita (esim. Scott ym. 1998). Osastonhoitajat identifioituivat yhtäaikaaisesti niin organisaatioon, toimialueeseen, omaan työyksikkönsä kuin omaan ammattiryhmäänsä ja rooliinsa esimiehenä. Tässä työryhmässä näyttää siltä, ettei sairaala organisaationa ole välttämättä kaikkein merkittävin identifikaation kohde, vaikka työryhmän jäsenet ovat myös jäseniä organisaation johtamisjärjestelmässä. Sen sijaan tässä tutkimuksessa identifikaation kohteena korostui erityisesti oma osasto. Tämä selittyy toki sillä, että kokouksessa osastonhoitajat edustivat omaa yksikköään, mutta asiaan liittyy myös lähijohtajan roolin merkityksen tunnistaminen ja ilmaiseminen. Tulokset tukevat aiempia tutkimuksia, joissa on todettu tiimiin identifioitumisen olevan vahvempaa kuin organisaatiossa identifioitumisen (Millward & Haslam 2013; van Dick ym. 2006; van Knippenberg & Schie 2000).

5 TYÖHYVINVOINTIA RAKENTAVA TYÖN KOORDINOIMINEN

Lääkäreiden ja hoitoa antavan henkilökunnan työ sairaalassa on itsessään erityislaatuista ja vaativaa: on omaksuttava rooleja lääketieteen asiantuntijasta huonojen uutisten tuojaan, hoitoprosessien tuntijasta omaisten tukijaan ja potilastyöstä hallinnollisten vastuiden kantajaan. Kun työssä liikutaan jopa elämän ja kuoleman kysymysten äärellä, työ voi olla emotionaalisesti hyvin kuormittavaa. Toisaalta työ tapahtuu erilaisilla rajapinnoilla: sairaalan erikoisalat ja hallinnollinen hierarkia nivoutuvat professio- ja ammattiryhmähierarkioihin, ja myös eri professioiden sisäiset hierarkiat luovat toimintaympäristöstä monella tapaa haastavan. (Apker 2012; Barbour 2010; Ray & Apker 2011; Wiili-Peltola 2005.) Sairaalityön luonteen huomioiden ei olekaan yllättävää, että työhyvinvointia on sairaalakontekstissa tutkittu runsaasti.

Työhyvinvointi on moniulotteinen ilmiö, jota on tarkasteltu niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisen hyvinvoinnin tasolla. Sitä on lähestytty sekä positiivisesta että negatiivisesta näkökulmasta riippuen siitä, onko tarkasteltava ilmiö ymmärretty hyvinvointia edistäväksi vai hyvinvointia heikentäväksi tekijäksi. Työhyvinvointia on tutkimuksissa tarkasteltu niin asenteena kuin olotilana, muun muassa työssä viihtyminen, työssä jaksaminen ja työtyytyväisyys ovat esimerkkejä hyvinvointiin kytketyistä käsitteistä. (Hakanen 2005; Martela 2012; Utriainen 2009.) Näistä työtyytyväisyyttä on käytetty sekä työhyvinvoinnin synonyymina että indikaattorina. Myös työn kuormittavuus on saanut tutkimuksissa runsaasti huomiota; tutkimuksissa keskitytään usein esimerkiksi kuormitukseen ja siihen kytkeytyviin tekijöihin. (Hayes ym. 2010; Kanste 2011; Martela 2012.)

Työhyvinvointia on tutkittu paljon yksilötasolla, ja usein se operationaalistetaan yksilön kokemukseksi (Gerlander & Launis 2007; Marjala 2009). Työhyvinvointia voidaan kuitenkin tarkastella myös yhteisötasolla. Esimerkiksi EU-Progress -hankkeen loppuraportissa työhyvinvointi määritellään toimijoiden tekemäksi turvalliseksi, terveelliseksi ja tuottavaksi työksi, joka on sekä yksilön että työyhteisön tekemää ja jonka yksilö ja työyhteisö kokevat palkitsevaksi ja merkitykselliseksi (Anttonen & Räsänen (toim.) 2009). Työhyvinvoinnin ja työyhteisön vuorovaikutuksen yhteydet on pitkään tunnustettu, ja esimerkiksi Martela (2012) kuvaa hyvinvoinnin perustuvan nimenomaan interpersonaalisiin suhteisiin ja sosiaalisiin prosesseihin. Tässä tutkimuksessa työhyvinvointia haluttiinkin

tarkastella juuri vuorovaikutuksessa rakentuvana, interpersonaalisenä ilmiönä, joka kytkee yhteen psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Tämä edellyttää vuorovaikutusprosessien analysoimista.

Aikaisempi tutkimus. Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitotyössä koettu kuormitus syntyy usein työyhteisön interpersonaalisisissa suhteissa ja vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi tiimityö (Dackert 2010), palaute (Christiansen 2008), yhteistyö lääkäreiden kanssa (Manoljovich 2005), hoitajien keskinäiset interpersonaaliset suhteet (McLennan 2005) sekä mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön, sen organisoimiseen ja koordinoimiseen (Rodwell & Munro 2013) selittävät koettua työtyytyväisyyttä ja sairaanhoitajien työhyvinvointia (ks. myös Utriainen & Kyngäs 2009). Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös havaittu, että vähäinen vuorovaikutus työtovereiden kanssa, puutteellinen sosiaalinen tuki ja monet hoitotyön emotionaaliset haasteet ovat hoitotyössä merkittäviä kuormitustekijöitä (Ray & Apker 2011). Ryhmien ja tiimien kontekstissa tiimin synergia ja työn koordinoiminen ovat myös yhteydessä sairaanhoitajien hyvinvointiin (Apker ym. 2009). Mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön luo hallinnan tunteen omasta työstä, ja sairaanhoitajat kokevatkin, että mahdollisuus osallistua oman työn koordinointiin edistää heidän hyvinvointiaan (Breux ym. 2008). Useimmat työhyvinvointia selittävät tekijät ovat jollain tapaa tunnistettavissa interpersonaalisisessa vuorovaikutuksessa syntyviksi. Tässä tutkimuksessa työhyvinvointia selittävistä tekijöistä tarkastelukohteeksi valittiin työn koordinoiminen.

Työn koordinoiminen määritellään tässä tutkimuksessa vuorovaikutuksessa tapahtuvaksi työhön liittyvien asioiden suunnitteluksi, neuvotteluksi ja reflektoimiseksi. Hyvinvointia työyhteisössä edistävät yhteisön vuorovuorovaikutuksen läpinäkyvyys, oman roolin, velvollisuuksien ja oikeuksien selkeyttäminen organisaatiossa, yhteisistä säännöistä neuvottelemineen, yhteisten työn tavoitteiden jakaminen työyhteisössä, strategian jakaminen organisaation eri tasoilla, osallistava johtaminen, yhteistyön tekeminen, haastavien tilanteiden ja konfliktien hallinta sekä luottamuksen ja työn arvostuksen rakentaminen (Biggio & Cortese 2013). Näitä ilmiöitä voidaan toteuttaa, rakentaa ja merkityksentää myös työtä koordinoitaessa. Työn koordinoimisen prosessin voidaan nähdä sisältävän mahdollisuuden vaikuttaa omaan työhön, ja esimerkiksi Robertsonin ja Flint-Taylorin (2008) mukaan hyvinvointiin kytkeytyvää merkityksellisyyden kokemusta voi muodostua mahdollisuudesta osallistua omaan työhön liittyvään päätöksentekoon. Työn tasapuolinen jakautuminen ja ajanhallinta ovat

osa työhyvinvoinnin rakentumista (Glasberg ym. 2008), mikä kytkee myös työn koordinoimisen prosessit hyvinvointiin: koordinoinnilla voidaan vaikuttaa työtehtävien järjestelyihin ja ajanhallintaan työssä.

Tutkimustehtävä. Työn koordinoimista tarkasteltiin tässä tutkimuksessa työyhteisön vuorovaikutuksessa rakentuvana prosessina. Tarkastelun kohteeksi valittiin hoitohenkilökunnan osastopalaverit, jotka ovat säännöllisiä yhteisiä kohtaamisia. Ne ovat usein myös sairaalatyöyhteisön ainoita muodollisia tapaamisia, joissa työntekijöiden ja lähijohtajien yhteinen työn suunnittelu ja koordinointi mahdollistuvat. Tutkimustehtävänä oli kuvata työn koordinoimista vuorovaikutusprosessina hoitavan henkilökunnan osastopalavereissa. Analyysissa keskityttiin osastopalavereissa syntyviin työn koordinoimista sisältäviin vuorovaikutusepisodeihin. Analyysi on kuvattu luvussa 3.2.

Tulokset. Osastopalavereissa työn koordinoimista tapahtui vuorovaikutusepisodeissa, jotka rakentuivat vähintään kahden osallistujan välille kehkeytyneestä keskustelusta. Vuorovaikutuksen sisältö episodeissa liittyi työhön, työn suunnitteluun ja työn reflektointiin. Työn koordinoimisen episodit erotettiin toisistaan aihesisällöittäin: kun yksi aihe oli käsitelty, episodi vaihtui. Episodi rakentui osallistujien puheenvuoroista, joilla oli erilaisia funktioita.

Palaveria johti vuorokerroin osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja. Vuorovaikutusepisodit, joissa työtä koordinoitiin, olivat valtaosin lähijohtajien eli osastonhoitajan tai apulaisosastonhoitajien aloittamia ja lopettamia. Osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat keskustelivat runsaasti organisaation toimintaan kytkeytyvistä asioista, välillä myös keskenään ilman että hoitohenkilöstö osallistui keskusteluun. Hoitohenkilöstö osallistui aktiivisemmin hoitotyöstä ja muusta oman osaston toimintaan ja lähityöympäristöön kytkeytyvistä teemoista keskustelemiseen.

Sisällöllisesti työn koordinoimisen prosesseissa vuorovaikutuksen teemoina olivat työympäristö, kuten työtilat ja -välineet; työn järjestäminen, kuten työvuorot ja vastuut; haastavat työtilanteet, kuten tapaukset, joissa potilasturvallisuus oli vaarantunut, sekä työyhteisön ajankohtaiset asiat, kuten erilaiset projektit, asiakaspalaute ja yhteiset tapahtumat. Kaikkiin teemoihin sisältyi keskustelua muutoksesta. Muutoksen teema nousi esiin niin organisaation, osaston kuin henkilöstön tasolla. Organisaation tasolla muutoksen teemaan sisältyi keskustelua esimerkiksi muuttuvista organisaatiorakenteista, osaston tasolla esimerkiksi työmäärän muutoksesta osastolla ja henkilöstön tasolla esimerkiksi henkilöstömuutoksista ja rekrytoinneista.

Työn koordinoiminen vuorovaikutusprosessina rakentui kahdestatoista erilaisesta funktiosta, jotka analyysissä tunnistettiin ja nimettiin aineistolähtöisesti. Funktiot olivat kokouksen koordinoiminen, tiedon hakeminen, tiedon jakaminen, mielipiteen hakeminen, mielipiteen jakaminen, vahvistuksen hakeminen, vahvistaminen, oikeutuksen hakeminen, oikeuttaminen, torjuminen, konsensuksen tai koheesion rakentaminen ja ohjeistaminen. Funktiot on kuvattu aineistoesimerkein taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Vuorovaikutuksen funktiot työn koordinoinnissa

Funktion nimi	Funktion selitys	Aineistoesimerkki funktiosta*
Kokouksen koordinoiminen	Kokouksen kulkuun liittyvät funktiot: esim. puheenvuoron pyytäminen ja antaminen	[OH viittaa] AOH2: Oliko (OH:n Nimi):lla jotain?
Tiedon hakeminen	Haetaan tietoa tai täsmennystä jostakin asiasta	AOH1: Miten se (Hm1:n Nimi) oli, oliko teillä kokous siitä (Paikkakunta A):n... teillä joku (hoitotapahtuma)-kokous oli yks päivä...
Tiedon jakaminen	Jaetaan tietoa tai täsmennetään jotakin tietoa	Hm1: (Paikkakunta A) mainittiin joo, että sinne pitää ruveta niitä tavaroita viemään ja virittelemään, mutta... sitä ei siinä varsinaisesti niin tarkaan käyty läpi [AOH: Joo], että jotenkin niin...
Mielipiteen hakeminen	Haetaan mielipidettä jostakin asiasta	OH: [kuvaa koulutuspäiville lähtijöiden valintaa] - - Miltä teistä kuulostaa?
Mielipiteen jakaminen	Jaetaan mielipide jostakin asiasta	Hn2: Kuulostaa ihan hyvältä.
Vahvistuksen hakeminen	Haetaan vahvistusta omaan tietoon tai ymmärrykseen	OH: Kyllähän se tuota (Nimi) sanoi silloin, että osaston pitäis pitää se yhteinen kokous siitä että lähetäänkö me mukaan tai lähteekö joku mukaan, että tuo pilotti kyllä jäi mulle kyllä auki, että tarkoittaako se koko työyhteisöä vai tarkoittaako se jotakin yksilöä... ymmärsitsää (sanoo S:lle) sen keskustelusta mitään... tai yksinpuheenvuorosta?

Vahvistaminen	Vahvistetaan tieto, kokemus tai ymmärrys todeksi	S: Samalla lailla.
Oikeutuksen hakeminen	Haetaan oikeutusta toiminnalle, puheenvuorolle, mielipiteelle tai tunteille	Hn6: Saako tähän sanoa, mä olin tässä [AOH1: aha] mukana [AOH1: noni], niin siinä tuli kolme hoitajaa sanomaan, että tehkää (hoitotoimenpiteen nimi) tässä [AOH1: aha], ja tämä kyseinen hoitaja oli ihan ulkopuolinen, joka tuli vaan sieltä sitten tän jälkeen sanomaan
Oikeuttaminen	Oikeutetaan toiminta, puheenvuoro, mielipide tai tunteet	AOH1: Aha [hämmästyneesti], että hoitajat lupasivat [Hn6: kyllä] sen (hoitotoimenpiteen) sinne käytävään. - - - AOH1: No täytyy panna kommentti sitten siihen, että jotkut hoitajat on luvannu sen siihen [Hn6: kyllä], - - -
Torjuminen	Torjutaan tieto tai ymmärrys; torjutaan toiminta, mielipide tai tunteet; torjutaan puheenvuoro; torjutaan oikeutuksen hakeminen tai vahvistuksen hakeminen	Hn4: Entä se (osaston nimi) ja (hoitotoimenpiteen nimi) ja Hn6: Se on ihan selvä juttu!
Konsensuksen tai koheesion rakentaminen	Rakennetaan konsensusta tai koheesiota tarinoinnalla, kevennyksillä tai huumorilla	OH: No niin, ja tänään meillä on puoliltapäivin sinne tyhyyn lähtö, onks kaikki valmistautunu henkisesti? Hm2: Onko siellä karhuja? [moni nauraa] OH: Oooooon! [nauraen] [moni nauraa]
Ohjeistaminen	Annetaan toimintaohje yksilölle tai yhteisölle, kuvataan tulevaa toimintaa, kuvataan jatkotoimenpidettä esim. jonkin asian edistämiseksi	AOH2: Oikeestaan sinä voisit (Hn3:n Nimi) tehdä siitä ihan semmoisen pikaohjeen [Hn3: joo], että mitenkä tuo kirjaus tapahtuu, ja mitenkä ne löytyy [Hn3: joo] millä painikkeella mikäkin sieltä että

* Aineistoesimerkeissä lyhenne OH viittaa osastonhoitajaan, AOH1 ja AOH2 apulaisosastonhoitajiin, Hn:t ja Hm:t hoitohenkilöstön nais- tai miesedustajiin ja S toimistosihteeriin. Sulkeisiin on merkitty anonyymiteetin säilyttämisen vuoksi poistetut sanat ja hakasulkeisiin päällekkäin puhuminen ja nonverbaalisen viestinnän havainnot.

Vuorovaikutuksen dynamiikan ja työhyvinvoinnin näkökulmasta keskeisiksi funktioiksi analyysissa näyttäytyivät oikeuttaminen ja vahvistaminen. Oikeuttamisessa keskityttiin oikeutuksen hakemiseen omalle toiminnalle, oman puheenvuoron merkityksellisyydelle, omalle mielipiteelle tai omille tunteille. Oikeutuksen hakemista ilmeni siis kahdella tasolla: toisaalta oikeutuksen hakemisena jollekin, jota puhuja oli tehnyt tai tekemässä tai jota puhuja tunsu tai oli tietyssä tilanteessa tuntenut, ja toisaalta oikeutuksen hakemisena omalle palaverissa esitetylle asialle tai puheenvuorolle.

Oikeutuksen hakemista seurasi usein oikeuttaminen, jolla toimintaa, puheenvuoroa, mielipidettä tai tunteita oikeutettiin eli ilmaisiin niiden olevan hyväksytyjä. Oikeuttamista voitiin ilmaista esimerkiksi kiittämällä tärkeän asian esiin ottamisesta, osoittamalla tukea esimerkiksi samanmielisyyden ilmaisulla tai osoittamalla asian olevan merkityksellinen esimerkiksi ilmaisemalla, että asia kirjataan palaverimuistioon. Esimerkiksi hoitaja saattoi hakea oikeutusta toiminnalleen haastavassa hoitotilanteessa kuvaamalla syytä käyttäytymiselleen, ja lähijohtaja oikeutti hänen toimintansa ilmaisemalla, että hoitajan kuvaus kirjataan palaverimuistioon.

Oikeuttamisen ja sen hakemisen prosesseissa rakennettiin myös yhteisöön kuulumista esimerkiksi hakemalla oikeutusta ”meidän hoitajien” tai ”meidän osaston” toiminnalle tai merkitykselle. Oikeuttajana oli usein lähijohtaja. Tunteiden osalta oikeutusta antoi usein myös vertainen eli toinen hoitohenkilöstöön kuuluva toiselle hoitohenkilöstön jäsenelle tai toinen lähijohtaja toiselle lähijohtajalle. Oikeuttamista määritteli siis oikeutuksen hakijan asema; oikeuttajana oli joko johtaja tai vertainen. Oikeutuksen hakemiseen voitiin vastata myös torjunnalla, jolloin oikeutuksen hakeminen hylättiin. Oikeutuksen haun torjumista käytettiin työn koordinoinnin prosesseissa harvoin.

Vahvistaminen liittyi osastopalavereiden vuorovaikutuksessa tietoon ja sen hallintaan. Vahvistusta voitiin hakea epävarmana ilmaistuun tietoon joltakin toiselta asiasta enemmän tietävältä henkilöltä. Vahvistusta voitiin hakea myös omaan ymmärrykseen tietyistä asiasta tai tietyssä tilanteessa syntyneeseen kokemukseen. Vahvistusta voitiin hakea esimerkiksi varmistavilla kysymyksillä, epävarmuutta osoittavilla ilmaisuilla tai mielipiteillä. Esimerkiksi eräässä episodissa osastonhoitaja kuvasi epävarmuuttaan toisessa tapaamisessa jaetusta tiedosta ja haki vahvistusta samassa tapaamisessa mukana olleelta toimistosihiteeriltä kysymällä, ymmärsikö tämä jotakin muuta kyseisessä tilanteessa jaetusta tiedosta. Toimistosih-

teeri vahvisti osastonhoitajan kokemuksen tiedon epäselvyydestä ilmaisemalla ymmärtäneensä asian samalla tavalla kuin osastonhoitaja.

Vahvistamisella osoitettiin, että toisen esittämä tieto, mielipide, kokemus tai arvio tiedosta eli oma ymmärrys jostakin asiasta, pitää paikkansa. Vahvistamisella osoitettiin toisen tieto oikeaksi tai relevantiksi esimerkiksi osoittamalla samanmielisyyttä, jakamalla tietoa tai tekemällä siitä yhteenveto. Vahvistamisella voitiin myös korostaa oman aiemman puheenvuoron tarkoituksenmukaisuutta esimerkiksi toistamalla asia. Vahvistaminen saattoi kytkeytyä myös tuen osoittamiseen, kun esimerkiksi lähijohtaja vahvisti toisen lähijohtajan epävarman tiedon osoittamalla olevansa itsekin asiasta epävarma. Työn koordinoinnin vuorovaikutuksessa vahvistajana toimi usein lähijohtaja tai sellainen henkilöstön jäsen, jolla oli käsiteltävästä asiasta tietoa asemansa (esimerkiksi tietynlainen vastuualue hoitajana), asiantuntijuutensa (esimerkiksi jäsenyys jossakin projektiryhmässä) tai työkokemuksensa (esimerkiksi kokemus tietyistä hoitotoimenpiteistä tai pitkä kokemus alalla) vuoksi.

Vahvistuksen hakeminen voitiin myös torjua. Torjuminen tapahtui esimerkiksi siten, että yksi palaverin osallistujista haki tietoa ja toinen torjui tiedonhaun ja keskustelunavauksen ilmaisemalla, että asia on selvä, eikä tietoa asiasta tarvitse jakaa. Vahvistuksen hakemisen torjumista oli työn koordinoinnin prosesseissa vähän.

Johtopäätökset. Työn koordinoiminen on vuorovaikutusprosessi, jossa jäsennetään tietoa, yhteisöllisyyttä ja tunteita. Prosessissa keskeisiksi vuorovaikutuksen funktioiksi näyttivät muodostuvan oikeuttamisen ja vahvistamisen funktiot, joiden yhteys työhyvinvoinnin rakentumiseen on ilmeinen. Kun tiedonhallinta ei ole vain yksittäisiä tiedonantoja, vaan tietoon haetaan vahvistusta ja samalla täydennystä toisilta, on kyse yhteisestä tiedon prosessoimisesta ja työyhteisön jäsenillä on näin mahdollisuus osallistua yhteisen tiedon rakentamiseen. Yhteinen tiedon arviointi ja prosessointi edistää tavoitteiden saavuttamista ja siten lisää myös tyytyväisyyttä yhteisön toiminnasta (Gouran & Hirokawa 2003). Oikeuttaminen on myös sosiaalisen tuen ilmaisemista. Erityisesti tunteiden oikeuttamisella on havaittu olevan tärkeä merkitys sille, kuinka supportiiviseksi, siis tukea-antavaksi, vuorovaikutuskumppanin sanomat arvioidaan (MacGeorge & Burleson 2011). Näin ollen toiminnan, mielipiteiden ja tunteiden oikeuttaminen työyhteisön vuorovaikutuksessa voi vahvistaa myös hyväksytyksi tuleminen tunnetta (Mikkola 2009) ja siten sen voi nähdä erittäin keskeiseksi työhyvinvoinnin tekijäksi.

Työn koordinoimiseen vuorovaikutuksessa näyttää nivoutuvan perustehtävästä nouseva piirre, jopa rakenne: koska potilasta hoidettaessa vastuunjaon kysymykset ovat keskeisiä, voisi ajatella, että oikeutusta ja vahvistusta hakemalla ja osoittamalla pyritään samalla siirtämään, jakamaan tai ottamaan vastuuta. Esimerkiksi epävarma tieto ei jää yksin yhden johtajan vastuulle, kun myös toinen johtaja vahvistaa tiedon olevan epävarmaa. Hyvinvoinnin kannalta voi olla merkittävää, että vastuuta jaetaan, mutta myös se, että joku ottaa vastuun esimerkiksi tiedon oikeellisuudesta vahvistamalla sen. Emotionaalisesti kuormittavassa työssä erilaisten tunteiden oikeuttaminen on selkeästi hyvinvointitekijä.

Oikeuttamisen ja vahvistamisen prosesseja voidaan tarkastella myös hyvinvoinnin riskinä. Jos omille tunteille tai mielipiteille on jatkuvasti haettava oikeutusta joltakin toiselta, voi se myös kuormittaa. Jos tieto ei ole tietoa ennen kuin se vahvistetaan, tiedonhallinnasta kehkeytyy vahvasti hyvinvointiin kytkeytyvä prosessi. On mahdollista, että toistuva torjutuksi tuleminen vaikuttaisi haluun osallistua keskusteluun, jolloin puolestaan näkemykset omista vaikutusmahdollisuuksista ja hallinnan tunne työn koordinoinnista voivat heikentyä, jolloin myös hyvinvointi heikkenee hallinnan puutteen myötä (Breux ym. 2008).

Osastopalavereiden vuorovaikutusta hallitsivat määrällisesti osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat eli hoitajien lähijohtajat. Tämä voi selittyä sillä, että osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat vetivät vuoronperään osastopalavereita ja olivat siten vastuussa suunniteltujen asioiden käsittelystä palaveriajan puitteissa. Työn koordinoimisen lisäksi he koordinoivat keskustelua ja siihen käytettyä aikaa ja toimivat siten usein vuorovaikutusepisodien aloittajina ja lopettajina. Johtajan rooli, jossa johtamista ja tilanteen haltuun ottamista odotetaan, selittää myös lähijohtajien osallisuusaktiivisuutta. Osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajien paikoin runsastakin keskinäistä keskustelua voi selittää osittain se, että osastonhoitajalla ja apulaisosastonhoitajilla on johtajaroolinsa vuoksi enemmän tietoa tietyistä aihealueista ja vastuu kokonaisuuksien hallinnasta. Osastopalaveri voi toimia lähijohtajille myös heidän keskinäisen yhteisen ymmärryksensä rakentamisen tilanteena ja johtajan työn koordinoimisen areenana. Hoitohenkilöstöllä on puolestaan työnsä luonteen vuoksi runsaasti tietoa perustehtävään kytkeytyvistä teemoista, joiden käsittelyssä henkilöstö oli melko aktiivinen

Lähijohtajien keskinäinen keskustelu yhteisessä tilanteessa voi lisätä läpinäkyvyyden tuntua esimerkiksi organisaation päätöksenteosta, mikä

voi kytkeytyä yhteisön hyvinvoinnin tukemiseen. Toisaalta osastopalavereiden muodostuessa lähijohtajien keskinäiseksi koordinointiareenaksi palavereiden merkitys koko yhteisön yhteiselle työn koordinoinnille saattaa hämärtyä. Hyvinvoinnin kannalta onkin tärkeää tunnistaa yhteisen työn koordinoinnin prosessin merkityksellisyys niin työn suorittamisessa kuin yhteisön hyvinvoinnin rakentumisessa.

6 VUOROVAIKUTUKSEN FUNKTIOT JA VERKOSTOT JOHTORYHMÄKOKOUKSISSA

Työyhteisöissä vuorovaikutukseen muodostuu käytänteitä, jotka ilmentävät työyhteisön rakenteita. Sairaalassa, joka on institutionaalinen organisaatio, vakiintuneet ja ajan myötä muotoutuneet käytänteet ovat oikeastaan koko organisaation perusta. Instituutiona sairaala ylläpitää olemassa olevaa sosiaalista järjestystä ja siten vakiintuneiden käytänteiden säilyttäminen on sairaalaorganisaatiolle jopa luonnollista. Toimintaa ohjaa tapa tehdä, ja kun tuota tapaa aletaan pitää oikeana toimintatapana, se alkaa muodostaa sääntöjä. Säännöt eli rakenteet ovat yhteisössä kollektiivisesti ylläpidettyjä, ja ne ovat osin julkilausuttuja mutta ne voivat olla tiedostamattomiakin (esim. Poole & McPhee 2005). Havaittaviksi ne tulevat yhteisön toiminnassa ja sen vuorovaikutuksessa (Mabry 2008).

Sairaalaorganisaatiossa syntyy esimerkiksi professio- ja valtarakenteita, erikoisalojen jakoon perustuvia rakenteita samoin kuin arvoja ja vuorovaikutuskäyttämisen normeja. Rakenteet saattavat siirtyä ryhmästä ja tilanteesta toiseen, koska ihmiset kuljettavat mukanaan totuttuja käytänteitä (Poole & McPhee 2005). Esimerkiksi sairaalassa kliinisestä työstä kumpuavien vuorovaikutuskäytänteiden, kuten raportoinnin, voi nähdä siirtyvän myös muihin tilanteisiin (ks. Apker ym. 2010). Myös johtoryhmätyöskentelyn mallien on koettu siirtyvän ryhmästä toiseen (Viitanen ym. 2011).

Vuorovaikutuksen suhde rakenteisiin on kahtalainen: toisaalta vuorovaikutus on se mekanismi, joka luo rakenteita, toisaalta vuorovaikutus ylläpitää ja vahvistaa rakenteita, kun vuorovaikutus on niiden mukaista. Vuorovaikutuskäyttämistä havainnoitaessa rakenteita on mahdollista tunnistaa ja mahdollista myös muuttaa. Työyhteisön muodollisten vuorovaikutustilanteiden, kuten kokousten, vuorovaikutuksen muuttaminen voi muuttaa myös niitä oletuksia, joiden mukaan kokousten ajatellaan toteutuvan. (Poole ym. 1996.)

Sairaalaorganisaation kompleksisuus ja toimintaympäristön muutokset asettavat haasteita tiedon välittymisen ja vuorovaikutuksen sujuvuuden varmistavien rakenteiden muodostamiseen, ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Näihin haasteisiin vastaamiseksi tarvitaankin monenlaisia vuorovaikutusta mahdollistavia ja tukevia rakenteita, sekä muodollisia että epämuodollisia. Tällaisina rakenteina voidaan nähdä esimerkiksi toisiinsa limittyvät sairaalan johtamis- ja tietojärjestelmät, joiden perusta on

hallintojärjestelmässä ja muodollisissa käytänteissä, mutta joita ylläpidetään vuorovaikutuksessa. Jotta voitaisiin arvioida käytänteiden tarkoituksenmukaisuutta suhteessa tavoitteisiin, on tarkasteltava vuorovaikutuksen käytänteitä. Tässä tutkimuksessa päädyttiin tarkastelemaan sitä, millaisia vuorovaikutuksen funktioita sairaalaorganisaation muodolliseen päätöksentekoon on vakiintunut.

Vuorovaikutuksen funktiot

Tausta. Kun vuorovaikutusta tarkastellaan vuorovaikutuksen funktioista käsin, keskitytään siihen, mitä vuorovaikutuksella pyritään saavuttamaan tai mitä sillä saavutetaan. Kyse ei siis ole sanomien sisällöllisestä erittelystä, vaan vuorovaikutuksen tutkimisesta välineenä, jolla tiettyjä päämääriä tavoitellaan. Ryhmän vuorovaikutuksen tutkimuksessa on pitkä traditio vuorovaikutuksen funktioiden tarkastelussa lähtien edelleen aktiivisessa käytössä olevasta Balesin vuorovaikutuksen prosessianalyysistä (IPA, 1950) ja SYMLOG-menetelmästä (Bales & Cohen 1979). Ryhmän vuorovaikutusfunktioiden tutkimuksissa on usein erotettu toisistaan vuorovaikutuksen relationaalinen ja tehtäväkeskeinen taso (Bales 1950; Beck & Keyton 2009). Tehtävätason funktioilla tarkoitetaan ryhmän tehtävätavoitteen suorittamiseen liittyviä vuorovaikutuksen funktioita. Relationaalisen tason funktioilla taasen tarkoitetaan ryhmän interpersonaalisiin suhteisiin ja ryhmän integroitumiseen liittyviä funktioita. Tässä tutkimuksessa huomio on ensisijaisesti vuorovaikutuksen tehtävätasolla.

Vuorovaikutuksen funktioiden tarkasteleminen on keskittynyt ryhmiin, ja funktioiden syntymistä on tarkasteltu runsaasti kokeellisissa pienryhmissä (Hollingshead ym. 2005). Funktionaalista lähestymistapaa on kuitenkin mahdollista soveltaa myös työyhteisötasolle ja käyttää myös kahdenvälisen keskusteluiden tarkasteluun. Lähestymistapana se ei siis rajaudu vain pienryhmään. Lähestymistapa sallii myös monenlaisten funktioiden tunnistamisen ja nimeämisen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on usein keskitytty päätöksenteon ja ongelmanratkaisun funktioihin.

Sairaalakontekstiin sijoittuvia vuorovaikutusfunktioihin keskittyviä tutkimuksia on vain muutamia. Esimerkiksi Atwal ja Caldwell (2005) tarkastelivat monimenetelmäisessä tutkimuksessaan moniammatillisten hoitotiimien vuorovaikutusfunktioita Balesin (1950) vuorovaikutusprosessin analyysin avulla. Koska suhdetason funktioita esiintyi aineistossa vain vähän, raportoivat he tuloksissaan ainoastaan tehtävätason funktioista. Myös Mikkola ym. (2014) totesivat, että sairaalajohtoryhmissä

vuorovaikutus on tehtäväkeskeistä. Atwalin ja Caldwellin tutkimuksessa tehtävätason funktiot olivat lähtökohtaisesti päätöksenteko- ja ongelmanratkaisukeskeisiä. Tutkijat totesivat, että tiimiä johtanut konsultoiva lääkäri käytti vuorovaikutusfunktioita selvästi monipuolisemmin kuin muut tiimin jäsenet: muut jäsenet esimerkiksi pyysivät tietoa ja ehdotuksia vain harvoin. Yleisesti kokousvuorovaikutuksessa on kuitenkin todettu olevan myös muita tehtävä- ja suhdekeskeisiä funktioita, kuten toiminnan koordinoimien funktioita, päätöksenteon ja ongelmanratkaisun funktioiden lisäksi (Scheerhorn ym. 1994).

Tämän tutkimuksen kohteena ovat muodolliset kokoukset, jotka määrittellään organisaation sisäisiksi, erikseen kokoon kutsutuiksi, muodollisiksi vuorovaikutustilanteiksi (Laapotti & Mikkola, tulossa). Kokoukset ovat yhteiskunnat, organisaatiot ja kulttuurit läpäisevä käytänte, ja kokousten merkitys erityisesti työelämässä on huomattava niin päätöksenteon, tiedon välittymisen, luovuuden kuin ajankäytönkin näkökulmista. Kokous konstruoidaan vuorovaikutuksessa, mutta se on toisaalta vahvasti institutionalisoitunut käytänte, jonka kulkua ohjaavat monet yhteiskuntaan, organisaatioon ja itse ryhmään sitoutuvat rakenteet.

Tutkimustehtävä. Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata vuorovaikutuksen tehtäväkeskeisiä funktioita sairaalan johtoryhmäkokouksissa ja tarkastella eri organisaatiotasojen johtoryhmäkokousten eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Tavoite asetettiin, koska haluttiin selvittää millaisia vuorovaikutusfunktioita sairaalan johtamis- ja tietojärjestelmään kuuluvien ryhmien vuorovaikutuksessa ilmenee, ja toisaalta pyrittiin ymmärtämään organisaatorakenteen heijastumista vuorovaikutukseen. Menetelmänä oli aineistolähtöinen sisällönanalyysi, joka on kuvattu luvussa 3.2.

Tulokset. Toimialueen johtoryhmän vuorovaikutus rakentuu tiedon jakamisen, tiedon käsittelyn, tiedon arvottamisen, kokouksen organisoimien, toiminnan koordinoimien ja ilmapiirin keventämisen funktioista. Tiedon jakaminen oli asioista tiedottamista ja uusien asioiden esiin nostamista. Tiedon käsittelyyn kuului yhteisen ymmärryksen rakentamisen funktioita, kuten täsmennysten antamista ja lisätietojen pyytämistä. Tiedon arvottaminen oli esimerkiksi jaetun tiedon arviointia, ongelmien esiin nostamista ja mielipiteiden ilmaisemista. Kokouksen organisointi liittyi kokousprosessin eteenpäin viemiseen ja toiminnan koordinointiin kuului erilaisten ohjeistusten sekä pyyntöjen tarjoaminen, eli sovittiin erilaisten tehtävien suorittamisesta. Ilmapiirin keventäminen oli huumorin kautta tapahtunutta kokousprosessin eteenpäin kuljettamista ryhmän

yhteenkuuluvuutta vahvistamalla. (Laapotti & Mikkola, tulossa.)

Toimialuetasolla ajallisesti merkittävin funktio oli tiedon jakaminen. Määrällisesti eniten esiintyi tiedon käsittelyn funktioita, eli näiden funktioiden osalta puheenvuorot olivat tyypillisesti tiedon jakamista lyhempiä. Tiedon prosessointi ja arviointi ryhmätasolla oli kuitenkin kaiken kaikkiaan melko vähäistä. Funktiojakaumat olivat samantyyppisiä kokouksesta toiseen, vaikka eroavaisuuksia kokousten välillä löytyykin. (Laapotti & Mikkola, tulossa.)

Vastuualuetason kokouksissa esiintyi samoja funktioita kuin toimialuetasolla. Lisäksi vastuualuejohtoryhmissä vuorovaikutuksella oli ongelmanratkaisuun tai päätöksentekoon kohdistuvia funktioita, jotka ilmenivät esimerkiksi ratkaisuehdotusten hakemisena ja tarjoamisena. Ajallisesti ja määrällisesti ongelmanratkaisun ja päätöksenteon funktioita oli melko vähän. Organisaation eri hierarkiatasoilla oli funktioiden jakaumassa huomattava ero: vastuualuetasolla tietoa käsiteltiin huomattavasti enemmän kuin toimialuetasolla. Yksisuuntaista tiedon jakamista esiintyi vastuualuetasolla vähemmän kuin toimialuetasolla, mutta yhteisen ymmärryksen muodostamiseen käytettiin vastuualuetasolla enemmän aikaa, mikä näkyi tiedon käsittelyn funktioiden määrässä. Myös tiedon arvottamisen funktioita oli hieman enemmän kuin toimialuetasolla. Kokouksen organisoinnin, toiminnan koordinoinnin ja ilmapiirin keventämisen funktioita esiintyy kutakuinkin saman verran vastuualueen ja toimialueen johtoryhmäkokouksissa. Eri organisaatiotasolla toimivien johtoryhmien välillä selvimmät erot muodostuivat siis tiedon prosessoinnin ja päätöksenteon ja ongelmanratkaisun funktioiden esiintymiseen.

Vuorovaikutusverkosto

Verkostoteoreettista lähestymistapaa on sovellettu systeemiteoriaan pohjautuvassa organisaatiotutkimuksessa erityisesti viime vuosina melko paljon (Monge & Contractor 2003; Prell 2012). Verkostoanalyysit ovat perinteisesti pohjanneet erityyppisiin kysely- ja haastatteluaineistoihin, jotka on kerätty joko yhdestä tai useasta organisaatiosta, tutkimuksen tavoitteesta riippuen (Sauer & Kauffeld 2013). Verkostoanalyysin tuloksena on kuvaus viestintä- tai yhteistyöverkostosta eli esimerkiksi kuvaus siitä, keiden kaikkien kanssa kukin kyselyyn vastanneista on ollut tekemisissä viimeisen kuukauden aikana. Tavoitteena on usein tunnistaa viestintäverkostojen solmukohtia, eli verkostojen merkittäviä yksilöitä tai suhteita (Prell 2012).

Myös vuorovaikutuskäytänteitä ja niiden rakentumista voidaan lähestyä vuorovaikutusverkostojen näkökulmasta. Kun verkostoanalyysin fokus viedään pienryhmätasolle ja aineistona on havainnointiaineisto, voidaan puhua viestintäverkoston sijaan vuorovaikutusverkostosta. Sauer ja Kauffeld (2013) toteavat sosiaalisen verkostoanalyysin olevan hyvä väline kokousvuorovaikutuksen rakentumisen, osallistumisen ja osallistujien roolien tarkasteluun. Tässä tutkimuksessa keskitytään ryhmän vuorovaikutusverkoston keskittyneisyyteen eli tarkastellaan, missä määrin ryhmän vuorovaikutus keskittyy yhteen tiettyyn henkilöön.

Tutkimustehtävä. Tavoitteena on kuvata kokousten vuorovaikutusverkostoa toimialue- ja vastuualuetason johtoryhmissä sekä tarkastella vastuualue- ja toimialuetasojen eroja ja yhtäläisyyksiä vuorovaikutusverkoston rakentumisessa. Menetelmänä käytettiin sosiaalista verkostoanalyysia. Analyysi on kuvattu luvussa 3.2.

Tulokset. Kokousvuorovaikutus keskittyi voimakkaasti puheenjohtajaan ja keskustelut ovat suurelta osin kahdenvälisiä puheenjohtajan ja yhden osallistujan kesken. (Ks. verkostoanalyysin tulokset liitteissä 1 ja 2). Tämä tarkoittaa sitä, että ryhmän vuorovaikutusverkostossa puheenvuorot suuntautuvat eniten puheenjohtajalta yhdelle jäsenelle tai yhdeltä jäseneltä puheenjohtajalle ja vain harvoin jäseneltä toiselle. Usein puheenjohtaja ja muutama tietty johtoryhmän jäsen vaihtoivat useita puheenvuoroja keskenään, mutta muut jäsenet osallistuivat vuorovaikutukseen huomattavasti vähemmän. Sekä toimialue- että vastuualuetason johtoryhmäkokousten välillä oli keskinäisiä eroja verkoston keskittyneisyydessä. Keskimäärin reilu viidennes puheenvuoroista oli suunnattu koko ryhmälle.

Taulukossa 3 on esitetty toimialuetason ja vastuualuetason johtoryhmien vuorovaikutusverkoston keskittyneisyydet. Niitä verrattaessa voidaan todeta vastuualuejohtoryhmien olevan voimakkaammin keskittyneitä. Keskittyneisyys ei näyttäisi tässä tapauksessa lisääntyvän organisaatiohierarkiassa ylöspäin mentäessä, vaan päinvastoin. Toisaalta toimialuejohtoryhmäkokoukset 3 ja 4 ovat hyvinkin puheenjohtajaan keskittyneitä.

TAULUKKO 3 Vuorovaikutusverkostojen keskittyneisyydet

	Kokous 1	Kokous 2	Kokous 3	Kokous 4	Kokous 5	KA
Toimialueen johtoryhmä	0,52	0,51	0,80	0,83	0,66	0,66
Vastuualueen johtoryhmä	0,73	0,62	0,79	0,94	0,88	0,79

Taulukossa 4 on esitetty koko ryhmälle suunnattujen puheenvuorojen osuudet. Kuten voidaan havaita, koko ryhmälle suunnattujen puheenvuorojen osuudet kokousvuorovaikutuksesta ovat samansuuntaisia toimialue- ja vastuualuejohtoryhmissä.

TAULUKKO 4 Koko ryhmälle suunnattujen puheenvuorojen osuudet

	Kokous 1	Kokous 2	Kokous 3	Kokous 4	Kokous 5	KA
Toimialueen johtoryhmä	29,90 %	13,40 %	21,00 %	23,00 %	18,40 %	21,10 %
Vastuualueen johtoryhmä	21,40 %	26,60 %	27,20 %	22,20 %	18,30 %	23,10 %

Taulukosta 3 voidaan havaita, että vastuualueen johtoryhmäkokous 4:n keskittyneisyys on 0,94, eli hyvin lähellä täydellisen keskittyntä verkostoa. Kaiken kaikkiaan keskittyneisyysluvut ovat melko korkeita, mikä siis kertoo puheenjohtajan huomattavan keskeisestä roolista kokouksissa. Kokouskohtaista keskittyneisyyden vaihtelua oli kuitenkin paljon: toimialuejohtoryhmissä keskittyneisyys vaihteli välillä 0,51–0,83 ja vastuualuejohtoryhmissä välillä 0,62–0,94. Puheenjohtaja oli yhtä poikkeusta lukuun ottamatta keskeisin henkilö kokousverkostoissa. Tässä poikkeustapauksessa, vastuualueen johtoryhmä 3:ssa, kokouksia yleensä johtava vastuualuejohtaja ei ollut paikalla, joten kokoukselle valittiin tilanteessa puheenjohtaja. Valittu puheenjohtaja, apulaisosastonhoitaja, oli kyseessä olevan kokouksen toiseksi eniten keskiössä oleva osallistuja, kokouksen keskeisin henkilö oli osastonylilääkäri. Keskittyneisyyslukuja tarkas-

teltaessa on huomioitava, että niitä laskettaessa ei ole huomioitu koko ryhmälle suunnattuja puheenvuoroja, eli keskittyneisyys kuvaa ryhmän vuorovaikutusverkostoa niiltä osin kuin puheenvuorot on selkeästi suunnattu tietylle ryhmän jäsenelle.

Johtopäätökset

Organisaatorakenteet ja niiden kautta määrätyt edustukselliset roolit ja kokousten tavoitteet vaikuttavat ohjaavan työyhteisön vuorovaikutusta muodollisissa kokouksissa sekä vuorovaikutuksen funktioiden että vuorovaikutusverkostojen näkökulmista. Aikaisemmassa sairaalatutkimuksessa esimerkiksi Iedema ym. (1999), Atwal ja Caldwell (2005) sekä Mikkola ym. (2014) ovat todenneet organisaatorakenteisiin perustuvien roolien ilmenevän muodollisissa vuorovaikutustilanteissa. Organisaatio- ja roolirakenteet heijastuvat tässä tutkimuksessa vuorovaikutusfunktioihin siinä mielessä, että toimialueen kokoukset olivat keskenään melko samanlaisia. Myös vastuualueen kokoukset olivat funktioiden osalta keskenään toistensa kaltaisia.

Vuorovaikutusverkostojen keskittyneisyys vaihteli kokouksittain kummallakin organisaatiosalla yllättävänkin paljon ottaen huomioon, että kokousten asialistat pysyivät lähes muuttumattomina kokouksesta toiseen. Vuorovaikutusverkostojen muutoksiin on voinut vaikuttaa ryhmien jatkuvasti vaihtunut kokoonpano ja sen kautta ryhmän kokoon ja jäsenten vuorovaikutustyyliin liittyvät seikat. Asiaa voi selittää myös aineiston koko: laajempi aineisto voisi tuoda eroja vuorovaikutusverkostojen keskittyneisyyksistä. Systemiteoreettisesta, erityisesti kompleksisten systemien, näkökulmasta on myös mahdollista, että pienetkin sisällölliset seikat voivat muuttaa vuorovaikutusverkoston rakennetta merkittävästi, jopa ennustamattomalla tavalla.

Erot toimi- ja vastuualueen johtoryhmäkokousten vuorovaikutusfunktioissa ja vuorovaikutusverkostoissa ovat erityisen mielenkiintoisia, sillä johtoryhmien organisaation hallintosäännön määrittelemät tehtävät ovat samat toimi- ja vastuualueilla: toimia toimi- tai vastuualueen johtajan johtamisen apuvälineenä ja talouslukujen seuraajana. Tässäkin toki on syytä huomioida se, että vastuualuejohtoryhmäkokousten vuorovaikutuksen keskittyneisyyden kuvaus perustuu pieneen aineistoon.

Funktioiden näkökulmasta vastuualueen johtoryhmäkokouksissa prosessoitiin tietoa huomattavasti enemmän kuin toimialueen johtoryhmässä. Tämä viittaa siihen, että vastuualueen kokouksissa keskusteltiin

enemmän. Vuorovaikutusverkostoja tarkasteltaessa voidaan kuitenkin todeta, että keskustelu ei kummallakaan organisaatiotasolla juuri tapahdu ryhmätasolla, vaan ennemmin puheenjohtajan ja yhden jäsenen välillä kerrallaan. Vastuualueen kokouksissa esiintyi hieman enemmän myös tiedon arvioinnin funktioita ja lisäksi päätöksenteon ja ongelmanratkaisun funktioita, joita ei toimialueetasolla esiintynyt lainkaan. Tähän vaikuttaa se, että vaikka kummankin johtoryhmän muodolliset tehtävät ovat samanlaisia, kuuluu vastuualueen johtoryhmä kiinteämmin osaksi työntekijöiden mieltämää työyhteisöä ja ennen kaikkea kliinisen työn tekemistä. Johtoryhmän kokouksissa voidaan käsitellä herkemmin työyhteisön ongelmatilanteita kuin toimialueen johtoryhmäkokouksissa, joissa hallinnollisen työn taso on noussut ikään kuin abstraktimmaksi.

Vastuualueetasolla vuorovaikutusverkostojen korkeampi keskittyneisyys suhteessa toimialueetasoon on tuloksena jopa hieman yllättävä. Yhtenä selittävänä tekijänä voi olla se, että toimialueetasolla lähes kaikki kokoukseen osallistujat ovat toisiaan vastaavassa organisatorisessa asemassa (vastuualuejohtaja), kun taas vastuualueetasolla hallinnollisten ja professionaalisten asemien kirjo on laajempi (esim. lähihoitaja, sairaanhoitaja, osastonhoitaja, osastonylilääkäri, ylilääkäri). Laaja kirjo saattaa korostaa puheenjohtajan (ylilääkäri) organisaatiohierarkiaan perustuvaa asemaa, mikä saattaa vaikuttaa kokouksessa osallistumiseen. Tätä johtopäätöstä tukee osaltaan havainto siitä, että vaikka vastuualuejohtoryhmäkokous 3:ssa valittiin puheenjohtajaksi apulaisosastonhoitaja, oli kyseisen kokouksen vuorovaikutusverkoston keskeisin toimija puheenjohtajan sijaan osastonylilääkäri. Ero puheenjohtajan ja osastonylilääkärin välillä oli tässä tapauksessa pieni, mutta muihin kokouksiin verraten tämä on poikkeuksellinen havainto: muissa kokouksissa puheenjohtaja oli selkeästi muita osallistujia osallistuvampi.

Kaiken kaikkiaan vuorovaikutuksen tehtäväkeskeisiä funktioita ja vuorovaikutusverkostoja tarkastelemalla voidaan todeta sekä vertikaalisten että horisontaalisten organisaatorakenteiden ohjaavan muodollisten kokousten vuorovaikutusta, ajoittain jopa rajoittavasti (hierarkia), mutta myös keskustelua lisäävästi (työyhteisön läheisyyden merkitys). Ongelmanratkaisun ja päätöksenteon funktioiden esiintymisen vastuualueiden johtoryhmissä voidaan nähdä kytkeytyvän mahdollisuuteen osallistua ja vaikuttaa omassa työyhteisössä, mikä voi kytkeytyä kokemukseen vaikuttamismahdollisuuksista ja siten työhyvinvoinnin kokemuksen rakentamiseen. Työhyvinvointiin vaikuttaa myös työyhteisöön kuulumisen tunne, joka tässä näyttää heijastuvan myös vuorovaikutuskäyttäytymiseen.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Sairaala on monitahoinen kudelma erilaisia rakenteita. Rakenteet ovat organisaatiotason rakenteita, kuten erikoisalvoja, hierarkiatasoja ja profesioita. Ne ovat virallisia, kuten hallintosääntöjen ohjaama johtamisjärjestelmä, tai epävirallisia mutta vakiintuneita, kuten henkilöstöpalaverit. Rakenteet tulevat näkyviksi ja niitä ylläpidetään työyhteisöjen ja -ryhmien vuorovaikutuksessa ja niitä voi tarkastella vuorovaikutuskäytänteinä. Vuorovaikutuskäytänteet perustuvat osin organisaatorakenteisiin, mutta ne voivat perustua myös vuorovaikutuksen rakenteistumiseen. Vuorovaikutuskäytänteiden yhteydet organisaation rakenteisiin voivat olla ilmeisiä ja näkyviä mutta myös piiloisia. Yhtä kaikki sairaalassa ilmenevät rakenteet muodostavat rajapintoja, jotka ovat hyvin kiinnostavia vuorovaikutuksen näkökulmasta. Rajapinnoilla määritellään ja neuvotellaan rakenteista ja niiden merkityksestä sekä ilmaistaan ja tuotetaan rakenteita.

Tämän tutkimushankkeen lähtökohtana oli tarkastella sairaalatyöyhteisöä ja työhyvinvointia vuorovaikutusprosesseina. Aikaisemmissa terveydenhuollon vuorovaikutusta tarkastelleissa tutkimuksissa vuorovaikutusta on yleensä tarkasteltu työhyvinvointia selittävänä tekijänä. Toistaiseksi vasta harvoin tutkimukset ovat kohdentuneet autenttisen vuorovaikutuksen havainnointiin ja siihen, miten työhyvinvointia ja työyhteisöä vuorovaikutuksessa rakennetaan.

Tämän tutkimushankkeen tavoitteena oli 1) analysoida sairaalatyöyhteisön vuorovaikutuskäytänteitä, niiden funktioita ja taustalla olevia rakenteita, 2) ymmärtää vuorovaikutuskäytänteiden ja työhyvinvoinnin yhteyksiä sairaalatyöyhteisöissä ja 3) kuvata vuorovaikutuksen johtamisen haasteita sairaalatyöyhteisössä. Tässä johtopäätösosiossa tarkastellaan, kuinka näihin tavoitteisiin on osatutkimuksien kautta vastattu. Tämä luku etenee siten, että ensin tarkastellaan vuorovaikutuskäytänteitä ja niiden funktioita rinnakkain työhyvinvoinnin kanssa: ensimmäistä ja toista tavoitetta tarkastellaan siis suhteessa toisiinsa. Tämän jälkeen tarkastellaan vuorovaikutuksen johtamisen kysymyksiä eli pohditaan sitä, millä tavoin tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset vastaavat kysymykseen kolme.

7.1 Sairaalan organisaatorakenteiden ilmeneminen työyhteisön vuorovaikutuksessa

Professorirakenne vuorovaikutuksen näkökulmasta. Professorirakenne näkyy kaikessa sairaalaorganisaation toiminnassa. Vuorovaikutuksen näkökulmasta se tulee erityisen näkyväksi tilanteissa, joissa osallistujat edustavat eri professioita, mutta se vahvistuu myös ammattiryhmän sisällä. Professorirakenne on merkityksellinen tekijä työhyvinvoinnin näkökulmasta ja sitä on pidetty yhtenä keskeisimmistä vuorovaikutuksen haasteista terveydenhuollon tiimeissä (Miller & Considine 2011). Professorirakenne, sen muodostamat rajapinnat ja niiden ylläpitäminen nousi esille myös tässä tutkimuksessa: haastattelututkimuksessa, jossa analysoitiin työyhteisön koettuja rajapintoja, ja havaintoaineiston analyysissa, jossa tutkittiin hoitajajohtajien työryhmässä ilmeneviä identifikaatioita.

Professorirakenne heijastuu monella tavalla työhyvinvointiin. Ammatti-identiteetillä on merkitys työhyvinvoinnille itsessään (esim. Saxen 2009), ja vahvan asiantuntemuksen on todettu vahvistavan yhteisöllisyyden kokemusta (Lampisen ym. (2013) mukaan Love 2007). Tässä tutkimuksessa oma ammattiryhmä nousi merkittäväksi hoitajajohtajien identifikaation kohteeksi, jota ilmaistiin ja ylläpidettiin kokousvuorovaikutuksessa. Haastattelututkimuksen tuloksissa korostui kollegiaalisuuden ja vertaisuuden kokemus. Professorirakennetta ylläpidetään työyhteisössä esimerkiksi siinä, että ammattiryhmät kokoontuvat ja kollegat hakeutuvat toistensa seuraan tilanteissa, joissa työtehtävä ei määritä tilannetta. Tällöin myös esimerkiksi henkilökohtaisen tiedon jakaminen ja vertaissuhteiden kehittyminen tapahtuu lähinnä ammattiryhmittäin. Vuorovaikutus interpersonaalaisella tasolla vahvistaa työhyvinvointia, koska se vahvistaa kuulumista ja yhteisöllisyyttä. Vahva sisä- ja ulkoryhmien olemassaolo, joka tulee näkyväksi vuorovaikutuksessa, voi tuottaa myös eriarvoisuuden kokemista ja esimerkiksi alemmuudentunnetta (Johnson & Kring 2012).

Koska sairaalatyöyhteisöön kuuluu työntekijöitä, jotka eivät kuulu tai joiden työssä kuuluminen omaan ammattiryhmään ei ole mahdollista, voidaan professorirakenteen vahvuutta pitää työhyvinvoinnin riskinä. Toisaalta professorirakenne ei sellaisenaan estä yhteisöllisyyden syntymistä ja vähennä työhyvinvointia. Tässä tutkimuksen tulokset viittasivat siihen, että moniammatillinen tiimityö mahdollistaa yhteenkuuluvuuden professorirakenteen yli. Tämä johtuu siitä, että yhteinen työtehtävä myös luo yhteisöllisyyttä ja oman työn merkityksellisyys vahvistuu vuorovaikutuksessa muiden kanssa.

Erikoisalojen ja hierarkkisuuden rakenteet vuorovaikutuksessa. Profession rakenteen rinnalla sairaalaorganisaation rakenne rakentuu erikoisalojen ja hierarkkisuuden perustalle. Työyhteisöjen vuorovaikutusta moninaistaa ja monimutkaistaakin se, että hierarkkisuus kytkeytyy myös professioiden väliseen hierarkiaan ja erikoisalojen keskinäiseen arvostukseen ja arvojärjestykseen (ks. Virtanen 2010). Työyhteisötasolla erikoisalat näkyvät nimenomaan vastuuyksiköissä, joita määrittävät sekä erikoisalat että hierarkiataso. Vastuualueyksikön merkitys oli keskeinen työyhteisön määrittämisessä.

Tässä tutkimuksessa sairaalaorganisaation moninaisuus näkyi identifikaatioiden moninaisuudessa: identifikaation kohteina oli oma työyksikkö, toimialue, sairaalaorganisaatio, ammattiryhmä, oma työ ja hoitaja-johtajien työryhmä. Työhyvinvoinnin näkökulmasta olennaista on se, millä tavalla erilaisia ryhmiä ja me-he -kategoriointeja ilmaistaan työyhteisön vuorovaikutuksessa ja työyhteisön jäsenten jokapäiväisessä työssä. Voimakas identifioituminen omaan työyhteisöön luonnollisestikin tukee työhyvinvoinnin rakentumista. On kuitenkin mahdollista, että hierarkiset ja erikoisalojen väliset rajat heijastuvat työhyvinvointiin myös negatiivisesti. Työhyvinvoinnin näkökulmasta lienee merkitystä erityisesti sillä, millaiseksi muodostuu identifikaation affektiivinen ja arvioiva ulottuvuus: miten omaa työyksikköä esimerkiksi arvioidaan suhteessa toiseen työyhteisön vuorovaikutuksessa.

Moniroolisuus. Sairaalaorganisaatioon, kuten moniin muihinkin asiantuntijaorganisaatioihin, rakenteistuu asemia ja työtehtäviä, joita luonnehtii moniroolisuus. Sairaalassa moniroolisuus syntyy, kun kliinisen työn rinnalle muodostuvat hallinnollinen rakenne ja hallinnolliset työtehtävät. Moniroolisuus liittyy erityisesti johtamistehtäviin, mutta se voi koskea myös joitakin muita työntekijöitä, jotka valitaan esimerkiksi edustamaan omaa työyhteisöään tai ammattiryhmäänsä. Moniroolisuus tuottaa työyhteisöön rooliodotuksia, jotka voivat olla myös keskenään ristiriitaisia.

Moniroolisuus kytkeytyy työhyvinvointiin identifikaatioiden, niiden tunnistamisen ja niiden mukaisesti toimimisen kautta. Ristiriitaiset rooliodotukset voivat uhata työhyvinvointia. Moniroolisuus voi kuormittaa myös, koska se edellyttää tilannekohtaista mukautumista vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Esimerkiksi siirtyminen hierarkiataasolta toiselle heijastuu odotuksiin vuorovaikutuskäyttäytymisestä: on mahdollista, että lähijohtaja-alainensuhde määrittyy eri tavoin eri tilanteissa. Kun taustaryhmä, jota työntekijä edustaa, muuttuu, se muuttaa ryhmän ympäristöä,

jolloin muuttuu myös vuorovaikutus (Stohl & Putnam 2003). Tässä tutkimuksessa moniroolisuus nousi esille työyhteisöä kuvattaessa. Haastatellut tunnistivat sen ja puhuivat siitä, vaikkei sen yhteyttä työhyvinvointiin suoraan ilmaistukaan.

7.2 Vuorovaikutuskäytännön rakentuminen: oikeuttaminen ja vahvistaminen vuorovaikutuksen funktiona

Työn koordinoiminen voidaan ymmärtää vuorovaikutusprosessiksi, jossa jäsennetään tietoa, tunteita ja yhteisöllisyyttä. Koordinoimisessa keskeiseksi tässä tutkimuksessa muodostuivat oikeuttaminen ja vahvistaminen vuorovaikutusfunktiona. Niihin kytkeytyivät myös oikeutuksen hakemisen ja vahvistuksen hakemisen funktiot. Nämä vuorovaikutuksen funktiot tunnistettiin aineistolähtöisestä analyysin perusteella.

Oikeuttaminen ja vahvistaminen näyttävät kytkeytyvän erityisesti vastuun käsittelemiseen vuorovaikutuksessa: näyttää siltä, että hakemalla oikeutusta tai vahvistusta omalle tiedolle, tunteille ja positiolle ratkotaan samalla myös vastuun jakamista. Oikeuttamalla tai vahvistamalla voidaan ottaa vastuu tai siirtää se jonnekin muualle. Sairaalaorganisaatiossa vastuun kysymykset ovat keskeisiä ja vastuut ovat selkeästi nimettyjä: esimerkiksi lääkäriprofession hierarkkinen asema perustuu medikaaliseen vastuuseen, jota voidaan pitää sairaalaorganisaation perustehtävän ydinkysymyksenä. Näin ollen tieto siitä, kuka on vastuussa, on keskeinen tekijä onnistuneen työn lopputuloksen kannalta. Onkin mahdollista, että tämän kaltainen vastuun eksplikoiminen on vuorovaikutuskäytäntö, joka tunnustetaan myös muissa sairaalatyöyhteisön vuorovaikutustilanteissa.

Hyvinvointiin vastuun siirtäminen eli oikeuttaminen ja vahvistaminen liittyvät ainakin kahdella tavalla. Ensinnäkin on kysymys vastuunjaosta ja sen tukemasta työstä suoriutumisesta (Biggio & Cortese 2013). Toiseksi oikeuttaminen ja vahvistaminen kytkeytyvät erityisesti epävarmuuden hallitsemiseen työyhteisössä: vaikka tietoa ei olisi saatavilla, epävarmuutta voi hallita siten, että vastuut osoitetaan selkeästi. Tämän tutkimuksen tulosten valossa voidaan ajatella, että vastuiden tunnistaminen ja merkityksentäminen vuorovaikutuksessa ovat yksi työhyvinvoinnin rakentumisen perusprosesseja ja tärkeitä organisaation vuorovaikutuksessa laajemmin kuin vain hoitotyötilanteissa.

7.3 Sairaalan organisaatorakenteiden ilmeneminen johtoryhmien vuorovaikutuksessa

Sairaalan johtamisjärjestelmään kuuluvat johtoryhmäkokoukset ovat virallisia, hallintosäännön ohjaamia vuorovaikutustilanteita. Niitä ohjaavat julkilausuttu tavoite, viralliset ohjeet ja vakiintuneet käytänteet, jotka eivät kuitenkaan suoranaisesti määritä kokouksen vuorovaikutusta. Sen sijaan ryhmällä ja puheenjohtajalla on mahdollisuus määrittää sitä, kuinka ohjeita tulkitaan ja hyödynnetään. Vaikka hallintosääntöön kirjatut tavoitteet, menettelytavat ja jopa puheenjohtaja ovat täsmälleen samat, vuorovaikutukseen syntyy erilaisia käytänteitä ja vuorovaikutuksen tehtävät ovat erilaisia, vuorovaikutuksessa ilmenee erilaisia funktioita.

Tässä tutkimuksessa vuorovaikutusverkostojen näkökulmasta kahden eri hierarkiataason johtoryhmän vuorovaikutus oli hyvin samankaltaista. Vuorovaikutus mukaili organisaatorakenteita, mikä näkyi edustuksellisissa rooleissa ja kokousten tehtävissä. Kokoukset olivat leimallisesti puheenjohtajakeskeisiä ja merkittävä osa kokoukseskustelusta käytiin puheenjohtajan ja yhden osallistujan välillä kerrallaan. Puheenjohtajan rooli on merkittävä niin sairaalaorganisaatiossa kuin muissakin konteksteissa (esim. Asmuß & Svennevig 2009), tässä tutkimuksessa havaittiin sen lisäksi keskusteluiden kahdenvälisyys.

Vaikka kokoukset ovat voimakkaasti puheenjohtajakeskeisiä, ei puheenjohtaja ole kuitenkaan yksin luonut tai ehkä edes pystyäkään luomaan vuorovaikutuskäytänteitä, vaan käytänteet muodostuvat ennemminkin ryhmätasolla, jolla sitä säätelevät ryhmän jäsenyydet ja ryhmän välitön ympäristö (Stohl & Putnam 2003), joka on erilainen eri hierarkiataasolla. Ympäristö ja jäsenyydet määrittävät myös ryhmäkohtaisten tavoitteiden syntymistä, joka puolestaan heijastuu vuorovaikutusfunktioihin. Tässä tutkimuksessa erot eri hierarkiataasojen johtoryhmän vuorovaikutuksessa näkyivät siinä, että vastuualueen johtoryhmän kokouksissa esiintyi päätöksenteon ja ongelmanratkaisun funktioita, joita toimialueella ei esiintynyt. On todennäköistä, että kun kokoukseen osallistujat identifioituvat samaan työyhteisöön ja käsittelyyn nousee niin sanotusti paikallisia ongelmia, tarjotaan ongelmiin myös ratkaisuvaihtoehtoja. Toimialueella, jossa kenties niin sanottu yhteinen toimialueidentiteetti ei ole kovin voimakas ja vastualueiden rajat puolestaan koetaan tiukoiksi, ongelmista kerrotaan, mutta niihin ei odoteta ratkaisuja.

Eroavaisuudet eri hierarkiataasojen tasojen johtoryhmien välillä, ja toisaalta myös kokousten välillä, kertovatkin siitä, että rakenteet eivät

deterministisesti ohjaa vuorovaikutusta, vaan vuorovaikutuksella voidaan luoda ryhmälle tai ryhmätilanteelle tyypillisiä rakenteita, jolloin vuorovaikutuskäytänteiden voidaan nähdä olevan jatkuvassa muutostilassa. Voidaan siis todeta, että hallintosääntö, rakenne, ei ohjaa kokouksia, vaan niitä ohjaa vakiintunut tapa. Kompleksisessa organisaatiossa myös rakenteistuminen on kompleksista, dynaamista ja tilannekohtaista. Esimerkiksi organisaatorakenteen vuorovaikutusta ohjaava merkitys vaihtuu organisaatiotasoin. Tämä vahvistaa näkemystä, jonka mukaan rakenteistumisessa on viime kädessä kyse vuorovaikutuksessa muodostetuista ja vahvistetuista vuorovaikutuskäyttämisen normeista.

Kokoustyytyväisyyden on todettu olevan yhteydessä työtyytyväisyyteen (Rogelberg ym. 2010), joten kokousvuorovaikutuksen johtaminen on erinomaisen tärkeää myös työhyvinvoinnin näkökulmasta. Tyytyväisyys voi perustua käsitykseen kokousten tehtävän täyttämisestä, joka puolestaan voi vahvistaa luottamusta johtamiseen.

7.4 Vuorovaikutuksen johtamisen haasteet

Vuorovaikutuksen johtaminen on vuorovaikutuksen koordinoimista vuorovaikutustilanteessa. Usein se on nimetyn puheenjohtajan tehtävä tai tilanteeseen osallistuvan lähijohtajan tehtävä. Vuorovaikutuksen johtamisen kautta voidaan tukea työn tavoitteiden saavuttamista ja tukea työhyvinvoinnin rakentumista. Se voi vaikuttaa myös vuorovaikutuskäytänteiden ja siten vuorovaikutusrakenteiden syntymiseen.

Vuorovaikutuksen johtamiseen heijastuvat työyhteisön odotukset. Sairaalaorganisaatiossa, jossa hierarkia on yhteisesti tunnustettu ja tunnistettu, on todennäköistä, että monissa tilanteissa vuorovaikutusta ohjaa hierarkiaodotus. Vaikka työhyvinvoinnin näkökulmasta osallistuminen ja osallisuus nähdään tärkeäksi, ei odotuksia hierarkian mukaisesta osallistumisesta, jossa ylemmällä hierarkiatasolla olevalla on enemmän osallistumismahdollisuuksia, välttämättä voida nopeasti ja yksinkertaisesti muuttaa. Jos esimerkiksi lääkärin sijaan kokouksen puheenjohtajaksi valitaan hoitaja, hierarkkinen osallistumisen rakenne vaikuttaa odotuksiin ja käytänteisiin, eikä osallistuminen juuri muutu. Osallistamisen kysymykset ovat vuorovaikutuksen johtamisen kannalta oleellisia, ja johtaja joutuu pohtimaan, miten mahdollisuutta tasavertaiseen osallisuuteen voidaan tukea. Oman ammattiryhmän sisällä hierarkkisen rakenteen liudentaminen voi olla helpompaa kuin moniammatillisissa ryhmissä. Rakenteiden purkaminen ja uusien käytänteiden rakentaminen on kuitenkin vaativaa

ja aikaa vievää. Sairaalassa erityisesti hoitohenkilökunta on haastavan tehtävän edessä tasapainoillessaan osallisuuden ja sitä rajoittavien rakenteiden välillä.

Tässä tutkimuksessa vertaisuuden ja tasavertaisuuden merkitys korostuivat työyhteisöä ja sen vuorovaikutusta kuvaavina määreinä. Haastatteluaineistossa puhuttiin tasavertaisuudesta, samanarvoisuudesta ja saman työn tekemisestä, työhyvinvoinnin näkökulmasta tasavertaisuuden kokemus on merkittävä. Tämä tasavertaisuuden korostaminen lienee seurausta siitä, että työyhteisössä hierarkkisuus tunnistetaan. Se voi olla myös vuorovaikutusstrategia, jolla hierarkkisuuden jännitettä hallitaan sairaalatyöyhteisössä professioiden välisissä suhteissa (ks. Apker 2005). On kuitenkin muistettava, ettei tasavertaisuudesta puhuminen itsessään merkitse tasavertaisuutta, vaan tasavertaisuus syntyy, kun vuorovaikutuksen dynamiikka muuttuu. Vuorovaikutuksen johtamiselle tämä tuottaa haasteen ohjata keskustelua siihen suuntaan, jossa osallistumista tuetaan ja osallistujia kannustetaan.

Yksi keskeisistä vuorovaikutuksen johtamisen tavoitteista tai haasteista on identifikaatioiden tunnistaminen. Koska organisaatioympäristö ja konteksti vaikuttavat työntekijöiden identifikaatioon, niitä voitaneen myös muokata johtamisen avulla (Millward & Haslam 2013). Johtajan on tärkeä ymmärtää identifikaatiota, sen vaikutuksia organisaatiossa ja myös sen ilmenemistä työyhteisön vuorovaikutuksessa. Johtamisen näkökulmasta voi olla tarpeen miettiä esimerkiksi, kuinka vahva toimialue- ja työyksikköajattelu ohjaa toimialueiden ja yksiköiden toimintaa. Vuorovaikutuksen johtamisen näkökulmasta esimerkiksi identifioituminen työryhmään ja toisaalta esimerkiksi siihen yksikköön, jota kokouksessa edustaa on ydinkysymys: tavoitteista ja tehtävistä riippuu, missä määrin on tarpeen pyrkiä vahvistamaan me-identiteettiä. Mikäli esimerkiksi tavoitellaan siirtymistä edustuksellisesta neuvottelutilanteesta yhteisten asioiden jakamiseen, ongelmien ratkaisuun ja vertaistukeen, on prosessia mahdollista tukea eri identifikaatioita vahvistamalla. Joissain tilanteissa me-hengen hillitseminen voi olla välttämätöntä, jotta esimerkiksi ammatillisten rajojen vahvistaminen säilyy tarkoituksenmukaisena. Johtamisen näkökulmasta erilaisten rajapintojen osalta on tunnistettava ne tilanteet, joissa rajapinnat haittaavat käsillä olevan tehtävän suorittamista ja myös se, milloin näitä rajapintoja onnistutaan ylittämään.

Kokousvuorovaikutus lienee vahvimmin rakenteistunut vuorovaikutustilanne ja sitä ohjaavat erittäin vakiintuneet käytänteet. Keskeistä

kokousvuorovaikutuksen kehittämässä on se, että vakiintuneita käytänteitä arvioidaan. Vuorovaikutuksen tuloksellisuutta voi pitää keskeisenä arviointikriteerinä. Olennaista on se, miten tavoitteet saavutetaan, mutta toisaalta myös se, mitä halutaan tai uskalletaan tavoitella. Koska työskentelyssä on pystyttävä yhteistyöhön ja kenties luovaan työhön, on käytänteiden joustavuus tärkeää. Erityisen tärkeää on tunnistaa tehtävän suorittamista edistävät ja haittaavat käytänteet, ja on onnistuttava vahvistamaan näistä ensin mainittuja ja kehittämään tai välttämään jälkimmäisiä. Eriyisesti tiedonhallinnan merkitys korostuu: perustehtävän suorittamiseen varatun ajan lisäksi työssä tarvitaan aikaa, tilaa ja mahdollisuuksia relevantin tiedon tunnistamiseen, tiedon ja ymmärryksen yhteiseen rakentamiseen, tiedon sisäistämiseen, tiedon käytäntöön siirtämiseen ja tiedon ja sen pohjalta muotoutuneiden toimintatapojen reflektointiin.

Vuorovaikutuksen johtamisen vastuu on johtajalla, sillä hierarkkisen organisaation myötä ainakin muodolliset vuorovaikutustilanteet ovat vahvasti johtajakeskeisiä. Vuorovaikutuksen johtamisen vastuu siirtyy kuitenkin jokaiselle työyhteisön jäsenelle eli osaksi itsensä johtamista, sillä vuorovaikutus on koko työyhteisön jäsenten keskinäistä kanssakäymistä, jossa välitetään tietoa ja rakennetaan yhteisiä merkityksiä.

7.5 Yhteenveto

Tässä tutkimushankkeessa saavutettiin pääosin sille asetetut tavoitteet: vuorovaikutuskäytänteitä ja -prosesseja analysoimalla tunnistettiin niitä käytänteitä, funktioita ja rakenteita, jotka kytkeytyvät työhyvinvointiin. Osatutkimusten tulosten tarkastelu osoitti, että työhyvinvoinnin ja työyhteisön vuorovaikutuksen suhde on merkittävä ja että on perusteltua tarkastella työhyvinvoinnin rakentumista vuorovaikutuksessa. Hankkeen tavoitteena ei ollut selittää, mitkä vuorovaikutuksen osatekijät tai piirteet edistävät työhyvinvointia. Sen sijaan tavoitteeksi asetettiin se, että ymmärretään, millä tavoin ja millaiset vuorovaikutuskäytänteet ovat yhteydessä työhyvinvoinnin rakentumiseen. Monet näistä prosesseista ovat sellaisia, jotka ovat luonteeltaan jännitteisiä: vahva identifiointuminen voi vahvistaa työhyvinvointia kuulumisen kautta, mutta voi tuottaa myös rajoja, jotka vaikeuttavat yhteistyötä; oikeuttaminen tukee hyväksytyksi tulemistä, mutta saattaa myös kuormittaa, jos omaan osaamiseen ei voi luottaa; kokousvuorovaikutuksessa tiedon jakaminen lisää läpinäkyvyyttä, mutta samalla sillä voidaan rajoittaa keskustelua. Hyvinvointiin nivoutuvien vuorovaikutusprosessien jännitteisyys vahvasti ajatusta siitä, että vuoro-

vaikutus ei ole vain työhyvinvoinnin edistämisen työkalu vaan pikemmin-kin työhyvinvointia rakentava ja sen mahdollistava rakenne.

Tutkimuksen toteuttamista ja sen luotettavuutta on arvioitu yksityiskohtaisesti luvussa 3.4. Tässä on kuitenkin syytä muistuttaa lukijaa joistakin tekijöistä: Tutkimushankkeen rajaus oli laava. Kapeampi rajaus olisi varmasti tuottanut yksityiskohtaisempia tuloksia ja tässä julkaisussa raportoitu kokonaisuus olisi näyttäytynyt lukijalle koherentimpana. Johtopäätösluvussa on kuitenkin pyritty osoittamaan eri näkökulmien yhteinen perusta ja kytkemään osatutkimusten havainnot yhteen, ja tätä raporttia voikin pitää avauksena terveydenhuollon vuorovaikutuksen tarkastelulle käytänteiden ja prosessien tasolla. Tässä kohtaa lukijan on syytä muistaa, että tähän tutkimukseen valittu yhden vastuualueyksikön tarkasteluun kytkeytyvä lähestymistapa asettaa rajansa tulkinnoille, samoin se, että tutkimamme yksikkö on pitkälle erikoistunut niin lääke- kuin hoitotieteellisesti. Lukijan on myös hyvä tietää, että valittua yksikköä on arvioitu hyvin positiivisesti henkilökuntakyselyissä: tulkintoja pohdittaessa tälläkin seikalla voi olla merkitystä. Tulkinnat onkin tehty varovaisesti ja jatkotutkimus täydentää, vahvistaa ja kyseenalaistaa tässä esitettyjä tulkintoja.

7.6 Jatkotutkimushaasteet

Tämä tutkimushanke nostaa esille useita vuorovaikutuksen ja työhyvinvoinnin yhteyksiin liittyviä jatkotutkimushaasteita:

Identifikaatioilla on keskeinen merkitys sairaalatyöyhteisön vuorovaikutukselle ja työhyvinvoinnille. Tässä tutkimuksessa keskityttiin hoitajajohtajiin ja siihen, miten identifikaatioita ilmaistiin heidän keskinäisessä vuorovaikutuksessaan. On tärkeä ulottaa tarkastelu myös muihin ammatti- ja työryhmiin, jotta kokonaisuutta sairaalaorganisaatiossa voi hahmottaa. Erityisen tärkeää olisi ymmärtää, millä tavoin identifikaation affektiivista ulottuvuutta, siis tunnesiteitä, ilmaistaan erilaisissa ryhmätilanteissa. Samoin kiinnostavaa johtamisen näkökulmasta on se, millä tavoin identifikaatioita ilmaistaan eri hierarkiatasoilla.

Moniroolisuus nousi kiinnostavalla tavalla esille hallinnollisen työn näkökulmasta. Sitä on vuorovaikutuksen näkökulmasta tarkasteltu vasta vähän. Esimerkiksi tilannekohtaiset rooliodotukset ja niihin mukautuminen sekä ne vuorovaikutusstrategiat, joilla odotuksiin vastataan ja niitä hallitaan, ovat erityisen tärkeä tutkimuskohde. Moniroolisuuden lisäksi myös moniammatillisuudesta nousee edelleen kysymyksiä: keskeistä tasavertaisuuden ja yhteistyön näkökulmasta olisi selvittää sitä, miten

moniammatillisuuteen liittyviä jännitteitä hallitaan ja millaista vuorovaikutus on erityisesti relationaalisella eli suhdetasolla.

Sairaalan perustehtävän näkökulmasta vastuun siirtäminen, jakaminen ja ottaminen on keskeinen prosessi, jota voidaan prosessoida oikeuttamisen ja vahvistamisen kautta. Onkin erityisen tärkeää tutkia ja tunnistaa, millä tavoin vastuuta käsitellään muissa vuorovaikutustilanteissa ja sairaalan muissa työyhteisöissä ja -ryhmissä. Koska vastuu kuormittaa, on sen tutkiminen merkityksellistä myös työhyvinvoinnin näkökulmasta.

Johtamisen ja kokousvuorovaikutuksen näkökulmasta on edelleen tarpeen tarkastella johtoryhmätyöskentelyä. Johtoryhmien merkitys korostuu erityisesti tiedonhallinnan, toiminnan koordinoinnin ja päätöksenteon näkökulmasta meneillään olevien rakenteellisten muutosten vuoksi, joten johtoryhmien roolia osana näitä muutoksia on tärkeää ymmärtää. Sairaalatyöyhteisön hyvinvoinnin näkökulmasta on tärkeää selvittää myös tiedon hallinnan ja prosessoinnin muodollisten kanavien kosketuspintaa kliinisen työn arkeen, ja näin ollen syventyä hallinnollisen ja kliinisen työn välisten rajapintojen hallintaan vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksen johtamisen kytkeytymistä työhyvinvoinnin prosesseihin on syytä tarkastella jatkossa moniulotteisesti.

8 Käytännön johtopäätökset: sairaalatyöyhteisön vuorovaikutuksen kehittäminen

1. Jokainen työyhteisön jäsen on vastuussa työhyvinvoinnista ja sitä rakentavasta vuorovaikutuksesta. Vuorovaikutus ei ole tiedon siirtämistä ja vastaanottamista vaan tiedon merkityksentämistä ja yhteisen ymmärryksen rakentamista.

2. Työn tekeminen laadukkaasti edellyttää hyvinvoivaa henkilöstöä. Hyvinvoinnin rakentumista voidaan edistää kiinnittämällä huomiota vuorovaikutuskäytänteisiin: vuorovaikutusareenoiden mahdollistaminen ja niiden täysipainoinen hyödyntäminen ovat yksi avain kohti hyvinvoivaa työyhteisöä. Aina ei tarvita enemmän tilaisuuksia ja tilanteita vaan vuorovaikutuksen tiedostamista tilanteessa.

3. Sairaalatyöyhteisössä kokousta ja useita muita vuorovaikutustilanteita ohjaavat voimakkaasti rakenteistuneet käytänteet. Vuorovaikutuskäytänteiden ja -rakenteiden tunnistaminen ja niiden jatkuva reflektointi voi auttaa kyseenalaistamaan vallitsevia toimintatapoja. Palaverin päättyessä voi yhdessä arvioida paitsi tavoitteiden saavuttamista myös ryhmän vuorovaikutuksen laatua.

4. Vuorovaikutuskäytänteiden kehittämiseksi on syytä tarkastella, missä määrin käytänteet ovat tarkoituksenmukaisia: mahdollistaako esimerkiksi kokous tai jokin muu muodollinen tilanne tavoitteiden saavuttamisen ja hyvien toimintatapojen jakamisen? Kehittäminen alkaa epätarkoituksenmukaisten käytänteiden tunnistamisesta.

5. Johtajan – tai muodollisessa tilanteessa puheenjohtajan – on johdettava kokousvuorovaikutusta ja kannustettava osallistujia keskustelemaan keskenään silloin, kun keskustelu edistää tavoitteiden saavuttamista. Vuorovaikutuskäytänteitä voi ravistella puheenjohtajaa vaihtamalla, paikkaa vaihtamalla, asioiden käsittelyjärjestystä vaihtamalla ja keskittymällä vain muutamaankin tärkeimpään asiaan. Vuorovaikutuskäytänteillä on kuitenkin taipumus ”vetää ryhmä takaisin” totuttuun vuorovaikutustapaan, joten muutos edellyttää sen tiedostamista ja työtä.

6. Rakenteiden luomia rajoja on mahdollista ylittää vain vuorovaikutuksella. Positiivinen asenne rajojen liudentamiseen esimerkiksi tasavertaisuutta korostamalla ei riitä muuttamaan vuorovaikutuskäytänteitä: jos halutaan todellista muutosta, pitää muutoksen tapahtua vuorovaikutuskäyttäytymisessä.

7. Kun ympäristö muuttuu, tarjoutuu tilanne muuttaa myös vuorovaikutuksen käytänteitä. Vuorovaikutuskäyttäytymisen muuttaminen mahdollistaa uusien toimintatapojen luomisen.

8. Kuuluminen ja hyväksytyksi tuleminen ovat työyhteisön jäsenyyden perusta ja niillä on tärkeä merkitys työhyvinvoinnin rakentumisessa. Näitä voidaan vahvistaa tunnistamalla identifikaatioita ja tukemalla identifioitumista omaan työyhteisöön.

9. Työhyvinvoinnin kannalta työyhteisön vuorovaikutuksen ymmärtäminen on olennaista. Puheviestintätieto rakentaa koko työyhteisön hyvinvointia.

KIRJALLISUUS

Anttonen, H. & Räsänen, T. (toim.) 2009. Työhyvinvointi – uudistuksia ja hyviä käytäntöjä. Helsinki: Työterveyslaitos.

Apker, J. 2012. Communication in health organizations. Cambridge: Polity.

Apker, J., Mallak, L. A., Applegate, E. B., Gibson, S. C., Ham, J. J., Johnson, N. A. & Street, R. L. 2010. Exploring emergency physician-hospitalist handoff interactions: Development of the handoff communication assessment. *Annals of Emergency Medicine* 55, 16–170.

Apker, J., Propp, K. M. & Zabava Ford, W. S. 2009. Investigating the effect of nurse-team communication on nurse turnover: Relationships among communication processes, identification, and intent to leave. *Health Communication* 24, 106–114.

Apker, K., Propp, K. M. & Zabava Ford, W. S. 2005. Negotiating status and identity tensions on healthcare team interactions: An exploration of nurse role dialectics. *Journal of Applied Communication Research* 33, 93–115.

Ashforth, B. E., Harrison, S. H. & Corley, K. G. 2008. Identification in organizations: An examination of four fundamental questions. *Journal of Management* 34, 325–374.

Asmuß, B. & Svennevig, J. 2009. Meeting talk. An introduction. *Journal of Business Communication* 46, 3–22.

Atwal, A. & Caldwell, K. 2005. Do all health and social care professionals interact equally: A study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19, 268–273.

Avanzi, L., van Dick, R., Fraccaroli, F. & Sarchielli, G. 2012. The Downside of organizational identification: Relations between identification, workaholism and well-being. *Work & Stress* 26, 289–307.

Bales, R. F. & Cohen, S. P. 1979. SYMLOG: A system for the multiple level observation of groups. New York: Free Press.

Bales, R. F. 1950. Interaction process analysis. A method for the study of small groups. Cambridge: Addison-Wesley.

Barbour, J. B. 2010. On the institutional moorings of talk in health care organizations. *Management Communication Quarterly* 24, 449–456.

Bastian M., Heymann S., Jacomy M. 2009. Gephi: An open source software for exploring and manipulating networks. International AAAI Conference on Weblogs and Social Media. Saatavana: <https://gephi.org/publications/gephi-bastian-feb09.pdf> [Viitattu 29.9.2014].

- Bate, P. 2000. Changing the culture of a hospital: From hierarchy to networked community. *Public Administration* 78, 485–512.
- Bateson, G. 1983. Information and codification: A philosophical approach. Teoksessa J. Ruesch & G. Bateson, *Communication. The social matrix of psychiatry*. 3. painos. New York: Norton, 168–132.
- Beck, S. J. & Keyton, J. 2009. Perceiving strategic meeting interaction. *Small Group Research* 40, 223–246.
- Bezemer, J., Cope, A., Kress, G. and Kneebone, R. 2011. “Do you have another Johan?” Negotiating meaning in the operating theatre. *Applied Linguistics Review* 2, 313–334.
- Biggio, G. & Cortese, C. G. 2013. Well-being in the workplace through interaction between individual characteristics and organizational context. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 8, 1–13.
- Boden, D. 1994. *The business of talk: Organization in action*. Cambridge: Polity.
- Breaux, D. M., Meurs, J. S., Zellars, K. L. & Perrewe, P. L. 2008. Burnout in health care: When helping hurts. Teoksessa J. R. B. Halbesleben (toim.), *Handbook of stress and burnout in health care*. New York: Nova Science Publishers, 39–50.
- Burleson, B. B. 2008. The nature of interpersonal communication: A message-centered approach. Teoksessa Berger, C. R., Roloff, M. E. & Roskos-Ewoldsen, D. R. (toim.) *The handbook of communication science*. 2. painos. Thousand Oaks: Sage, 145–163.
- Burroughs, S. M. & Eby, L. T. 1998. Psychological sense of community at work: A measurement system and explanatory framework. *Journal of Community Psychology* 6, 509–532.
- Christiansen, B. 2008. Good work – how is it recognised by the nurse? *Journal of Clinical Nursing* 17, 1645–1651.
- Dackert, I. 2010. The impact of team climate for innovation on well-being and stress in elderly care. *Journal of Nursing Management* 18, 302–310.
- Eggin, S. & Slade, D. 2012. Clinical handover as an interactive event: Informational and interactional communication strategies in effective shift-change handovers. *Communication & Medicine* 9, 215–227.
- Ellingson, L. 2003. Interdisciplinary health care teamwork in the clinic backstage. *Journal of Applied Communication Research* 31, 93–118.
- Erkkilä, P. 2012. Hetki lyö. Dialogi ja sen syntyminen johtoryhmätyöskentelyssä. *Acta Wasaensia* No 274. Vaasa: Vaasan yliopisto.

- Flinkman, M. 2014. Young registered nurses' intent to leave the profession in Finland. A mixed-method study. Sarja D, osa 1107, Medica-odontologica. Turku: Turun yliopisto.
- Freeman, L. C. 1979. Centrality in social networks conceptual clarification. *Social Networks* 1, 215–239.
- Frey, L. R., Botan, C. H. & Kreps, G. L. 2000. Investigating communication. An introduction to research methods. 2. painos. Boston: Allyn & Bacon.
- Friese, S. 2014. Qualitative data analysis with ATLAS.ti. 2. painos. Lontoo: Sage.
- Gerlander, E-M. & Launis, K. 2007. Työhyvinvoinnin tarkasteluikkunat. *Työelämän tutkimus* 5, 202–212.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S. & Norberg, A. 2007. Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing* 57, 392–403.
- Gouran, D. S. & Hirokawa, R. Y. 2003. Effective decision making and problem solving in groups. A functional perspective. Teoksessa R. Y. Hirokawa, R. S. Cathcart, L. A. Samovar & L. D. Henman (toim.) *Small group communication. Theory and practice. An anthology.* 8. painos. Oxford: Oxford University Press, 27–38.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. 2003. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105–112.
- Haarakangas, K. 1997. Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokoukseskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 130. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Hakanen, J. 2005. Työuupumuksesta työn imuun: Työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Haslam, S. A., Jetten, J. & Waghorn, C. 2009. Social identification, stress and citizenship in teams: A five-phase longitudinal study. *Stress and Health* 25, 21–30.
- Hayes, B., Bonner, A. & Pryor, J. 2010. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: A review of recent literature. *Journal of Nursing Management* 18, 804–814.
- Hollingshead, A. B., Wittenbaum, G. M., Paulus, P. B., Hirokawa, R. Y., Ancona, D. G., Peterson, R. S., Jehn, K. A. & Yoon, K. 2005. A look at groups from the functional perspective. Teoksessa M. S. Poole & A. B. Hollingshead (toim.) *Theories of small groups: Interdisciplinary perspectives.* Thousand Oaks: Sage, 21–62.

Iedema, R., Degeling, P. & White, L. 1999. Professionalism and organisational change. Teoksessa R. Wodak & C. Ludwig (toim.) *Challenges in a changing world. Issues in critical discourse analysis*. Wien: Passagen Verlag, 127–155.

Jackson, J. W. 2002. Intergroup attitudes as a function of different dimensions of group identification and perceived intergroup conflict. *Self and Identity* 1, 11–33.

Johnson, S. & Kring, D. 2012. Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: Medical-surgical vs. intensive care. *MEDSURG Nursing* 21, 343–347.

Jokinen, E. & Heiskanen, T. 2012. Henkilöstö uudistusten pyörteissä. Väliraportti Paras-hankkeen arvioinnista 2011. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia 19. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N. & Radbruch, L. 2007. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine* 21, 347–354.

Kanste, O. 2011. Work engagement, work commitment and their association with well-being in health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25, 754–761.

Laapotti, T. & Mikkola, L. tulossa. Kokousvuorovaikutuksen tehtävä-keskeiset funktiot sairaalajohtoryhmässä. *Työelämän Tutkimus, hyväksytyt julkaistavaksi*.

Lampinen, M.-S., Viitanen, E. & Konu, A. 2013. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus yhteisöllisyydestä työelämässä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 50, 71–86.

Lehtonen, H. 1990. *Yhteisö*. Jyväskylä: Vastapaino.

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. 1985. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage.

Lindlof, T. R. & Taylor, B. C. 2002. *Qualitative communication research methods*. 2. painos. Thousand Oaks, CA: Sage.

Littlejohn, S. W. & Foss, K. A. 2008. *Theories of human communication*. 9. painos. Belmont: Thomson Wadsworth.

Love, M. S. 2007. Security in an insecure world: An examination of individualism-collectivism and psychological sense of community at work. *Career Development International* 12, 304–320.

Mabry, E. A. 2008. Social interaction structure. Teoksessa Donsbach, W. (toim.) *The International Encyclopedia of Communication*, vol. 10. Wiley-Blackwell. Saatavana: <http://www.communicationencyclopedia.com/subscriber/uid=1130/> [Viitattu 29.9.2014].

- Mael, F. & Ashforth, B. E. 1992. Alumni and their alma mater: A partial test of the reformulated model of organizational identification. *Journal of Organizational Behavior* 13, 103–123.
- Malik, T. 2013. Positive effects of opinion-count on job satisfaction of team members in business enterprises. *Journal of Communication Management* 17, 56–74.
- Manojlovich, M. 2005. Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *Journal of Nursing Scholarship* 37, 367–373.
- Marjala, P. 2009. Työhyvinvoinnin kokemukset kertomuksellisisina prosesseina. Narratiivinen arviointitutkimus. *Acta Universitatis Ouluensis C* 315. Oulu: Oulun yliopisto.
- Martela, F. 2012. *Caring connections. Compassionate mutuality in the organizational life of a nursing home.* Helsinki: Aalto University.
- Martin, J. A. 2011. Dynamic managerial capabilities and the multibusiness team: The role of episodic teams in executive leadership groups. *Organization Science* 22, 118–140.
- Mayor, E., Bangertter, A. & Aribot, M. 2012. Task uncertainty and communication during nursing shift handovers. *Journal of Advanced Nursing* 68, 1956–1966.
- MacGeorge, E. L. & Burlison, B. B. 2011. Supportive communication. Teoksessa M. L. Knapp & J. A. Daly (toim.) *The Sage handbook of interpersonal communication*. 4. painos. Los Angeles: Sage, 317–354.
- McLennan, M. 2005. Nurses views on work enabling factors. *Journal of Nursing Administration* 35, 311–318.
- Mikkola, L., Pennanen, E., Valkonen, T., Viitanen, E., Virtanen, J., Kokkinen, L. & Puolijoki, H. 2014. Vuorovaikutus julkisen sairaalan johtoryhmäkokouksissa: Johtoryhmäjäsenten osallistumisen tarkastelua vuorovaikutuksen prosessianalyysin keinoin. *Hallinnon Tutkimus* 33, 211–224.
- Mikkola, L. 2009. The perception of acceptance as a function of social support. Teoksessa T.A. Kinney & M. Pörhölä (toim.) *Anti and pro-social communication: Theories, methods and applications.* New York: Peter Lang, 107–116.
- Miller, K. 2012. *Organizational communication. Approaches and processes.* 6. painos. Boston: Wadsworth.
- Miller, K. I. & Consideine J. R. 2009. Communication in helping professions. Teoksessa Frey, L. R. & Cissna, K. N. (toim.) *Routledge handbook of applied communication research.* New York: Routledge, 405–428.

- Millward, L. J. & Haslam, S. A. 2013. Who are we made to think we are? Contextual variation in organizational, workgroup and career foci of identification. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 86, 50–66.
- Monge, P. R. & Contractor N. S. 2003. *Theories of communication networks*. Oxford: University Press.
- Nathanson, B. H., Henneman, E. A., Blonaisz, E. R., Doubleday, N. D., Lusardi, P. & Jodka, P. G. 2011. How much teamwork exists between nurses and junior doctors in the intensive care unit? *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1817–1823.
- Poole, M. S. & McPhee R. D. 2005. Structuration theory. Teoksessa S. May, & D. Mumby (toim.) *Engaging organizational communication theory & research: Multiple perspectives*. Thousand Oaks: Sage, 171–197.
- Poole, M. S., Seibold D. R. & McPhee R. D. 1985. Group decision-making as a structurational process. *Quarterly Journal of Speech* 71, 74–102.
- Poole, M. S., Seibold D. R. & McPhee R. D. 1996. The structuration of group decisions. Teoksessa R. Y. Hirokawa & M. S. Poole (toim.) *Communication and group decision making*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage, 114–147.
- Prell, C. 2012. *Social network analysis. History, theory & methodology*. Thousand Oaks: Sage.
- Putnam, L. L. & Stohl, C. 1990. Bona fide groups: A reconceptualization of groups in context. *Communication Studies* 41, 248–265.
- Putnam, L. L., Stohl, C. & Baker, J. S. 2012. Bona Fide Groups: A discourse perspective. Teoksessa A. B. Holligshead & M. S. Poole (toim.) *Research methods for studying groups and teams. A guide to approaches, tools, and technologies*. New York: Routledge.
- Rabøl, L. I., McPhail, M. A., Østergaard, D., Andersen, Henning B. & Mogensen, T. 2012. Promoters and barriers in hospital team communication. A focus group study. *Journal of Communication in Healthcare* 5, 129–139.
- Ray, E. B. & Apker, J. 2011. Stress, burnout, and supportive communication. A review of research in health organizations. Teoksessa T.R. Thompson, R. Parrot & J. F. Nussbaum (toim.), *The Routledge handbook of health communication*. 2. painos. New York: Routledge, 428–440.
- Real, K. & Poole, M. S. 2011. Health care teams: Communication and effectiveness. Teoksessa T.R. Thompson, R. Parrot & J. F. Nussbaum (toim.), *The Routledge handbook of health communication*. 2. painos. New York: Routledge, 100–116.
- Riketta, M. & Nienaber, S. 2007. Multiple identities and work motivation: The role of perceived compatibility between nested organizational units. *British Journal of Management* 18, 61–77.

- Riley, R. & Manias, E. 2006. Governing time in operating rooms. *Journal of Clinical Nursing* 15, 546–553.
- Robertson, I. T. & Flint-Taylor, J. 2009. Leadership, psychological well-being, and organizational outcomes. Teoksessa S. Cartwright & C. L. Cooper (toim.) *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press, 159–179.
- Rodrigues, A., Miguez, J. & Lourenço, P. 2013. The 'we' and the 'others' in an interprofessional surgical context: Findings from a portuguese study. *Journal of Interprofessional Care* 27, 91–92.
- Rodwell, J. & Munro, L. 2013. Well-being, satisfaction and commitment: The substitutable nature of resources for maternity hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing* 69, 2218–2228.
- Rouzies, A. & Colman, H. L. 2012. Identification processes in post-acquisition integration: The role of social interactions. *Corporate Reputation Review* 15, 143–157.
- Sauer, N. C. & Kauffeld, S. 2013. Meetings as networks: Applying social network analysis to team interaction. *Communication Methods and Measures* 7, 26–47.
- Saxen, U. 2009. Työhyvinvointi, koulutus ja toiminnan kehittäminen terveyskeskuksissa lääkäritilanteen näkökulmasta. *Annales Universitatis Turkuensis C* 278. Turku: Turun yliopisto.
- Scheerhorn, D., Geist, P. & Teboul, J. C. B. 1994. Beyond decision making in decision-making groups: Implications of the study of group communication. Teoksessa L. R. Frey (toim.) *Group communication in context: Studies of natural groups*. Hillsdale: Erlbaum, 247–262.
- Schwartzman, H. B. 1989. *The meeting. Gatherings in organizations and communities*. New York: Plenum press.
- Scott, C. R. & Stephens, K. K. 2009. It depends on who you're talking to . . . : Predictors and outcomes of situated measures of organizational identification. *Western Journal of Communication* 73, 370–394.
- Scott, C. R. 2007. Communication and social identity theory: Existing and potential connections in organizational identification research. *Communication Studies* 58, 123–138.
- Scott, C. R., Corman, S. R. & Cheney, G. 1998. Development of a structural model of identification in the organization. *Communication Theory* 8, 298–336.
- Sevdalis, N., Healey, A. N. & Vincent, C. A. 2007. Distracting communications in the operating theatre. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13, 390–394.

- Silva, D. & Sias, P. M. 2010. Connection, restructuring, and buffering: How groups link individuals and organizations. *Journal of Applied Communication Research* 38, 145–166.
- Stohl, C. & Putnam, L. L. 2003. Communication in bona fide groups: A retrospective and prospective account. Teoksessa L. R. Frey (toim.) *Group communication in context. Studies of bona fide groups. 2. painos.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 399–414.
- Tajfel, H. 1981. *Human groups & social categories: Studies in social psychology.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Trybou, J., Gemmel, P., Pauwels, Y., Henninck, C. & Clays, E. 2014. The impact of organizational support and leader-member exchange on the work-related behaviour of nursing professionals: The moderating effect of professional and organizational identification. *Journal of Advanced Nursing* 70, 373–382.
- Tutkimuseettinen toimikunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavana: <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf> [Viitattu: 29.9.2014].
- Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2009. Hospital nurses' job satisfaction: A literature review. *Journal of Nursing Management* 17, 1002–1010.
- Utriainen, K. 2009. Arvostava vastavuoroisuus ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvoinnin ytimenä hoitotyössä. *Acta Universitatis Oluensis D Medica* 1014. Oulu: Oulun yliopisto.
- van Dick, R., Wagner, U., Stellmacher, J. & Christ, O. 2004. The utility of a broader conceptualization of organizational identification: Which aspects really matter? *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 77, 171–191.
- van Dick, R., Wagner, U., Stellmacher, J., Christ, O. & Tissington, P. A. 2006. To be(long) or not to be(long): Social identification in organizational contexts. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 131, 189–218.
- van Knippenberg, D. & van Schie, E. C. M. 2000. Foci and correlates of organizational identification. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 73, 137–147.
- Viitanen, E., Virtanen, J. V., Kokkinen, L., Valkonen T., Mikkola, L. & Puolijoki, H. 2011. Sairaalan johtoryhmät kaipaavat kehittämistä. *Suomen Lääkärilehti* 66, 373–377.

Virtanen, J. V. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. TuKKK A-2:2010. Turku: Turun yliopisto.

Wegge, J., van Dick, R., Fisher, G. K., Wecking, C. & Moltzen, K. 2006. Work motivation, organizational identification, and well-being in call centre work. *Work & Stress* 20, 60–83.

Weller, J. M., Barrow, M. & Gasquoine, S. 2011. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Medical Education* 45, 478–487.

Wiili-Peltola, E. 2005. Sairaala muutosten ristipaineessa. Hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa. Tampereen yliopisto: Haus kehittämiskeskus.

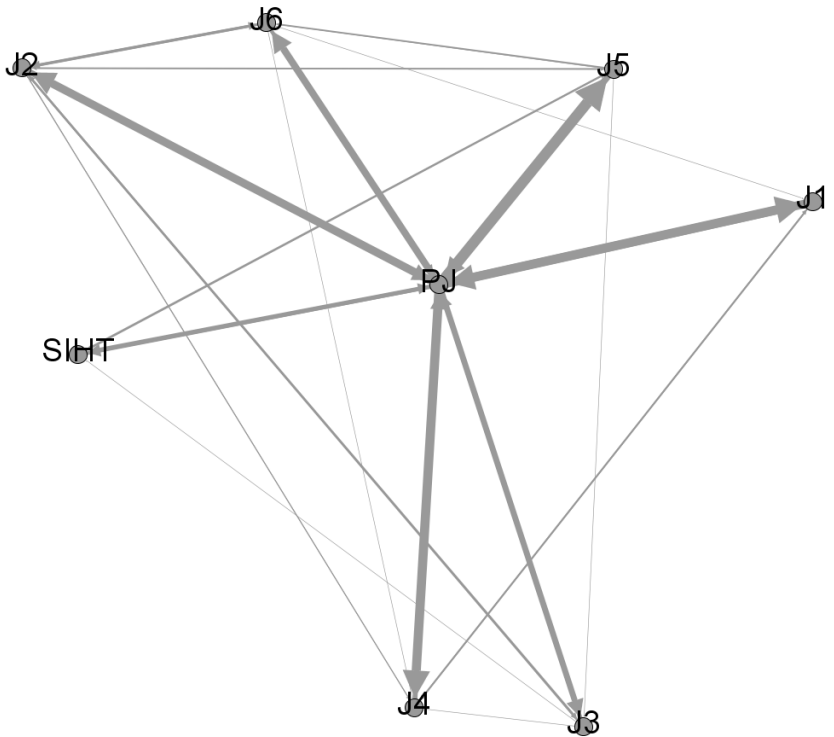
Wittenberg-Lyles, E., Oliver, D. P., Demiris, G. & Regehr, K. 2009. Exploring interpersonal communication in hospice interdisciplinary team meetings. *Journal of Gerontological Nursing* 35, 38–45.

Wright, C. R. & Manning, M. R. 2004. Resourceful sensemaking in an administrative group. *Journal of Management Studies* 41, 623–643.

LIITE 1 Toimialueen johtoryhmäkokousten verkostoa analysien tulokset

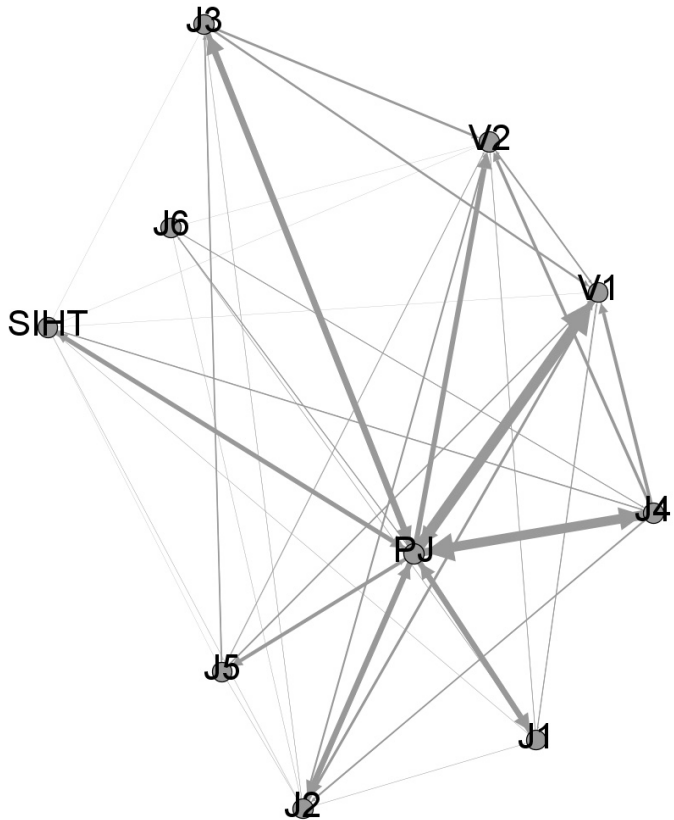
Toimialueen johtoryhmäkokous 1 - Verkostoa analyysi

ToJoRy1	PJ	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Siht.	Kaikki
PJ	0	17	15	11	17	20	13	8	46
J1	16	0	0	0	3	0	0	0	6
J2	11	0	0	4	2	2	5	0	6
J3	8	0	4	0	1	0	0	1	3
J4	9	3	1	0	0	0	0	0	7
J5	12	0	3	1	0	0	3	3	13
J6	7	1	5	0	1	1	0	0	2
Siht.	7	0	0	0	0	3	0	0	2



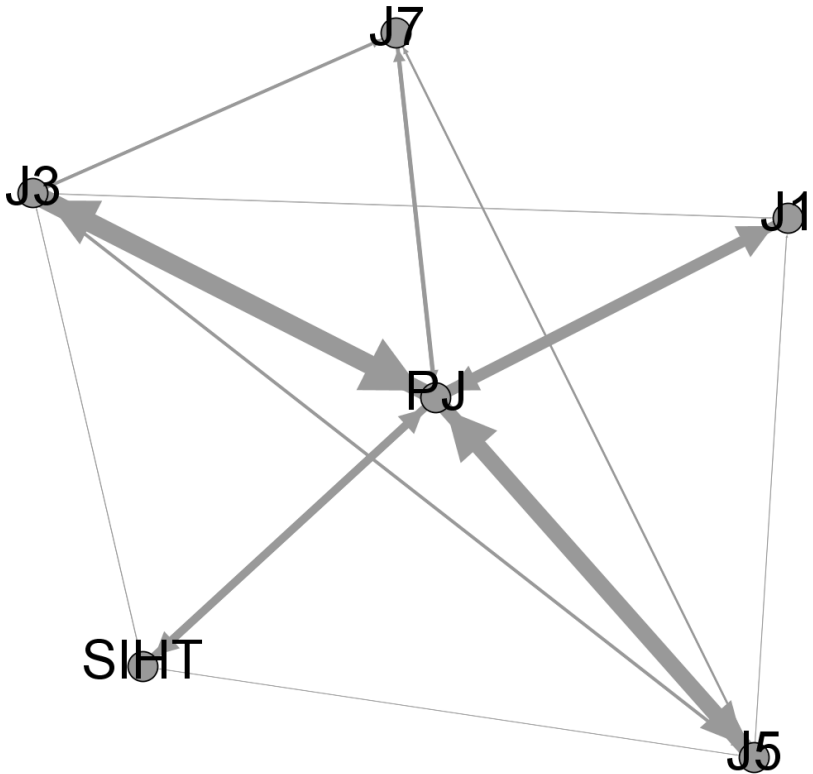
Toimialueen johtoryhmäkokous 2 - Verkostoanalyysi

TojoRy2	PJ	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Siht.	V1	V2	Kaikki
PJ	0	28	29	32	39	18	5	17	53	26	44
J1	26	0	0	0	0	0	0	2	4	3	7
J2	24	2	0	1	5	1	1	1	13	9	6
J3	28	0	2	0	0	4	0	0	11	12	4
J4	48	0	7	0	0	0	3	6	17	15	3
J5	10	0	1	7	0	0	0	1	6	4	6
J6	3	3	1	0	4	0	0	0	0	0	1
Siht.	23	0	1	1	4	0	0	0	1	1	7
V1	30	4	6	5	7	4	0	0	0	7	19
V2	3	2	1	4	1	1	1	0	6	0	3



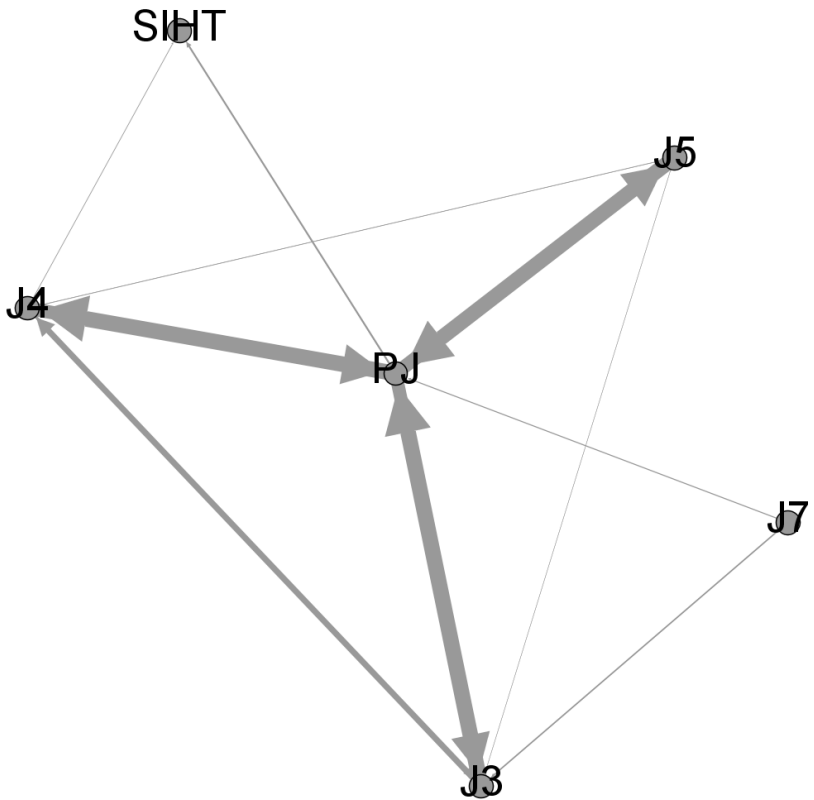
Toimialueen johtoryhmäkokous 3 - Verkstoanalyysi

TojoRy 3	PJ	J1	J3	J5	J7	Siht.	Kaikki
PJ	0	39	55	47	14	26	64
J1	31	0	2	1	0	0	15
J3	65	2	0	11	11	3	9
J5	55	3	8	0	7	2	18
J7	13	0	8	6	0	0	4
Siht.	27	0	2	2	0	0	7



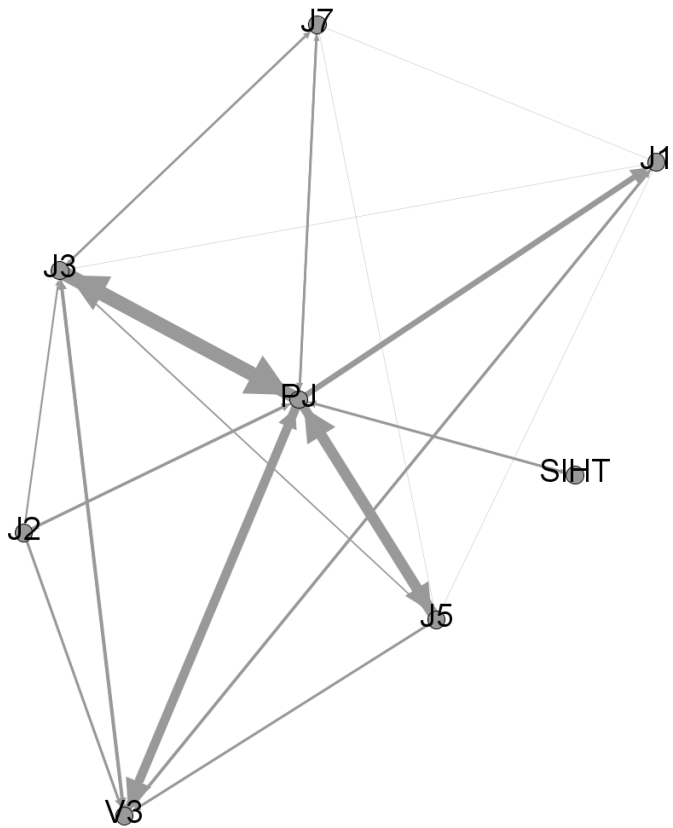
Toimialueen johtoryhmäkokous 4 - Verkostoanalyysi

TojoRy4	PJ	J3	J4	J5	J7	Siht.	Kaikki
PJ	0	37	44	38	0	5	42
J3	44	0	17	1	2	0	12
J4	38	8	0	2	0	2	19
J5	42	1	1	0	0	0	11
J7	3	4	0	0	0	0	3
Siht.	2	0	0	0	0	0	0



Toimialueen johtoryhmäkokous 5 - Verkostoanalyysi

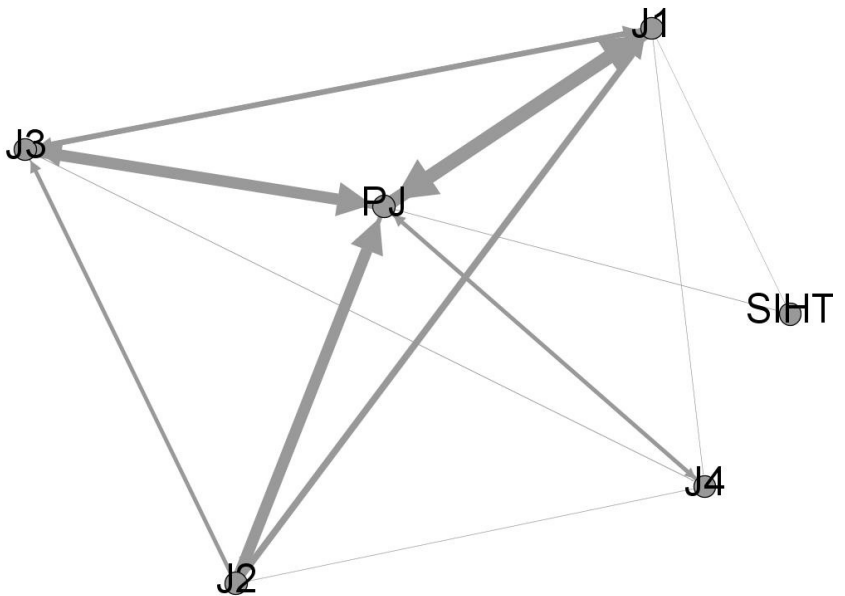
ToJoRy5	PJ	J1	J2	J3	J5	J7	Siht.	V3	Kaikki
PJ	0	22	8	49	35	8	7	35	40
J1	7	0	0	0	0	0	0	10	9
J2	11	0	0	7	0	0	0	10	2
J3	55	1	1	0	3	9	0	11	7
J5	42	1	0	5	0	1	0	10	11
J7	9	1	0	5	0	0	0	0	5
Siht.	10	0	0	0	0	0	0	0	2
V3	25	10	4	12	3	0	0	0	20



LIITE 2 Vastuualueen johtoryhmäkokousten verkostoaalyysien tulokset

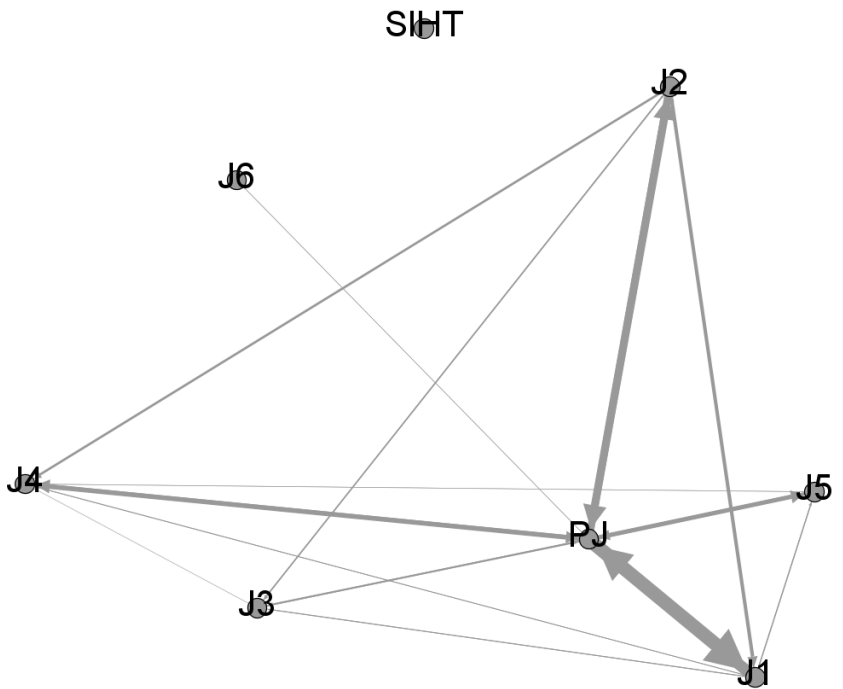
Vastuualueen johtoryhmäkokous 1 - Verkostoaalyysi

VaJoRy1	PJ	J1	J2	J3	J4	Siht.	Kaikki
PJ	0	60	21	36	16	3	53
J1	63	0	17	22	2	2	33
J2	52	30	0	18	2	0	10
J3	52	25	7	0	3	0	14
J4	18	1	1	1	0	0	4
Siht.	0	0	0	0	0	0	0



Vastuualueen johtoryhmäkokous 2 - Verkstoanalyysi

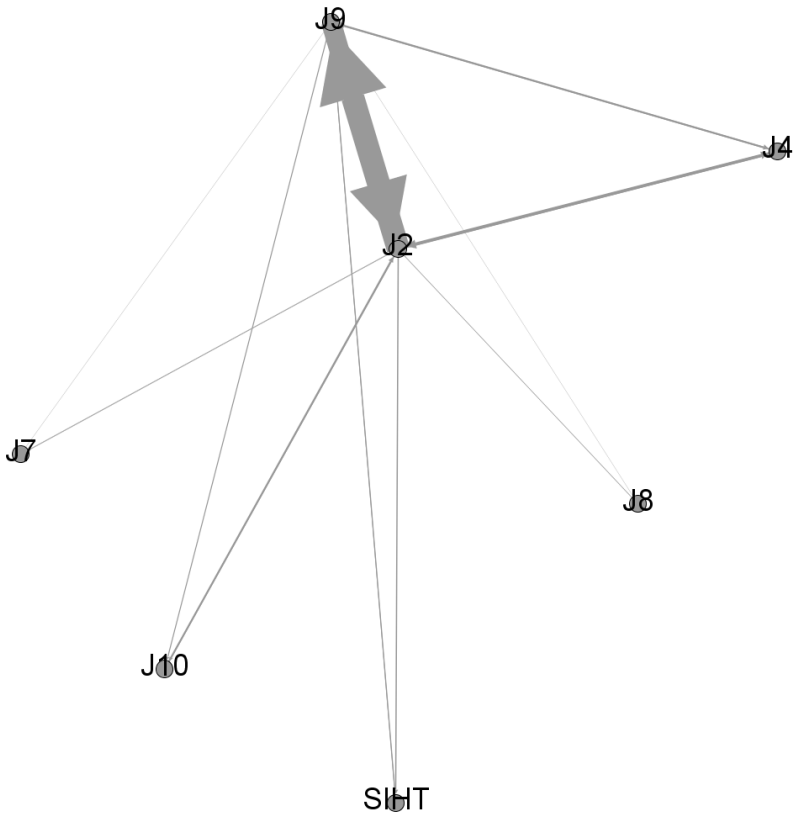
VaJoRy2	PJ	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Siht.	Kaikki
PJ	0	47	25	6	16	15	2	0	43
J1	39	0	5	3	2	4	0	0	18
J2	27	12	0	5	8	0	0	0	17
J3	5	3	3	0	1	0	0	0	5
J4	14	3	3	1	0	2	0	0	11
J5	12	3	0	0	1	0	0	0	3
J6	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Siht.	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Vastuualueen johtoryhmäkokous 3 - Verkostoanalyysi

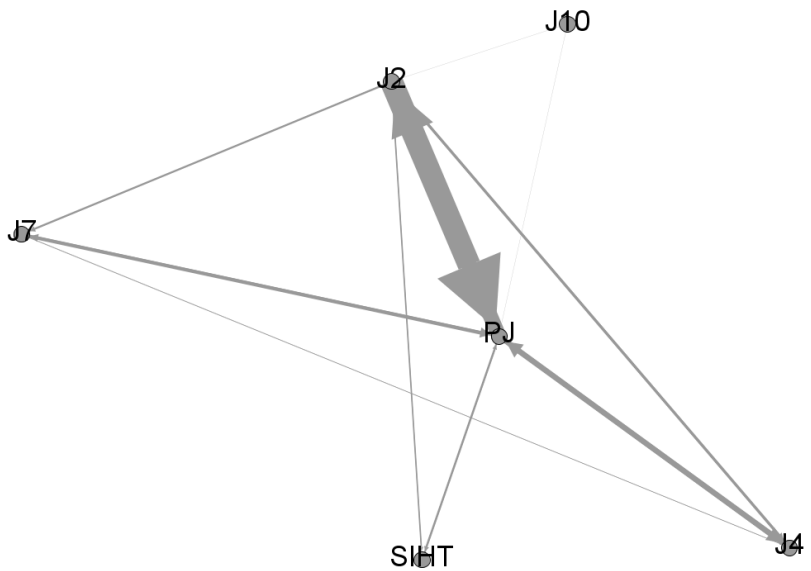
VaJoRy3	J2*	J4	J7	J8	J9	J10	Siht.	Kaikki
J2*	0	10	2	1	91	5	5	41
J4	12	0	0	0	6	0	0	6
J7	2	0	0	0	1	0	0	2
J8	2	0	0	0	1	0	0	2
J9	78	7	0	0	0	4	4	40
J10	7	0	0	0	0	0	0	2
Siht.	0	0	0	0	3	0	0	1

*J2 toimi puheenjohtajana



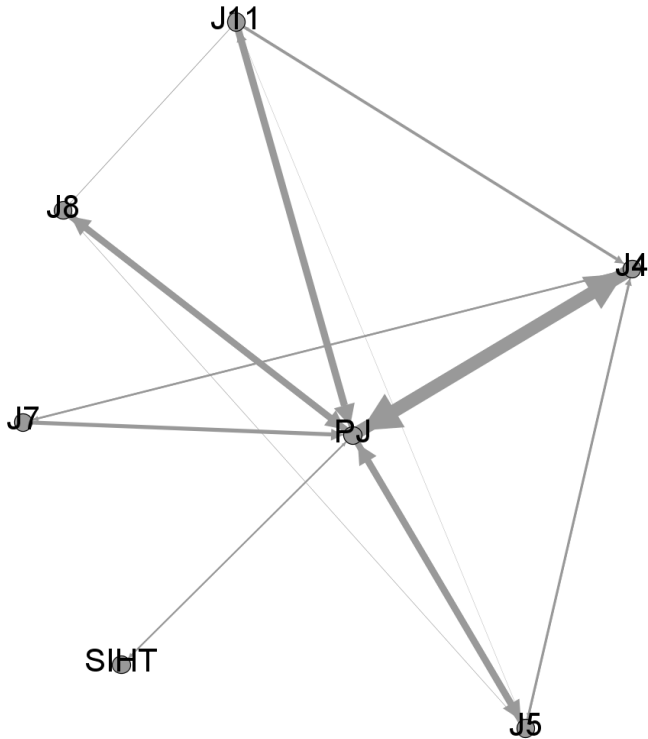
Vastuualueen johtoryhmäkokous 4 - Verkostoanalyysi

VaJoRy4	PJ	J2	J4	J7	J10	Siht.	Kaikki
PJ	0	95	33	17	0	11	83
J2	145	0	17	12	0	9	33
J4	34	15	0	2	0	0	3
J7	22	7	4	0	0	0	6
J10	1	1	0	0	0	0	0
Siht.	10	4	0	0	0	0	0



Vastuualueen johtoryhmäkokous 5 - Verkostoaalyysi

VaJoRy5	PJ	J4	J5	J7	J8	J11	Siht.	Kaikki
PJ	0	47	24	5	24	13	6	44
J4	49	0	7	7	0	5	0	12
J5	25	9	0	0	1	0	0	1
J7	15	7	0	0	0	0	0	1
J8	24	0	1	0	0	1	0	2
J11	27	11	1	0	2	0	0	6
Siht.	5	0	0	0	0	0	0	5



ⁱ Mitä paksumpi viiva sosiogrammeissa on, sitä enemmän puheenvuoroja kulkee ko. "reitillä". Viivojen paksuudet on suhteutettu kyseisen kokouksen puheenvuorojen määrään. Sosiogrammeissa ei ole huomioitu koko ryhmälle suunnattuja puheenvuoroja.