

JOHTAJANA SAIRAALASSA
Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon
ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten
johtajien näkökulmasta

Juha V. Virtanen

Sarja/Series A-2:2010



TURUN KAUPPAKORKEAKOULU
Turku School of Economics

Copyright © Juha V. Virtanen & Turun kauppakorkeakoulu

ISBN 978-952-249-069-8 (nid.) 978-952-249-070-4 (PDF)

ISSN 0357-4652 (nid.) 1459-4870 (PDF)

UDK 65.012.4

65.01

659.23

614

Uniprint, Turku 2010

TIIVISTELMÄ

Tutkimus käsittelee lääkäri- ja hoitajataustaisten, keski- tai ylimpään johtoon kuuluvien johtajien toimintakenttää julkisissa erikoissairaaloissa. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat: Minkälaisia elementtejä johtajan toimintakenttään julkisessa erikoissairaalassa kuuluu ja minkälainen on niiden keskinäinen suhde? Miten johtajan ammatillinen tausta – hoitaja tai lääkäri – ja hierarkkinen asema – keskijohto tai ylin johto – jäsentävät hänen toimintakenttäänsä? Tutkimusaineistona on 25 haastattelua sekä haastatteluja taustoittava dokumenttiaineisto. Tutkimusta edelsi esitutkimus. Haastattelut on analysoitu aineistolähtöisellä tutkimusotteella NVivo 7 -tietokoneohjelmaa apuna käyttäen.

Sairaalayhteisön valta- ja vastuusuhteet ovat johtajan toimintakentässä osin epämääräisiä, epäselviä ja epäjohdonmukaisia. Johtajat eivät tiedosta esimiesaseman ja tilivelvollisuuden eroa. Johtajien työn sisältö määräytyy kirjaamattoman ja usein edeltäjältä “periytyneen” toimenkuvan mukaan.

Jakautuminen lääketieteellisten erikoisalojen mukaan on erityisesti keskijohtoon kuuluvien lääkäritaustaisten johtajien toimintakentässä tiukka, mutta koskee myös keskijohtoon kuuluvia hoitajajohtajia. Jakautuminen näkyy esimerkiksi virallisissa organisaatiomäärityksissä, johtamisjärjestelmissä ja yksiköiden fyysisessä sijoittumisessa. Lisäksi erikoisalakohmainen jakautuminen ilmenee arkipäivän toimintakäytäntöinä, keskinäisenä kilpailuna yhteisistä resursseista, kiinnostuksen ja yhteistyösuhteiden vähäisyytenä oman erikoisalan ulkopuolelle sekä oletuksena siitä, että erikoisala määrittää johtajalle luonteenomaista käyttäytymistä ja johtamistapaa.

Johtajien toimintakenttä jakaantuu myös kahden ammattikunnan, hoitajien ja lääkäreiden mukaisesti. Kumpikin ammattikunta hoitaa omat asiansa eivätkä johtajat yleensä puutu toiseen ammattikuntaan kuuluvien johtamiseen. Kummallakin on oma linjaorganisaationsa riippumatta siitä, esiintyykö sellaista sairaalan virallisissa organisaatiomäärityksissä. Ammatillisten linjaorganisaatioiden olemassaolo johtaa faktisesti matriisimaiseen organisoitumiseen, mitä ei kuitenkaan tiedosteta.

Kulttuuriset käytännöt näkyvät keskeisesti kaikissa johtajan toimintakentän ulottuvuuksissa. Kulttuurit toimivat johtajan toimintakentässä voimakkaana toiminnan ohjaajana, jopa yli virallisten organisaatiomääritysten ja ohjeistusten.

Johtajien arvopohjan keskiössä on potilaan paras riippumatta johtajan ammatillisesta taustasta tai hierarkkisesta asemasta. Muita johtajan

toimintakentän keskeisiä arvoja ovat oikeudenmukaisuus, tasapuolisuus, lojaalisuus, luottamuksellisuus ja avoimuus.

Julkista erikoissairaala voi tutkimuksen mukaan luonnehtia hybridiorganisaatioksi, jossa spesialiteetteihin jakautuvaan professionaaliseen byrokratiaan yhdistyy hoitajien ja lääkärin ammattijakoon liittyvää matriisimaista organisoitumista.

Avainsanat: johtajan toimintakenttä, julkinen erikoissairaala, lääkärijohtaja, hoitajajohtaja, ylin johto, keskijohto.

KIITOKSET

Näetkö tuota valkoista kahvelirikistä purtta, joka lenssaten lähestyy haminan kajjaa etelän suunnalta? Nyt se nostaa tuuleen ja laskee isopurjeen. Fokka fladraa edelleen ylhäällä. Purren kannella häärii väkkärän lailla ahavoitunut, keski-ikäinen mies. Hänen yllään on parhaat päivänsä nähnyt purjehdustakki ja päässään vurtunut kipparinlakki. Äijä näyttää olevan yksin liikkeellä. Lieneekö tullut kaukaakin?

Purjehdusmatkani nuoresta lääkäristä kohti tohtoroitumista liiketaloustiede, johtamisen ja organisoinnin alalla on ollut ajallisesti tavallista pidempi. Matkan valmistelu alkoi jo 30 vuotta sitten. Pursi valmistui vuonna 2001 ja peräsinpintaan sain tarttua syksyllä 2004. Lähtiessäni en kovin tarkkaan tiennyt, minne purjehdukseni suuntautuisi. Eipä silti – en tiedä sitä vielääkään. Oikeastaan en ole siitä edes kovin kiinnostunut, koska minulle purjehdus itsessään oli ja on päämäärä. Matkalle valmistautuessani ja matkan kuluessa olen tavannut suuren määrän ihmisiä, joita ilman matkani ei olisi ollut mahdollinen. He ovat luotsanneet kulkuani ja tehneet purjehduksestani lähtemisen arvoisen.

Emeritusprofessori Paavo Okko kannusti minua lähtemään pitemmälle matkalle kuin alun perin suunnittelin. Päätös konkretisoitui, kun ystäväni professori Matti J. Sillanpää, tutustutti minut tulevaan ykkösluotsiin, professori Anne Kovalaiseen. Anne on ohjannut työtäni tavalla, joka parhaiten sopii minunkaltaiselleni varttuneelle yksinpurjehtijalle. Hänen ansiostaan olen saanut tutustua sellaisiin maihin, joiden olemassaolosta en olisi ennen matkaa osannut edes haaveilla. Ilman Annea en olisi nyt satamassa.

Merikortit matkalleni toimitti opintoasianpäällikkö Veronika Ståhlberg, joka tuntee väylät kaikilla maailman seitsemällä merellä – sellaisetkin, joita ei ole merikortteihin painettu. Purteni varustelusta kiitän Turun kauppakorkeakoulua ja sen rehtoria Tapio Reposta. Myös professori Satu Lähteenmäki on merkittäväällä tavalla edistänyt matkalle pääsyäni. Varustamon logo ei lähde tästä purresta pesemällä pois.

Matkan varrella olen saanut tukea, ohjausta ja kannustusta useilta henkilöiltä. Oman varustamon henkilökunnasta kiitän emeritusprofessori Raimo Nurmea, joka on muutamalla ystävällisellä sanalla saanut minut tuntemaan, että matkani on tärkeä myös muille kuin itselleni. Professori Juha Laurila on osallistunut reittivaihtoehtojen analysointiin tavalla, jota suuresti arvostan. Ma. professori Jouko Toivonen on suhtautunut työhöni kollegiaalisen kannustavasti. KTT Anni Paalumäen raikas ja lukijan mukaansa tempaava tapa kirjoittaa oma matkakertomuksensa vuodelta 2004 teki minuun

lähtemättömän vaikutuksen. Uskon, että se näkyy omassa tekstissäni. Olen kiitollinen kaikille muillekin johtamisen laitoksen tutkijoille heidän antamastaan palautteestaan ja mahdollisuudesta osallistua yhteisiin seminaareihin.

Minulla oli onni saada esitarkastajiksi kaksi terveydenhuollon johtamisen tutkimuksen suomalaiseseen terävimpään kärkeen kuuluvaa henkilöä: professorit Juhani Lehto ja Juha Kinnunen. Kumpikin on huolellisesti perehtynyt matkakertomukseeni ja kannustavilla vihjeillään ja oivaltavilla näkemyksillään auttanut minua parantamaan työni laatua. Tämä on erityisen tärkeää siitäkkin syystä, että omalta tieteenalaltani ei vielä löydy riittävää substanssintuntemusta suomalaisesta terveydenhuollon johtamisesta.

Purjehtiminen ei ole vain merellä oloa. Välillä on käytävä satamissa, mistä seuraa maahantulo-, tullaus-, lähtö- ym. ilmoitusten täyttämistä. Ilman apua paperisodan hoitamisessa olisin jämähtänyt johonkin ensimmäisistä satamista. Näissä asioissa olen saanut korvaamatonta apua amanuenssi Eila Wilkman-Korkeamäeltä, tutkimus- ja koulutussihteeri Mari Jaakkolalta ja tutkimus- ja jatkokoulutustoimikunnan sihteeriltä Anu Mäkelältä. Epäkäytännöllisenä meren miehenä arvostan erityisesti tutkimus- ja koulutussihteeri Birgit Haanmäen osaavaa ja hauskalla tavalla tarjoilemaa konsulttiapua satamapaikan hankinnassa ja siihen liittyvissä moninaisissa käytännön asioissa. Hyödyin myös lehtori Timo Leinon atk-neuvonnasta, joka tuli kaltaiselleni pikipöksylle enemmän kuin tarpeeseen. Kuvioita lokikirjaan piirteli sihteeri Tea Tuominen.

Yksipurjehdus on siinä suhteessa paradoksaalista, että se on hyvä tapa tutustua ihmisiin, joihin muuten ei tutustuisi. Yhteinen kokemustausta helpottaa ystävystymistä. Vertaisryhmistä minulle tärkeitä ovat olleet Pöllöryhmä sekä PTV-tutkijayhteisö, siellä erityisesti tutkijakollegani Jukka Sirén.

Ystäväni ja tutkijatoverini, professori Elina Viitanen otti aikoinaan melkoisen riskin kutsuessaan minut, tuntemattoman miehen, rohkeasti mukaan terveydenhuollon johtamisen tutkijayhteisöön ennen, kuin minulla oli purresta tietoakaan. Elinalta olen saanut roppakaupalla ymmärrystä, tukea ja kannustusta silloin, kun olen sitä eniten kaivannut. Elinan laaja-alainen ja suvereeni asiantuntemus ja säteilevä persoonallisuus ovat mahdollistaneet lukemattomat mielenkiintoiset ja hauskat keskustelut tutkimusmatkailusta ja siihen olennaisesti liittyvästä laivanvarustuksesta.

Vanhempiani Veikko ja Pirkko Virtasta kiitän siitä, että he aikoinaan kannustivat minua opiskelemaan ja näyttivät omalla esimerkillään, että uuttera työ on elämän suola. Vaimoani Hilkkaa kiitän rakkaudesta, joka kestää sellaisetkin myrskyt, joihin en kahvelipurjeisellani ikimailmassa uskaltautuisi. Lapsiani Juusoa ja Valpuria kiitän siitä, että he vanhoina

kauppakorkealaisina osaltaan vaikuttivat omaan varustamovalintaani. Juuson tarttuminen perheyriyöksemme ohjaimiin teki minulle mahdolliseksi lähteä turvallisin mielin omalle purjehdukselleni. Lastenlapsissani Vernerissä, Akselissa ja Aurorassa näen syyn, miksi papankin kannattaa heilua.

Taloudellisesta tuesta kiitän Liikesivistysrahastoa ja Turun kauppakorkeakoulun tukisäätiötä.

Lopuksi ja erityisesti kiitän kaikkia haastattelemani johtajia. Teette arvokasta ja vaativaa työtä, josta me kaikki hyödyimme. Siinä suhteessa olette sankareita jokainen.

Turun kauppakorkeakoulun Rosella-käytävän tutkijakammiossa 25.11.2009

Juha V. Virtanen

SISÄLLYSLUETTELO

PROLOGI	13
1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	15
1.1 Johtajan toimintakenttä sairaalassa	18
1.2 Mitä julkisten sairaaloiden johtamisesta tiedetään.....	22
1.3 Käsitteiden ja terminologian määrittelyä	34
1.4 Teoreettisia lähtökohtia ja taustaoletuksia	37
1.5 Tutkimuksen tavoitteet, tutkimuskysymykset ja tutkimusraportin rakenne	40
2 TUTKIMUSAINEISTON HANKINTA JA ANALYYSI	41
2.1 Miksi päädyin teemahaastatteluun ja dokumenttiaineistoon.....	41
2.2 Haastattelujen sopiminen, haastattelutilanne ja haastattelujen tallentaminen	44
2.3 Tutkimusaineisto	45
2.4 Haastattelujen teema-alueet.....	47
2.5 Aineiston analyysi	53
2.5.1 Aineiston tietokoneavusteinen analyysi NVivo 7 -ohjelmaa apuna käyttäen 60	
2.5.2 Arvojen analyysiin liittyviä ongelmia	64
3 JOHTAJAN TOIMINTAKENTTÄ SAIRAALASSA TUTKIMUSTULOSTEN VALOSSA.....	67
3.1 Yleisiä havaintoja	69
3.2 Kauas on pitkä matka – johtajan toimintakentän fyysinen ulottuvuus	72
3.3 Johtajan toimintakentän teknologinen ulottuvuus.....	75
3.4 Talon tavoille tai talosta pois – johtajan toimintakentän kulttuurinen ulottuvuus	81
3.5 Erikoisalat ja ammattiryhmät johtajan toimintakentässä	93
3.5.1 Miten lääketieteelliset erikoisalat liittyvät erikoissairaanhoito- organisaation rakenteeseen.....	94
3.5.2 Miten johtajat puhuivat ammatillisista ryhmistä	95
3.5.3 Miten spesialiteetit näkyvät haastatteluaineistossa	97
3.5.3.1 <i>Spesialiteetit määrittäjinä</i>	98
3.5.3.2 <i>Spesialiteetit erottavat ja yhdistävät</i>	103
3.5.3.3 <i>Spesialisteista puhutaan omanlaisinaan ihmisinä</i>	105
3.5.3.4 <i>Spesialiteetteihin liittyty arvostuseroja</i>	108

3.5.4	Spesialiteetit henkilöiden johtamisen ja johdetuksi tulemisen näkökulmasta	110
3.5.5	Yhteenvetoa spesialiteettien merkityksestä	113
3.6	Toimijoiden väliset suhteet johtajan toimintakentässä.....	115
3.6.1	Johtajan suhteet sairaalan ulkopuolelle ja poliittisiin luottamushenkilöihin	115
3.6.2	Valta ja vastuu johtajan toimintakentässä	118
3.6.2.1	<i>Miten johtajat puhuivat vallasta</i>	<i>118</i>
3.6.2.2	<i>Minkälaista vastuuta johtajat työssään tunnistivat.....</i>	<i>125</i>
3.6.2.3	<i>Vastuu tilivelvollisuutena</i>	<i>129</i>
3.6.2.4	<i>Mitä johtajat tarkoittivat “esimiehellä”</i>	<i>133</i>
3.6.2.5	<i>Mistä esimies sairaalayhteisössä tunnistetaan</i>	<i>136</i>
3.6.2.6	<i>Keskijohdon ja ylimmän johdon suhde vallan ja vastuun näkökulmasta</i>	<i>140</i>
3.6.3	Johtajien työnjako ja toimenkuva sairaalassa	149
3.6.4	Johtajien yhteistyö sairaalayhteisössä	154
3.6.5	Hierarkkisuuudesta johtajan toimintakentässä	162
3.6.5.1	<i>Ammattiensisäinen hierarkia</i>	<i>163</i>
3.6.5.2	<i>Ammattienvälinen hierarkia.....</i>	<i>165</i>
3.6.6	Yhteenvetoa toimijoiden välisistä suhteista	171
3.7	Arvot ja etiikka – johtajan toimintakentän arvoulottuvuus.....	174
3.7.1	Arvot ja etiikka terveydenhuollossa	174
3.7.2	Miten johtajat puhuivat arvoista	178
3.7.3	Johtajan arvoympyrä	181
3.8	Vastauksia tutkimuskysymyksiin	185
4	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	191
4.1	Miten ymmärtää spesialiteetteja	191
4.1.1	Professionaalinen identiteetti yhdistäjänä	192
4.1.2	Spesialisti samastuu ammattikuntaansa	194
4.1.3	Selittävätkö lääketieteen kehitys, lääkärien erikoisalakohtainen professionaalinen identiteetti ja prestiisihierarkiat tapaa organisoida ja johtaa erikoissairaanhoidon?	197
4.2	Miltä erikoissairaalaorganisaatio näyttää tämän tutkimuksen valossa	202
4.2.1	Erikoissairaalaorganisaationa kuvaava käsitteellinen malli.....	202
4.2.2	Matriisityyppisiä professionaalisia byrokratioita?.....	205
4.3	Johtopäätökset ja käytännön merkitys sairaalan johtamiselle.....	213
4.4	Tutkimuksen merkityksen arviointia.....	219
4.5	Tutkimuksen menetelmällistä arviointia	223
4.5.1	Tutkijan taustan ja roolin arviointia.....	228
4.5.2	Tutkimuksen eettisyyden arviointia.....	230

4.5.3 Onko tutkimustuloksilla tutkimusaineistoa laajempaa merkitystä?	233
4.6 Jatkotutkimusaiheita	235
5 SUMMARY	237
EPILOGI	239
LÄHDELUETTELO	241
LIITE 1: Esitutkimuksen tutkimuskysymykset, aineisto ja menetelmät	275
LIITE 2: Haastatteluteemat ja niiden esittäminen haastattelutilanteissa	277
LIITE 3: Haastatteluaineiston esittely	280
LIITE 4: Alustava käsitkartta koodauksen aloittamista varten	282
LIITE 5: Luettelo tietokoneavusteisen analyysin aikana perustetuista noodista, noodien perustamisajankohdista ja noodilla koodattujen analyysiyksiköiden lukumäärästä 30.11.2007	283
LIITE 6: Noodien sisällön määrittelyä koodausvaiheen aikana	284
LIITE 7: Kuvaus Rakenteet-noodin analyysistä	289
LIITE 8: Lääkärinvala ja sairaanhoitajan lupaus	294
LIITE 9: Esimerkkejä sairaalaorganisaatioiden kirjaamista arvoista ja eettisistä toimintaperiaatteista	295
LIITE 10: Kuopion yliopistollisen sairaalan organisaatiokaavio 18.1.2006 ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatiokaavio 1.1.2008	298
LIITE 11: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä – organisaatio 2007, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri – organisaatio 2005, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatio 22.9.2006, Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä Viranhaltijaorganisaatio, Turun kaupungin terveystoimi – organisaatio	300
LIITE 12: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio	306
LIITE 13: Psykiatri, sisätautilääkäri, kirurgi ja patologi sorsajahdissa	307
LIITE 14: Haastateltujen johtajien mainitsemia säännöllisiä ja virallisia organisaationsisäisiä kokouksia, tilaisuuksia ja tapaamisia:	308
LIITE 15: Johtosääntöotteita	309

LUETTELO TAULUKOISTA

Taulukko 1:	Johtamisen luonne julkisella ja yksityisellä sektorilla Salmisen mukaan (2002, 111)	23
Taulukko 2:	Haastattelun etuja Hirsjärven ja Hurmeen (2004, 35) mukaan.....	43
Taulukko 3:	Haastattelun teema-alueet.....	47
Taulukko 4:	Haastatteluaineiston analyysin vaiheita.....	56
Taulukko 5:	Alustava käsittekartta haastatteluaineiston koodaamista varten	60
Taulukko 6:	Haastatteluaineiston tietokoneavusteisen analyysin vaiheita.....	62
Taulukko 7:	Johtajien haastatteluihin perustuva vastuujaoittelu	126
Taulukko 8:	Vastuujaoitteluun liitettävissä olevia tilivelvollisuuksia	129
Taulukko 9:	Kriteereitä, joiden perusteella johtajan asema sairaalan ohjaus- ja valvontaketjussa määräytyy	137
Taulukko 10:	Vallan lähteet organisaatiossa (Morgan 2006, 167)	148
Taulukko 11:	Johtajien yhteistyökumppaneita	157
Taulukko 12:	Nelikenttä johtajan yhteistyöareenoista ja tavasta jakaa työtehtäviä toiseen linjaorganisaatioon kuuluvan yhteistyökumppaninsa kanssa.....	160

LUETTELO KUVIOISTA

Kuvio 1:	Johtajan toimintakenttä.....	19
Kuvio 2:	Kohdeilmiön ulottuvuuksia	68
Kuvio 3:	Lääkärien ammatillista linjaorganisaatiota kahdessa sairaalassa	100
Kuvio 4:	Johtajan arvoympyrä	182
Kuvio 5:	ETENE:n (2002) ilmaisemia terveydenhuollon eettisiä periaatteita kuvaava arvoympyrä.....	184
Kuvio 6:	Lääketieteen kehityksen ja sairaalan kliinisen toiminnan mahdollisia yhteyksiä	199
Kuvio 7:	Organisaatiota kuvaava käsitteellinen malli Hatchin ja Cunliffen (2006, 19) mukaan.....	203
Kuvio 8:	Erikoissairaala organisaationa kuvaava käsitteellinen malli	205
Kuvio 9:	Erikoissairaala ammattikuntiin ja specialiteetteihin perustuvien toimintojen muodostamana matriisina	207

PROLOGI

Kiinnostukseni kohde ja tutkimukseni aihealue nousee omasta taustastani. Valmistuin lääkäriksi Turun yliopistosta v. 1979 ja työskentelin kliinikkolääkärinä kahdeksan vuoden ajan ennen kuin siirryin perheyrittäjästäni johdosta liike-elämään. Vuosien kuluessa opin tuntemaan liike-elämää ja yritysjohtajia eri liike-elämän aloilta. Yhteyteni terveydenhuoltoon kuitenkin säilyivät oman mielenkiintoni ja lukuisten henkilösuhteiden ansiosta.

Panin merkille, että terveydenhuollossakin johtajat alkoivat 1990-luvulla puhua rahasta, budjeteista, hinnoista, suoritteista ja tuloksesta aivan kuten yritysjohtajat. Yhteisistä puheenaiheista huolimatta johtajien arkipäivä julkisessa sairaalassa ja yksityisen yrityksen palveluksessa näytti minun näkökulmastani varsin erilaiselta. Minun oli mahdollista ymmärtää kummassakin toimintaympäristössä työskenteleviä johtajia. Jotkut yrityspuolella toimivat johtajat suhtautuvat julkisiin terveydenhuolto-organisaatioihin mielestäni ennakkoluuloisesti pitäen niitä tehottomina ja huonosti johdettuina, ikään kuin siellä toimivilla johtajilla ei olisi osaamista johtamisen ja organisoimisen alkeista. Oman ymmärrykseni mukaan tämä ei pidä paikkansa. Useat terveydenhuollon johtotehtävissä toimivat johtajat ovat oman arvioni mukaan taitavampia ja kokeneempia henkilöstövoimavarojen johtajia kuin monet yksityisissä yrityksissä toimivat johtajat.

Tulin pohdinnoissani siihen tulokseen, että johtajat julkisissa terveydenhuolto-organisaatioissa ja yrityksissä toimivat erilaisessa ympäristössä, vieläpä niin että terveydenhuolto-organisaation johtajan toimintakenttä saattaa olla monimutkaisempi ja haastavampi kuin monen yritysjohtajan toimintakenttä.

Yritysjohtaminen on mielestäni vahvasti yksinkertaistettuna melko selväpiirteistä toimintaa, jossa onnistumiselle on yksi selkeä mittari yli muiden: "mitä viivan alle jää". Vastaavasti johtamisen haasteita voidaan tarkastella yrityksen tuloksen näkökulmasta. Julkiset terveydenhuolto-organisaatiot eivät toimi kuten voiton tuottamiseen pyrkivät yritykset. Selväpiirteinen taloudellisilla suureilla mitattu voiton tavoittelu ei voi olla julkisessa terveydenhuolto-organisaatiossa johtajan toiminnan määrittäjä, vaikka hän puhuisikin "tuloksesta". Terveydenhuollossa ollaan tekemisissä elämän ja kuoleman kysymysten kanssa. Henkilöstö tekee päätöksiä, joilla on vaikutuksia asiakkaan elämän laatuun ja pituuteen. Tällaisessa kontekstissa

johtaminen ja johtamisen ongelmat eivät voi olla samankaltaisia kuin esimerkiksi asiantuntijapalveluja myyvässä konsulttiyrityksessä, vaikka kummassakin johdetaan asiantuntijoita ja puhutaan "tuloksesta".

Pohdintojen ja kirjallisuuteen tutustumisen jälkeen päätin itse tutkia terveydenhuolto-organisaatioiden johtamista. Etsin tutkimusaiheen, joka olisi jollakin tavalla terveydenhuolto-organisaatioiden johtamiselle tyypillinen ja jota en vastaavanlaisena yritysmaailmasta tunnistanut. Valitsin ensimmäiseksi tutkimuskohteekseni lääkärien ja hoitajien ammatilliset linjaorganisaatiot. Tein aiheesta pro gradu -työn, joka valmistui vuonna 2004.

Pro gradu -aineistossa lääkärien ja hoitajien ammatilliset linjaorganisaatiot kietoutuivat muun muassa terveydenhuolto-organisaatioiden epäselviin ja mielestäni epäjohdonmukaisiin valta- ja vastuusuhteisiin sekä tiettyihin päätöksentekoa ja työnjakoa koskeviin toimintakäytäntöihin. Tutkimani ja lukemani perusteella ymmärsin, että ammatilliset linjaorganisaatiot ovat osa laajempaa terveydenhuolto-organisaatioiden johtamisen kontekstia, johon saattaa kuulua muitakin toimijoita kuin lääkärien ja hoitajien ammattikunnat ja muita kuin pro gradu -tutkimuksessa paljastuneita ongelmia.

Täten pro gradu -tutkimukseni toimi porttina ja esitutkimuksena tälle tutkimukselle. Sen tuloksena mielessäni tiivistyi seuraavia kysymyksiä: Minkälaista on terveydenhuolto-organisaation johtajan työssään kohtaama todellisuus? Minkälaisia asioita, ilmiöitä, henkilö- ja toimijasuhteita, käytäntöjä hän työyhteisössään tai muuten työnsä takia kohtaa, ottaa huomioon ja itse noudattaa? Mikä on hänen oma asemansa tuossa kontekstissa?

Näille tutkimuksen vesille suuntaan purteni.

1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Julkisen vallan on perustuslain (731/1999) 19§:n mukaisesti turvattava “jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. Terveyspalvelujen järjestämisvelvollisuus on kunnilla¹. Kunnat voivat tuottaa palvelut omana tuotantona, yhteisten kuntayhtymien tuotantona tai ostamalla palveluita ulkopuolisilta palveluntuottajilta (Kunnat.net Palvelujen järjestäminen, luokitukset ja laatu 2008). Julkinen terveydenhuolto jakaantuu lainsäädäntöön perustuen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuoltoa toteutetaan terveyskeskuksissa.

Erikoissairaanhoidon mukaan *erikoissairaanhoidolla* tarkoitetaan “lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja”.

Erikoissairaanhoidolla on pitkä historiallinen tausta. Tuon taustan tunteminen on tarpeen, jotta ymmärtää erikoissairaanhoidon organisointia.

Sairaaloiden erikoistuminen laajemmin alkoi 1800-luvun alussa. Välittömänä syynä ei aluksi ollut niinkään lääketieteen kehitys, vaan tosiasia, että tietyntyyppisiä potilaita oli vaikea sijoittaa mihinkään olemassa olevaan laitokseen. Erityisesti anestesian ja kirurgian kehitys ja parantunut aseptiikka ja antiseptiikka tekivät sairaaloista laitoksia, joissa alettiin hoitaa kaikkia sairaita, myös maksukykyisiä, joille oma koti oli aikaisemmin ollut sairaalaa mieluisampi ja turvallisempi hoitopaikka. 1900-luvun alkuun mennessä sairaalalaitos oli Euroopassa jo pitkälti erikoistunut (Healy ja McKee 2002; Porter 1997).

Lääkäreiden opetusta varten oli tarpeen perustaa yliopistollisia opetussairaaloita. Niissä toteutettiin lääketieteelliseen erikoistietämykseen perustuvaa organisoitumista, mikä oli lääketieteen opetuksen ja tutkimuksen kehittämisen kannalta tarkoituksenmukaista. (Vuori 1979, 194–199.) Lääkärikoulutus Suomessa alkoi, kun Turun akatemian lääketieteellinen tiedekunta perustettiin v. 1640 (Forsius 1993). Lääketieteellisen tiedekunnan aloittaessa Helsingissä Turun palon jälkeen sen yhteyteen perustettiin 1833 Kliininen instituutti. Tiedekunnassa toimi aluksi kolme professoria. Yksi opetti anatomiaa ja fysiologiaa, toinen teoreettista ja käytännöllistä

¹ Kuntalaki 365/1995, Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.

lääketiedettä eli sisätauteja ja kolmas kirurgiaa ja synnytysoppia. 1800-luvun loppupuolen ja 1900-luvun alun aikana professuureja perustettiin lääketieteen erikoisaloille niin, että tiedekunnassa oli vuonna 1918 yhteensä 18 vakinaista ja ylimääräistä professoria ja noin 25 dosenttia. (Forsius 1995.)

Lääkäreiden ja välskärrien jälkeen vanhin terveydenhuollon ammattikunta Suomessa on kättilöt, joiden koulutus alkoi Turussa 1816. Sairaiden hoito säilyi pitkään maallikkojen² vastuulla, kunnes Helsingin Diakonissalaitoksessa alettiin kouluttaa diakonisoja kyseiseen tehtävään v. 1867. "Sairaanhoitajattarien" koulutus alkoi vasta 1889 Helsingissä Punaisen Ristin kustantamana. Valtio alkoi järjestää koulutusta lääninsairaaloiden yhteydessä 1893. (Forsius 1989 ja 2004.)

Lääketieteellisen tietämyksen lisääntymisestä seurasi yhä kasvava tarve erikoistumiseen. Se ilmeni muun muassa lääketieteellisten erikoisalojen eli spesialiteettien määrän kasvuna. Mitkä lääketieteellisen erikoisosaamisen alueet saavat lääketieteellisen erikoisalan aseman, on viime kädessä hallinnollinen sopimus, joka liittyy lääkärin erikoistumiskoulutukseen ja sen hyväksymismenettelyyn.³ Nykyisin erikoisalojen asema liittyy lääkärin yliopistolliseen koulutusjärjestelmään ja siitä säädetään asetuksessa erikoislääkärin tutkinnosta (678/1998) ja asetuksen muutoksessa (1343/2002). Pääosa lääkärin kliinisen vaiheen perusopetuksesta tapahtuu edelleen kursseilla, jotka noudattavat lääketieteellisiä erikoisaloja.

Sairaanhoitajaopiskelijat valitsevat suuntautumisvaihtoehdon, joista osaa nimitetään lääketieteellisten erikoisalojen mukaisesti. Hoitotyöhön suuntautuneessa sairaanhoitajakoulutuksessa lääketieteellisten erikoisalojen asema ei ole yhtä ilmeinen.⁴ Täten lääketieteen kehitys liittyy lääketieteellisen tutkimuksen ja tiedon kasvun lisäksi ammattitaitoisen henkilöstön, erityisesti lääkärin, kouluttamiseen sekä järjestelmiin, joilla säädellään kouluttamista ja päätetään terveydenhuollon henkilöstön kelpoisuusehdoista⁵.

² Esimerkiksi sairaanvartijat, piiat, rengit ja toiset potilaat.

³ Vuosien kuluessa spesialiteetteja on perustettu lisää ja vanhoja on lopetettu. V. 1932 erikoisaloja oli 11 kpl (Pylkkänen 2002). 1.1.1999 alkaen erikoistuminen on mahdollista 49 erikoisalalle, mutta erilaisia tutkintonimikkeitä on käytössä paljon enemmän (ks. Suomen Lääkäriliitto 2008). Spesialiteettien lisäksi oli olemassa suppeita erikoisaloja eli subspecialiteetteja. Osa entisistä (ennen 1.1.1999) subspecialiteeteista on nykyisin spesialiteetteja. Spesialiteettien lisäksi on mahdollista hankkia Suomen Lääkäriliiton erityispätevyysohjelman mukainen erityispätevyys, joita on olemassa 32 kpl (Suomen Lääkäriliitto 2007) tai osallistua yliopistollisiin lisäkoulutusohjelmiin, joista osa vastaa aikaisempia suppeita erikoisaloja (Puolijoki ja Tuulonen 2007).

⁴ Hoitotyön ammattiopinnot perustuvat hoitotieteelliseen tietoon ja sitä tukeviin tieteen aloihin, joita ovat lääke-, luonnon-, yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellinen tieto (Sairaanhoitajan tutkinto, hoitotyön koulutusohjelma, Lahden ammattikorkeakoulu).

⁵ Terveydenhuoltoalan muiden ammattikuntien historiallista kehitystä ja siihen vaikuttavia tekijöitä ovat kuvanneet esimerkiksi Sarkio 2007; Elomaa, Isosaari ja Pekkarinen 2007; Yrjälä 2005; Wrede 2001; Sorvettula 1998; Henriksson 1998; Manninen, Mertokoski ja Sarvikas 1998; Simoila 1994; Konttinen 1991; Tallberg 1991; Havanto, Iivonen, Lehtiharju, Määttänen, Sibenberg ja Willman 1989; Hämäläinen 1986; Siivola 1984; Tallberg 1983.

Sairaanhoitajan ammatti oli ensimmäisiä ammatteja, joihin naiset saattoivat koulutautua. Suomessa miehet oli suljettu sairaanhoitajakoulutuksen ulkopuolelle vuoteen 1963. (Sarkio 2007, 55–56.) Vastaavasti lääkärin ammatti oli pitkään miesten etuoikeus, ja vasta vuoden 1925 laki lääkärin toimen harjoittamista rinnasti täysin miehet ja naiset lääkärin toimen harjoittajina (Pesonen 1980, 373)⁶. Viime vuosikymmeninä Suomen lääkärikunta on nopeasti naisistunut. Hoitajakunta on edelleen varsin naisvoittoinen⁷.

Lääketieteelliset erikoisalajat voidaan karkeasti jakaa kolmeen pääryhmään: *operatiivisiin* ja *konservatiivisiin* aloihin (jotka yhdessä muodostavat ns. somaattiset alat) sekä *psykiatriaan*.⁸ Jaolla konservatiivinen–operatiivinen viitataan siihen, tehdäänkö erikoisalalla leikkauksia eli operatioita vai tyydytäänkö potilaita hoitamaan pääosin konservatiivisesti (esimerkiksi lääkehoidon avulla). Operatiivisia aloja ovat esimerkiksi yleiskirurgia, ortopedia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja gynekologia. Konservatiivisia aloja ovat esimerkiksi sisätaudit, neurologia, keuhkosairaudet, lastentaudit ja geriatria. Tämänkaltaisen määritelmä on hoitomenetelmien kehittyessä vain suuntaa antava, koska konservatiivisen alan lääkäri voi tehdä melko invasiivisia diagnostisia toimenpiteitä ja operatiivisen alan lääkäri hoitaa potilaitaan lääkkeillä, fysikaalisilla hoidoilla ja ravitsemusohjeiden avulla.⁹

Erikoissairaanhoiton järjestämiseksi kunnan tulee kuulua johonkin sairaanhoitopiiriin¹⁰. Sairaanhoitopiirejä on Manner-Suomessa 20 kpl. Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu viiteen erityisvastuualueeseen (“miljoonapiirit”), joista kuhunkin kuuluu sellainen

⁶ Pohjoismaiden ensimmäinen naispuolinen lääkäri oli Rosina Heikel. Hän opiskeli poikkeusluvalla ja valmistui lääkäriksi jo vuonna 1878 (Pesonen 1980, 373).

⁷ Lääkärikunnasta 1.1.2008 oli naisia 52%. Yli 62-vuotiasta naisten osuus oli vain 31%, mutta alle 30-vuotiaista lääkäreistä 72% oli naisia. (Henriksson 2008.) Sairaanhoitajista naisia oli vuoden 2007 marraskuussa 92% (Suomen sairaanhoitajaliitto 2009).

⁸ Jako ei tällaisena ole kattava. Lisäksi on joukko erityisesti diagnostiikkaan liittyviä erikoisalajoja, kuten radiologia, kliininen fysiologia, kliininen neurologia, kliininen mikrobiologia sekä erikoisalajoja, joita harjoitetaan lähinnä muualla kuin erikoissairaanhoiton organisaatioissa, kuten yleislääketiede, työterveyshuolto ja terveydenhuolto (ks. esimerkiksi Turun yliopiston opinto-opas 2007–2009).

⁹ Konservatiivisten ja operatiivisten erikoisalojen vahva erillisuus saattaa liittyä niiden erilaiseen historialliseen taustaan. Kirurgisia toimenpiteitä suorittivat lähinnä parturit ja välskärit, ja armeija oli heidän merkittävin työntantajansa. Myös lukkareilta vaadittiin välskärin taitoja vuoden 1869 kirkkolain muutokseen asti. Vuonna 1836 Senaatti antoi tutkintovaatimukset kirurgian maisterin tutkintovaatimuksista. Siihen ei sisällynyt filosofin kandidaatin tutkintoa, jonka lääketieteen lisensiaatiksi opiskelevien oli suoritettava ennen varsinaista lääketieteen opiskelua. Ks. tarkemmin Forsius (1998 ja 1999).

¹⁰ Kunnat voivat itsekin tuottaa erikoissairaanhoiton palveluja (ns. peruserikoissairaanhoito). Päijät-Hämeessä, Itä-Savossa ja Kainuussa sairaanhoitopiiri on osa monitoimialaista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavaa kuntayhtymää. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri aloitti vuoden 2009 alussa (Kunnat.net Sairaanhoitopiirit 2008). Valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki tulee koskemaan sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoitoa ja se tulee uudistamaan terveydenhuollon järjestämismallia. Lain on määrä tulla voimaan v. 2010 (Kunnat.net Terveydenhuoltolaki 2008).

sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. Niitä ovat Helsingin, Turun, Tampereen, Oulun ja Kuopion yliopistot ja vastaavasti Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit. Lääketieteen erikoisalojen professorit ja muut yliopiston palveluksessa olevat kliinisten aineiden opettajat opettavat lääketieteen opiskelijoita ja erikoistuvia lääkäreitä sekä, usein sen lisäksi, hoitavat kliinistä virkaa sairaanhoitopiirin palveluksessa.

Sairaanhoitopiirien ylin hallinnollinen elin on luottamushenkilöistä koostuva liittovaltuusto, johon jäsenkuntien valtuustot valitsevat kuntien asukasluvusta riippuvan määrän edustajia. Sairaanhoitopiirin liittovaltuustot valitsevat sairaanhoitopiirille hallituksen. (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.) Liittovaltuuston ja hallituksen muodostamat demokraattisesti valitut luottamushenkilöt valitsevat edelleen sairaanhoitopiireille johtajia siten, kuin kunkin sairaanhoitopiirin hallintoa koskevissa säännöissä on sovittu meneteltävän.

Julkisen terveydenhuollon organisoinnissa tapahtui Suomessa 1980- ja erityisesti 1990-luvulla perustavaa laatua olevia uudistuksia¹¹. Julkisen terveydenhuollon toimintaympäristön muutoshankkeet eivät jääneet viime vuosikymmenelle: alalla on toteutettu, parhaillaan toteutetaan ja suunnitellaan useita valtakunnallisia ja paikallisia uudistuksia, jotka koskevat myös erikoissairaanhoidossa työskenteleviä johtajia¹².

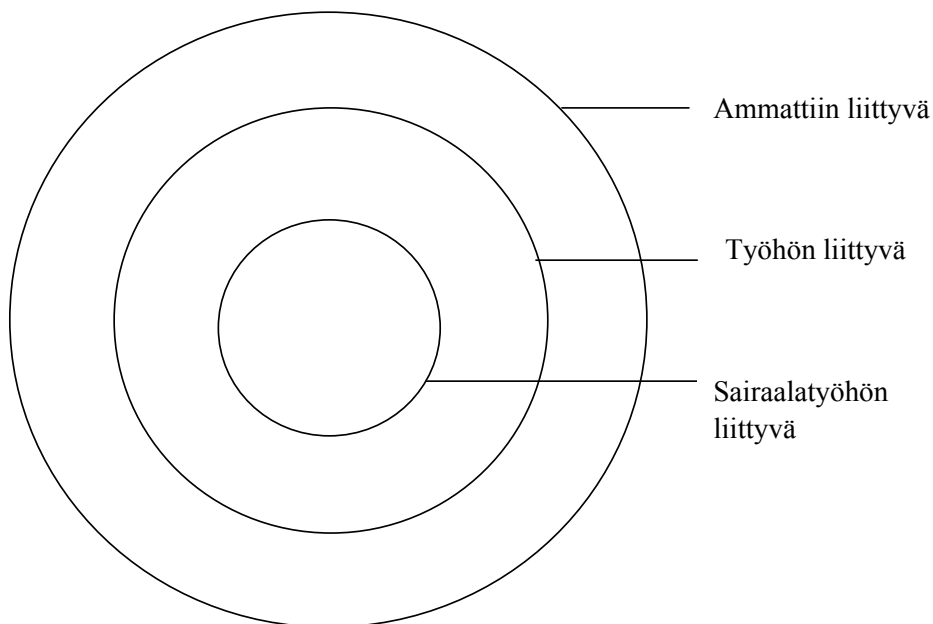
1.1 Johtajan toimintakenttä sairaalassa

Tämä tutkimus käsittelee erikoissairaaloiden toimintaa, johtamista ja organisointia sairaalassa työskentelevien johtajien näkökulmasta. Tutkimuksen kohde ei rajoitu siihen, mitä tapahtuu sairaalan seinien sisällä, vaan se kattaa laajemman sairaalan toimintaan ja johtajan työhön liittyvän kontekstin, jota kutsun johtajan toimintakentäksi. Toimintakentällä tarkoitan ympäristöä tai

¹¹ Valtion "korvamerkitystä" rahoituksesta luovuttiin ja kuntien vastuuta palveluiden järjestämisestä ja taloudellisesta organisoinnista kasvatettiin voimakkaasti. Sairaaloissa uudistettiin organisaatorakenteita ja johtamista: perinteisistä byrokraattisista organisaatiomalleista siirryttiin pääosin lääketieteellisistä erikoisaloista koostuviin tulosyksikköorganisaatioihin, ja "määräysjohtamisen" tilalle tuli käyttöön tulosjohtaminen ja tulosohejaus. Muutokset noudattivat uuden julkisjohtamisen (New Public Management) periaatteita ja esikuvia haettiin yksityiseltä sektorilta (Lähdesmäki 2003; Clarke ja Newman 1997; Ferlie, Pettigrew, Ashburner, Fitzgerald 1996).

¹² Viitataan esimerkiksi terveydenhuoltolakiin, PARAS-hankeeseen, KASTE-hankeeseen, ulkoistamiseen, liikelaistamiseen, yhtiöittämiseen, sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden yhdistämisiin ja uusien muodostamiseen, valtakunnalliseen sähköiseen sairauskertomukseen, sähköiseen reseptiin sekä lääkärin ja hoitajien työnjakoon liittyviin asioihin.

kontekstia, jossa jokin toiminta tapahtuu. *Johtajan toimintakentällä* tarkoitan vastaavasti ympäristöä tai kontekstia, jossa johtaja toimii. Johtajan harrastuksiin, perhe-elämään ja vapaa-aikaan liittyvät asiat jäävät tutkimuksen ulkopuolelle. Olen kiinnostunut johtajan ammattiin, työhön ja erityisesti sairaalatyöhön liittyvästä toimintakentästä. Näiden käsitteiden eroja ja keskinäisiä suhteita havainnollistan kuviolla 1.



Kuvio 1. Johtajan toimintakenttä

Ammattiin liittyvä toimintakenttä on määrittelemistäni käsitteistä laajalaisin. Ammatillinen toimintakenttä käsittää muutakin kuin työhön ja sairaalaan liittyviä asioita, esimerkiksi koulutukseen, ammattijärjestöihin ja muihin terveydenhuolto-organisaatioihin liittyviä asioita. *Työhön liittyvä* toimintakenttä käsittää muutakin kuin vain sairaalatyöhön liittyvää sisältöä, esimerkiksi toiminnan yksityisenä ammatinharjoittajana tai toiminnan jonkin muun organisaation kuin julkisen erikoissairaalan palveluksessa. Johtajan *sairaalatyöhön liittyvään* toimintakenttään sisällytän vain johtajan työpaikkaan sairaalassa liittyvän toimintaympäristön. Se pitää sisällään fyysisesti sairaalan seinien sisäisen ja johtajan sairaalatyöhön liittyvän sairaalan ulkopuolisen toimintakentän, esimerkiksi johtajan sairaalatyöhön

liittyvät yhteistyösuhteet muihin organisaatioihin, kuten kuntiin, yliopistoihin ja ammattikorkeakouluihin. Toimintakenttään sisällytän ihmisten lisäksi sairaalan konkreettisen aineellisen toimintaympäristön, kuten rakennukset, koneet ja laitteet.

Johtajan toimintakentällä en tarkoita organisaatiokenttää (organizational field). *Organisaatiokenttä* (*organizational field* tai *field of organizations*) liittyy erityisesti neoinstitutionaaliseen organisaatioteoriaan. Sillä viitataan tietynlaisten organisaatioiden muodostamaan kokonaisuuteen, jossa vaikuttavat samat institutionaaliset tekijät (Scott 2001, 43)¹³. Yksittäinen johtaja ei työskentele organisaatiokentässä, vaan yhdessä tai useammassa organisaatiossa.

Puhun mieluummin johtajan toimintakentästä kuin *johtamisympäristöstä*, koska jälkimmäistä käytetään myös laajempaan, järjestelmätason ilmaisuna (esim. Viitanen ja Lehto 2005; Kinnunen ja Vuori 2005). Tässä työssä puhun johtamisympäristöstä vain johtajan toimintakenttää laajemmassa merkityksessä. Käsitteiden ero ilmenee virkkeestä: viimeisen 15 vuoden aikana tapahtunut terveydenhuollon johtamisympäristön managerialistuminen on vaikuttanut sairaalan johtajan toimintakenttään esimerkiksi siten, että sairaalassa on otettu käyttöön tasapainotettu tuloskortti -järjestelmä. Täten johtamisympäristöllä on vaikutusta yksittäisen johtajan toimintakenttään.

Tässä tutkimuksessa olen kiinnostunut julkisessa sairaalassa työskentelevän hoitaja- tai lääkäritaustaisen, ylimpään tai keskijohtoon¹⁴ kuuluvan johtajan toimintakentästä, jota jatkossa kutsun *johtajan toimintakentäksi sairaalassa*.

Johtajan toimintakenttään sairaalassa sisältyy käsitteellisesti eritasoisia elementtejä ja ilmiöitä, jotka voivat olla limittäisiä tai sisältää toisensa. Osa johtajan toimintakentästä ilmenee hyvin havainnollisesti ja tarkkarajaisesti, esimerkiksi budjettiraameina, kirjattuina toimintakäytäntöinä, organisaatiokaavioina, esimiesten antamana kirjallisena ohjeistuksena, alaisten lukumääränä, leikkaussalin varustuksena tai fyysisinä toimitiloina, niiden varustuksena ja etäisyyksinä.

Käsitteellisimpiä asioita ovat esimerkiksi organisaation strategia ja johtamisjärjestelmä. Ne vaikuttavat johtamiseen, mutta antavat johtajalle erilaisia vaihtoehtoisia soveltamismahdollisuuksia. Sairaalassa vallitsevat kulttuuris-kognitiiviset ilmiöt, kuten henkilöstön arvopohja ja

¹³ DiMaggion ja Powelin (1983) mukaan tietyn organisaatiokentän (organizational field) muodostavat "those organizations that, in aggregate, constitute a recognized area of institutional life: key suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar services and products."

¹⁴ Alaluvussa 1.3 määrittelen, mitä tarkoitan keski- ja ylimpään johtoon kuuluvilla sekä lääkäri- ja hoitajataustalla.

ammattikulttuurit, professionaalisuus, epäviralliset organisaatiot ja valtarakenteet ovat esimerkkejä sellaisista johtajan toimintakentän ilmiöistä, joista ei välttämättä löydy yhtään kirjoitettua sanaa organisaation virallisista papereista. Ne ovat läsnä johtajan toimintakentässä riippumatta siitä, onko hän niistä tietoinen vai ei. Onhan mahdollista, että johtaja ei huomaa eikä tiedosta kaikkia toimintakenttään vaikuttavia ilmiöitä, esimerkiksi samastumistaan omaan professioonsa. Tavoitteenani on toki liittää esille tulevia ilmiöitä laajempiin yhteyksiin eli abstrahoida, mutta en lähde liikkeelle miltään tietyltä käsitteelliseltä tasolta.

Täten johtajan toimintakenttää sairaalassa voidaan tarkastella useista näkökulmista. Eri näkökulmat paljastavat kohdeilmioistä erilaisia *ulottuvuuksia*. En etukäteen rajaa, mitä johtajan sairaalatyöhön liittyvään toimintakenttään kuuluvia yhteisöllisiä ulottuvuuksia, piirteitä tai ominaisuuksia tarkastelen. Viitekeh്യkseni on tarkoituksellisesti väljä ja rakentuu tutkimuksen kuluessa aineistolähtöisyyden ehdoilla.

Aineistolähtöisyys ilmenee mielestäni parhaiten tutkimusprosessin kulusta: Lähdin liikkeelle väljästä mielenkiinnon aiheesta, jota kuvasin edellä. Tein esitutkimuksen johtajan toimintakenttään liittyvästä osa-alueesta, ammatillisista linjaorganisaatioista, avoimen haastattelun tekniikalla. Pääsin tutkimuksellisesti kiinni laajempaan, terveydenhuolto-organisaatioiden toimintaan ja johtamiseen liittyvään kokonaisuuteen. Rajasin mielenkiintoni julkisiin erikoissairaaloihin sekä ylimpään ja keskijohtoon kuuluviin, lääkäri- ja hoitajataustaisiin johtajiin. Keräsin varsinaisen tutkimusaineiston, joka sisältää teemahaastatteluja ja dokumenttiaineistoa. Analysoin haastatteluaineiston teoriasta tietoisena, mutta ilman teoriasta johdettua tiukkaa viitekehystä käyttäen hyväksi abduktiivista päättelyä (ks. alaluku 2.5). Täten viitekeh്യkseni tarkentui tutkimuksen kuluessa sekä tutkimustulosten että lukemani perusteella (ks. myös alaluku 2.1). Aineistolähtöinen tutkimusotteeni johtuu siitä, että aihealue on vähän tutkittu, alan niukasta keskustelusta ei löydy ”ylivoimaista” teoriaa, joka olisi itsestään selvä lähtökohta (Koskinen, Alasuutari ja Peltonen 2005, 40–43).

Johtajan toimintakenttä sairaalassa antaa mielestäni yhden näkökulman sairaaloiden johtamiseen. Vaikka johtajan toimintakenttä sairaalassa on laaja tutkimusalue, se kattaa vain pienen osan sairaaloiden johtamisen kokonaisuudesta. Tutkin ainoastaan kahdella organisaatiotasolla ja vain kahdenlaisen ammatillisen taustan omaavia johtajien toimintakenttää.

Johtajan toimintakenttä sairaalassa liittyy sairaaloiden johtamisesta ja organisoinnista käytävään keskusteluun. Olen toki kiinnostunut siitä, mihin johtajat työpäivänsä käyttävät, mutta tutkimukseni kohdeilmio on esimerkiksi johtajan työn laatua ja sisältöä laajempi: se käsittää myös työn sisältöä määrittävät ja selittävät asiat. Sellaisia voivat olla esimerkiksi, miksi ja miten

johtajan työn sisältö on muotoutunut nykyisen kaltaiseksi tai miten johtajan hoitaja- ja lääkäritausta ilmenee hänen työssään. Johtajan toimintakenttää tutkimalla en oleta saavani kovin paljon tietoa siitä, miten johtajat itse johtavat tai miten he siinä onnistuvat. Sen sijaan oletan saavani tietoa erityisesti siitä, minkälaiset asioiden ja ilmiöiden kanssa he ovat joko tietoisesti tai tiedostamattaan tekemisissä ja miten ne johtajien arkipäivässä konkreettisesti ilmenevät.

Koska en rajaa kohdeilmion tarkastelua muulla tavoin, kuin mitä edellä esitetystä seuraa, tulee tarkastelustani vääjäämättä laaja-alainen. Se ei tyhjene vain joihinkin nimettävissä oleviin sairaaloiden johtamisen keskusteluihin. Johtajan toimintakentän tutkiminen mahdollistaa osallistumisen useampaan tieteelliseen terveydenhuollon johtamisen keskusteluun. Se lisää tietoa siitä, mitkä kansainvälisissä ja kansallisissa tieteellisissä keskusteluissa todetut ilmiöt näkyvät suomalaisen erikoissairaanhoidon johtajan arjessa ja miten ne käytännössä ilmenevät. Tätä taustaa vasten yhtä mielenkiintoisia ovat sellaiset ilmiöt, joiden olettaisi kirjallisuuden mukaan näkyvän johtajan toimintakentässä sairaalassa, mutta joita ei tutkimuksessa todeta. Molemmat ovat mielestäni tavoittelemisen arvoista tietoa tiedeyhteisössä, joka tutkii kansainvälisesti ja kansallisesti niin monimuotoista aihealuetta kuin terveydenhuollon johtamista.

1.2 Mitä julkisten sairaaloiden johtamisesta tiedetään

Tämän alaluvun tarkoituksena on tarjota lukijalle yhteenveto johtajan toimintakenttään sairaalassa liittyvästä kansainvälisestä ja kansallisesta tutkimuksesta sekä osoittaa tutkimuksellisia alueita, joissa tietämys on vähäistä tai ristiriitaista. Käyn läpi sekä terveydenhuollon johtamiseen että terveydenhuolto-organisaatioihin ja niiden ominaisuuksiin liittyvää kirjallisuutta. Alaluvun aluksi arvioin kirjallisuuden valossa sitä, mikä merkitys on sillä, että tutkin nimenomaisesti julkisissa terveydenhuolto-organisaatioissa työskentelevien johtajien toimintakenttää.

Julkisen sektorin erikoissairaalat ovat yhteiskunnan omistamia, kansainvaltaisesti hallinnoituja *julkisia organisaatioita*, joiden olemassaolo ja toiminta perustuvat lainsäätöön. Julkisella sektorilla johtamisen perusta ja luonne muodostuvat erilaiseksi kuin yksityisellä sektorilla. Salminen (2002, 111) esittää piirteitä, jotka kuvaavat, miten johtamisen luonne on erilaista yksityisellä ja julkisella sektorilla.

Taulukko 1. Johtamisen luonne julkisella ja yksityisellä sektorilla Salmisen mukaan (2002, 111)

JULKISEN JOHTAMISEN TYYPPI	YKSITYISEN JOHTAMISEN TYYPPI
Perustana yleinen etu.	Perustana yksityinen intressi.
Tavoitteet johtamisessa nojaavat yhteiskuntapoliittisiin päämääriin.	Tavoitteet nojaavat yksittäisen organisaation menestykseen ja voittoon.
Johtajat kansan palvelijoina (Public servant).	Johtajat intressi- ja omistajaryhmien palvelijoina.
Julkista johtamista leimaa organisaatioiden epäautonomisuus ja ympäristön vakaus.	Yksityistä johtamista leimaa organisaatioiden suhteellinen autonomisuus ja turbulenti ympäristö.
Toimintavapaus rajoittunut: esimerkiksi hallinto-oikeuden periaatteet: -demokratian pelisäännöt -objektiviteetti -yhdenvertainen kohtelu -oikeusturva.	Toimintavapaus vähemmän rajoittunut: markkinatalouden periaatteet: -voitontavoittelu ja kannattavuus -luotettavuus -tehokkuus ja kilpailukyky (selviytyminen).
Julkinen johtaja on usein kompromissi-johtaja, neuvottelija ja koordinoija.	Yksityinen johtaja on todellinen johtaja (liideri), keulakuva tai yrittäjä.
Johtava virkamies toimii virkavastuulla (so. laillisuus, tulosvastuu ja asiantuntijavastuu).	Yritysjohdaja on tulosvastuussa (so. asiantuntijavastuu ja tuottavuuden kehittäminen).
Julkinen johtamisprosessi on julkinen.	Yksityinen johtamisprosessi on liikesalaisuus (strategisilta osiltaan).

Julkiset terveydenhuolto-organisaatiot ovat poliittisesti ohjattuja. Poliittinen ohjaus altistaa terveydenhuolto-organisaatiot Parvisen ym. (2005, 66–67) mukaan poliittisen pisteidenkeruun temmelyskentiksi. Julkisten terveydenhuolto-organisaatioiden poliittinen ohjaus ja johtamisprosessin julkisuus mahdollistavat tiedotusvälineiden käyttämisen henkilöstöryhmien omien valta- ja resurssitaisteluiden välineenä: oma etu voidaan esittää yleisenä etuna¹⁵. Julkisissa terveydenhuolto-organisaatioissa työskentelevät, kuten muutkin kuntatyöntekijät, toimivat usein kaksoisroolissa sekä työntekijöinä että luottamushenkilöinä oman organisaationsa poliittisessa hallinnossa. Lääkäreille on tavallista, että he harjoittavat julkisen sairaalatyönsä lisäksi yksityisvastaanottoa yksityisissä lääkärikeskuksissa. He ja osa hoitohenkilöstöön kuuluvista voivat myös tarjota palvelujaan julkisille erikoissairaanhoidon organisaatioille yksityisten henkilöstöpalveluyritysten kautta. Yhteys yksityisen sektorin terveydenhuoltoyrityksiin saattaa olla myös

¹⁵ Esimerkiksi kutsumalla toimittajat kuvaamaan käytäväpaikoille sijoitettuja potilaita voidaan yrittää tavoitella julkisuuden avulla omalle yksikölle tai ammatilliselle ryhmälle suurempaa osaa sairaalan yhteisistä resursseista.

omistukseen perustuvaa. Täten julkisissa terveydenhuolto-organisaatioissa työskentelevillä voi olla erilaisia rooleja ja riippuvaisuuksia suhteessa julkiseen ja yksityisiin, samalla toimialalla operoiviin organisaatioihin (Ginsburg 2007; Vuori 1995).

Terveydenhuolto-organisaatioiden johtamista ei kotimaisen tutkimuskirjallisuuden perusteella voi mielestäni pitää kovin onnistuneena. Terveydenhuolto-organisaatioissa johtajat antavat alaisilleen huonosti palautetta. Toisaalta he saavat niukasti palautetta omasta työstään omilta esimiehiltään. (Viitanen ym. 2007.) Strategia-ajattelu on vierasta kunnallisessa terveydenhuollossa työskenteleville. Olemassa olevat strategiat eivät ohjaa käytännön toimintaa. Työntekijät eivät koe voivansa vaikuttaa yksikköään koskeviin suunnitelmiin. Työntekijät kokevat keskusteluyhteyden työntekijöiden ja johdon välillä heikoksi. Lisäksi poliittiseen johtoon ei luoteta. (Tuomiranta, Poutanen, Silvennoinen-Nuora ja Hemminki 2007.) Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportissa (2002) todetaan, että terveydenhuollon johtaminen Suomessa kaipaa kehittämistä.

Uuden julkisjohtamisen ja vanhan toimintatavan jännitteistämä terveydenhuollon toimintaympäristö on tutkimuksen keskiössä Suomessa ja kansainvälisestikin tunnistettu (esimerkiksi Ackroyd, Kirkpatrick ja Walker 2007; Torppa 2007; Wiili-Peltola 2005; Tuomiranta 2002; Kowalczyk 2002). Johtajat suhtautuvat varauksellisesti sairaaloissa tapahtuneisiin managerialistisiin reformeihin (ks. alaviite 11), vaikka ymmärtävätkin uudistusten tarpeellisuuden (Torppa 2007). Terveydenhuolto-organisaatioissa johtajat tasapainoilevat toiminnan substanssiin kuuluvien inhimillisten paineiden ja tuloksellisuuden vaatimusten välillä (Hartman ja Crow 2002).

Isosaari (2008, 12) toteaa, että terveydenhuollon monet ammattiryhmät, lukuisat työyhteisöt ja työntekijöiden suuri määrä lisäävät yhteistyön tarvetta ja merkitystä. Toisaalta vanhat ammattikuntapohjaiset rakenteet ja yhteistyön muodot vaikeuttavat hänen mukaansa moniammatillisten yhteistyömuotojen kehittymistä.

Terveydenhuollon johtajien koulutus on hajanaista, kapea-alaista ja suunnittelematonta. (Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi 2002.) Johtajiksi nousee substanssiosaamisen perusteella¹⁶, valmistautumattomina, ilman riittävää koulutusta ja pätevyyttä johtamiseen (Surakka 2006; Parvinen, Lillrank ja Ilvonen 2005; Buchanan, Jordan, Preston ja Smith 1997).

Lääkärin työhön liittyvä identiteetti määräytyy enemmän työskentelypaikan ja erikoisalan mukaan kuin johtavan aseman mukaan (Lehto ym. 2003). Lääkäreillä on vahva ammatti-identiteetti, jossa kliininen, biolääketieteellinen

¹⁶ Esimerkiksi geriatriin vanhustenhuoltoon ja radiologit kuvantamistoimintoihin.

ja teknologinen osaaminen ovat keskeisiä (Kumpusalo ym. 2002). Lääkärien ammatti-identiteettiin liittyy auktoriteettiasema potilaan hoidossa ja pyrkimys ylläpitää laajaa ammatillista autonomiaa suhteessa ulkopuolisiin tahoihin ja terveydenhuolto-organisaatioiden johtoon (Pasternack 2007; Lehto 1991). Ammatti-identiteetin kannalta johtajuus, joka ei perustu ammatilliseen senioriteettiin voidaan kokea vieraaksi (Lehto ym. 2003).

Kirjallisuuden mukaan lääkärijohtajien suhtautuminen johtamiseen poikkeaa yritysjohtajista, koska lääkärijohtajat kokevat itsensä ensisijaisesti lääkäreiksi (Iedema, Degeling, Braithwaite ja White 2003; Lehto ym. 2003; Kumpusalo ym. 2002). Lääkärijohtajat kokevat ristiriitaa oman kliinisen orientaationsa ja johtamistehtävien välillä (Tuomiranta 2002; Viitanen, Wiili-Peltola ja Lehto 2002; Östergren ja Sahlin-Andersson 1998). Lääkärijohtaja saattaa kokea johtotehtäviin siirtymisen jopa asettumisena ammattikunnan ulkopuolelle pois ”oikeasta” työstä (Lehto ym. 2003).

Lääkärijohtajat tekevät työajastaan suurimman osan kliinistä työtä (Tampsi-Jarvala 2005; Lehto ym. 2003; Tuomiranta 2002; Viitanen ym. 2002). Vastaavasti osastonhoitajat tekevät lähes puolet työajastaan kliinistä hoitotyötä. He kokevat ammatillisen peruskoulutuksen antavan heikot valmiudet johtamistehtäviin. (Narinen 2000.) Myös pienten kuntien sosiaali- ja terveystoimen johtajat tekevät johtamistyönsä lisäksi asiakastyötä (Heikka 2008, 153).

Lääkäri- ja hoitajajohtajia käsittelevästä kotimaisesta kirjallisuudesta suuri osa liittyy eksplisiittisesti lähijohtajina toimiviin lääkäreihin ja hoitajiin¹⁷. Tuomiranta (2002) tutki nimenomaisesti keskijohtoon kuuluvia lääkärijohtajia. Ylihoitajista on niukalti kotimaista johtamistutkimusta (Grönroos ja Perälä 2004). Aina tutkimuksissa ei selkeästi mainita tai eritellä, millä organisaatiotasolla tutkimusaineistoon kuuluvat lääkärijohtajat työskentelevät¹⁸ (esimerkiksi Lehto ym. 2003; Iedema ym. 2003; Kumpusalo 2002; Hermanson 1989).

Tutkimusta terveydenhuollon prosesseista ja niiden hallinnasta on viime vuosina ilmestynyt Suomessa runsaasti (esimerkiksi Torkki, Alho, Peltokorpi, Torkki ja Kallio 2006; Heinänen, Alho ja Kanerva 2004; Lillrank, Kujala ja Parvinen 2004; Lillrank ja Parvinen 2004; Lillrank ja Liukko 2004; Parvinen ja Savage 2005; Parvinen, Lillrank ja Ilvonen 2005).

¹⁷ Esimerkiksi Vuorinen 2008; Surakka 2006; Viitanen ja Lehto 2005; Wiili-Peltola 2004a; Mettiäinen, Laakso ja Raatikainen 2003; Viitanen ym. 2002; Koivuselkä ja Välimäki 2002; Wiili-Peltola 2001; Narinen 2000.

¹⁸ Ongelmista, jotka liittyvät sairaalan johtajien jakamiseen ylimpään johtoon, keskijohtoon ja lähijohtoon suomalaisessa palvelujärjestelmässä ks. alaluku 1.3. Kansainvälisen kirjallisuuden vertailua hankaloittavat erilaiset palvelujärjestelmät ja nimitykset, joita johtajista kussakin käytetään. Lisäksi nimitykset vaihtelevat myös organisaatiokohtaisesti. (Grönroos ja Perälä 2004.)

Terveysthuollon tietojärjestelmien, tietotekniikan sekä tietojohdamisen (knowledge management) merkitys on tutkimuksessa tunnistettu (esimerkiksi Kivinen 2008; Raitoharju 2007; Tähkäpää 2007; Winblad, Reponen, Hämäläinen ja Kangas 2006; Saranto 2005). Organisaation teknologiaan liittyvistä fyysisistä objekteista en löytänyt terveydenhuollon johtamiskirjallisuutta lainkaan.

Kirjallisuudessa *julkisiin terveydenhuolto-organisaatioihin*¹⁹ liitetään *erityisiä tunnuspiirteitä*. Terveysthuolto-organisaatioita luonnehditaan monimutkaisiksi ja vaikeasti hallittaviksi (Davidson ja Peck 2006; Sweeney 2005; Begun, Zimmerman ja Dooley 2003; Plsek ja Greenhalgh 2001; Plsek & Wilson 2001). Ne ovat jäykkiä ja byrokraattisia (Anderson-Wallace 2005). Niitä on hankala johtaa; erityisesti muutoksen aikaansaaminen sairaalassa on vaikeaa. (Wiili-Peltola 2005.) Organisaatiouudistusten tavoitteet jäävät usein saavuttamatta (Anderson-Wallace 2005, 167–168; Mick ja Wyttenbach 2003, 1–22). Vanhat rakenteet ja käytännöt jäävät elämään uusien rinnalle (Alexander ja D’Aunno 2003; Scott, Ruef, Mendel ja Caronna 2000). Seurauksena saattaa olla “sekajohtaminen”, jossa vanhat ja uudet mallit ovat käytössä yhtäaikaista (Torppa 2007, 199–200).

Sairaalat ovat asiantuntijaorganisaatioita, joissa työskentelee pitkälle koulutettuja ja erikoistuneita asiantuntijoita. Tietojensa ja osaamisensa takia asiantuntijat eivät koe olevansa riippuvaisia organisaatiostaan ja sen johdosta yhtä paljon kuin muut työntekijät. He eivät pidä rutiinistöistä, byrokratiasta tai omaa työskentelyvapauttaan rajoittavasta ohjeistuksesta. He voivat käyttäytyä epälojalisesti omaa organisaatiotaan kohtaan. Asiantuntijoiden johtaminen on haasteellista. (Simoila 1999, 12–13; Sveiby 1990, 56–61.) Jäsenyys samaan ammattiryhmään kuuluvien asiantuntijoiden yhteisössä voi asiantuntijalle olla organisaation jäsenyyttä tärkeämpää. Ammattiyhteisön jäsenyys määrittää asiantuntijan ammattietiikkaa ja käsitystä työn laadusta tavalla, joka voi poiketa organisaation johdon käsityksistä ja tavoitteista. (Sveiby 1990, 62–63.)

Sairaalat mainitaan esimerkkeinä ammattilaisbyrokraatioista, jäykistä asiantuntijaorganisaatioista, joissa korostuu vallan professionaalinen luonne. Ammattilaisbyrokratian koordinoiti perustuu koulutuksessa hankitun ammattitaidon vakiointiin. (Mintzberg 1983, 189–213.) Sairaaloita luonnehditaan myös arenaorganisaatioiksi, joissa osajien ensisijainen sitoutuminen ja urakehitys liittyvät professioihin ja tiedeyhteisöihin, ja sairaala

¹⁹ Kirjallisuus ei aina tee selvää erontekoa terveydenhuolto-organisaatioiden (health care organisations) ja sairaaloiden (hospitals) välillä, ei liioin erikoissairaanhoidon (specialised care) ja perussairaanhoidon (basic care) antavien organisaatioiden välillä. Tämä voi liittyä siihen, että kansalliset palvelujärjestelmät poikkeavat toisistaan esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajauksen osalta. Kirjallisuudesta voi kuitenkin päätellä, että se pääosin perustuu suurista erikoissairaanhoidon organisaatioista peräisin olevaan empiriseen aineistoon.

toimii areenana, joka tekee sen mahdolliseksi (Lillrank, Kujala ja Parvinen 2004, 90–92; Llwellyn 1999).

Sairaala hierarkkisenä järjestelmänä avautuu ulkopuoliselle vaikeasti, koska hallinnollinen hierarkia nivoutuu ammattikuntien ja professioiden hierarkiaan (Wiili-Peltola 2000). Sairaalan johtamisjärjestelmissä lääkäreitä ja hoitajia varten on olemassa omat järjestelmänsä (Virtanen ja Kovalainen 2006; Vuori 2005; Viitanen ja Lehto 2005). Johtoasemat ovat ammattiryhmäkohtaisia (Eriksson-Piela 2003, 194).

Hoitajien ja lääkärien ammatit ovat *sukupuolittuneet* siten, että lääkäriys liitetään sosiaalisesti miessukupuoleen ja hoitajuus sosiaalisesti naissukupuoleen²⁰. Ammattien asema terveydenhuollon työnjaossa heijastaa edelleen viime vuosisadan alkupuolella muodostunutta sukupuolittunutta työnjakoa, jonka mukaan mieslääkäri diagnostisoi ja parantaa ja naissairaanhoitaja hoitaa lääkärin ohjeiden mukaan (Riskä ja Wrede 2004, 55).

Lääkärin ja hoitajien ammattikunnilla on omat ammattikunnan sisäiset hierarkiensa (Kowalczyk 2002). Lääkäriprofession sisällä on todettu hallinnolliseen asemaan, kokemukseen, taitoon, tieteellisiin saavutuksiin, ammatilliseen senioriteettiin, lääketieteellisiin erikoisaloihin, sukupuoleen²¹ sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suhteeseen perustuvia hierarkioita (Album ja Westin 2008; Norredam 2007; Viitanen ja Lehto 2005; Wiili-Peltola 2005, 34–35; Kowalczyk 2002; Viitanen 2002; Riskä 2001; Llwellyn 1999; Hinze 1999). Hoitajakunnan keskuudessa ja terveydenhuollon ammattikuntien välillä vallitsee oma hierarkkinen verkostonsa (Kowalczyk 2002; Smith ja Preston 1996; Katzman ja Roberts 1988; Shortell 1974). Täten sairaaloita voi luonnehtia kirjallisuuden perusteella hierarkkiseksi asiantuntijaorganisaatioiksi²².

²⁰ *Sukupuolittumisella* ei viitata sukupuoleen biologisena ominaisuutena, vaan merkityksiin, joita sukupuoleen sosiaalisesti ja kulttuurisesti liitetetään. Täten voidaan puhua *sosiaalisesta sukupuolesta (gender)* erotuksena *biologisesta sukupuolesta (sex)*. Termiä *gender* voidaan käyttää myös kattamaan sukupuolen biologista merkitystä sanan *sex* asemesta, koska jälkimmäisellä voidaan tarkoittaa biologisen sukupuolen lisäksi seksiä.

²¹ Huolimatta siitä, että nais- ja mieslääkäreitä on Suomessa nykyisin jokseenkin yhtä paljon, he eivät sijoitu tasaisesti terveydenhuoltoon. Lääkärikunnan sisällä on havaittavissa selkeä horisontaalinen ja organisatorinen segregoituminen (Riskä 2006 ja 2001). Miessukupuoli lisää todennäköisyyttä ryhtyä lääkärijohtajaksi Suomessa (Lehto, Viitanen ja Autio 2003). Naisia on enemmän perusterveydenhuollossa kuin miehiä. Miehet erikoistuvat naisia useammin ja heitä on naisia enemmän yliopistollisissa koulutusviroissa. Lastenpsykiatria, geriatria ja lastentaudit ovat naisvaltaisia erikoisaloja. Kirurgia on selkeästi miesvaltaisin erikoisala. (Riskä 2001.) Miesten osuus hoitajakunnan ylimmissä esimiestehtävissä ei ole samalla tavoin painottunut kuin lääkärikunnassa: Johtavista ylilääkäreistä 26% ja johtajaylilääkäreistä 17% on naisia, kun ylihoitajista naisten osuus on 94% ja johtavista ylihoitajista 95% (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2008). Vrt. alaviite 7.

²² Kuvaa sairaaloiden ammatillisesta hierarkkisuuudesta ilmentää myös Tilastokeskuksen ylläpitämä ammattiluokitus, jonka mukaan terveydenhuoltoalan ammattiryhmiä luokitellaan eri pääryhmiin. Sellaisia ovat esimerkiksi ”johtajat ja ylimmät virkamiehet” (sosiaali- ja terveydenhuoltoalan johtajat), ”erityisasiantuntijat” (esim. lääkärit, osastonhoitajat, ylihoitajat), ”asiantuntijat” (esim. sairaanhoitajat), ”palvelu-, myynti- ja hoitotyöntekijät” (esim. lähi- ja perushoitajat) ja ”muut

Kulttuurisesti terveydenhuolto-organisaatiot koostuvat kirjallisuuden mukaan monista ammatti-, organisaatio-, tiimi- ym. alakulttuureista (Wiili-Peltola 2000; Enckell 1998; Viitanen 1997; Vuori 1995; Kinnunen 1992). Alakulttuurit voivat sairaalassa ilmetä klikkiytymisenä ja nurkkakuntaisuutena (tribalism) ja ryhmien välisenä valtataisteluna (turf game), jossa oman ryhmän edusta tulee kokonaisuuden etua tärkeämpi (Bate 2000; Mintzberg 1979). Klikkiytymisellä viitataan siihen, että sairaalassa on ammatillisia klikkejä (tribe=heimo), jotka vaalivat omaa valta-asemaansa ja intressejään. Kirjallisuudessa pääpaino on johtajien ja lääkärien muodostamilla klikeillä ja niiden keskinäisillä konflikteilla. Profiisien sisäiset klikit jäävät vähälle huomiolle (esim. Mo 2008; Bate 2000; Scholten ja Grinten 1998; Ong, Boaden ja Cropper 1997).

Täten sairaalaorganisaatioissa toteutuu Martinin (1992) kuvaama kulttuurien erilaistuminen ja pirstaloituminen. Alakulttuurit eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan osittain limittäisiä (Stevenson ja Bartunek 1996²³). Sosiaalistumisprosessissa vanhemmat ammattikunnan jäsenet viestittävät uudelle tulokkaalle sekä sanallisesti että muilla tavoin, miten organisaatiossa oman ammattikunnan edustajan tulee käyttäytyä ja ajatella. Sosiaalistuminen lääkärien ja hoitajien alakulttuureihin alkaa jo opiskeluvaiheessa (Laakkonen 2004; Becker, Geer, Hughes ja Strauss 1961). Lääketieteen opiskelija sisäistää vähitellen tietojen ja taitojen ohella ammattikuntansa asenteita, käyttäytymismalleja ja eettisiä ja moraalisia arvoja (Ryynänen 2001). Sosiaalistumisprosessissa uusi organisaation jäsen saa kokonaiskuvan terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnasta sekä virallisen ja epävirallisen toiminnan välisistä suhteista (Laakkonen 2004; Viitanen 1997; Kinnunen 1990). Tulokkaan saama kokonaiskuva voi olla kaukana organisaation virallisista tavoitteista (Kinnunen 1992).

Myös kotimaisia terveydenhuolto-organisaatioita on kulttuurinäkökulmasta tarkasteltu monipuolisesti (esimerkiksi Heino, Vuori, Taskinen ja Turpeinen 2005; Wiili-Peltola 2005; Kinnunen ja Vuori 2005, Viitanen ja Lehto 2005; Enckell 1998; Viitanen 1997; Vuori 1995; Kinnunen 1992 ja 1990).

Lillrank, Kujala ja Parvinen (2004, 24–27) tarkastelevat terveydenhuoltoa tuotantotalouden näkökulmasta. He erottavat viisi ominaisuutta, joita he pitävät julkisen terveydenhuollon erityispiirteinä:

- Julkinen rahoitus (pääosin)
- Julkinen tuotanto

työntekijät” (esim. sairaala-apulaiset). Ammattiluokituksella on kansainvälinen tausta ja sitä käytetään apuna muun muassa luokiteltaessa väestöä sosiaaliekonomisen aseman mukaan. (Ammattiluokitus 2001.)

²³ Stevenson ja Bartunek eivät hankkineet empiiristä aineistoaan sairaalasta, vaan koulusta. He eivät kuitenkaan liitä argumentaatiotaan ainoastaan kouluihin.

- Palvelutuote
- Julkishyödyke (ei voi valikoida asiakkaita)
- Asiantuntijapalvelu.

Parvinen ym. (2005, 66–67) toteavat, että terveydenhuolto-organisaatiot, kuten muutkin julkiset organisaatiot, joutuvat “suunnistamaan monien sidosryhmien ristipaineessa”. Sidosryhmillä on omat vaatimuksensa ja kukaan niistä ei määrittele, mikä on riittävä vaatimustaso.

Kinnunen ja Vuori (2005, 198–199) mainitsevat kolme asiaa terveydenhuollon keskeisimpinä erityispiirteinä:

- Terveydenhuolto on pääosin julkisin varoin kustannettua, ja poliittiset päätökset valtion ja kuntien tasolla ohjaavat sen johtamista merkittävästi.
- Terveystarpeiden luonne ja terveyspalvelujen kysyntä poikkeaa muista palveluista. Terveystarve on “hyödykkeenä” rajaton. Terveydenhuolto-organisaatioiden asiakasmäärät lisääntyvät jatkuvasti.
- Terveydenhuollossa toiminnan keskeinen lähtökohta on etiikka. Potilaiden kipu, kärsimykset, elämä ja kuolema ovat terveydenhuollon ydinkysymyksiä.

Niiden takia toimintaympäristö rakentuu “kaikista muista aloista täysin erilaiseksi”, ja erilainen toimintaympäristö tulee ottaa huomioon johtamisessa (Kinnunen ja Vuori 2005, 199).

Terveydenhuolto-organisaatioissa toimijan virhe voi aiheuttaa potilaalle kärsimystä, vammautumisen tai pahimmassa tapauksessa kuoleman. Virheitä ei voida sallia. Virheitä ja niitä seuraavia rangaistuksia pelätään, ne henkilöityvät eikä niitä ehkä haluta käsitellä julkisesti. Siksi virheistä voi olla vaikea oppia, mikä vaikeuttaa tiedon ja osaamisen johtamista. (Kivinen 2008, 81.)

Isosaaren mukaan (2008, 11–13) terveyteen ja sairauteen liittyvä epävarmuus sekä terveyspalvelujen kuluttajien ja palvelujen tarjoajien välinen tiedon epäsuhta kuuluvat terveydenhuoltoalan erityispiirteisiin. Palvelujen tuottaja arvioi palvelujen kuluttajan tarpeita: kuluttaja on tuottajasta riippuvainen, vaikka tuottajan tehtävänä on kuluttajan palveleminen. Terveydenhuollon kontekstissa potilaalla, palvelujen tuottajilla ym. toimijoilla voi nähdä useita erilaisia, keskenään jännitteisiä rooleja tarkastelutasosta ja -näkökulmasta riippuen: Kuluttajan eli potilaan ja palvelujen tuottajan, esimerkiksi lääkärin, välistä suhdetta voidaan terveydenhuollossa tarkastella *päämies-agenttisuhteena*²⁴. Terveydenhuollossa potilasta voidaan tarkastella

²⁴ Ajattelutapa on peräisin taloustieteistä (ks. Ryan 1994). Yrityksen on määrä toimia omistajan edun mukaisesti. Tätä tarkoitusta varten omistaja palkkaa yritykseen johtajan. Johtajan intressi ei kuitenkaan ole sama kuin omistajan intressi ja omistajien kannalta on pelättävissä, että johtaja ei toimi omistajan vaan oman intressinsä mukaisesti. Tämä voi olla mahdollista siksi, että omistajan (päämies,

päämiehenä ja palvelujen tuottajaa, esim. lääkäriä agenttina, joka tarjoaa sekä palvelun että informaation (Follan, Goodman ja Stano 2010, 36–37). Agentilla on päämiestä parempi tieto siitä, miten päämiehen tarpeet voidaan parhaiten hoitaa. Suomalaisessa terveydenhuollon palvelujärjestelmässä, jota yhteiskunta pääosin rahoittaa, palveluja tuottava erikoissairaala, on agentin asemassa myös palvelujärjestelmään nähden (Okko ym. 2007, 38; Sintonen ja Pekurinen 2006)²⁵. Ulkopuoliseksi mielletyn maksajatahon olemassaolo vaikuttaa sekä potilaan että palvelun antajan käyttäytymiseen (Okko ym. 2007, 39; Kinnunen ja Myllykangas 2005). Tilanne on verrattavissa siihen, että palvelun antaja ja vastaanottaja sopivat keskenään siitä, mitä palveluita annetaan kolmannen osapuolen, maksajan, kustannuksella (vrt. vakuutus). Toisaalta potilas on myös kansalainen, joka toimii veronmaksajana rahoittajan roolissa ja äänestäjänä päättäjän roolissa.

Terveydenhuoltoalan erityisyys tulee näkyviin myös Isabel Menziesin (1960) klassisessa tutkimuksessa. Hän tutki suurta opetussairaala ja totesi, että hoitajat kohtaavat työssään suurta inhimillistä tuskaa, kärsimystä, kipua ja kuolemaa, mikä aiheuttaa heille ahdistusta. Ahdistusta pyritään välttämään ja hallitsemaan. Seurauksena on yhteisesti jaettuja ajattelutapoja ja ritualisoituneita käytäntöjä²⁶, jotka eivät ole potilaiden hoidon kannalta välittömästi hyödyllisiä, mutta jotka helpottavat henkilökunnan kokemaa ahdistusta. Psykodynaamisesta perspektiivistä voidaan kysyä, missä määrin sairaalaorganisaatioiden kulttuuri ja sosiaaliset rakenteet ovat seurausta nimenomaisesta pyrkimyksestä hallita henkilöstön ahdistumista (ks. Roberts 2005).

Kohdeilmiöön liittyvään kirjallisuuteen tutustuminen paljastaa joitakin sairaalassa toimivan johtajan toimintakentän alueita, joista tutkimustietoa löytyy niukalti tai ei lainkaan. Tutkimusta on tehty suurissa sairaaloissa ja erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon tutkimusta löytyy hyvin niukasti. Sairaalan fyysisistä rakenteista en löytänyt lainkaan tutkimusta johtamisen ja organisoinnin näkökulmasta.

Olemassa oleva tutkimus paljastaa sairaalan rakenteiden moninaisuuden ja osoittaa, että kyse on laajasta tutkimusalueesta. Sairaaloiden organisatorisiin ja ammatillisiin rakenteisiin viitataan tutkimuksissa usein, mutta ne eivät tutkimuksissa yleensä ole varsinaisia tutkimuksen kohteita, vaan mainitaan

principal) ja johtajan (agentin, *agent*) välillä vallitsee tiedon epäsymmetria (*asymmetric information*): johtajalla on käytettävissä runsaasti sellaista tietoa, jota omistajalla ei ole.

²⁵ Erikoissairaالاتasolla vastaava tiedollinen epäsymmetria vallitsee esimerkiksi sairaanhoitopiiriin ja yksittäisten tulosyksikköjen välillä.

²⁶ Tämä ilmenee esimerkiksi niin, että potilasta ei kohdata sairaana yksilönä, vaan sairaana elimenä (maksat, sydän ym.), tai vältetään tekemästä sellaisia päätöksiä, joissa valitaan jokin useammasta vaihtoehdosta ja joissa vastuu päätöksestä on helposti yksilöitävissä. Sen sijasta suositaan rutiinomaisia toimenpidelistoja.

tutkimusasetelman taustoittavina tai sitä rajaavina tekijöinä (ks. yhteenvedot: Wiili-Peltola 2005, 19–22; Grönroos ja Perälä 2004).

Sairaalan rakenteiden kuvaukseen liittyvä terminologia ei ole vakiintunutta ja samaa yleiskielen termiä voidaan käyttää useammassa merkityksessä. Esimerkiksi sana *hierarkia* esiintyy tutkimuskirjallisuudessa usein, mutta termiä ei käytetä mielestäni yhdenmukaisella eikä aina selkeällä tavalla. Kirjoittajat eivät tapaa määritellä, mitä he hierarkialla oikeastaan tarkoittavat. Tulkintani mukaan hierarkioilla voidaan terveydenhuollon johtamiseen liittyvässä kirjallisuudessa tarkoittaa pystysuoran porrastuneisuuden lisäksi vaakasuoraa porrastuneisuutta tai ylipäätään organisaation jakautumista useiksi tietynlaisista ihmisistä koostuviksi lukuiseksi rakenteiksi²⁷. Hierarkia-termi liitetään alan tutkimuskirjallisuudessa myös keskenään hyvin erilaisiin ilmiöihin, kuten hallinnolliseen asemaan, kokemukseen, taitoon, tieteellisiin saavutuksiin, ammatilliseen senioriteettiin, lääketieteellisiin erikoisaloihin sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon keskinäiseen suhteeseen. Keskustelu terveydenhuollon hierarkioista näyttää mielestäni liittyvän erityisesti henkilöstöryhmien arvostuksiin, valtasuhteisiin ja työnjakoon. Olemassa oleva tutkimuskirjallisuus ei mielestäni tyydyttävästi vastaa kysymykseen, miten hierarkisuus käytännössä ilmenee keski- ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien toimintakentässä?

Terveydenhuollon johtamista ja organisointia käsittelevässä kirjallisuudessa mielestäni vähälle huomiolle jää sairaalaorganisaatioiden jakautuminen vaakatasossa. Organisaatiokaavioihin tutustumalla voi helposti todeta, että sairaalat ovat yleensä toimintokohtaisia eli funktionaalisia organisaatioita. Asia on myös todettu yleisessä organisaatioteoreettisessa kirjallisuudessa²⁸. Tiettyihin organisaatorakenteisiin liittyy kirjallisuuden mukaan niille tyypillisiä ongelmia. Toimintokohtaisesti jaettuun organisaatorakenteeseen tiedetään liittyvän riski, että työntekijä on lojaalimpi sille funktiolle, jossa itse toimii, kuin koko organisaatiolle (Hatch ja Cunliffe 2006, 299). Parvinen, Lillrank ja Ilvonen (2005, 185–187) toteavat, että funktionaaliseen organisaatorakenteeseen liittyy yleisesti seuraavia ongelmia:

- Tehottomuus rajapinnoilla
- Asioita katsotaan asiantuntijoiden näkökulmasta.

²⁷ Ks. hierarkia-termin käytöstä esimerkiksi Wiili-Peltolan yhteenvedo aiemmin tehdystä tutkimuksesta kappaleessa “Hierarkia sairaalaorganisaation sosiaalista toimintaa määrittelevänä tekijänä” (Wiili-Peltola 2000) ja Viitanen ym. (2007, 69). Isosaari (2008, 24) käyttää myös ilmaisuja “vertikaalinen” ja “horisontaalinen hierarkia” puhuessaan terveydenhuolto-organisaatioista. Ilmaisuina ne osoittavat, että hän ei tarkoita hierarkialla ainoastaan pystysuoraa porrastuneisuutta. Taloustieteissä hierarkioilla tarkoitetaan taloudellisia organisaatioita, joissa hintamekanismi ja markkinat eivät ohjaa resurssien käyttöä (Okko ym. 2007, 40).

²⁸ Esimerkiksi Mintzberg käyttää opetussairaalan organisaatiokaavioita havainnollistamaan organisaatiota, jossa funktiot perustuvat tietoon ja taitoihin (1983, s. 49, figure 3-1).

- Asiakkaan tarpeet määritellään profession näkökulmasta.

Sairaalaorganisaation horisontaalisen jakautumisen merkitystä johtamisen kannalta käsitellään tutkimuskirjallisuudessa niukasti.

Nimenomaisesti keski- ja ylimmän johdon lääkäri- ja hoitajajohtajuuteen liittyvää tutkimusta on vähän. Hoitajien lähijohtajuus on kirjallisuudessa parhaiten kuvattu ja tutkittu alue (esim. Surakka 2006; Bondas 2006; Laaksonen, Niskanen, Ollila ja Risku 2005; Mettiäinen, Laakso ja Raatikainen 2003; Sinkkonen ja Taskinen 2002). Isosaari (2008) tutki sekä lääkäri- että hoitajalähijohtajia. Lääkärijohtajista puhutaan usein sekä koti- että ulkomaisessa kirjallisuudessa ikään kuin se olisi melko yhtenäinen käsite (Johnson 2009, 336–347). Näin tuskin kaikilta osin on. Mielestäni on perusteltua olettaa, että suomalaisissa erikoissairaanhoido-organisaatioissa lääkärijohtajan toimintakenttä sairaalassa eroaa esimerkiksi yhdestä osastosta vastaavalla osastonlääkärillä, useista osastoista vastaavalla keskijohtoon kuuluvalla lääkärijohtajalla ja ylimpään johtoon kuuluvalla lääkärijohtajalla. Vastaavasti on mielestäni perusteltua olettaa, että osastonhoitajan, ylihoitajan ja johtavan ylihoitajan tai hallintoylihoitajan toimintakenttä sairaalassa eroavat toisistaan. Laajemmasta kokonaisuudesta vastaava johtaja vastaa myös suuremmasta ihmisjoukosta, ja on työssään tekemisessä erilaisten organisatoristen toimintojen, tietojen, taitojen ja laajempien fyysisten rakenteiden kanssa kuin suppeammasta kokonaisuudesta vastaava johtaja.

Terveydenhuollon johtamiseen ja ammattiryhmiin liittyvä tutkimus näyttää enimmäkseen jakautuneen “lääkäritutkimuksiksi” ja “hoitajatutkimuksiksi” sen mukaan, keitä on tutkittu missä tutkimustulokset on julkaistu. Tutkimuksissa referoitu teoreettinen kirjallisuus on myös osin erilaista. Eri ammattialoja edustavien johtajien tarkastelu samoissa tutkimuksissa on ollut selvästi harvinaisempaa. Terveydenhuollon ammattiryhmien väliset ristiriidat ovat olleet tutkimuksessa vähän esillä. (Grönroos ja Perälä 2004.)

Vaikka erikoissairaanhoidon lääkäri- ja hoitajajohtajan toimintakenttään liittyvää tutkimuskirjallisuutta löytyy runsaasti, ei aihealue ole mielestäni tutkimuksellisesti erityisen hyvin kartoitettu. Kohdeilmiö on itsessään laaja ja sijoittuu vielä laajempaan terveydenhuollon johtamisen (health care management) kontekstiin, jossa on käynnissä useita tieteellisiä keskusteluja. Olemassa oleva tutkimus valaisee joitakin sairaalan lääkäri- ja hoitajajohtajan toimintakenttään liittyviä ilmiöitä, mutta on mielestäni johtajan toimintakentän näkökulmasta puutteellista, pirstaleista, osin ristiriitaista tai epäjohtomukaista. Sairaalassa toimivan johtajan toimintakentästä kiinnostuneen lukijan kannalta mielenkiintoinen tieto mainitaan usein tutkimuskirjallisuudessa taustatietona, itsestään selvyyttenä tai muuten yleisellä

tasolla ilman, että lukijalle selviää sen yhteys empiriaan²⁹. Tämä lienee ymmärrettävää, koska minä olen kiinnostunut nimenomaan johtajan toimintakentästä sairaalassa. Monissa muissa tutkimuksissa siihen kuuluvat asiat ja ilmiöt ovat tutkimusasetelmassa taustalla eivätkä mielenkiinnon keskiössä. Kuvaamalla johtajan toimintakentää sairaalassa aineistolähtöisesti ja argumentoimalla siten, että yhteys empiriaan tulee näkyväksi, pyrin parantamaan tätä kirjallisuudessa mielestäni olevaa puutetta.

Tutkimuskirjallisuus ei liioin riitä antamaan kokonaiskuvaa kohdeilmioistä. Keski- ja ylimpään johtoon kuuluvien erikoissairaaloiden lääkäri- ja hoitajajohtajien toimintakentästä suomalaisessa julkisessa erikoissairaanhoidossa ei ole olemassa kokonaisvaltaista perustutkimusta. Tutkimustiedon hajaantuessa yhä useampiin osa-alueisiin kuva tutkittujen ilmiöiden keskinäisestä suhteesta sekä yksittäisten ilmiöiden asemasta laajemmassa ilmiökentässä voi hämärtyä: yksittäisiä tilkkuja katselemalla voi jäädä huomaamatta tilkkutäkki. Toisaalta tilkkutäkin arvioiminen ei onnistu tilkkuja tutkimatta. Kokonaisuuden tutkiminen lisää olemassa olevaa tietoa myös niistä asioista ja ilmiöistä, joista kokonaisuus koostuu, koska se paljastaa, mikä on kokonaisuuden osien keskinäinen suhde. Täten laajemman kokonaisuuden selvittämällä on mielestäni terveydenhuollon johtamisen teoriaa kehittävä tavoite.

Johtajien toimintakentän tutkiminen sairaalassa on tarpeellista erityisesti, kun terveydenhuolto-organisaatioita ja niiden johtamista ollaan voimakkaasti kehittämässä. Alalla ollaan toteuttamassa ja suunnittelemassa useita valtakunnallisia ja paikallisia muutoshankkeita³⁰. Julkisen erikoissairaanhoidon johtaminen ja kehittäminen koskettaa lääkäri- ja hoitajataustaisia, keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvia johtajia. He ovat tulevaisuudessa uudistuksissa todennäköisesti avainasemassa. Siksi tieto heidän toimintakentästään sairaalassa on avaintietoa, kun suunnitellaan, miten julkista erikoissairaanhoidoa ja terveydenhuoltoa tulee, tai on ylipäätään mahdollista, kehittää. Tässä suhteessa olemassa oleva tieto on mielestäni liian vähäistä ja hajanaista. Sitä varten tarvitaan kotimaista tutkimusta. Ulkomaisen tutkimuksen käyttökelpoisuus suomalaisten sairaaloiden johtajien toimintakentän arvioinnissa on rajallista. Tämä johtuu ennen kaikkea siitä, että terveydenhuollon palvelujärjestelmät poikkeavat toisistaan eri maissa

²⁹ Kohtasin tämän ongelman useasti. Useissa tutkimuksissa mainitaan taustatiedoissa itsestään selvyynenä sairaaloiden olevan esim. hierarkkisia tai byrokraattisia. Tutkimuksia lukemalla on hyvin vaikea muodostaa käsitystä siitä, miten hierarkkisuus tai byrokraattisuus tutkimusaineistossa konkreettisesti ilmenee. Tutkijat viittaavat myös toistensa tutkimukseen tavalla, joka tekee vaikeaksi jäljittää, minkälaiseen empiriaan argumentaatio alun perin perustuu. Viittaaminen ikään kuin "päivittää" argumentoinnin, jonka yhteys empiriaan saattaa käydä yhä hämärämmäksi.

³⁰ Ks. alaviite 12.

perustavaa laatua olevalla tavalla³¹. Suomalainen palvelujärjestelmä löytyy vain Suomesta. Palvelujärjestelmien eroista johtuen myös sairaaloiden organisoiminen poikkeaa eri maissa ja saman maan eri alueillakin toisistaan³².

1.3 Käsitteiden ja terminologian määrittelyä

Tässä alaluvussa määrittelen tutkimuksen otsikossa mainittuja käsitteitä ja terminologiaa siltä osin, kuin ne eivät ole tulleet jo edellä käsitellyiksi. Määrittelen myöhemmin tutkimusraportissa muita käsitteitä sekä käyttämäni terminologiaa, kun otan sellaisia käyttöön. Määrittelemäni käsitteet ja termit merkitsen tekstissä kursiiivilla.

Kuuluuko johtaja *lähiesimiehiin, keskijohtoon tai ylimpään johtoon*, ei ole terveydenhuolto-organisaatioissa yksiselitteinen asia, josta olisi tutkimuksissa vakiintunut linja olemassa. Useissa tutkimuksissa ei edes yritetä määrittellä, millä kriteereillä katsotaan johtajien kuuluvan jollekin hierarkkiselle tasolle. Tämä saattaa johtua siitä, että yksiselitteisen ja kaikki terveydenhuolto-organisaatiot kattavan määrittelyn laatiminen on vaikeaa, ellei suorastaan mahdotonta. Varsinkaan lääkärien viran tai toimen nimikkeistä ei voi terveydenhuolto-organisaatiossa tarkasti päätellä, mille hierarkkiselle tasolle henkilö työkuvansa puolesta kuuluu, tai onko hän ylipäätään kenenkään esimies (Lehto, Viitanen, Autio ym. 2003)³³. Ylilääkärin virkanimike ei välttämättä tarkoita, että henkilöllä olisi yhtään alaista. Ylilääkärin nimike voi olla osoitus siitä, että henkilö hoitaa erikoislääkärin virkaa, jonka palkkaus perustuu ylilääkärin palkkaukseen. Myöskään alaisten määrä ei ole esitutkimuksen mukaan selväpiirteinen asia. Tarkoitetaanko alaisilla henkilöitä, joiden loma-anomuksiin johtaja kirjoittaa nimensä vai henkilöitä, joiden työn tuloksesta hän mielestään on vastuussa vai henkilöitä, joiden työskentelyä hän käytännössä ohjaa? Organisaation yksiköistä käytettävät nimitykset vaihtelevat organisaatiokohtaisesti. Laajempia, useista yksiköistä koostuvia organisatorisia rakenteita kutsutaan esimerkiksi tulosalueiksi, toiminta-alueiksi tai toimialueiksi ja pienempiä yksiköitä esimerkiksi tulosityksiköiksi tai toimintayksiköiksi.

³¹ Viitataan eroihin esimerkiksi palvelunjärjestämisvastuussa, yksityisen ja julkisen sektorin suhteessa, palvelujen sentralisaatioasteessa, hallintotasojen määrässä, kansalaisen valintamahdollisuuksissa, rahoitusjärjestelmissä, painotuksessa avohoidon ja erikoissairaanhoidon välillä, ammattiryhmien työnjaossa ja organisaatioiden sijoituksessa ja koossa.

³² Ks. esimerkiksi Willberg ja Valtonen 2007; Bankauskaite, Dubois ja Saltman 2007; Figueras, Saltman, Busse ja Dubois 2004; Mick ja Wittenbach 2003; Peck 2003; Rowitz 2003; Healy ja McKee 2002; Hensher ja Edwards 2002; Järvelin 2002; Keating 2000.

³³ Ks. alaluku 3.6.2.5.

Tässä tutkimuksessa käytän laajemmasta, esimerkiksi useita erikoisaloja käsittävästä, tulosohjattusta organisatorisesta kokonaisuudesta *tulosalueen* nimitystä ja suppeammasta *tulosyksikön* nimitystä riippumatta siitä, mitkä nimitykset ovat kussakin organisaatiossa käytössä. Mikäli tulosyksikön sisällä vielä erotetaan pienempiä tulosohjattuja yksiköjä, kutsun niitä *vastuuyksiköiksi*. Esimerkiksi gastrokirurgian vastuuyksikkö kuuluu kirurgian tulosyksikköön, joka on osa operatiivista tulosaluetta.

Lähiesimiehillä tarkoitan suorittavaa työtä tekevien työntekijöiden välittömiä esimiehiä, työnjohtoporrasta, joka antaa ohjeita ja määräyksiä työn tekemiseksi. Terveydenhuolto-organisaatioissa sellaisessa asemassa ovat selvimmän osastonhoitajat ja osastoilla toimivien lääkäreiden ensiasteen esimiehet, joilla voi olla esimerkiksi osastonlääkäriin, vastaavan osastonlääkäriin tai osaston ylilääkäriin virkanimike. *Keskijohdolla* tarkoitan johtajaporrasta, jolla on välittöminä alaisinaan lähiesimiestason johtajia. Keskijohtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajajohtajien vastuualue tämän tutkimuksen aineistossa käsittää yhden lääketieteen erikoisalan kattavan tulosyksikön tai vastuuyksikön. *Ylimmällä johdolla* viitataan keskijohdon esimiestasoon. Ylimmällä johdolla on vastuu useamman lääketieteellisen erikoisalan kattavasta kokonaisuudesta, esimerkiksi useasta vastuuyksiköstä koostuvasta tulosyksiköstä, tulosalueesta, tulosalueiden muodostamasta kokonaisuudesta tai koko sairaalaorganisaatiosta. Ylimpään johtoon katson kuuluviksi myös hoitajien linjaorganisaation ylimmät edustajat (hallintoylihoitajat tai johtavat ylihoitajat) ja hallintoylilääkärit riippumatta siitä, ovatko he toiminnallisesti vastuussa joistakin yksiköistä. Heidänkin mielenkiintonsa ylittää yksikkötason ja he osallistuvat samojen johtoryhmien kokouksiin kuin muut ylimmän johdon jäsenet.

Johtajien jako lähiesimiehiin, keskijohtoon ja ylimpään johtoon noudattaa Staehlen ja Schirmerin (1992, 70) esittämiä periaatteita. Yleisesti valideja johtajien hierarkkisen jakamisen kriteereitä ei heidän mukaansa ole olemassa. Missä asemassa olevat johtajat mieltävät kuuluvansa millekin hierarkiatasolle, vaihtelee esimerkiksi organisaation koosta riippuen. (Staehle ja Schirmer 1992, 70-71.) Tässä tutkimuksessa en kysynyt johtajilta itseltään heidän käsitystään siitä, mille johtajahierarkiatasolle he kuuluvat, vaan sijoitin johtajat kolmeen ryhmään edellä mainittuja periaatteita noudattaen.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaan liittyvistä oikeuksista ja velvollisuuksista säädetään laissa (559/1994) ja asetuksessa (564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, joka kyseisen lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö) sekä henkilöä, jolla on kyseisen lain mukaan oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä

ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). *Lääkärillä* tarkoitan henkilöä, joka on mainitun lain nojalla saanut oikeuden harjoittaa lääkärin ammattia. *Hoitajalla* tarkoitan henkilöä, joka on saman lain mukaan saanut luvan harjoittaa sairaanhoitajan, kättilön, terveydenhoitajan, fysioterapeutin, laboratoriohoitajan, röntgenhoitajan tai hammashoitajan ammattia sekä henkilöä, jolla on saman lain mukaan oikeus käyttää, jotain seuraavista asetuksella (564/1994) suojattua ammattinimikettä: apuhoitaja, hammashoitaja, kuntahoitaja, lastenhoitaja, lähihoitaja, lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja, mielenterveyshoitaja, mielisairaanhoitaja ja perushoitaja. *Lääkärikunnalla* ja *lääkärien ammattikunnalla* tarkoitan ammatillista kokonaisuutta, jonka kaikki lääkärit muodostavat. *Hoitajakunnalla* ja *hoitajien ammattikunnalla* tarkoitan vastaavasti ammatillista kokonaisuutta, jonka edellä mainitulla tavalla hoitajiksi määrittelemäni henkilöt yhdessä – johtajat mukaan lukien – muodostavat. Sekä lääkärit että hoitajat ovat jaettavissa erilaisiin ammatillisiin ryhmiin esimerkiksi lääketieteellisten erikoisalojen mukaisesti, mutta siitä huolimatta he kuuluvat joko lääkärien tai hoitajien ammattikuntaan.

Suomalaisessa terveydenhuollon johtamiskirjallisuudessa puhutaan usein “lääkärijohtajista” ja “hoitajajohtajista” määrittelemättä, mitä näillä termeillä tarkoitetaan. Lukijalle voi jäädä epäselväksi, onko johtajan nimitys seurausta hänen johtamastaan substanssista, johtajan koulutustaustasta vai niiden henkilöiden ammatista, joita hän johtaa. Tulkitsen tutkimuskirjallisuutta siten, että lääkärijohtajuutta käsittelevässä tutkimuksissa lääkärijohtajuus liitetään johtajan ammatilliseen taustaan ja työn sisältöön. Tuomiranta (2002, 62) kutsuu lääkärijohtajiksi lääkäreitä, jotka tekevät “sekä klinistä että hallinnollista johtamistyötä”. Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa johtajuus kiinnittyy substanssiin, hoitotyöhön, jota hoitotyön johtajat johtavat (Surakka 2006; Kanste 2005; Suonsivu 2003). Nämä näkemykset eivät ole siinä suhteessa symmetrisiä, että lääkärijohtajuudessa painottuu johtajan ammatillinen tausta ja hoitajajohtajuudessa hänen johtamansa substanssi. Lääkärijohtajan määrittelemisen johtajien koulutustaustan perusteella on helppoa, koska heillä on yhtenäinen lääkärin peruskoulutus. Hoitotyön johtajilla on erilaisia koulutustaustoja. Siksi en kiinnitä hoitajajohtajan määritelmää pelkkään koulutustaustaan. Tässä tutkimuksessa tarkoitan *hoitajajohtajalla* sairaalassa toimivaa johtajaa, joka johtaa hoitotyötä ja on itse taustaltaan hoitaja. *Lääkärijohtajalla*³⁴ tarkoitan sairaalassa toimivaa johtajaa,

³⁴ Kotimaisessa tutkimuksessa puhutaan yleisesti lääkärijohtajista (esim. Torppa 2007; Sihvonon 2006; Parvinen, Lillrank ja Ilvonen 2005; Viitanen ja Lehto 2005; Tuomiranta 2002; Viitanen, Wiili-Peltola ja Lehto 2002), mutta kotimainen tutkimus keskittyy erityisesti lähiesimies- ja keskijohtotasolle. Ilmaisun “lääkäritaustainen johtaja” voisi katsoa korostavan johtajuutta lääkäriyden kustannuksella. Vrt. Hermansonin (1989) käyttämä “kliinikkojohtaja” ja “hallintojohtaja”.

joka on itse myös lääkäri. Hoitajajohtajan ja lääkärijohtajan rinnalla käytän samassa merkityksessä termejä *hoitajataustainen johtaja* ja *lääkärिताustainen johtaja*.

1.4 Teoreettisia lähtökohtia ja taustaoletuksia

Teoreettinen viitekehyseni muodostuu edellä esittämästäni tavasta rajata mielenkiintoni kohdetta sekä taustaoletuksistani. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (1997, 117–119) puhuvat taustasitoumuksista tai filosofisista perusoletuksista ja toteavat, ettei näistä useinkaan olla kaikilta osin tietoisia. Käsittelen niitä tässä alaluvussa ja palaan aiheeseen vielä alaluvussa 4.5.

Tutkin julkisten erikoissairaaloitten todellisuutta ylimpään ja keskijohtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajajohtajien näkökulmasta. En tutki johtajien kielenkäyttöä, vaan asioita, joista he kertovat. Siinä suhteessa nojaudun realistiseen ontologiaan ja faktanäkökulmaan (Alasuutari 2001; Koskinen ym. 2005). Haastattelujen lisäksi oletan saavani aiheesta tietoa dokumenttiaineiston avulla (ks. alaluku 2.1). En kuitenkaan jaa Alasuutarin (2001, 91) faktanäkökulmaan liittämää “kapeaa käsitystä merkityksellisistä ‘tosiasioista’ ja tiedosta”, vaan ymmärrän tiedon laajemmin. Tutkin sosiaalista ilmiökenttää, johon kuuluvat myös ihmisten välinen vuorovaikutus, erilaiset konventiot, säännöt, yhteisölliset rakenteet ja merkitykset, jotka voivat olla sosiaalisesti konstruoituja (Berger ja Luckmann 1966) eivätkä suoraan havaittavissa luonnontieteellisin menetelmin. Jaan näkemyksen, että havaintomme todellisuudesta ovat sidoksissa käsitteisiin ja teorioihin, jotka ovat ihmisten luomia konstruktioita (Koskinen, Alasuutari ja Peltonen 2005, 35; Easterby-Smith, Thorpe ja Lowe 2004, 33). Täten tieto olemassa olevasta maailmasta on enemmän tai vähemmän sosiaalisesti konstruointia. Käsitteet ovat välineitä, joiden avulla kokemusta voidaan tulkita todellisuutta koskevan tiedon saavuttamiseksi. Käsitteet muuttuvat ja kehittyvät tiedeyhteisön kritiikin seurauksena. Käsitteiden avulla voimme saada, toki epätäydellistä, mutta kehittyvää tietoa todellisuudesta ja siten edistää tieteen kehittymistä. (Niiniluoto 2002, 144, 153–154; Metsämuuronen 2001, 11.)

Lähden siitä, että asia tai ilmiö on olemassa, jos sillä on vaikuttavuutta johonkin toiseen asiaan, esimerkiksi ihmisten käyttäytymiseen³⁵. Niinpä riippumatta siitä, onko Jumala olemassa vai ei, idea Jumalasta on todellisuutta, koska se vaikuttaa ihmisten käyttäytymiseen. Vastaavasti yhteiskunnassa ja

³⁵ Tässä on samankaltaisuutta kriittisen realismin tutkimusperinteeseen, esim. Fleetwood (2005, 199) “For critical realists, an entity is said to be real if it has causal efficacy; has an effect on behaviour; makes a difference” .

organisaatioissa, kuten sairaaloissa, on olemassa käytänteitä, konventioita ja yhteisöllisiä rakenteita, joita ihmiset ylläpitävät, välittävät ja muuttavat. Ne ovat sosiaalisia konstruktioita, joilla on vaikutusta ihmisten käyttäytymiseen riippumatta siitä, ovatko ihmiset niistä aktiivisesti tietoisia. Ne ovat sosiaalisesti tosia, koska niillä on vaikuttavuutta, ihmisten käyttäytyminen on niistä riippuvaista. Organisaation hierarkia on sosiaalinen konstruktio, mutta se tulee todeksi, objektiivoituu, esimerkiksi sen kautta, miten ihmiset käyttäytyvät vuorovaikutuksessa esimiestensä kanssa tai miten he osoittavat kunnioitusta auktoriteeteille (vrt. Hatch ja Cunliffe 2006, 329–330).

Vastaavasti en oleta haastateltavien johtajien vain kertovan “faktoja” Alasuutarin (2001, 91) tarkoittamassa suppeassa merkityksessä, vaan myös konstruoivan omaa näkemystään tosiasioista. Tutkimuksen tavoitteiden kannalta molemmat näkökulmat ovat relevantteja. Olen kiinnostunut siitä, minkälaisia ilmiöitä johtajan toimintakenttään erikoissairaalassa kuuluu ja miten niitä avaamalla ja analysoimalla voin lisätä ymmärrystä johtajan toiminnasta ja viime kädessä koko sairaalan toiminnasta. Tämän tavoitteen kannalta voi olla merkittävää, miten johtajat konstruoivat omaa näkemystään sairaalan toiminnasta. Tutkijana tuotan lisäksi omia tulkintojani heidän kertomastaan.

Lähden siitä, että julkisten sairaaloiden tehtävänä on edistää potilaan parasta tuottamalla kansalaisille terveyttä ja toimintakykyä lisääviä palveluja.³⁶ Tähän liitän vielä rationaalisen ideaalin: tämän tulisi tapahtua tehokkaasti, taloudellisesti ja vaikuttavasti. Tutkimuskysymykset ja nämä taustaoletukset liittävät tutkimukseni modernistiseen tapaan tarkastella organisaatioita (Hatch ja Cunliffe 2006, 14). Modernistisesta organisaationäkemyksestä käytetään myös nimityksiä “funktionalistinen”, “teknis-rationaalinen”, “positivistinen” ja “moderni” kirjoittajasta riippuen (Lintula 2005, 29). Näillä oletamuksilla on vaikutusta, kun tarkastelen johtajan toimintakenttää: kahvihuoneen tapetin väri tai sairaalan kuoron jäsenyys eivät kuulu tutkimuksen fokukseen, koska en pidä niitä merkittävinä sairaalan toiminnan tai johtajan työn kannalta.

Oletan, että terveydenhuolto-organisaatioiden johtajilla on oma tahtonsa, joka ilmenee heidän puheestaan ja teoistaan, mutta organisatoriset rakenteet vaikuttavat heidän toimintaansa. Toisaalta heidän toimintansa muokkaa rakenteita. Oletan täten rakenteiden ja toimijoiden olevan erillisiä, mutta

³⁶ Useat julkisen terveydenhuollon organisaatiot mainitsevat toiminta-ajatuksensa tai tehtävänsä internet-sivuillaan. Esimerkkejä: “Laissa säädetyt erikoissairaanhoidon palvelut omalla toimialueella” (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2009), “tuottaa terveyttä ja toimintakykyä edistäviä palveluja sekä luoda edellytyksiä tätä tukevalle tieteelliselle tutkimukselle ja koulutukselle” (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2002–2008) ja “tuottaa ihmisläheisiä ja joustavia erikoissairaanhoidon palveluja sekä huolehtia niiden laadusta, tehokkuudesta ja saatavuudesta” (Vaasan sairaanhoitopiirin strategia vuoteen 2010).

keskinäisessä vuorovaikutuksessa olevia asioita. En tarkastele johtajia vain rakenteiden sisäisinä toimijoina³⁷. Työn otsikossa mainitaan sana “johtaja” yksikössä, mikä ei tarkoita sitä, että tutkimuksen näkökulma rajoittuisi pelkästään johtajaan yksittäisenä henkilönä ja toimijana³⁸. Yksikön käyttämiseen ei liity myös olettamusta esimerkiksi siitä, että sairaalan toimintaa ja johtamista voidaan parantaa vain yhteen toimijaan kohdistuvilla tai yhden toimijan tekemillä toimenpiteillä³⁹. Nämä olettamukset eivät ole mielestäni ristiriidassa alaluvun 1.2 esittämäni olettamuksen kanssa, jonka mukaan keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvat johtajat ovat tulevissa sairaaloiden reformeissa avainasemassa.

Kutsun sairaalan asiakkaita potilaiksi, kuten terveydenhuollossa toimivat henkilöt perinteisesti tekevät⁴⁰. Tässä suhteessa pitäydyn terveydenhuoltoalan konventioihin. Puhumalla potilaasta eikä asiakkaasta en implisiittisesti viittaa terveyspalveluja vastaanottavan henkilön alisteiseen asemaan suhteessa palveluja antaviin ammattihenkilöihin⁴¹. Henkilökohtainen näkemykseni potilaan asemasta on yhdenmukainen Suomen Lääkäriliiton (2005) eettisten ohjeiden kanssa: Potilas on tasavertainen kumppani hänelle hoitoa antavan lääkärin tai muun ammattihenkilön kanssa, ja potilaalla on itsemääräämisoikeus omaan hoitoonsa liittyen. Siitä huolimatta terveydenhuollon ammattihenkilön tulee ensisijaisesti pyrkiä edistämään potilaan parasta, siinäkin tapauksessa, että potilas ei sitä itse ymmärtäisi⁴². Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on suurempi vastuu kuin useimpien muiden palvelujen antajalla suhteessa asiakkaaseensa.

Tutkimuksessani en sitoudu mihinkään nimenomaiseen tutkimusperinteeseen, jota pyrkisin tarkasti noudattamaan⁴³. Sen sijasta kerron

³⁷ Asiaa voinee kuvata sanomalla, että tarkastelutapani kattaa sekä tutkimuksen otsikossa mainitun “johtajana sairaalassa” -näkökulman että “sairaala johdettavana” -näkökulman.

³⁸ Tutkimuksen haastatteluaiaineisto edustaa yksilön näkökulmaa, mutta tulkinta ja analyysi laajentavat tarkastelun ottamalla huomioon, että sairaalayhteisö koostuu useista kollektiivisista toimijoista, jotka ovat monin tavoin toisistaan riippuvaisia.

³⁹ Tutkimuksen tulokset ja niistä tekemäni johtopäätökset puoltavat pikemminkin päinvastaista johtopäätöstä (ks. alaluku 4.3).

⁴⁰ Sosiaalitoimessa puhutaan perinteisesti asiakkaista (esim. Niiranen 2002).

⁴¹ Jos käyttäisin ilmaisua “asiakas”, kun tarkoitan sairaanhoitoa tarvitsevaa ihmistä, kokisin osoittavani häntä kohtaan *vähemmän* arvostusta kuin kutsumalla häntä “potilaaksi”. Asia liittyyneen lääkärintaustastaani (ks. alaluku 4.5.1).

⁴² Täten näkemykseni potilaasta on hänen arvoaan painottava, mutta eroaa niin ikään potilaan asemaa korostavasta konsumeristisestä näkemyksestä, joka painottaa potilaan valinnanvapautta ja asemaa kuluttajana (ks. Toiviainen 2007).

⁴³ Olen tietoinen siitä, että taustaoletukseni esimerkiksi todellisuuden luonteesta, kielen yhteydestä todellisuuteen ja kausaaliteetin luonteesta ovat samankaltaisia kuin jotkut kriittisen realismin tutkimusperinteeseen liitetyt näkemykset (ks. Pakarinen 2008). Kriittistä realismia kehittivät erityisesti Roy Bhaskar ja Rom Harré (Hatch ja Cunliffe 2006, 329). Bhaskar yhdisti realistisen ontologian (sosiaaliset rakenteet ovat olemassa) epistemologiseen relativismiin (tieto on sosiaalisesti tuotettua) (ks. Bhaskar 1978 ja 1989). Tutkimusasetelma ja tutkimusprosessin kulku eivät kuitenkaan noudata niitä periaatteita, jotka liitetään kriittisen realismin tutkimusstrategioihin (Pakarinen 2007, 67–72).

lukijalle oletukseni ja kuvaan sekä perustelen tutkimusasetelman mahdollisimman tarkasti, jolloin lukijan tehtäväksi jää arvioida tutkimustani myös tältä osin.

1.5 Tutkimuksen tavoitteet, tutkimuskysymykset ja tutkimusraportin rakenne

Tutkimus käsittelee toimintakenttää, jossa johtaja julkisessa erikoissairaalassa työskentelee. Näkökulma on keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- tai hoitajataustaisten johtajien näkökulma.

Tavoitteenani on lisätä tietoa siitä, minkälaisia yhteisöllisiä ja aineellisia ulottuvuuksia johtajan toimintakenttään kuuluu ja mikä on niiden keskinäinen suhde. Toisena tavoitteenani on johtajan toimintakentän kuvauksen ja analyysin avulla tuoda yleisemminkin esille sairaaloiden toimintaan ja johtamiseen liittyviä kysymyksiä ja niiden yhteyksiä johtajan toimintamahdollisuuksiin. Tarkoitukseni on liittää tutkimus ajankohtaiseen terveydenhuollon johtamisesta ja organisoinnista käytävään laaja-alaiseen keskusteluun.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Minkälainen on julkisessa erikoissairaalassa työskentelevän johtajan toimintakenttä? Mistä osista se koostuu? Mikä on osien keskinäinen suhde?
2. Miten johtajan ammatillinen asema – lääkäri tai hoitaja – ja toisaalta hierarkkinen asema – keskijohto tai ylin johto – jäsentävät hänen toimintakenttäänsä?

Tutkimusraportti etenee siten, että seuraavassa luvussa kerron tutkimuksen metodologiasta ja kuvaan tutkimusaineiston, sen hankinnan ja analyysiprosessin. Luvuissa 3 kerron tutkimuksen tuloksista siten, että ryhmittelen tuloksia alaluvuista koostuviin aihekokonaisuuksiin. Taustoitan tutkimustuloksia aihealueittain tulosluvussa siltä osin, kuin se on argumentaationi kannalta olennaista. Luvun 3 lopuksi esitän yhteenvedona vastaukset tutkimuskysymyksiin. Luvussa 4 pohdin tutkimustuloksia joidenkin teorioiden valossa, esitän sairaaloiden käytännön johtamiseen liittyviä johtopäätöksiä, arvioin tutkimusta tulosten merkittävyyden ja tutkimusmenetelmien kannalta sekä esitän joukon jatkotutkimusaiheita.

2 TUTKIMUSAINEISTON HANKINTA JA ANALYYSI

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen aineiston ja kerron, miten sen analysoin. Luettavuuden parantamiseksi olen siirtänyt runsaasti tähän lukuun liittyvää tekstiä ja yksityiskohtaisempaa aineiston analyysin kuvausta liitteisiin 2–7. Viittaa niihin tekstin yhteydessä.

2.1 Miksi päädyin teemahaastatteluun ja dokumenttiaineistoon

Aloitin empiirisen tutkimuksen tekemällä ensin esitutkimuksen⁴⁴, jonka tarkoituksena oli antaa alustavaa empiiristä ymmärrystä julkisessa terveydenhuollossa toimivan johtajan toimintakentästä. Esitutkimuksen tutkimuskysymykset, aineisto ja menetelmät on esitetty liitteessä 1.

Tutkimuskirjallisuus ja esitutkimus antoivat näkemystä siitä, minkälaisia asioita julkisessa sairaalassa työskentelevän johtajan toimintakenttään ainakin kuuluu. Tuon näkemysten pohjalta yritin aluksi muodostaa johtajan toimintakenttää kuvaavan käsitekartan. Tarkoitukseni oli jatkaa siten, että olisin tehnyt kustakin käsitekategoriasta omat lomakekysymykset ja näin päätyneet lomaketutkimukseen. Pelkästään esitutkimukseen ja kirjallisuuteen perustuen en kyennyt määrittämään johtajan toimintakentän sisältöä niin konkreettisesti ja kattavasti, kuin tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin vastaaminen lomaketutkimuksella olisi edellyttänyt. Kyselytutkimuksen vastausvaihtoehtojen laatiminen olisi saattanut epäonnistua, jokin toimintakentän elementti olisi saattanut jäädä huomaamatta. Aineistosta olisi saattanut tulla fragmentaarista, jolloin se ei olisi mahdollistanut toimintakentän kokonaisvaltaista tutkimista ja tutkimuskysymyksiin vastaamista. Myös johtajan toimintakenttään kuuluvien asioiden riippuvuussuhteiden ja dynamiikan esille saaminen kyselytutkimuksella oli mielestäni epävarmaa.

⁴⁴ Esitutkimuksen tulokset on esitetty pääosin artikkelissa Juha V. Virtanen – Anne Kovalainen (2006) Lääkärien ja hoitajien linjaorganisaatiot käytännön johtamisen näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 61, 3247–3252.

Pohdin myös, olisinko voinut saada kaiken tarvitsemani tiedon dokumenttiaineistosta. Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirin hallintoon liittyviä kokouspöytäkirjoja, hallinto- ja toimintosääntöjä, strategiakuvaus- ja organisaatiokarttoja löytyy helposti myös internetin avulla. Johtoryhmien työskentelyä dokumentoidaan niukasti pöytäkirjoissa, joihin sihteeri kirjaa yleensä vain tehdyt päätökset, mutta ei keskustelujen kulkua. Budjetit löytyy jokaisesta sairaalasta. Suoritteita seurataan monella tavoin. Henkilöstöstä on saatavissa määrällisiä ja laadullisia listauksia. Totesin, että dokumentaatiota on saatavissa toiminnan taloudesta, virallisesta ohjauksesta ja suoritteista, mutta heikosti johtajien toiminnan sisällöstä, heidän motiiveistaan, mielipiteistään tai työyhteisön henkilösuhteista. Sairaalassa toimivan johtajan toimintakenttänä ei pysty hahmottomaan pelkästään dokumenttiaineiston varassa, mutta dokumenttiaineisto on toki hyödyllistä ja tarpeen täydentävänä aineistona.

Mietin myös mahdollisuuksiani tehdä havainnoivaa tutkimusta. Olisin seurannut johtajia heidän työssään ja tehnyt havaintoja heidän toiminnastaan, joko ilman osallistumista tai itse jonkinasteisesti osallistuen (Adler ja Adler 1994, 375; Atkinson ja Hammersley 1994, 248; Grönfors 1988, 87–88). Olisin saattanut joutua sellaiseen rooliin, jossa vaikutan vahvasti johtajien käytökseen. Osallistuvassa havainnoinnissa sitä on vaikea välttää (Grönfors 1988, 93). Minun tapauksessa riski luultavasti kasvaisi oman lääkärintaustani takia. Sairaaloissa keskiasteen lääkärijohtajat ja lähiesimiehet tekevät myös potilastyötä, kuten kiertoja, potilasvastaanottoa, toimenpiteitä ja leikkauksia. Heidän työnsä on varsin liikkuvaa ja usein hektistä. Siksi pohdinkin etnografisen tutkimusotteen soveltamismahdollisuuksia. Olisinko voinut havainnoida johtajien toimintaa yhteisön osana elämällä yhteisössä arkipäivää tietyn pituisen ajan? Olisin oppinut yhteisön ajattelu- ja toimintatavat ns. sisältäpäin. (Eskola ja Suoranta 1998.) Lääkärintaustani olisi voinut olla apua tutkimusluvan saamisessa. Epäilemättä olisin voinut saada tietoa kiinnostukseni kohteena olevista asioista myös havainnoimalla tai seuraamalla tiiviisti joitakin johtajia päivittäisissä toimissaan (shadowing⁴⁵). Tuloksena olisi kuitenkin saattanut olla tutkimuskysymysten näkökulmasta liian fragmentaarista aineistoa.

Haastattelututkimuksessa ei ole edellä kuvattuja ongelmia. Haastattelujen avulla on mahdollista hakea vastauksia kaikkiin tutkimuskysymyksiini. Pääasiallisen aineiston hankinta haastattelujen avulla on perusteltua myös teoreettisesti, ja sitä puolsivat esitutkimuksesta saamani hyvät kokemukset. Hirsjärvi ja Hurme (2007, 34–35) toteavat, että haastattelun valinta tiedonkeruumenetelmäksi perustellaan usein taulukossa 2 esitetyillä syillä:

⁴⁵ Ks. Bruni, Gherardi ja Poggio 2004; Peräkylä 1990; Wolcott 1973.

Taulukko 2. Haastattelun etuja Hirsjärven ja Hurmeen (2004, 35) mukaan

1. Halutaan korostaa, että ihminen on nähtävä tutkimustilanteessa merkityksiä luovana, aktiivisena subjektina.
2. Kysymyksessä on vähän kartoitettu, tuntematon alue.
3. Halutaan sijoittaa tulos laajempaan kontekstiin. Haastateltava voi kertoa itsestään ja aiheesta laajemmin kuin tutkija pystyy ennakoimaan.
4. Jo ennalta tiedetään, että tutkimuksen aihe tuottaa vastauksia monitahoisesti ja moniin suuntiin.
5. Halutaan selventää saatavia vastauksia.
6. Halutaan syventää saatavia tietoja lisäkysymyksillä.
7. Halutaan tutkia arkoja ja vaikeita aiheita.

Tässä tutkimushankkeessa kaikki seitsemän argumenttia ovat relevantteja. Tutkin keski- ja ylimpään johtoon kuuluvien, julkisissa erikoissairaaloissa työskentelevien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien toimintakenttää näkökulmasta, johon kuuluu myös henkilöiden välinen vuorovaikutus. Aihealue on kirjallisuudessa niukasti kartoitettu. Vastauksia ei voi kovin paljon ennakoida, yllätykset ovat mahdollisia. Selventävät lisäkysymykset ovat tarpeen. Aihepiiri on ainakin vallankäytön ja palkkauksen osalta arkaluontoista. Myös esitutkimuksesta saamani kokemukset puoltavat haastattelun valintaa pääasiallisesti tiedonhankintamenetelmäksi. Lähdin esitutkimuksessa hakemaan tietoa ensisijaisesti professionaalista linjaorganisaatioista. Sain haluamani tiedon ja vielä paljon tietoa sellaisista asioista, joista minulla ei esiyemmäryksestäni huolimatta ollut aikaisemmin käsitystä.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, koska haastattelun teema-alueet ovat kaikille samat, mutta vastauksia ei ole sidottu ennalta annettuihin vaihtoehtoihin, vaan haastateltava vastaa omin sanoin. Haastattelutekniikkana se on lähempänä avointa haastattelua kuin strukturoitua lomakehaastattelua. Strukturoimattomalle eli avoimelle haastattelulle on tyypillistä, että haastattelija esittää avoimia kysymyksiä ja rakentaa haastattelun jatkon saamiensa vastausten varaan pyrkien syventämään niitä ja ohjaamaan keskustelua tilanteenmukaisesti. Haastattelu alkaa muistuttaa keskustelua. (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 47–48; Eskola ja Suoranta 1998, 85.)

Haastattelutyypeistä ei ole olemassa yksimielisiä kansainvälisiä määritelmiä, vaan nimitykset vaihtelevat kirjoittajakohtaisesti. Haastattelutyypien välillä ei ole erotettavissa selviä rajalinjoja strukturoidun (lomakehaastattelun) ja teemahaastattelun tai teemahaastattelun ja avoimen haastattelun välillä. Hirsjärvi ja Hurme (2004, 44) esittävät jatkumon, jossa

käsittelyn yhdenmukaisuus vähenee, kun siirrytään lomakehaastattelusta teemahaastatteluun ja edelleen strukturoimattomaan haastatteluun. Tuomi ja Sarajärvi (2002, 80) katsovat, että haastattelukysymysten muuttuessa suljetuista avoimempaan suuntaan, käyttökelpoisempia haastattelutyyppejä ovat ensin lomakehaastattelu, sitten teemahaastattelu ja lopulta syvähaastattelu (avoin haastattelu). Myös heidän mielestään mainitut haastattelutyypit muodostavat jatkumon, jossa toisiaan seuraavat haastattelutyypit menevät osittain päällekkäin.

Halusin saada rikkaan ja monipuolisen kuvauksen johtajien toimintakentästä hyödyntämällä teema-alueita, kuitenkin säilyttäen mahdollisuuden keskustella teema-alueiden ulkopuolisistakin aiheista, jotka saattaisivat osoittautua tutkimukselleni relevanteiksi (vrt. Goulding 2002, 59; Shank 2002, 46).

Päätin lähteä liikkeelle väljistä teemoista ja säilyttää mahdollisuuden lisätä ja muuttaa niitä, jos se on perusteltua alkuvaiheen analyysin ja tutkimuskysymysten kannalta. Tämän katsoin järkeväksi, koska olin tietoinen tutkimusprosessin syklisyydestä: Aineistolähtöisessä laadullisessa tutkimuksessa aineiston hankinta ja analyysi eivät tapahdu toisistaan riippumatta, vaan analyysia tapahtuu jo paikan päällä aineistoa hankittaessa ja välittömästi sen jälkeen (Silverman 2005, 152). Aineiston analyysi vaikuttaa uuden aineiston hankintaan (Coffey ja Atkinson 1996, 6).

Haastattelujen ensimmäinen teema (johtajuus) on selkeästi strukturoitu tiettyjen, samassa järjestyksessä toistuvien kysymysten avulla. Osa teemoista avasin ennalta suunnittelemaani rakennetta hyödyntäen, mutta sitä tilannekohtaisesti varioiden (teema-alueet 2, 3, 6, 8 ja 9). Toisten teema-alueiden kohdalla en hyödyntänyt samanmuotoisina toistuvia kysymyksiä lainkaan (teema-alueet 4, 5 ja 7), vaan valitsin lähestymistavan tilannelähtöisesti. Hirsjärven ja Hurmeen (2004) jatkumoasteikolla haastattelutekniikkani painopiste lienee teemahaastattelun ja avoimen haastattelun välimaastossa, kuitenkin enemmän teemahaastattelun puolella.

2.2 Haastattelujen sopiminen, haastattelutilanne ja haastattelujen tallentaminen

Haastatteluajat sovittiin puhelimitse siten, että pyrimme yhdessä tutkijakollegani kanssa haastattelemaan saman käyntikerran aikana useamman henkilön samasta sairaalasta. Tapaamista sovittaessa henkilöille kerrottiin, että tulemme tutustumaan heidän työhönsä ja sairaalaansa ja samalla teemme heidän luvallaan tutkimushaastattelun, joka liittyy heihin johtajina sairaalassa. Haastateltavia pyydettiin ottamaan mukaansa sellainen kirjallinen materiaali,

josta he itse arvelivat olevan hyötyä puhuttaessa heidän organisaationsa toiminnasta ja heidän omasta työstään. Ennen haastattelua tutustuin haastateltavien organisaatioihin internetsivujen avulla.

Teimme haastattelut etukäteen sovitussa rauhallisissa tiloissa, kuten neuvotteluhuoneissa tai haastateltavien omissa työhuoneissa. Haastattelu eteni teemasta toiseen liitteessä 2 esitetyllä tavalla. Haastattelutilanteet olivat yhtä lukuun ottamatta alusta alkaen rentoja ja vapautuneita⁴⁶. Haastattelut kestivät tunnista kahteen ja puoleen tuntiin, keskimäärin 1,5 tuntia. Yksi haastateltava kielsi nauhoituksen. Kaikki muut haastattelut nauhoitettiin kokonaisuudessa digitaalisella nauhurilla. Lisäksi nauhoitin oman haastatteluosuuteni myös omalla kasettinauhurillani voidakseni myöhemmin helposti palata autenttiseen haastattelutilanteeseen. Lisäksi pidin haastatteluista kenttäpäiväkirjaa, johon haastattelun aikana merkitsin haastattelun aloitus- ja päättymisajan, haastattelupaikan ja kirjoitin haastattelun kuluessa muistiin sen keskeisen sisällön. Kenttäpäiväkirjoja kertyi koko haastatteluprosessin aikana kolme kappaletta A4-kokoisia sinikantaisia vihkoja.

2.3 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistoon kuuluu 19 syksyllä 2005 ja keväällä 2006 tekemääni haastattelua (439 sivua litteroitua tekstiä), dokumenttiaineisto ja lisäksi esitutkimusmateriaalista 6 haastattelua⁴⁷, jotka analysoin tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten näkökulmasta. Haastateltavista ylimpään johtoon kuuluu 10 henkilöä ja keskijohtoon 15 henkilöä. Haastateltavien työpaikat ovat viidessä eri sairaanhoitopiirissä ja kahden kaupungin omassa erikoissairaanhoidossa. Haastateltavista lääkäritausta on 17 henkilöllä ja hoitajatausta 7 henkilöllä. Ylimmän johdon haastateltavien keski-ikä oli haastatteluajana 54,3 vuotta ja keskijohtoon kuuluvilla 46,7 vuotta. Haastatteluaineistoa täydensin kolmen henkilön osalta kysymällä tarkempaa tietoa sähköpostitse. Kaikki vastasivat. Haastatteluaineisto on esitelty tarkemmin liitteessä 3.

Dokumenttiaineisto koostuu itse haastateltavien organisaatioiden sekä muidenkin sairaanhoitopiirien internetsivuilta hankkimastani materiaalista, haastateltavien mukanaan tuomasta aineistosta sekä haastattelun jälkeen

⁴⁶ Yksi keskijohtoon kuuluva haastateltava oli aluksi jännittynyt ja kielsi nauhoituksen, mutta rentoutui haastattelun kuluessa.

⁴⁷ Nämä 6 haastateltavaa valitsin esitutkimuksen aineistosta sillä perusteella, että he toimivat erikoissairaanhoidossa ja kuuluvat keski- ja ylimpään johtoon niiden kriteereiden mukaan, jotka mainitaan alaluvussa 1.3.

pyytämästäni materiaalista. Tämä dokumenttiaineisto koostuu organisaatiokaavioista, internet-sivujen organisaatiokuvauksista, strategiakuvauksista, hallinto-, johto- ja toimintosäännöistä ja organisaationmuutosraportista. Sitä olen käyttänyt ensisijaisesti haastattelujen tausta-aineistona. Organisaatioiden rakenteita ja arvoja analysoidessani kävin läpi kaikki Manner-Suomen sairaanhoitopiirien (20 kpl) internet-sivut saadakseni kattavan kuvan sairaanhoitopiirien internet-sivuilla esittämistä arvoista.

Tutkimushenkilöiden valintaa ohjasi pyrkimykseni saada lääkäri- ja hoitajajohtajien toimintakentästä monipuolinen ja totuudenmukainen kuva. Siksi haastattelin keski- ja ylintä johtoa edustavia, lääkäri- ja hoitajataustaisia, eri organisaatioissa toimivia ja eri lääketieteellisiä erikoisaloja edustavia johtajia.

Aloitin haastattelut marraskuussa 2005 haastatteleamalla henkilöitä, jotka olivat aloittamassa Tampereen yliopiston Terveystieteen laitoksen järjestämän PD-koulutuksen. Kyseessä on terveydenhuollon ja sosiaalialan johtajille tarkoitettu johtamiskoulutus, jonka perinteisiin kuuluu haastatella osallistujia heidän työpaikoillaan. Minulle tarjoutui tilaisuus yhdistää omaan tutkimukseeni liittyvä haastattelu osaksi koulutuksen aloittamiseen liittyvää tutustumis- ja tutkimushaastattelua. Kaikista koulutuksen aloittavista oli olemassa tiedot heidän ammatti- ja virka-asemastaan ja työpaikastaan. Niiden perusteella pyysin haastateltaviksi kaikki, jotka toimivat julkisen erikoissairaanhoidon organisaatiossa ja jotka esitetien perusteella todennäköisesti kuuluvat keskijohtoon tai ylimpään johtoon. Heihin kuului yksi taluspäällikkö ja yksi henkilöstön kehittämisspäälikkö⁴⁸. Kehittämisspäällikköllä on hoitajatausta, joten taluspäällikköä lukuun ottamatta kaikki olivat peruskoulutukseltaan lääkäreitä ja hoitajia.

Huolimatta siitä, että tutkin nimenomaan lääkäri- ja hoitajajohtajien toimintakenttää sairaalassa, otin taluspäällikönkin mukaan haastatteluihin. Siihen oli kolme syytä: Halusin käyttää hyväkseni tarjoutuneen tilaisuuden lisätä ymmärrystäni terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnasta laajemmin. Toiseksi, hänen haastattelunsa pohjalta olisi vielä ollut mahdollista muuttaa tutkimuskysymyksiä ja suunnata aineistonhankintaa sen mukaisesti. Kolmanneksi, halusin siten lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Olihan mahdollista, että erityisesti sairaalan taluspäällikkö voisi kertoa jotain sellaista tietoa lääkäri- ja hoitajajohtajien toimintakentästä, jota asianomaiset

⁴⁸ Kehittämisspäällikön haastattelussa en ollut itse paikalla. Tutkijakollegani teki sen puolestani ohjeistukseni mukaisesti. Hän oli siihen mennessä paikalla kymmenessä minun vetämässä haastattelussa, tunsin minun tutkimuskysymykseni ja on kokenut terveydenhuollon johtamisen senioritutkija.

eivät itse huomaa, pitävät itsestään selvänä tai aiheena, josta ei sopinut mainita.

Jatkoin maaliskuussa 2006 haastatteluja haastatteleamalla lisää ylimpään johtoon kuuluvia johtajia. Heihin sain yhteyden sen perusteella, että he olivat aikaisemmin suorittaneet PD-koulutuksen tai olivat parhaillaan SoteMBA-koulutuksessa. Lisäksi sovin haastatteluajan yhden jo esitutkimusta varten v. 2004 haastattelemani, ylimpään johtoon kuuluvan kanssa. Nämä haastattelut tein tutkijakollegani kanssa maaliskuun – kesäkuun 2006 aikana.

2.4 Haastattelujen teema-alueet

Haastattelujen teema-alueet esitetään taulukossa 3. Haastatteluteemat eivät ole peräisin mistään tietystä teoreettisesta viitekehystä, vaan perustuvat pitkälti esitutkimuksen antamaan ymmärrykseen, johon olen yhdistänyt lukemalla hankkimaani teoreettista tietoa.

Taulukko 3. Haastattelun teema-alueet

1. Johtajuus
2. Organisaation rakenne
3. Asema organisaatiossa, työn pääasiallinen sisältö ja miten työn sisältö on muotoutunut nykyiseksi
4. Organisaation toiminta
5. Ammatit ja ammattikunnat
6. Tiedonkulku
7. Vastuu ja valta
8. Johtoryhmätyöskentely
9. Vertaisverkostot

Liitteessä 2 kerron, miten teema-alueet haastattelutilanteessa esitin. Ensimmäinen teema-alue, **johtajuus**, perustuu Tampereen yliopiston Terveystieteen laitoksessa tehtyyn johtajuustutkimukseen⁴⁹. Sen kysymyksiin en pyrkinyt itse vaikuttamaan. Tämän osion avulla sain perustiedot haastateltavien koulutus- ja työhistoriasta. Lisäksi johtajuusteema antoi tietoa

⁴⁹ Tuloksia on julkaistu muun muassa tutkimuksessa “Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa” (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto 2007).

ja avasi keskusteluväyliä ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön, suhteisiin poliitikkoihin sekä siihen, miten haastateltavia itseään johdetaan.

Organisaation rakenne ja haastateltavan **asema organisaatiossa** on tietoa, jonka avulla johtajan toimintakenttää voi kiinnittää sairaalaorganisaation rakenteellisiin kokonaisuuksiin. Termi *rakenne* viittaa jonkin organisoidun kokonaisuuden muodostavien osien suhteeseen (Hatch ja Cunliffe 2006, 101)⁵⁰. Nykysuomen sanakirjan mukaan se tarkoittaa tapaa, jolla kokonaisuuden osat liittyvät toisiinsa.

Organisaatioteoreettisessa keskustelussa *organisaation sosiaalisella rakenteella* viitataan siihen, että organisaatiokokonaisuus muodostuu ihmisistä koostuvista rakenneosista⁵¹. Koska on kysymys osista, joista kokonaisuus rakentuu, osien täytyy olla muista osasista erotettavissa olevia, vaikka ne voivat koostua samoistakin ihmisistä. Organisaation sosiaalisilla rakenteilla on täten keskinäisiä rajapintoja.

Ihmisiä voi organisaatiossa jakaa ryhmiin lukemattomien kriteerien mukaan ja tarkastella näin muodostuvia rakenteita useista näkökulmista. Chandlerin (1962, 14) mukaan organisaation rakenne osoittaa, miten auktoriteettiasema ja kommunikointi on järjestetty organisatoristen yksikköjen ja toimijoiden välillä. Organisaatiota hallinnoidaan rakenteen avulla ja parhaiten se käy häneen mukaansa hierarkkisen rakenteen avulla. Mintzbergin mukaan (1983, 2–3) organisaation rakenne osoittaa, miten työvoima organisaatiossa jaetaan työtehtävien mukaan ja miten työtehtävien keskinäinen koordinointi on järjestetty⁵². Organisaatiokaaviot kuvaavat useimmissa sairaaloissa juuri sairaalan sosiaalisiin rakenteiden koostumusta ja suhteita (esimerkiksi yksiköt, tulosalueet, johtajisto ja hallitus).

Organisaation rakenne on johtajan toimintakentän kannalta merkittävä sekä teorian että esitutkimuksen perusteella. Organisaatorakenteet määrittävät johtajan toimintakenttää osoittamalla johtajan oman toiminnan paikkaa suuremmassa kokonaisuudessa. Täten organisaation rakenne osaltaan vaikuttaa siihen, keiden henkilöiden kanssa johtaja työssään on vuorovaikutuksessa ja millainen on vuorovaikutuksen laatu (esimerkiksi alainen tai esimies).

Esitutkimuksessa havaitsin haastateltavien usein käyttävän ilmaisua “toimenkuva”, kun he puhuivat työnsä sisällöstä. Omasta työurahistoriastaan kertoessaan haastateltavat kertoivat myös toimenkuviansa historian. He

⁵⁰ “The term structure refers to the relationship among the parts of an organized whole.” (Hatch ja Cunliffe 2006, 101).

⁵¹ “In organization theory, social structure refers to relationships among people who assume the roles of the organization and to the organizational groups or units to which they belong (e.g., departments, divisions).” (Hatch ja Cunliffe 2006, 101). Ks. myös Jaffee 2001, 2.

⁵² Muunkinlaisia näkemyksiä organisaation rakenteista on esitetty (ks. esimerkiksi Clegg ym. 2006 ja Hatch ja Cunliffe 2006, 101–139).

liittivät toimenkuvan virkaansa siten, että kyseisestä virasta aiheutuu toimenkuvana ilmaistu työn sisältö, kuten kliininen toiminta, raportointi, yhteistyösuhteet ja kokoukset, joihin tulee osallistua. Tällä tavoin toimenkuvan käsite näyttää esitutkimusaineistossa liittävän organisatorisen virka-aseman johtajan työn sisältöön varsin yksityiskohtaisella ja konkreettisella tavalla.

Työnkuvaa voidaan kaavamaistaa *toimenkuvan* avulla, toisin sanoen liittämällä toimeen ohjeistus työn sisällöstä. Tämä on byrokraattiselle organisaatiolle tavanomainen tapa standardoida käyttäytymistä ja koordinoida organisaation toimintaa. (Mintzberg 1983, 35–39.) Weberiläisen byrokraattisen organisaation ominaisuuksiin kuuluu asialliseen ja asteelliseen kompetenssiin perustuva työnjako. Asiallinen kompetenssi määrittää, millä toimialueella työntekijä on pätevä työskentelemään ja asteellinen kompetenssi, millä hierarkiatasolla hän voi toimia. (Salminen 2002, 68.) Byrokraattiseen organisaatioon kuuluu myös selkeä vastuualue, kirjallinen ohjeistus ja kullekin yksi esimies. Byrokraattisessa organisaatiossa on luontevaa ajatella, että asiallista ja asteellista kompetenssia edellyttävä virka-asema määrittää työn sisällön virkaan liittyvän toimenkuvan avulla.

Esitutkimusaineistossa johtajien toimenkuvia ei kuitenkaan ollut kirjallisesti määritelty, ne “periytyivät” edelliseltä viranhaltijalta seuraavalle ja saattoivat olla jopa ristiriidassa virallisen ohjeistuksen kanssa. Tältä osin asiantila ei vastannut ideaalisen byrokratian toimintatapaa. Siksi halusin selvittää, miten johtajien työn sisältö käytännössä määräytyy. Missä määrin sitä on ohjeistettu ja missä määrin sitä ohjataan tavoitteiden avulla? Miten johtajia on perehdytetty? Missä määrin johtajilla on vapautta ja halua itse määrätä työnsä sisällöstä?

Kaksi ensimmäistä ja osin kolmaskin teema-alue antavat ensisijaisesti taustatietoa johtajan urapolusta, organisaation rakenteesta ja työnkuvasta. Neljäs teema-alue, **organisaation toiminta**, ei ole enää samassa mielessä taustoittava, vaan liittyy selvästi sairaalassa työskentelevän johtajan toimintakenttään. Se on kaikkia muita teema-alueita laajempi: organisaation toimintaan voi sisällyttää esimerkiksi ammattikuntiin, tiedonkulkuun, vastuuseen ja valtaan sekä johtoryhmätyöskentelyyn liittyviä asioita. Siinä suhteessa se ei ole muiden teema-alueiden kanssa yhteismitallinen.

Halusin hyvin laajalla, johtajan toimintakenttää sivuavalla teemalla antaa haastateltaville mahdollisuuden kertoa sellaisista asioista, jotka eivät ehkä tulisi muuten esille. Oletin, että pääsen kiinni tutkimaani aihepiiriin ammattikuntien, tiedonkulun ja vallan ja vastuunkin kautta, mutta onko niiden kautta avautuva kuva johtajan toimintakentästä riittävän kattava? Jääkö minulta oleellista tietoa saamatta siksi, että strukturoin haastattelua liikaa muodostamalla liian tiukasti rajattuja teema-alueita, jotka eivät jätä

haastateltaville riittävästi mahdollisuuksia tuoda esille teema-alueiden ulkopuolisia asioita? Tämän riskin vähentämiseksi lisäsin haastatteluun varsin avoimen teema-alueen, joka jättää haastateltavalle erityisen suuren vapausasteen ottaa esille itse tärkeiksi kokemiaan asioita.

Tämän teema-alueen sijoittaminen heti taustoittavien teema-alueiden jälkeen ensimmäiseksi johtuu “joustavuuden periaatteesta” (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 102–105): tällä järjestyksellä säilytin mahdollisuuden syventää esille tulevia asioita ja ohjata haastattelukokonaisuutta tilanteen mukaisesti ja tutkimuskysymysteni kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla. Jos olisin sijoittanut tämän teema-alueen viimeiseksi, olisi minulla ollut huonommat mahdollisuudet “ottaa lisää aikaa”, vaikka esille olisi tullut kuinka mielenkiintoista tietoa hyvänsä.

Viides teema-alue, **ammattit ja ammattikunnat**, on jatkoa esitutkimuksen ydinalueelle, lääkärin ja hoitajien *ammattillisiin linjaorganisaatioihin*⁵³. Esitutkimus osoitti, että lääkärin ja hoitajien linjaorganisaatiot liittyvät laajempaan ongelmakenttään. En valinnut ammatteja ja ammattikuntia teema-alueeksi ensisijaisesti siitä syystä, että oletin saavani nimenomaan ammatillisista linjaorganisaatioista merkittävää uutta tietoa. Olinhan jo esitutkimuksessa todennut, että tähän aihealueeseen sisälle pääsy tapahtuu hitaasti, eikä minulla teemahaastattelussa olisi ollut mahdollista käyttää kovin pitkää aikaa pelkästään yhden osa-alueen selvittämiseen. Oletin saavani asiasta tietoa muiden teemojenkin avulla. Puhumalla muistakin ammateista ja ammattiryhmistä kuin vain lääkäreistä ja hoitajista halusin laajentaa keskustelun aluetta. Miten muihin ammatteihin kuuluvat ovat läsnä sairaalan lääkäri- ja hoitajajohtajien toimintakentässä? Lisäksi toivoin saavani tätä kautta uutta tietoa ilmiöiden välisistä yhteyksistä, kuten miten ammatit liittyvät sairaalayhteisön vastuu- ja valtasuhteisiin johtajien näkökulmasta.

Kuudes teema-alue, **tiedonkulku**, perustuu esitutkimuksen antamaan ymmärrykseen: Haastateltujen organisaatioissa tiedonkulku tapahtui suurelta osin noudattaen ammatillisia linjaorganisaatioita. Lääkäreillä ja hoitajilla oli omat palaverinsa ja tiedottamiskäytäntönsä. Tieto kulki huonosti linjaorganisaatioiden rajapinnan yli, muuntui matkallaan linjaorganisaatiota pitkin ja saattoi sirpaloitua tai jäädä puuttumaan. Siten tiedonkulku näyttää esitutkimusaineiston perusteella heijastavan organisaation rakennetta ja toimintatapoja. Oletin tiedonkulusta kysymällä pääseväni välillisesti kiinni

⁵³ *Linjaorganisaatiolla* tarkoitan organisaationsisäistä työnjaon ja toimivallan perusteella laadittua hierarkkista jatkumoa, jossa alaisella on vain yksi esimies, esimiehellä vain yksi oma esimies jne. Tämän jatkumon muodostama kokonaisuus on linjaorganisaatio. Ammatillisella linjaorganisaatiolla tarkoitan linjaorganisaatiota, joka koostuu samaan ammattiin kuuluvista henkilöistä. Tässä tutkimuksessa sellaisia ovat hoitajien ja lääkäreiden ammatilliset linjaorganisaatiot. Ks. tarkemmin alaluku 3.6.2.5.

sairaalaorganisaation toimintaan. Esitutkimuksessa haastattelemani johtajat olivat hyvin tiedostaneet tiedonkulkuun liittyvät ongelmat. Heillä oli aiheesta runsaasti omakohtaista kokemusta. He pitivät aihealuetta tärkeänä ja heidän ajastaan merkittävä osa kului joko omaan tiedonhankintaan tai tiedottamiseen.

Aihealue on myös sikäli kiitollinen, että siitä on kokemukseni mukaan helppo puhua. Se ei “jätä ketään kylmäksi”. Tämä näkökohta määräsi teema-alueen paikan haastattelukokonaisuudessa. Edellinen teema-alue, ammatit ja ammattikunnat, saattaisi osoittautua haastateltavalle vaativaksi, mutta seuraava teema-alue, vastuu ja valta, olisi sitä mitä suurimmalla todennäköisyydellä. Halusin sijoittaa juuri sitä ennen teeman, josta on helppo puhua ja joka siten vaikuttaisi positiivisesti haastateltavan kokemaan tunnelmaan ja siten helpottaisi seuraavan, vaikeimmaksi arvioimani asiaryhmän käsittelyä (ks. Berg 2007, 99–102; Shank 2002, 43–47).

Vastuun ja vallan valitseminen yhdeksi teema-alueeksi perustui sekä esitutkimukseen että teoriaan. Esitutkimuksessa haastateltavat mainitsivat joukon vastuun lajeja, joilla he kuvaavat johtajien vastuuta organisaatiossaan. He mainitsivat toiminnallisen vastuun, hallinnollisen vastuun, budjettivastuun, strategisen vastuun ja strategisen ja operatiivisen henkilöstövastuun. *Hallinnollisella vastuulla* haastateltavat tarkoittivat linjaorganisaation esimiesvastuuta, johon tyypillisesti kuuluu vastuu alaisen työajoista, vuosilomista, virkavapaista ja palkkauksen ehdoista. Toiminnallisella vastuulla haastateltavat tarkoittivat esitutkimuksessa vastuuta tulosalueiden, tulosityksiköiden ja niiden osien toiminnasta. Kokonaisvastuun hajaantumiseen, vastuun ja vallan eriytymiseen sekä epätietoisuuteen vastuun ja vallan rajoista liittyi esitutkimusaineistossa merkittäviä ongelmia.

Esitutkimus osoitti, että vastuusta haastateltavien on helpompi keskustella kuin vallasta, ja sitä kautta on mahdollista päästä kiinni sairaalayhteisön toimijasuhteisiin ja niihin liittyviin ongelmiin. Lisäksi havaitsin, että vastuu ja valta eivät aina kulje käsi kädessä. Tämä nostatti kysymyksiä: Mitä johtajat vastuulla ja vallalla tarkoittavat? Miten valta johtajien näkökulmasta sairaalassa ilmenee ja keillä sitä heidän mielestään on? Toki tiedostin sekä kokemuksestani että kirjallisuudesta, että valta organisaatiossa on arkaluontoinen, laaja ja monidimensionaalinen aihealue (esimerkiksi Hatch ja Cunliffe 2006, 251–288; Morgan 2006, 192–194; Hardy ja Clegg 2006, Gabriel, Fineman ja Sims 2000, 338–341), josta on vaikea saada luotettavaa ja monipuolista tietoa vain joitakin ihmisiä haastatteleamalla. Esitutkimuksen tulosten perusteella olin kiinnostunut erityisesti siitä, miten sairaalayhteisön vastuu- ja valtasuhteet johtajien näkökulmasta palvelevat toiminnan järkipärisyyttä ja potilaan parasta. Arvelin, että puhumalla ensin vastuusta, joka arkikielessä usein valtaan liitetään, voisin helpommin saada asiasta tietoa.

Erityisesti esitutkimuksen ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajajohtajien **johtoryhmätyöskentelyä** voi esitutkimusaineiston perusteella jäsentää ainakin kolmella tavalla:

1. Haastateltavat korostivat johtoryhmätyöskentelyn suurta merkitystä, kun he pyrkivät ehkäisemään lääkärin ja hoitajien eri linjaorganisaatiosta aiheutuvia johtamisongelmiaan.
2. Paitsi johtamisenmenetelmänä johtoryhmät toimivat myös merkittävänä ylimmän johdon johtamisareenana, sosiaalisena tapahtumakenttänä, jolla oli huomattava painoarvo johtajan arkisessa työssä ja ajankäytössä.
3. Lisäksi johtoryhmä hahmottui esitutkimuksessa osittain itsenäisenä organisatorisena toimijana, joka tekee päätöksiä ja käyttää valtaa ja jonka asemasta valtahierarkiassa on samankin organisaation sisällä erilaisia käsityksiä (Virtanen ja Kovalainen 2006).

Täten johtoryhmät toimivat johtamisvälineenä, johtamisen areenana sekä itsenäisinä vallankäyttäjinä. Kaksi jälkimmäistä näkökulmaa oikeuttivat liittämään johtoryhmät osaksi johtajan toimintakenttää. Kolmas näkökulma herätti kysymyksiä: Onko johtoryhmällä organisaatiossa muuta valtaa kuin sen ylimmän johtajan muodolliseen asemaan perustuva valta? Jos näin on, niin mihin johtoryhmän valta-asema perustuu ja mikä on sen suhde muihin sairaalansisäisiin toimijoihin?

Johtoryhmätyöskentelyn merkitystä ja asemaa ei ole kotimaisissa terveydenhuolto-organisaatioissa juuri tutkittu ja kansainvälisestikin varsin niukasti. Joissakin terveydenhuolto-organisaatioiden organisaatiokaavioissa on kuvattu ylin johtoryhmä siten, että se viittaisi johtoryhmän olevan itsenäinen, valtaa ja vastuuta omaava toimija, kuten valtuusto, hallitus, tulosalueet ja tulosityksiköt⁵⁴. Osassa organisaatiokaavioita johtoryhmä ei esiintynyt ollenkaan⁵⁵ ja joissakin ylin johtoryhmä on kuvattu vertikaalisen linjan sivulla olevaksi esikuntatyypiksi elimeksi⁵⁶. Organisaatiokaavioita voidaan laatia erilaisin periaatein kuvaamaan erilaisia organisaation ominaisuuksia, mistä syystä hierarkkisia valta vastuu -suhteita ei voi kaavioista varmuudella päätellä (Mintzberg 1983, 19).

Vertaisverkostot nousivat teema-alueeksi haastattelukierroksen puolivälissä, kun aloin haastatella erityisesti ylimpään johtoon kuuluvia. Haastattelemani hoitajajohtaja puhui vallankäytöstä. Hän kertoi näkemyksensä, että asioihin pääsee tehokkaimmin vaikuttamaan ja valtaa

⁵⁴ Esimerkiksi Turun kaupungin terveystoimen (2004) ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (2005) organisaatio.

⁵⁵ Esimerkiksi Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän organisaatio 2004 ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin organisaatio 2005. Ks. liitteet 12 ja 11.

⁵⁶ Esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin organisaatio 2006. Ks. liite 11.

käyttämään siinä vaiheessa, kun asioita valmistellaan. Asioita valmistellaan hänen mukaansa sekä omassa sairaalassa että valtakunnallisesti viranhaltijoiden vertaisverkostoja apuna käyttäen. Haastateltu johtaja kertoi itse kuuluvansa kahteen säännöllisesti kokoontuvaan vertaisverkostoon. Hän kertoi, että ainakin johtajaylilääkäreillä ja sairaanhoitopiirien johtajilla on olemassa vastaavia verkostoja.

Kirjallisuudesta tiedetään, että epävirallisilla henkilöidenvälisillä verkostoilla voidaan lisätä organisaatioiden joustavuutta. Toisaalta niiden avulla voidaan myös vahvistaa ja ylläpitää organisaation valtakeskittymiä. (Davies ja Powell 1992; Tichy ja Fombrun 1979.) Lisäsin vertaisverkostot haastatteluteema-alueeksi kysymällä, mihin vertaisverkostoihin johtaja kuuluu, miten verkosto toimii ja mikä on vertaisverkoston merkitys haastateltavalle.

2.5 Aineiston analyysi

Tässä alaluvussa kerron, miten käytännössä analysoin edellisessä luvussa kuvaamani tutkimusaineiston. Esitän, minkälaiseen analyttiseen “käsityöhön” ja päättelyyn tutkimustulokset perustuvat. Kuvaan analyysini perusteita ja etenemistä ensin yleisesti. Kerron liitteessä 7 yksityiskohtaisemmin, miten analysoin rakenteita tietokoneavusteisesti haastatteluaineistossa. Esitän sen esimerkkinä yleisemmästä: samoja toimintatapoja ja periaatteita olen käyttänyt muussakin haastatteluaineiston analyysissa.

Jokaisen haastattelun jälkeen, useimmiten junassa ja viimeistään seuraavana aamuna, täydensin kenttäpäiväkirjaa kirjoittamalla kuvauksen kustakin haastattelutilanteesta. Samalla kertaa kirjoitin jokaisesta haastattelusta tuoreeltaan kenttäpäiväkirjaani muistion otsikolla “analyttisiä huomioita”. Siihen kirjoitin tuoreeltaan asioita, jotka mielestäni juuri siinä haastattelussa olivat tutkimuskysymysten kannalta erityisen kiinnostavia, kuvaavia ja ajatuksia sekä kysymyksiä herättäviä ja jotka mahdollisesti olisivat kiinnostavia jollakin kyseistä haastattelua yleisemmällä tasolla. Tässä vaiheessa annoin ajatukseni kulkea vapaasti enkä tarkoituksella noudattanut mitään tiettyä kaavaa. Pohdiskelin haastattelun sisältöä kysymällä esimerkiksi: Mikä tässä haastattelussa on oleellista? Mikä siinä on ainutlaatuista? Mitä se kertoo johtajasta ja hänen toimintakentästään sairaalassa? Onko siinä kyse jostakin yleisemmästä? Mikä on esille tulleiden asioiden suhde johtajan toimintakenttään? Puhuuko johtaja jostakin sellaisesta ilmiöstä, jonka jo lukemani perusteella tunnen? Missä määrin jokin tuntemani teoria selittäisi asioita, joita haastateltava kertoi. Hain analyysissa mahdollisesti

käyttökelpoisia ideoita ja oivallusten aihioita vapaasti assosioiden ilman löytämisen pakkoa.

Oletin muistioista olevan hyötyä myös siinä suhteessa, että ne voi perustaa minkälaiseen analyysiyksikköön tahansa. Niiden avulla voisin helpommin nähdä “metsän pulta”. Analysoin litteroituja haastatteluja systemaattisesti tietokoneavusteisesti rivi riviltä käyttäen analyysiyksikkönä ajatuskokonaisuuksia. Ajatuskokonaisuuksien analysointiin päädyin siitä syystä, että mitään johtajan toimintakentän ja tutkimuskysymysten kannalta oleellista ei jäisi minulta huomaamatta. Ajatuskokonaisuudet voivat olla hyvinkin pieniä, ehkä vain yhden rivin mittaisia. Muistioni eivät perustuneet määrämuotoiseen analyysiyksikköön. Niiden avulla pyrin muun muassa vähentämään riskiä siitä, että systemaattinen ajatuskokonaisuuksien analysointi johtaisi sirpalemaiseen kuvaan, jossa yksityiskohtien muodostamia kokonaisuuksia olisi vaikea hahmottaa ja tutkimuskysymysteni kannalta oleellista tietoa jäisi analysoimatta (vrt. Koskinen ym. 2005, 238).

Laadullisen tutkimuksen menetelmistä erityisesti grounded theory (GT) perustuu muistioiden (memojen) kirjoittamiseen ja niiden hyödyntämiseen (Goulding 2002; Locke 2001; Strauss ja Corbin 1990; Strauss 1987; Glaser 1978; Glaser ja Strauss 1967). Muistioiden käyttökelpoisuus ei rajoitu vain tiukasti grounded theoryksi kutsuttuihin analyysimenetelmiin, vaan samaa ideaa voidaan soveltaa muissakin laadullisen analyysin menetelmissä (Berg 2007, 318–319; Koskinen ym. 2005, 96–97). Koskisen ym. (2005, 96–97) mukaan muistioiden perustehtävä on havaintojen kirjaaminen ja käsitteellistäminen sekä hypoteesien ja kysymysten luominen. Muistioista on apua aineiston hankinnan suunnittelussa (teoreettinen otanta) ja aineiston hallinnassa. Ne auttavat liittämään aineistosta nousseet teemat aineistoon, ja niistä on apua reaktiivisuusongelmien tunnistamisessa (ks. alaluku 4.5).

Koskinen ym. (2005, 96–97) erottavat teoreettiset muistiot, analyttiset muistiot ja temaattiset muistiot. Lisäksi he mainitsevat samassa yhteydessä muistioista erillään pidettävän henkilökohtaisen tutkimuspäiväkirjan. Glaser (1978) korostaa muistioiden merkitystä ideoiden lähteenä, minkä takia niitä tulee kirjoittaa tutkimuksen alkuvaiheessa vapaasti ilman ajatusta niiden sopivuudesta tai myöhemmästä käyttökelpoisuudesta. Hänen mukaansa muistiot tulee pitää erillään muusta aineistosta. Goulding (2002, 65) toteaa, että tutkijan tulee kirjoittaa muistioita koko ajan, kun hän kerää aineistoaan. Muistiot ovat hänen mukaansa oleellinen osa käsitteellistämisen prosessia (abstrahointia), ja siksi ne tulee kirjoittaa käsitteellisiä termejä käyttäen. Miles ja Huberman (1994, 74) pitävät muistioiden kirjoittamista laadullisen aineiston analyysissä niin tärkeänä, että tutkijan tulee keskeyttää kaikki muut toimensa heti idean saatuaan ja kirjoittaa siitä muistio. Heidän mukaansa muistioiden kirjoittaminen tulee aloittaa välittömästi, kun tutkija alkaa saada

tutkimusaineistoa kentältä, ja muistioita ei tule kirjoittaa noudattaen mitään ennalta määrättyä formaattia tai tyyppiä.

Noudatin näitä ohjeita. Kirjoitin NVivo 7 -analyysiohjelmalla muistioita, jotka nimesin analyttisiksi muistioiksi ja pidin tutkimuspäiväkirjaa analyysin etenemisestä. Analyttisten muistioideni laajuus vaihteli haastattelukohtaisesti. Lyhin oli puolitoista riviä pitkä ja se kuuluu seuraavasti:

Kliinikon orientaatio. Ei pidä itseään johtajana. Taloussuunnitelmat "leikkiä".

Tavallinen analyttisten muistioiden pituus oli puolen sivun luokkaa. Pisin muistio oli vajaan kahden sivun mittainen. Seuraavassa on katkelma haastattelun jälkeen kenttäpäiväkirjaani kirjoittamastani muistiosta, joka sai minut kiinnittämään huomiota vertaisverkostoihin:

Haastateltavan puheessa valta asuu verkostoissa, joissa asioita linjataan. Näitä verkostoja on myös valtakunnalliset esim. shpiirien johtajien, johtajaylilääkärin ym. keskinäiset verkostot. Obs. kysy kun haastattelet siinä asemassa olevia. Valta ei näyttäyty niinkään komentamisena, käskytyksenä, vaan asioiden tarkoituksenmukaisena valmisteluna omia verkostoja käyttäen ja ratkaisujen myymisenä muille johtoryhmän kautta. Johtoryhmätyöskentelyssä tuntuu kaikissa organisaatioissa olevan yhteistä konsensushakuisuus ja tarvittaessa lisäajan ottaminen kunnes yhteinen ratkaisu löytyy. Lisääkö konsensushakuinen johtoryhmäkulttuuri todellisten vallankäyttäjien valtaa entisestään? Käskyttäminen ilman kollektiivista käsittelyä paljastaisi näkemyserot paljaammin ja toisi pintaan konflikteja, jotka vähentäisivät todellisen vallankäytön mahdollisuuksia. Oleellista on, että kaikki johtoryhmän jäsenet puolustavat johtoryhmän päätöksiä, vaikka olisivat olleet niitä vastaan alun perin (vrt. hallitustyöskentely eduskunnassa). Johtoryhmän päätökset julkaistaan intranetissä, josta koko henkilökunta ne näkee.

Saman muistion aluksi pohdin sitä, miksi kyseisestä haastateltavasta välittyi sellainen kuva, että hän ehdottomasti kuuluu organisaationsa vallankäyttäjiin, vaikka hän kertoi, että hänellä ei ole lainkaan muodollista esimies-alaisuuteeseen perustuvaa valtaa. Johtosäännön mukaan hänellä ei ole ainuttakaan alaista eikä niin muodoin kehenkään työntekijään kohdistuvaa direktio-oikeutta. Hän oli haastattelun tapahtuessa työskennellyt nykyisessä virassaan vasta vuoden, joten ei vaikuttanut todennäköiseltä, että hän olisi siinä ajassa ehtinyt kehittää ainutlaatuisen ja pitkäaikaisen

asiantuntemukseen perustuvaa valta-asemaa. Mitkä ovat hänen valtansa lähteet (vrt. Borum 1995, 87–92)? Miten hän valtaa käyttää?

Näistä muistioista erillisenä olin jo noin vuoden ajan pitänyt tutkimuspäiväkirjaa. Sinne olin kirjannut pohdintaa tutkimukseni aihealueesta, teoreettisesta orientaatiosta, tutkimusotteesta sekä tutkimusasetelmasta. Lisäksi olin kirjannut ylös ideoita, joista saattaisi myöhemmin olla hyötyä. Tutkimuspäiväkirjan pitäminen ei aluksi ollut säännöllistä eikä systemaattista, mutta tilanne muuttui, kun aloin tehdä tietokoneavusteista analyysia.

Haastatteluaineiston analyysin vaiheet on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4. Haastatteluaineiston analyysin vaiheita

1. Tutustuin aineistoon lukemalla.
2. Valitsin kolmesta “lupaavasta” haastattelusta koostuvan osa-aineiston.
3. Tiivistin osa-aineiston sisällön.
4. Loin alustavan käsitekartan koodausta varten.
5. Rinnakkaiskoodaaja koodasi kolmen haastattelun osa-aineiston tekemäni alustavan käsitekartan käsitteiden avulla.
6. Muodostin koodausrunгон koodaamisen aloittamista varten.
7. Analysoin tietokoneavusteisesti 16 haastattelua.
8. Kirjoitin alustavan yhteenvedon analyysin tuloksista käyttäen käsitteellisiä ilmauksia. Päivitin yhteenvetoa analyysin edistyessä.
9. Analysoin loput 9 haastattelua vertaamalla niitä alustavan yhteenvedon sisältöön.
10. Kirjoitin yhteenvedon 25 haastattelun ja niitä täydentävän dokumenttiaineiston analyysista käsitteellisiä ilmauksia käyttäen⁵⁷.
11. Jatkoisin analysointi- ja abstrahointiprosessia käyttäen apuna kirjallisuutta, kokeilemalla erilaisia teoreettisia näkökulmia, kirjoittamalla muistioita, palaamalla aineistoon ja lopulta kirjoittamalla tämän tutkimusraportin. Tutkimusraportin tuloksia kirjoittaessani palasin toistuvasti alkuperäiseen aineistoon ja tarkastelin sitä kirjoittamani ja lukemani perusteella yhä uudelleen. Täten analyysiprosessi jatkui koko kirjoittamisvaiheen ajan.

⁵⁷ Yhteenveto valmistui maaliskuussa 2007 ja sen laajuus oli 31 sivua.

Dokumenttiaineistoa käytin taustoittavana ja selventävänä aineistona. Luin sitä ja hankin sitä lisää saadakseni ymmärrystä, jonka pohjalta haastatteluaineistoa analysoin.

Aineiston hankinta ja siihen tutustuminen eivät olleet peräkkäisiä, vaan rinnakkaisia prosesseja: luin vanhoja haastatteluja samanaikaisesti kun tein uusia⁵⁸. Tämä mahdollisti useiden haastattelujen vertaamisen keskenään ja erojen sekä yhtäläisyyksien kirjaamisen haastattelumuistioihin. Tutustuminen paljasti myös, että haastattelut eivät suinkaan olleet tutkimuskysymysten kannalta sisällöltään samanarvoisia; seitsemän niistä vaikutti erityisen monipuoliselta ja antoisalta. Näistä kolme haastattelua otin tarkempaan analyysiin. Merkitsin ja numeroin Word-tekstinkäsittelyohjelman kommentti-ominaisuudella sellaiset tekstisegmentit, jotka liittyivät joko sairaalan toimintaan tai johtamiseen. Kommentin sisälle kirjoitin lyhyen selostuksen tekstisegmentin sisällöstä. Kyse ei ole koodauksesta, jonka varaan tarkoittamaan “koodien, merkkien liittämistä tutkijan tulkinnan mukaisesti aineiston määriteltyihin tekstijaksoihin” (Eskola ja Suoranta 1998, 155). Ero koodaukseen on, että pyrin kommentteissani vain kirjoittamaan asian lyhyemmin ja yrittämättä mitenkään tulkita tekstin merkitystä. Toki myönnän, että tekstin tiivistäminen ilman minkäänlaista tulkintaa sen merkityksestä, lienee vaikeaa ellei mahdotonta. Seurasin Wolcottin (1994) näkemystä: hän erottaa toisistaan aineiston hallinnan (data management) ja analyttisen prosessin. Tekstinkäsittelyohjelman avulla paransin aineiston hallintaa yrittämättä analysoida sitä.

Kolmesta haastattelusta sain yhteensä 342 juoksevasti numeroitua tekstisegmenttiä. Tulostin kaikkien kommenttien sisällöt numerojärjestyksessä. Näin minulla oli käytössäni kolmen haastattelun keskeinen sisältö tiivistetyssä ja helposti käsiteltävässä muodossa (vrt. Koskinen ym. 2005, 232). Havainnollistan menettelyäni seuraavalla haastattelunpätöksellä, johon liitin 8 kommenttia (kommentit 104 – 111):

*V: Sääntöjen mukaan vastaan tietyistä asioista mutta siis ei mitään tämmöstä konkreettista taloudellista vastuuta mulla ei oo, mulla ei oo mitään rahasummaa, paitsi joku kehittämishanke vuotuinen voi olla sellainen jonka määrärahaa vastaan. **Kommentti 104: Ei taloudellista vastuuta toimenkuvaan liittyen.** Mutta sanoisin että tää on tehtävä joka.. jos sitä analysois vastuun ja vallan kannalta niin varsinkin vallan kannalta niin tää on hyvin vallattomaksi tehty vakanssi. Et siinä vaiheessa kun on tehty tämmösiä vallan delegointeja*

⁵⁸ Tietokoneavusteisen analyysin NVivo 7 -ohjelmalla aloitin vasta haastatteluaineiston keräämisen jälkeen.

valtuustolta hallitukselle, hallitukselta piirinjohdajalle niin piirinjohdajalla on meillä ihan mielettömän suuri valta tänä päivänä, hän tekee valtavasti päätöksiä eri asioista. Ja sitten taas sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärillä on vastaavasti aika paljon kaikennäköisiä asioita joista hän tekee päätöksiä. Mun päätöspöytäkirjat on tosi vähissä eli mä en päätä juuri mistään. Eli tää ei oo missään nimessä semmonen tehtävä että jos pitäis olla valtaa oikeesti paljon niin tässä ei voi viihtyä koska koko ajan on riippuvainen toisten tekemistä päätöksistä. Mä oon esittelijä, teen esityksiä ja joku toinen tekee päätöksen. **Kommentti 105: ”Vallaton vakanssi”, tekee esityksiä, muut tekevät päätökset. Kommentti 106: Piirijohtajan valta on tehtyjen päätösten (organisaatiouudistus) johdosta kasvanut voimakkaasti. Hänelle delegoitu hallitukselle kuulunutta valtaa. Kommentti 107: Piirijohtaja tekee ”valtavasti päätöksiä” eri asioista, johtajaylilääkäri tekee myös ”aika paljon” päätöksiä.**

K: Onks tää valta vähentyny näitten vuosien aikana?

V: On, on.

K: On, siis huomattavasti?

V: On, joo. Ei sitä koskaan oo ollu paljon **Kommentti 108: Haastateltavan valta, jota ei ole koskaan paljon ollutkaan, on huomattavasti vähentynyt viime vuosina. mut sanotaan nyt että henkilöstöhallintoon, ylihoitajiin nähden, edelleenkin mulla on ylihoitajan virkavaalit sillain et mä valmistelen ne ja esittelen ne, yleensä ne on menny myöskin esityksen mukaisesti tai aina menny että se on varmaan suurin valta mikä mulla on, valita tähän firmaan ylihoitajat. Kommentti 109: Valmistelee ja esittelee ylihoitajan virkavaalit, jotka ovat yleensä menneet haastateltavan esityksen mukaisesti. Et en mä tiä onko tää hyvä asia että valta keskitetään johtajalle. Ja sitten talousjohtajalla meillä on hirveen suuri valta ja oikeestaan sillä akselilla on mikä liittyy rahavaltaan. Kommentti 110: Talusjohtajalla on suuri valta rahaan liittyvissä asioissa. Sitten on tätä yksittäistä päätöksentekoo että perustetaan työryhmä ja sen päättää sitten, jos hallitus on päättänyt että tämmönen työryhmä perustetaan niin sen sitten loppujen lopuks tekee, Kommentti 111: Hallitus voi päättää, että yksittäistä päätöksentekoa varten nimetään työryhmä. nimee piirinjohdaja tai palkkoihin liittyviä**

päätöksiä saattaa tehdä johtajaylilääkäri tai piirinjohtaja ja tällaisia. Mutta tässä niitä on tosi vähän.

Luin tällä tavoin kehittämäni tiivistelmää haastattelujen sisällöstä sekä haastatteluihin liittyviä muistioitani tavoitteenani katsoa, minkälaisilla koodausmahdollisuuksilla voisin käsitteellistää tuota osa-aineistoa.

Eskolan ja Suorannan mukaan koodausrunko syntyy yleensä kahdessa vaiheessa. Ensin laaditaan alustava koodausrunko, jonka avulla aineistoa lähdetään koodaamaan. Runko elää, muuttuu ja täydentyy prosessin aikana. Täten ensimmäinen koodausrunko ei yleensä ole lopullinen. (Eskola ja Suoranta 1998, 157.) Päädyin vaiheittaiseen koodaukseen aloittaen pienellä osa-aineistolla ja alustavalla koodausrungolla parantaakseni aineiston hallittavuutta: on helpompi lähteä liikkeelle 60 sivusta tekstiä kuin 500 sivusta.

Aloin muodostaa karttaa käsitteistä, joiden avulla voin koodata kyseiset kolme haastattelua käyttäen analyysiyksikkönä ajatuskokonaisuutta. Tavoitteena oli alustava käsitekartta, joka koostuu mahdollisimman pienestä määrästä käsitteitä, mutta kattaa kaiken sellaisen informaation, joka liittyy johtajan toimintakenttään sairaalassa. Kokeilin erilaisia vaihtoehtoja siten, että tulostin haastattelut kommenttiteksteineen ja koodasin kommenttitekstejä lyijykynällä. Koska kommenttien tekstit usein sisälsivät useita ajatuskokonaisuuksia, saattoi sama tekstisegmentti tulla koodatuksi useamman koodin alle. Siksi koodaustapahtumien lukumäärä oli suurempi kuin kommenttitekstien määrä. Kokeilin koodikategorioiden jakamista eri alakategorioihin ja katsoin, paljonko millekin kategoriolla tulee "osumia". Mitään kvantitatiivista analyysia en tehnyt. "Osumia" laskin siitä syystä, että jos niitä ei jonkin käsitteen kohdalla ole tai niitä on hyvin vähän, käsite ei liene kovin toimiva osa alustavaa käsitekarttaa⁵⁹.

Tämän prosessin tuloksena päädyin taulukossa 5 esitettyyn alustavaan käsitekarttaan.

⁵⁹ Laadullisessa tutkimuksessa aineistossa esiintyvän ilmiön merkittävyys ei korreloi sen esiintymistiheyteen, kuten määrällisessä tutkimuksessa (esim. Alasuutari 2001, 243–248). Laadin alustavan käsitekartan koodaamista varten siten, että se koostui laaja-alaisista käsitteistä. Näin menetelin seuraavista syistä: Alustava käsitekartta perustui vasta osa-aineistoon. Tarkempi systemaattinen tietokoneavusteinen analyysi seurasi joka tapauksessa myöhemmin. Kovin yksityiskohtainen ja hienojakoinen käsitekeruu pienen osa-aineiston perusteella olisi saattanut suunnata analyttistä ajattelua alkuvaiheessa liiaksi detaljeihin. Lisäksi kirjoitin muistioita, joihin kirjasin myös yksityiskohtia, jotta ne eivät olisi päässeet unohtumaan.

Taulukko 5. Alustava käsitekartta haastatteluaineiston koodaamista varten

1. Rakenteet
2. Valta ja vastuu
3. Spesialiteetit
4. Ammattikunnat
5. Johtaminen
a. Oma johtaminen
b. Johdetuksi tuleminen
6. Johtoryhmätyöskentely
7. Yhteistyö
8. Arvopohja
9. Raha
10. Organisaation tuotos

Annoin useimmissa haastatteluissa läsnä olleelle tutkijakollegalleni samat kolme kokonaista litteroitua haastattelua ja pyysin häntä koodaamaan käsitekarttaa käyttäen ne haastattelujen tekstisegmentit, johon kommentit viittasivat. Kerroin, että ellei se onnistu käsitekartan käsitteillä, hänellä oli käytettävissään koodausta varten käsite ”Muu”, jolle hän saa antaa vapaasti muita merkityksiä. Vertasin hänen tekemäänsä paralleelikoodausta omaani ja havaitsin sen melkein identtiseksi. Kaikki tekstisegmentit tulivat koodatuiksi ilman käsitettä ”Muu”. Varsin pienet erot koodaustemme välillä muodostuivat siitä, mihin kaikkiin käsitteisiin sama tekstisegmentti tuli koodatuksi. Minä olin koodannut joissakin tapauksessa saman tekstisegmentin useamman käsitteen alle kuin rinnakkaiskoodaaja.

Rinnakkaiskoodaus lisäsi luottamustani siihen, että käsitekarttani on riittävän kattava, jotta sen avulla voin aloittaa varsinaisen koodauksen ja että käsitteiden sisällöt ovat yleisemminkin samalla tavoin ymmärrettäviä. Liitteestä numero 4 on nähtävissä, miten koodaustapahtumat jakaantuivat kolmen haastattelun osalta alustavan käsitekartan käsitteisiin.

2.5.1 Aineiston tietokoneavusteinen analyysi NVivo 7 -ohjelmaa apuna käyttäen

”Tietokoneohjelmat eivät analysoi dataa, vaan ihmiset.” (Weitzman ja Miles 1995, 10). Tämä pätee myös 2000-luvun ohjelmistoihin. Tietokoneohjelman käyttö antaa mahdollisuuden paloitella aineistoa, järjestellä sitä uudelleen, kirjoittaa muistioita, viittauksia ja tarkennuksia, piirtää graafisia kuvioita,

liittää aineistoon linkkejä, kokeilla erilaisia koodausvaihtoehtoja, tehdä aineistosta erilaisia hakuja ja pitää kokonaisuus hallinnassa säilyttäen yhteys alkuperäiseen aineiston, analyyttisten käsitteiden ja toimenpiteiden välillä. Samalla analyysiprosessin eteneminen tulee dokumentoiduksi, mikä antaa muille tutkijoille mahdollisuuden tarvittaessa tutustua lähemmin analyysiprosessiin, johon tutkimustuloksia perustetaan⁶⁰. NVivo 7 -ohjelmalla tekemäni analyysiprosessi olisi ollut mahdollista tehdä manuaalisestikin. Manuaaliseen analyysiin olisi kuitenkin laajan ja kompleksisen aineiston takia liittynyt suurempi riski menettää aineiston hallinta, tyytyä ehkä pintapuoliseen, puutteelliseen analyysiin, vahvistaa omia ennakkokäsityksiä ja jättää ennakkokäsitysten kanssa ristiriitainen aineiston osa huomiotta (Dey 1993, 222).

NVivo 7 -tietokoneohjelma perustuu noodien (nodes) käyttämiseen. Koodaaminen tapahtuu noodien avulla maalaamalla hiiren avulla tekstistä pätkä ja merkitsemällä se noodilla, jolle annetaan jokin nimi, jonka sisältö määritellään. Uusia noodeja voi luoda milloin tahansa. Noodeja voi joustavasti linkitä aineistotekstin lisäksi videoihin ja äänitteisiin, ulkopuolisiin dokumentteihin, analyyttisiin muistioihin ja toisiin noodeihin. Niitä voi muodostaa joko puunodeina (tree nodes), jotka muodostavat rungosta ja oksista rakentuvan puun, tai vapaina noodeina (free nodes). (Gibbs 2002, 57–82.) Puunoodit ovat perua ohjelman edeltäjästä NUD*ist-ohjelmasta, jossa koodattuja kategorioita pyrittiin havainnollistamaan puun runkoa muistuttavilla kaavioilla. Noodeja voi joustavasti siirrellä, muokata, yhdistää ja jakaa ja samalla säilyttää yhteys aineistoon, johon noodi on alun perin linkitetty. Tämä joustavuus yhdistettynä monipuolisiin hakuominaisuuksiin helpottaa käsitteellisten hypoteesien rakentamista ja parantaa tutkijan mahdollisuuksia kokeilla, miten ne toimivat tutkijan omassa aineistossa. Weitzman ja Miles (1994, 312) kutsuvatkin tällaisia tietokoneohjelmia teorian rakentajiksi (theory builders).

Tietokoneavusteinen analyysi eteni taulukossa 6 esitettyjä vaiheita noudattaen.

⁶⁰ Tietokoneavusteisen laadullisen analyysin (computer-assisted qualitative data analysis eli CAQDAS) mahdollisuuksista ja rajoituksista ks. Luoma, Karjalainen ja Reinikainen 2006; Seale 2005; Gibbs 2002; Weitzman 2000.

Taulukko 6. Haastatteluaineiston tietokoneavusteisen analyysin vaiheita

1. Tallensin litteroidut haastattelut tietokoneohjelmaan ja tein valmistelevia toimenpiteitä.
2. Koodasin 7 “lupaavinta”⁶¹ haastattelua alustavan koodausrunгон käsitteillä ja muodostin kustakin käsitteestä oman noodin.
3. Tarkastelin tekstejä noodikohtaisesti. Muodostin olemassa olevien noodin sisälle alanoodeja sekä loin täysin uusia noodeja.
4. Koodasin seuraavat 9 haastattelua käyttäen kaikkia olemassa olevia noodeja.
5. Muodostin vielä joitakin alanoodeja ja koodasin kaikki siihen mennessä analysoimani haastattelut myös niitä käyttäen.
6. Analysoin käsitteiden välistä vuorovaikutusta käyttäen hyväkseni erilaisia hakutoimintoja. Rakentelin analyttisiä hypoteeseja ja kokeilin, miten ne toimivat aineistossani.
7. Kirjoitin käsitteellisiä termejä käyttäen yhteenvedon analyysin tuloksista, erityisesti noodien sisällöistä ja niiden sisältämien ilmiöiden suhteista.

Vaiheet 1–4 tapahtuivat peräjälkeen, vaiheet 5–7 osittain päällekkäin. Analyysiprosessin kuluessa päivitin käsitteellistä yhteenvedoa lukuisia kertoja.

Aloin tietokoneavusteisen haastattelun tallentamalla litteroidut haastattelut NVivo 7 -ohjelmaan. Merkitsin kunkin haastattelun seuraavilla ominaisuuksilla⁶²: hierarkiataso (keskijohto tai ylin johto), koulutustausta (lääkäri, hoitaja tai muu), sukupuoli (mies tai nainen) ja toimipaikan laatu (sairaanhoitopiiri tai kunnan oma erikoissairaanhoito). Sitten aloin koodata rivi riviltä haastatteluja käyttäen apuna edellä mainittua koodausrunkoa valitsemalla tekstistä johtajan toimintakenttään liittyvän ajatuskokonaisuuden ja liittämällä sen yhteen tai useampaan koodausrunгон käsitteeseen. Kustakin käsitteestä muodostin oman noodiin. Kirjoitin haastatteluista myös haastattelukohtaisia muistioita, jotka linkitin kyseisiin haastatteluihin. Noodien nimet kirjoitin isolla alkukirjaimella tehdäkseen eron geneerisen käsitteen ja analyttisen työkalun nimen välillä. Uutta noodia avatessani kirjoitin siitä lyhyen kuvauksen. Tarvittaessa tein vielä muistion siitä, mitä tarkoitan kullakin noodilla ja missä menee noodien välinen raja. Nämä muistiot linkitin

⁶¹ Haastattelun “lupaavuudella” tarkoitan sen monipuolisuutta ja rikkautta tutkimuskysymysteni kannalta. “Lupaavuutta” arvioin lukemalla haastatteluja, niistä tekemiäni muistiinpanoja ja muistioita.

⁶² NVivo 7 -ohjelmassa tällaisia haastatteluihin linkitettäviä vaihtoehtoja sisältäviä ominaisuuksia kutsutaan attribuuteiksi (*attribute*).

kyseisiin noodeihin. Noodin Spesialiteetit linkitin seuraavan selventävän sisältökuvauksen:

Noodi Spesialiteetit sisältää paitsi eri lääketieteelliset spesialiteetit, niin myös jaon operatiivinen vs. konservatiivinen saman lääketieteellisen spesialiteetin (esim. silmätaudit) sisällä. Jako erikoissairaanhoidon vs. perusterveydenhuoltoon kuuluu Rakenteisiin.

Näin koodasin seitsemän haastattelua, jotka arvioin lukemiseni ja muistiinpanojeni pohjalta antoisiksi. Koska osa ajatuskokonaisuuksista muodostui osista ja osat linkittyivät vaihtelevasti eri noodeihin, saattoi tietty tekstinpätkä tulla koodatuksi samanaikaisesti moneen noodiin. Seitsemän ensimmäistä haastattelua sain sujuvasti koodatuiksi alustavan koodausrunгон käsitteillä.

Tulostin noodikohtaisesti kullakin noodilla koodatun tekstin sisällön, perehdyin tulostamaani tekstiin mahdollisimman aineistolähtöisesti, loin alanoodeja ja uusia vapaita noodeja. Yhden luomistani uusista vapaista noodeista nimesin Konfliktiksi. Huomasin, että suureen osaan johtajien haastatteluissa mainitsemista asioista liittyi jonkinlainen ristiriitatilanne tai näkemusero. Merkitsin tällaiset analyysiyksiköt Konflikti-nimisellä noodilla, koska sen avulla voin tehdä aineistosta hakuja, joiden yhtenä hakukriteerinä oli, että haettava teksti sisältää näkemuseron tai ristiriidan. Täten Konfliktinoodin sisältöön tuli kirjatuksi Yhteistyö-noodille osittain ”vastakkaisia” ajatuskokonaisuuksia.

Liitteessä 7 esitän tarkemmin, miten aloin analysoida noodiin Rakenteet koodaamaani tekstiä. Muiden noodien suhteen menettelin vastaavalla tavalla. Lopulta sain 16 haastattelua koodatuiksi siten, että kussakin käytin kaikkia siihen asti luomiani noodeja. Se merkitsi sitä, että osa haastatteluista tuli koodatuksi useita kertoja. Noodeja muodostin tätä tutkimusta varten kaikkiaan 31 kpl⁶³. Noodit on lueteltu liitteessä 5 ja niiden sisällön määrittelyä koodausvaiheen aikana on kuvattu liitteessä 6.

Loput 9 haastattelua analysoin siten, että luin niitä huolellisesti ja useaan kertaan ja vertasin niiden antamaa tietoa tietokoneavusteisen analyysin perusteella kirjoittamaani käsitteelliseen yhteenvetoon. Tein yhteenvetoon vielä pieniä muutoksia, jotta sain sen kattamaan koko haastatteluaineiston.

⁶³ Lisäksi muodostin jatkotutkimusta varten 8 muuta noodia.

2.5.2 Arvojen analyysiin liittyviä ongelmia

Haastatteluaineistossa arvokeskusteluksi koodaamaani aineistoa on määrällisesti melko vähän⁶⁴. Haastatteluissa johtajat puhuivat niukasti arvoista mainiten arvoja nimeltä tai tuoden muuten selkeästi esille, että kyse on arvoista. Siitä ei kuitenkaan voi tehdä sellaista johtopäätöstä, että arvoilla olisi vähäinen merkitys johtajan toimintakentässä.

Arvokeskustelun melko vähäistä määrää voi selittää haastatteluteemoilla ja haastateltavien omilla odotuksilla haastattelutilanteessa. Yksikään teemahaastattelun teemoista ei suoranaisesti liittynyt arvoihin. Haastattelut sujuivat kuitenkin niin väljää rakennetta noudattaen, että haastateltavat saattoivat ottaa esille arvoihin liittyvää asiaa, jos katsoivat sen tarpeelliseksi. Enhän kysynyt rahastakaan ja silti sain siitä runsaasti tietoa. Haastattelutilanne voi osaltaan selittää arvokeskustelun vähäistä määrää. Sanoin tulevani Turun kauppakorkeakoulusta, tutkivani sairaaloiden toimintaa ja johtamista sekä aloin ensimmäiseksi kysellä haastateltavan sairaalaorganisaation rakenteesta. Tämä saattoi "viritellä" haastateltavaa miettimään ensisijaisesti muita asioita kuin arvoja⁶⁵.

Arvojen tietokoneavusteinen analyysi NVivo 7 -ohjelmalla on jo lähtökohtaisesti vaativaa, koska arvoja on vaikea "vangita" koodaamalla tekstisegmenttejä samalla tavoin kuin esimerkiksi taloutta, organisatorisia rakenteita tai ammatteja koskevaa keskustelua. Arvot eivät esiinny haastatteluteksteissä selkeinä ja tarkkarajaisina siten, että lukija voi sanoa, että tästä tietty arvopuhe alkaa ja tuohon se loppuu. Soveltamani analyysiyksikkö, ajatuskokonaisuus on myös ongelmallinen arvoja analysoitaessa. Usein tekstiä pitää lukea useita repliikkejä, ennen kuin ilmenee, että se saattaa liittyä myös arvoihin. Erityisesti arvoja analysoidessani luin tekstiä suurempina kokonaisuutena sekä analysoin haastatteluista laatimiani tiivistelmiä ja muistioita kyetäkseen hahmottamaan riittävän laajoja kokonaisuuksia.

Arvojen analyysi tekstistä oli siinäkin suhteessa hankalaa, että arvot ovat tekstissä usein taustalla, joskus tyystin näkymättömissä, mutta silti mahdollisesti olemassa. Tämä aiheuttaa tulkintaongelman: liittyvätkö johtajan esille tuomat ongelmat arvoihin vai eivät. Kun johtaja kertoo valta- ja vastuusuhteiden ongelmista, johtuuko hänen turhautumisensa vain oman työn hankaloitumisesta vai kokeeko johtaja nykyisen toimintatavan epäoikeudenmukaiseksi henkilöstöä kohtaan tai ongelmalliseksi potilaan parhaan kannalta? Jälkimmäisissä tapauksissa (oikeudenmukaisuus, potilaan

⁶⁴ 16:ssa NVivo 7:llä kokonaisuutena analysoidussa haastattelussa noodi Arvopohja esiintyi 31 kertaa. 6 haastattelussa se ei esiintynyt lainkaan.

⁶⁵ Viittaaan haastattelutilanteen mahdollisesti aiheuttamaan reaktiivisuuteen (ks. Koskinen ym. 2005, 52–57). Katso tarkemmin alaluku 4.5.

paras) on kyse arvoista, edellisessä (harmi oman työn hankaloitumisesta) todennäköisesti jostakin muusta.

Arvojen tutkimista ihmisiä haastatteleamalla vaikeuttaa myös tosiasia, että ihmiset eivät aina halua kertoa arvojaan tai pysty ilmaisemaan niitä sanallisesti. Kerrotun luotettavuuteen on syytä suhtautua kriittisesti: kerrotut arvot saattavat kuvastaa kertojan arvoideaalia tai hänen käsitystään haastattelijan oletuksista. Tutkimusasetelma tässä tutkimuksessa ei anna mahdollisuutta arvioida esimerkiksi sitä, millaisten arvojen mukaan johtajat itse todellisuudessa käyttäytyvät. Puhuminen potilaan parhaasta on terveydenhuollon perinteisen arvopohjan mukaista ja täten sairaalassa todennäköisesti kulttuurisesti hyväksyttyä. Potilaan parhaasta huolehtiminen on laajasti yhteiskunnan arvostamaa, jopa joiltakin edellyttämää, legitiimiä ja järkipäistä toimintaa.

Puheella potilaan parhaasta saattaa olla muitakin tarkoitusperiä kuin hänen parhaansa edistäminen. Arvopuhetta voidaan käyttää välineenä hakea sairaalayhteisön tai yhteiskunnan hyväksyntää puhujan haluamille ratkaisuille, kuten lisäresurssoinnille. Terveydenhuollossa lienee tavallista peittää oma henkilökohtainen tai ryhmäkohtainen intressi legitiimin arvopuheen veran alle, kuten huoleksi potilaan hoidon saatavuudesta, laadusta, valinnanmahdollisuuksista tai oikeuksista (vrt. Feldman ja March 1981)⁶⁶.

Haastateltavan arvopuheen määrästä ei suoraan voi päätellä, mikä on arvojen merkitys johtajan toiminnassa. Toimintaa ohjaavat arvot voivat olla johtajille niin itsestään selviä, että niitä ei tarvitse muistella tai lukea ylimmän johdon ohjeistuksesta tai sairaalan intranetsivuilta. On myös mahdollista, että itsestään selviä arvoja ei edes kyetä sanallisesti kuvaamaan. Ne vaikuttavat käyttäytymiseen ja näkyvät sairaalan toiminnassa, vaikka eivät esiintyisikään arkipäivän puheessa.

Luetettavimmin arvojen taustalla olevat arvostukset⁶⁷ tulevat esille valintatilanteissa, joita ihmiset joutuvat tekemään todellisessa elämässään. (Niiniluoto 1994, 178.) Tässä tutkimuksessa en havainnoinut johtajien käyttäytymistä todellisissa valintatilanteissa. Haastatteluiissa johtajat kertoivat tilanteista, joissa he itse tai jotkut muut⁶⁸ tekivät valintoja, jotka johtajissa herättivät arvoriitoja.

⁶⁶ Alaluvussa 3.5.3.2 mainitsemani keskijohtoon kuuluvien lääkärijohtajien tapaa puhua siitä, että sairaalan ylin johto ei ymmärrä heidän spesialiteettinsa tärkeyttä potilaiden hoidon kannalta, voidaan tarkastella myös tältä kannalta.

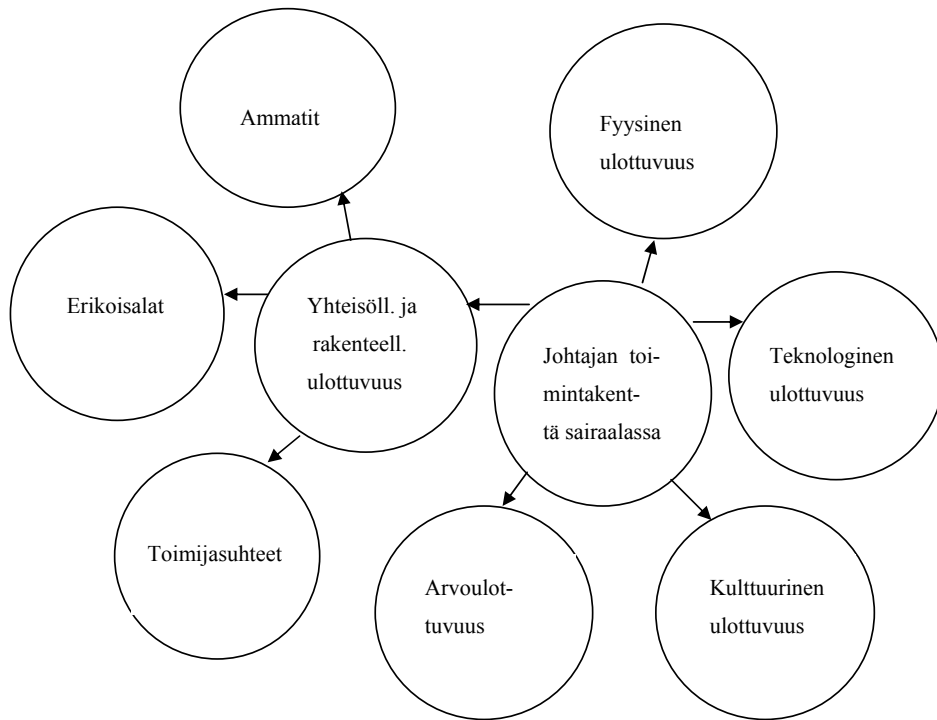
⁶⁷ Niiniluodon (1994, 177) mukaan "arvostaminen on suhtautumistapa tai akti, jossa joku arvosubjekti X pitää jotain kohdetta eli arvo-objektia A arvokkaana".

⁶⁸ Aineistossa ylin johto silloin, kun valinnan tekijä on osoitettavissa.

3 JOHTAJAN TOIMINTAKENTTÄ SAIRAALASSA TUTKIMUSTULOSTEN VALOSSA

Tässä luvussa aloitan tutkimuksen tulosten esittelyn. Alaluvussa 1.1 kerroin, mitä tarkoitan johtajan toimintakentällä sairaalassa ja totesin, että siihen kuuluu sekä aineellinen, fyysinen ulottuvuus ja ihmisten välinen, yhteisöllinen ulottuvuus. Tutkimusaineiston analyysi paljasti kohdeilmioistä muitakin ulottuvuuksia, jotka on esitetty kuviossa 2.

Kuvion keskeisimmäisestä ympyrästä lähtevät nuolet symboloivat sitä, että kohdeilmio on analyysin perusteella jaettavissa viiteen ulottuvuuteen, joista yksi, yhteisöllinen ja rakenteellinen ulottuvuus, on jaettavissa vielä kolmeen alaulottuvuuteen. Kukin niistä edustaa jotakin kohdeilmion ominaisuutta tai ominaisuusryhmää, joka vastaa kysymykseen siitä, miltä johtajan toimintakenttä sairaalassa tietystä näkökulmasta näyttää. Nämä näkökulmat löytyvät teoriasta, mutta eivät perustu mihinkään valmiiseen teoreettiseen kehikkoon (ks. luku 2).



Kuvio 2. Kohdeilmion ulottuvuuksia

Kuviossa 2 esittämäni viitekehyksen tarkoituksena on auttaa lukijaa jäsentämään johtajan toimintakenttää sairaalassa karkealla tasolla ja helpottaa tulososion yksityiskohtaisempaa lukemista. Kutakin ulottuvuutta käsittelem yhdessä alaluvussa. Poikkeuksena on johtajan toimintakentän yhteisöllinen ja rakenteellinen ulottuvuus. Käsittelem erikoisaloja ja ammattiryhmiä samassa alaluvussa (alaluku 3.5) ja toimijasuhteita omassa alaluvussaan (alaluku 3.6).

Kuvion 2 ulottuvuuksia merkitsevät ympyrät kietoutuvat tutkimusaineistossa toisiinsa, menevät päällekkäin ja jakaantuvat pienemmiksi osiksi. Niillä ei ole selkeitä keskinäisiä rajapintoja. Kohdeilmion ymmärtäminen edellyttää myös tämän ominaisuuden ymmärtämistä. Tätä johtajan toimintakenttään sairaalassa kuuluvaa kietoutuneisuutta ja limittyneisyyttä kuvaan tuomalla tekstissä esille eri asioiden ja ilmiöiden keskinäisiä yhteyksiä. Siksi tutkimusraportti sisältää runsaasti viittauksia eri lukujen ja alalukujen välillä⁶⁹.

⁶⁹ Olen tietoinen siitä, että runsas ristiviittausten määrä lukujen ja alalukujen välillä heikentää tekstin luettavuutta. Siksi en pyrikään tutkimusraportissa maksimaaliseen tiiviuteen, vaan luettavuuden parantamiseksi kertaan tekstissä harkintani mukaan jo aiemmin muissa luvuissa ja

Aloitan tämän luvun kertomalla joitakin yleisiä havaintojani (alaluku 3.1). Sitten jatkan kuvaamalla johtajan toimintakenttää sairaalassa noudattaen kuviossa 2 esittämiäni ulottuvuuksia.

3.1 Yleisiä havaintoja

Jotkin haastattelun teema-alueista osoittautuivat haastateltaville helpoiksi, jotkin vähän vaikeammiksi (organisaation toiminta, ammatit ja ammattikunnat) ja yksi (vastuu ja valta) vaikeaksi, jos helppouden kriteerinä pidetään sitä, miten spontaanisti haastateltavat teema-alueista puhuivat, miten pitkään heidän piti vastauksiaan harkita ja miten vähän lisäkysymyksiä ja tarkennuksia tarvittiin keskustelun ylläpitämiseksi⁷⁰. Havainto oli ennako-oletuksiani vastaava. Omasta työhistoriasta ja työn sisällöstä, sairaalaorganisaation rakenteesta, tiedonkulusta, johtoryhmätyöskentelystä ja vertaisverkostoista haastateltavat kertoivat vuolaasti ilman, että haastattelua tarvitsi ohjata lisäkysymyksin. Johtajuusteeman alla oman itsensä arviointi johtajana vaati enemmän miettimisaikaa. Vahvimpana osaamisalueenaan keskijohtoon kuuluvat johtajat pitivät kykyään tulla johdettaviensa kanssa toimeen. Ylimpään johtoon kuuluvat toivat esille kokemustaan laajojen ja monimutkaisten muutosprosessien läpiviemisestä yhdessä muiden ihmisten kanssa. Heikoimpana osaamisalueenaan keskijohtoon kuuluvat pitivät taloudellisten asioiden hallintaa. Ylimmän johdon haastateltavat eivät tuoneet esille yhtä, selvästi erottuvaa puutetta johtamisosaamisessaan.

Sairaalan toiminnasta ja ammattiryhmistä kysyessäni minun tuli olla aktiivisempi, jotta sain keskustelun alkuun. Sairaalan toiminnasta keskusteltaessa panin merkille, että keskijohtoon kuuluvat rajoittivat keskustelun omaan yksikköönsä, korkeintaan tulosaluetasolle. He eivät vaikuttaneet edes kovin kiinnostuneilta koko sairaalaa koskevista asioista. Heistä välittyi myönteinen suhtautuminen oman yksikkönsä toimintaan. Se on siinä suhteessa paradoksaalista, että erilaisia ristiriitoja, konflikteja ja ongelmia tuli haastattelujen kuluessa esille runsaasti. Haastatteluissa keskijohtoon kuuluvat haastateltavat liittivät sairaalan toiminnalliset ongelmat erityisesti joko kokonaisorganisaation ongelmiin tai muiden omalle yksikölle aiheuttamiin ongelmiin. Ongelmia omalle yksikölle aiheuttivat heidän

alaluvuissa esille tulleita asioita. Näin pyrin tekemään luettavalla tavalla näkyväksi johtajan toimintakenttään sairaalassa kuuluvan ilmiöiden kietoutuneisuuden.

⁷⁰ Havainto “helpoista” ja “vaikeista” teema-alueista ei perustu taukojen tai repliikkien pituuksien tai lisäkysymysten määrän mittaukseen, vaan vuorovaikutustilanteesta ja litteroidusta tekstistä saamani vaikutelmaan.

mukaansa esimerkiksi sairaalan keskushallinnon toimenpiteet sekä hierarkkisesti rinnakkaisten yksikköjen kilpailu samoista resursseista.

Positiivinen suhtautuminen oman yksikön toimintaan saattaa liittyä siihen, että haastateltaviksi on valikoitunut keskimääräistä selviytymiskykyisempiä ja motivoituneempia johtajia, joista monet ovat osoittaneet kiinnostuksensa johtamiseen hakeutumalla henkilökohtaiseen johtamiskoulutukseen. Osa oli haastatteluaikana koulutusta juuri aloittamassa. On myös mahdollista, että keskijohtoon kuuluvat haastateltavat kokivat osan toimintakenttensä ongelmista “asiaan kuuluvina” tai “annettuina tekijöinä”, joihin he eivät juuri voi vaikuttaa ja joista ei sen takia kannata hermostua. Havainto on yhdensuuntainen esitutkimuksen kanssa: potilaat tulivat hoidetuiksi huolimatta lukuisista, perustavaakin laatua olevista organisatorisista ongelmista.

Varsinkin ammasteista ja ammattikunnista puhuttaessa asiaan sisään pääseminen vaatii aikaa ja hienovaraista lähestymistä. Sainkin hoitajien ja lääkäreiden ammatillisista suhteista enemmän tietoa haastattelujen niistä osista, joissa en kysynyt mitään suoraan ammatteihin liittyvää. Haastatteluista välittyy sellainen kuva, että varsinkin lääkärijohtajat puhuvat varovaisesti lääkäreiden ja hoitajien ammatillisesta suhteesta. Erityisesti ammattiryhmien välisistä ongelmista puhutaan aineistossa vähän. Niitä toki tulee esille, mutta ikään kuin vahingossa, muihin aiheisiin liittyen. Kukaan haastateltavista ei kertonut, että hänellä on henkilökohtaisesti ongelmia suhteessaan toisen ammattiryhmän edustajaan. Kysyttäessä ammattiryhmien välisistä ongelmista haastateltavat totesivat, ettei niitä ole tai puhuivat niistä yleisellä tasolla. Jotkut kertoivat muualla organisaatiossa olevista tai aikaisemmin esiintyneistä ongelmista.

En pidä todennäköisenä, että ammattiryhmien välisiä ongelmia ei todellisuudessa ole asiantuntijayhteisössä, jossa suuri määrä lääkäreitä ja vielä suurempi määrä hoitajia tekee vaativaa työtä monimutkaisessa toimintakentässä. Tutkimusaineisto viittaa myös siihen, että hoitajajohtajien asema on lääkärijohtajia heikempi esimerkiksi palkkauksen ja työskentelymahdollisuuksien osalta (ks. alaluku 3.6.5.2), minkä voisi olettaa näkyvän haastatteluaineistossa myös yksilötason vastakkainasetteluna. Näin ei kuitenkaan tapahdu. Syy saattaa liittyä yleisemminkin konsensushakuiseen toimintatapaan, joka tutkimuksessa tulee esille (ks. alaluku 3.4). Ammattiryhmien välisistä ongelmista ei mielellään puhuta toimintakentässä, jossa avoimia konflikteja pyritään välttämään.

Vaikeinta haastateltavien oli puhua vastuusta ja vallasta. Varsinkin keskijohtoon kuuluvat pystyivät kyllä helposti nimeämään, ketkä valtaa organisaatiossa käyttävät (ylin johto), mutta puhuminen omasta vallasta ja sen käyttämisestä vaikutti olevan sekä keskijohdon että ylimmän johdon haastateltaville hyvin vaikeaa. Se oli etukäteen odotettavissa (ks. liite 2).

Puhuminen pelkästään vastuusta oli haastateltaville paljon helpompaa, erityisesti niistä vastuualueista, mitä haastateltavat katsoivat omaan työhönsä liittyvän. Lienee helpompi tunnustaa olevansa vastuunkantaja kuin vallankäyttäjä.

Yksikään haastattelujen teema-alue ei suoranaisesti liittynyt rahaan tai ylipäätään talouteen. Siitä huolimatta haastateltavat kertoivat paljon taloudellisista asioista. Talous näyttää kuuluvan olennaisena osana lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien toimintakenttään sairaalassa, ja se ilmenee myös johtajien talouteen liittyvän puheen määrästä⁷¹. Talouden vahva asema lääkäri- ja hoitajajohtajien toimintakentässä ei ole yllättävää, kun ajattelee erikoissairaanhoidossa 15 viimeisen vuoden aikana tapahtunutta muutosta (ks. alaluku 1.2). Aineistossa talous liittyy erityisesti kysymyksiin, kenellä on valtaa päättää rahasta ja kuka toiminnasta vastaa. Täten se asettuu osaksi yhteisöllistä ja rakenteellista ulottuvuutta.

Kukaan haastateltavista johtajista ei tuonut haastatteluissa mitenkään esille, että he toimivat myös yksityissektorilla. Asiasta en nimenomaisesti kysynyt enkä myös systemaattisesti selvittänyt, miten monella haastatellulla lääkärijohtajalla on virkatyönsä ohessa yksityisvastaanotto tai miten moni heistä oli pyytänyt sitä varten työnantajaltaan sivutoimilupaa⁷². Saattaa olla, että ylimpään johtoon kuuluvilla lääkäreillä on vaativan virkatyön takia vähän mahdollisuuksia yksityisvastaanottoon. On myös mahdollista, että haastateltavien lääkärien mahdollinen toiminta yksityisellä sektorilla ei tullut esille, koska haastateltavat eivät itse katsoneet sitä oleelliseksi asiaksi, kun käsiteltiin heidän toimintaansa julkisessa sairaalassa. Yksityisvastaanoton pitäminen voi lääkärien ja lääkärijohtajien keskuudessa olla niin perinteinen ja itsestään selvänä pidetty tapa toimia, että virkatyössä toimiva lääkärijohtaja ei koe sen perusteella joutuvansa kaksoisrooliin. Toki on mahdollista, että haastateltavat eivät halunneet nimenomaisesti tuoda esille asiaa, koska katsoivat sen arkaluontoiseksi⁷³. Tutkimustuloksissa ei tullut esille, että haastateltavilla olisi henkilökohtaisia rooliristiriitoja suhteessa yksityiseen sektoriin. Yksityiset henkilöstöpalveluyritykset mainittiin kyllä useassa haastattelussa.

⁷¹ Tietokoneanalyysissä noodiin Raha kirjautui 127 analyysiyksikköä (liite 5).

⁷² Yksityisvastaanotosta en kysellyt, koska tutkimuksen kohde on johtajan toimintakenttä sairaalassa eikä esimerkiksi lääkärin työhön tai ammattiin liittyvä toimintakenttä (ks. alaluku 1.1). Useamman haastatellun lääkärijohtajan nimi löytyy kahden suurimman yksityisen lääkäriasemaketjun palvelutarjonnasta. Heissä on sekä ylimpään johtoon että keskijohtoon kuuluvia lääkärijohtajia.

⁷³ Tilanne, jossa julkisessa organisaatiossa erikoissairaanhoido-organisaatiossa kokopäiväisenä viran- tai toimenhaltijana työskentelevä johtaja sen lisäksi toimii samantapaisia palveluja tuottavana yksityisenä ammatinharjoittajana tai omistaa yksityisen palveluntuottajan osakkeita, on mielestäni altis juridisille ja erityisesti moraalisisille jääviysongelmille.

3.2 Kauas on pitkä matka – johtajan toimintakentän fyysinen ulottuvuus

Tämä alaluku käsittelee sairaalassa toimivan johtajan toimintakentän fyysistä ulottuvuutta (ks. kuvio 2). Sairaanhoidopiiriin kuuluu pääsairaalan lisäksi usein sairaanhoidopiirin alueen pienemmissä kaupungeissa sijaitsevia paikallisia sairaaloita⁷⁴. Pääsairaalakin koostuu useista eri rakennuksista. Toimipisteet voivat sijaita useiden kymmenien, jopa satojen, kilometrien etäisyydellä toisistaan. Samaan sairaanhoidopiiriin kuuluvat kunnat saattavat järjestää perusterveydenhuollon palvelut eri tavoin⁷⁵, mistä johtuu, että sairaanhoidopiiriin tarjoaman erikoissairaanhoidon ja kuntien muuta kautta järjestämän perusterveydenhuollon rajapinta vaihtelee kuntakohtaisesti samankin sairaanhoidopiirin alueella. Ylin johto joutuu ottamaan nämä kuntakohtaiset erot huomioon. Erilaiset tavat järjestää perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido määrittävät myös sairaanhoidopiiriin fyysisiä rakenteita.

...et nää perus-, meidän isot peruskaupungit eli Helsinki, Vantaa ja Espoo niin ne suhtautuu vähän eri tavalla taas siihen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapintaan. Että Vantaalla ja Espoossa on pitkälle mennä jo yhteistyö sen erikoissairaanhoidon ja perusterveyden, yhteispäivystyksen ja täntyyppisen konsultatiivisen toiminnan raja-aidan madaltamisessa, mut Helsinki on vielä varmaan myöskin sen hallittavuutensa takia niin hyvin selvästi siel on terveystoimi ja sosiaalityö ja erikoissairaanhoido ja Helsingillä on vieläkin perusterveydenhuollon puolella paljon semmosia toimintoja, jotka on esimerkiks Espoossa ja Vantaalla on erikoissairaanhoidon puolella. (Ylin johto, hoitaja).

Haastattelulaineiston perusteella pitkä fyysinen etäisyys johtajan toimintakentässä merkitsee johtamisongelmia. Se ilmenee johtajien puheessa eri paikkakunnilla sijaitsevien sairaaloiden yhteistoimintaongelmina sekä fyysiseen etäisyyteen liittyvänä vuorovaikutusvaikeutena samankin sairaalarakennuksen sisällä.

Keskussairaalassa toimivat johtajat kokevat vastuualueeseensa kuuluvat entiset aluesairaalat ongelmallisiksi ja päinvastoin. Tähän saattaa olla lukuisia muitakin syitä kuin fyysiseen etäisyyteen liittyviä. Paikalliset sairaalat ovat alueellaan tärkeitä työllistäjiä. Sairaalan olemassaolo viestittää elinvoimaisesta

⁷⁴ Esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiriin kuuluu Halikon sairaala, Loimaan aluesairaala, Salon aluesairaala, Turunmaan sairaala ja TYKS Vakka-Suomen sairaala. TYKS:iin kuuluu kantasairaala, kirurginen sairaala, Raision sairaala ja Paimion sairaala (Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri 2008).

⁷⁵ Osa kaupungeista (esim. Turku ja Tampere) tuottaa myös erikoissairaanhoidoa omana tuotantona ja ostaa osan sairaanhoidopiiriltä.

kunnasta. Paikallisilla sairaaloilla on oma itsenäinen historiansa, ja osalla saattaa olla oma hallintojärjestelmänsä omine luottamushenkilöedustajineen. Siksi niitä ei voi johtaa samalla tavalla kuin pääsairaalan muita yksiköitä, vaikka kaikki kuuluvat samaan sairaanhoitopiiriin.

Mut tässä on semmonen pieni hankaluus, kun aluesairaaloissa on aika itsenäinen johto, niillä on johtokunnat, vastaa meidän hallitusta eli luottamusmieselimiä. Me ei voida kauheen tällain ykskantaan sanoo että "teette näin", vaan heiän kanssaan pitää neuvotella ja yrittää myydä sitten tää kaikille yhteinen etu - ajattelu. (Ylin johto, hoitaja).

Paikallisten sairaaloiden ainakin osittainen autonomisuus merkitsee sitä, että asioita ei voi käsitellä vain erikoisalakohteisesti tavalla, jolla niitä on tapana sairaalassa muuten käsitellä (ks. alaluku 3.5.3). Tämä saattaa osaltaan selittää haastatteluaineistossa ilmeneviä ongelmia paikallisen sairaalan ja keskussairaalan välillä.

Ja sitten täs organisaatiosta mä vielä sanosin sen, johon mä oon kovasti tyytymätön, on tämä, että meillä nää aluesairaalat pidettiin itsenäisinä eli mun visioni olis ollu se, et sairaanhoitopiirissä pitäis olla yks erikoisala yhden johdon alaisuudessa. (Ylin johto, lääkäri).

Pääsairaalan erikoislääkäreitä on vaikea motivoida kiertämään paikallisissa sairaaloissa.

...kyllähän on aika vaikee motivoida kollegoita, siihen että ne kiertää täällä, siitä tulee jatkuva, se on jatkuva tyytymättömyyden aihe on se, että joutuu kulkemaan (Ylin johto, lääkäri).

Ison entisen aluesairaalan johtajan ongelmana on, etteivät yliopistollisen keskussairaalan ylilääkärit suhtaudu entisessä aluesairaalassa työskenteleviin samaan organisaatioon kuuluvina kumppaneina, vaan joko ulkopuolisina tai jopa "vihollisina".

XXXX:n synnytyksistä vastaava lääkäri ei näe aluesairaala osana omaan työhönsä kuuluvaa.. osiona siihen omaan yksikköön kuuluvana toimintona, vaan se näkee sen ulkopuolisena vihollisena. (Ylin johto, lääkäri).

Fyysisen etäisyyden ja yhteenkuuluvaisuuden tunteen ("henkisen etäisyyden") välinen yhteys ei ole aineistossa lineaarinen siten, että mitä isompi fyysinen etäisyys, sitä suurempi "henkinen etäisyys" ja vähäisempi yhteenkuuluvaisuuden tunne. Jo varsin pienellä fyysisellä etäisyydellä

(esimerkiksi saman rakennuksen eri kerrokset) on suuri merkitys. Johtajat toivat esille, että fyysinen etäisyys eristää ja vaikeuttaa yhteistyötä. Jos näin on, niin johtajien sijoittaminen omiin kerroksiin tai rakennuksiin heikentää heidän mahdollisuuksiaan olla vuorovaikutuksessa potilaiden hoidosta vastaavien kanssa eikä edistä sairaalan tehokasta toimintaa. Varsinkin ylipäähän johtoon kuuluvat kokivat sen ongelmalliseksi.

...kun ne oli tottunu sillä tavalla, että kun käveli siinä, niin voi että kun sai monta asiaa hoidettua, kun ei kaikkia haluta sähköpostilla, halutaan sellasta henkkoht ja mä oon niin vanha, et mä kans haluan jonkin verran niinku henkkohta kontaktia kuitenkin enkä vaan sähköpostilla vastailla niille. (Ylin johto, hoitaja).

Keskijohtoon kuuluvien johtajien työtilat sijaitsevat tutkimusaineistossa yleensä yksikössä, jota he johtavat. Täten etäisyys johdettaviin ei muodostu suureksi. Poikkeuksen aineistossa muodostavat ne ylihoitajat, joiden vastuualue koostuu useista toisistaan erillään olevista yksiköistä.

Haastateltavien sairaaloissa – dokumenttiaineiston perusteella laajemminkin – on tavallista, että kirurgiset osastot sijaitsevat toistensa läheisyydessä, samoin sisätautien ja psykiatrian osastot (ks. alaluku 3.5.3). Lääketieteen eri erikoisaloja edustavat yksiköt sijaitsevat tavallisesti fyysisesti toisistaan erossa. Se vaikeuttaa niiden välistä yhteistyötä tilanteissa, joissa potilaan hoitaminen vaatii eri spesialistien saumatonta yhteistyötä.

...varsinkin urologisel me hoidetaan paljon syöpää eli sillonhan meillä toi syöpähoidon vastuualue on semmonen hyvin tärke yhteistyökumppani ja nyhän me ollaan fyysisesti aika etäällä kun ne on vielä .. tossahan nyt rakennetaan uutta, ne muuttaa sit tähän et se tulee varmaan aika paljon muuttamaan tätä meidän yhteistyökuviota. Et se on meidän tärke tämmönen yhteistyökumppani ja tässä yhteistyössä on paljon parantamisen varaa, se ei oo millään lailla vielä ideaali mut siin on tämmöset ihan fyysisetkin rajoitteet nyt sitten ollu siinä. (Ylin johto, lääkäri).

Johtajien keskinäinen yhteistyö sujuu myös paremmin, kun heidän työtilansa ovat lähekkäin. Erityisesti tämä näkyy silloin, kun on kyse eri ammattikuntien kuuluvien johtajien keskinäisestä yhteistyöstä (ks. alaluku 3.6.4).

Täten sairaalan fyysiset rakenteet nousevat tässä tutkimuksessa merkittäväksi johtajan toimintakentän ulottuvuudeksi. Rakennusten ja toimitilojen sijoittelu on tutkimusaineistossa yhteydessä sairaalan toimintaan yhteisönä. Ilmiö on klassisesta organisaatiokirjallisuudesta tunnettu. Ihmisten välinen kasvokkainen vuorovaikutus vähenee, kun heidän fyysinen

etäisyytensä kasvaa, ja sillä on merkitystä heidän keskinäiseen suhteeseensa (Gullahorn 1952). Vuorovaikutuksen kasvokkaisuus organisaatioissa mahdollistaa erityisen tehokkaan kommunikoinnin ihmisten välillä (Conrath 1973). Pieni fyysinen etäisyys lisää todennäköisyyttä spontaaniin kasvokkaiseen vuorovaikutukseen ja saattaa parantaa organisaation suorituskykyä (Pfeffer 1982, 260–271; Allen 1973).

Haastateltavat puhuivat toimintakenttensä fyysisen ja sosiaalisen ulottuvuuden yhteydestä siten, että fyysisen etäisyyden kasvaminen vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin niiden laatua heikentävästi. He selittivät jälkimmäistä edellisellä, mikä viittaa oletukseen syy-seuraussuhteesta. Kukaan haastateltavista ei nostanut esille päinvastaisen mekanismin mahdollisuutta: fyysinen etäisyys voi olla seurausta sosiaalisesta etäisyydestä. Samankaltaiset ihmiset työskentelevät mieluusti toistensa läheisyydessä, mistä seurauksena saattaa olla sairaalan fyysisten rakenteiden sijoittaminen sosiaalisten rakenteiden mukaisesti. Pohdin tätä mahdollisuutta alaluvussa 4.1.3.

Mielestäni on hyvin ymmärrettävää, että haastatellut johtajat katsoivat, että fyysinen etäisyys on syy heidän kokemilleen ongelmilleen sairaalayhteisön henkilösuhteissa. Etäisyys on neutraali “syyllinen” siinä suhteessa, että silloin ei syytetä itseä tai ketään muutamaakaan ihmistä. Tämä on mielestäni merkittävä näkökohta sairaalayhteisössä, jossa tämän tutkimuksen mukaan pyritään konsensukseen ja vältetään avoimia henkilöiden välisiä ristiriitoja (ks. alaluku 3.4).

3.3 Johtajan toimintakentän teknologinen ulottuvuus

Tässä alaluvussa käsitelen sairaalassa toimivan johtajan toimintakentän teknologista ulottuvuutta (ks. kuvio 2). Tässä en tarkoita teknologialla vain “tekniikkaa”, vaan tapaa, jolla organisaatio muuttaa tuotantopanokset lopputuotteiksi⁷⁶. Organisaation teknologiaan kuuluvat fyysisistä objekteista koostuva välineistö, toiminnot ja prosessit, joiden avulla lopputuotteet valmistetaan sekä tiedot ja taidot, jotka ovat tarpeen lopputuotteiden tuottamiseksi⁷⁷. (Hatch ja Cunliffe 2006, 141–145.) Teknologiaa voi

⁷⁶ Sairaalassa tuotantopanoksia (input) ovat esimerkiksi raha, tarvikkeet ja henkilöstö. Lopputuotteita (output) ovat tuotetut palvelut, joiden tarkoituksena on parantaa potilaiden sairauksia ja lisätä heidän toimintakykyään.

⁷⁷ Sairaalassa esimerkiksi toimitilat, kalustus, tietokoneet, diagnostiikassa ja hoidossa tarvittavat koneet, nokkamukit ja sidetarpeet ovat teknologiaan kuuluvia fyysisiä objekteja. Teknologiaan liittyviä prosesseja ovat esimerkiksi polven tekonivelleikkaus, postoperatiivinen kuntouttaminen ja

analysoida koko organisaation, jonkin organisatorisen yksikön tai tietyn työtehtävän näkökulmasta. (Hatch ja Cunliffe 2006, 141–143.) Tämä tutkimus toteuttaa lähinnä kahta jälkimmäistä näkökulmaa, koska tieto aiheesta on peräisin nimenomaan johtajien haastatteluista.

Johtajat eivät haastatteluissa kertoneet, että heidän johtamillaan yksiköillä on puutetta tarvikkeista, instrumenteista, koneista ja laitteista tai että toimitilat ovat tarkoitukseen sopimattomat. Jotkut lääkärijohtajat sanoivat olevansa tyytyväisiä, koska ovat saaneet yksikkönsä käyttöön uusia lääketieteellisiä laitteita. Tämä ei tarkoita, että johtajilla ei ole aineelliseen teknologiaan liittyviä ongelmia, mutta haastatteluissa mainitut ongelmat eivät liittyneet laitteiden puuttumiseen, vaan hankalaan hankinta- ja käyttöönottoprosessiin (ks. alaluku 3.6.2.6).

...kato yheksän ja puol tuhatta euroo voi joku maksaa niin se on sen rajan alla. Yli 10 000 euron, ne on pääomahankintoja, ne pitää jo edellisen vuoden keväänä suunnitella. Et jos haluan vaikka 25 000 euroo maksavan laitteen, niin mun pitää se nyt tässä huhtikuun loppuun, toukokuun loppuun mennessä viimeistään tietää, mitä mä aion hankkia ens vuonna. Eli se on aika jäykkää verrattuna johonkin yksityispuolen toimintaan. (Ylin johto, lääkäri).

Että en oo saanu vielä etäyhteyttä tuohon läppäriini, kaks kuukautta oon sen kans töitä tehny. Ei oo kommunikaattorissa vielä toimintoja, kaks kuukautta mä oon nyt ettiny sitä. Ne vehkeet on, mut ne ei vielä toimi, et aika pitkät on viiveet. Se sama aika ois ollu kaks päivää tai kaks viikkoo Jorvissa niin ois toiminu. (Ylin johto, hoitaja).

Rahaa kerrottiin saatavan helpommin laiteinvestointeihin kuin henkilöstön, varsinkin hoitohenkilökunnan, palkkaamiseen, mikä saattaa johtaa uusien laitteiden käytönottamisen viivästymiseen.

Meillä on ollu se ongelma, kun me muutettiin tähän taloon, niin täällä on siis kolme leikkaussalia, meillä vanhassa kaupungilla oli kaks omaa leikkaussalia. Lääkäreitä on riittävästi ja kaikki leikkaa, mutta hoitajia ei oo. Eli meillä oli täällä täydellinen leikkaussali, jossa on kaikki vehkeet jo niinkun vielä silleen kattoon ripustettu kiinni mikroskoopit et cetera, mut ei ollu henkilökuntaa. (Keskijohto, lääkäri).

Se tarkoittaa sitä, että esimerkiksi meillä kun muutettiin tänne uusiin tiloihin niin sydänvalvontapaikat, joita oli aikaisemmissa tiloissa vaan 18 sairaansijaa, laajennettiin nyt 35 sairaansijaan. Niin mä en saanu

johtamiseen liittyvät kehityskeskustelut. Tietotaitoa tarvitaan esimerkiksi potilaan nukuttamiseen, anestesiakoneen hoitamiseen, palovammasiteen vaihtamiseen ja harjoittelijan perehdyttämiseen.

kuitenkaan hoitajia samassa suhteessa kun ne sairaansijat lisäänty. (Keskijohto, hoitaja).

Haastateltavien työpaikoilla hyödynnetään erilaisia sähköisiä potilashallintajärjestelmiä, joita on otettu käyttöön viime vuosien aikana.⁷⁸ Niiden käyttöönottovaihe on haastattelujen mukaan johtajille ja heidän organisaatiolleen työlästä. Joissakin sairaaloissa järjestelmiä on jo jouduttu vaihtamaan. Toisissa pohditaan, miten sama järjestelmä voidaan ottaa käyttöön sekä terveyskeskuksissa että alueen sairaaloissa, ja kuka joutuu omasta järjestelmästä luopumaan⁷⁹. Johtajat suhtautuivat haastatteluissa olemassa oleviin potilashallintajärjestelmiin kriittisesti, mutta eivät kyseenalaistaneet sähköisen potilashallinnan tarpeellisuutta.

Mutta sitten tietysti on semmoisia asioita, mitkä tilannekohtaisesti kuormittaa kovasti, kuten nyt sitten tää Miranda, sähköinen potilaskertomus, mikä on tietysti suunta, mihin mennään, kovin tarpeellinen asia, mutta kovin keskeinen väline tänne meillä on saatu ja sen kanssa saadaan painia, ja et tämmöiset erityisasiat, isot asiat, kuten tilastointi ja potilaskertomus, ne on semmoisia, missä sitten tämmöinen iso organisaatio on tietysti aika kankea (Keskijohto, lääkäri).

Informaationhallintajärjestelmien käyttöönottoon, koulutukseen ja kehittämiseen osoitetaan haastattelujen perusteella rahaa ja henkilöstöä. Resurssien avokätinen suuntaaminen laite- ja tietojärjestelmäinvestointeihin samaan aikaan, kun hoitotyön resursseista tingitään, ei ole hoitajajohtajan mielestä järkevää.

...siis ihan oikeesti meil on järjettömät määrät sähköisiä järjestelmiä ja niihin koulutetaan, ja siel on mun mielestä aika paljon semmosta, tullu semmosta niinku vaahtoo. Käytetään paljon rahaa ja työaikaa semmosiin järjestelmiin, joitten nettohyöty on vähintäänkin kyseenalainen.

...ja se on siis aivan musta aukko sekä rahan että työvoiman tarpeen suhteen. Se ei oo missään suhteessa esimerkiks tuotettuun hoitotyön määrään, mitä tehdään pienellä rahalla ja jota aina kyseenalastetaan, et ja se on arvopohja, tää yhteiskunta arvostaa it:tä ja insinööritekniikkaa ja sitten tän niinku näitä käppyröitä, että kyllä se on sinne puolelle on kaatunu. (Ylin johto, hoitaja).

⁷⁸ Johtajat mainitsivat nimeltä seuraavat: Pegasos, Miranda, Effic ja Mediatri.

⁷⁹ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) annettiin haastattelujen teon jälkeen. Se tuli voimaan 1.7.2007. Lain mukaan sekä yksityisten että julkisten sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen antajien tulee liittyä valtakunnalliseen tietojärjestelmäpalveluun neljän vuoden kuluessa lain voimaantulosta.

Hoitajataustaiset johtajat eivät haastattelujen mukaan puutu lääketieteellisten laitteiden hankintaan, koska se “kuuluu” lääkäreille (ks. alaluku 3.5.2). Sen sijaan lääkärien työskentelytilojen järjestäminen ja tilojen varustuksesta huolehtiminen on haastattelujen mukaan usein hoitajaohittajan vastuulla.

En käsittele tässä alaluvussa prosesseja ja toimintoja, joiden avulla sairaalat tuottavat palveluja. Aineistossa johtajat tuovat esille palvelujen tuottamiseen liittyviä prosesseja silloin, kun niihin liittyy organisaation rakenteista aiheutuvia vaikeuksia. Muuten johtajat puhuvat niistä varsin vähän⁸⁰. Käsitelen näitä ongelmia alaluvuissa 3.5 ja 3.6.

Fyysisten objektien ja toimintaprosessien lisäksi kolmas organisaation teknologiaan liittyvä elementti on tieto- ja taitopohja, johon organisaation osaaminen perustuu. Erityisesti lääkärijohtajat puhuivat yksikkönsä osaamisen kehittämistä. Osaavista lääkäreistä kilpaillaan.

Eli mä kuljen tuolla ympäriinsä, niin aina mä heitän, että voiko muualla olla töissä kuin [naurua].. Se on kummasti poikinu vaan, meillä ei enää, tää on tämmönen nyanssi, että enää ei pitäis silmäkirurgia liikkua missään, kun erikoismaksuluokka on lopetettu, sitä ei enää saa, sanottiin, että ei tuu enää ihmisiä töihin. Meille tuli just uus. (Keskijohto, lääkäri).

Osaamista pyritään kehittämään kouluttamalla uusia osajia.

...se opetusvastuu on erityisesti sellanen. Sä voit tosi hyvän tyypin missata ihan tyystin, että sitä hommaa ei hoieta kunnolla, tarkotan nyt sitä, joka opettelee leikkaamaan. (Keskijohto, lääkäri).

Erikoistuvia lääkäreitä pyritään houkuttelemaan erikoistumaan omaan yksikköön. Haastatteluaineiston mukaan klinikan⁸¹ korkea osaamisen taso, kunniakkaat perinteet, hyvä maine, aktiivisuus tieteellisen tutkimuksen teossa ja täynnä olevat virat houkuttelevat lääkäreitä tulemaan sinne töihin.

...yksikkö on niin ruma niin, siis sairaalassa, mä halusin, me oltiin silmätautien yksikkö, kun mä tulín tänne, mutta me ei olla enää. Sit siitä meinas tulla silmäklinikka, mutta sen pitää olla silmätautien klinikka.

⁸⁰ Tämä saattaa viitata siihen, että palvelujen tuotantoprosessit ovat suurimmaksi osaksi rutiinimaisia ja johtajien mielestä ongelmattomia.

⁸¹ Termin *klinikka* merkityksestä ja käytöstä katso myös alaluku 3.5.3. Ennen tulosyksikköorganisaatioiden muodostamisen aikaa lääketieteellisten erikoisalojen muodostamia kokonaisuuksia kutsuttiin yleisesti klinikoiksi. Klinikka-termiin ei täten liity managerialistista sävyä, mistä saattaa olla etua lääkäreiden rekrytoinnissa.

Se juntattiin tuonne ulos. Kun te lähete, niin kattokaas, se on siellä ulkoseinässä juntattuna, mikä on mun mielestä hieno homma, että se näkyy siellä se. (Keskijohto, lääkäri).

Tässä yksikköä vetävän lääkärijohtajan asema korostuu. Lääketieteellisen osaamisen kehittäminen, lääkäriosajien houkuttelu ja uusien osajien kouluttaminen on hänen vastuullaan. Johtajan yliopistollisesta asemasta (professori tai dosenttuuri) on hyötyä yksikön tunnetuksi tekemisessä. Luennoimalla ja pitämällä opetuskiertoja lääketieteen kandidaateille johtaja voi tehdä omaa erikoisalaansa ja yksikköään tunnetuksi tulevaisuuden osajille.

...sen takiakin mä oon itte halunnu pitää, tehdä nää opetukset, vaikkei oikeestaan aikaa enää siihen oliskaan, niin just sen takia, et mä oon nähny sen niin hyvänä ilmasena markkinointihetkenä sitte, kun opetuskierron lopuksi mä oon sitten kertonu, mitä käytännössä kirurgiaan erikoistuminen täällä tarkoittaa, ja kesätyömahollisuuksista ja muuta, niin melkeenpä ne meidän kesälääkärit tulee siitä väestä sitte suurin osa, että... (Keskijohto, lääkäri).

Yksikköön erikoistumaan pyrkivien lääkärien määrä toimii yhtenä lääkärijohtajan onnistumisen mittarina. Se ilmenee erikoistumisjonon pituutena.

...ollaan tällä hetkellä tunnetuin klinikka. Ja aika paljon ton tutkimustyön kautta tietysti, kun me on hirveen paljon julkastu ja tehty kaikkee. Ja sillä tavalla.. ja meille on erittäin hyvin tulee, meille on siis pitkä jono erikoistuvia. (Ylin johto, lääkäri).

Olemassa olevan henkilöstön kouluttaminen ei ole haastatteluissa yhtä keskeisesti esillä kuin uusien osajien varmistaminen nimenomaan lääkärijohtajien puheessa. Se saattaa viitata siihen, että koulutuksen laatu ja käytännöt ovat vakiintuneet eivätkä ratkaisevasti eroa eri sairaaloissa toisistaan. Toisaalta sama ammatillinen koulutus, josta on hyötyä erikoistuville lääkäreille, hyödyttää muitakin lääkäreitä (esimerkiksi opetusmeetingit, kirjallisuusreferaatit ja kongressit). Sekä lääkäreiden että hoitajien ammatillinen koulutus on pääosin oman professionsa järjestämää. Lääkäreillä on sairaaloissa koulutuksellisia meetingejä. He osallistuvat vuorollaan koulutuspäiviin ja kongresseihin. Hoitajilla on kursseja, perehdyttämiskoulutusta ja täydennyskoulutusta. Joissakin sairaaloissa molempien ammattikuntien edustajille järjestetään yhteistä, johtamiseen, laadunhallintaan ja strategiaan liittyvää koulutusta.

Tutkimusaineistossa varsinkin ylimpään johtoon kuuluvat johtajat ovat uransa aikana suorittaneet, parhaillaan suorittivat tai olivat haastattelujen

aikaan aloittelemassa erilaisia monivuotisia yliopistollisia johtamiskoulutuksia (esimerkiksi PD-, SoteMBA-, eMBA ja STYJ-koulutukset). Lisäksi he ovat suorittaneet erilaisia oman työnantajan järjestämiä johtamiskursseja. Edellä nimeltä mainittujen johtamiskoulutusten sisältö on sama sekä lääkäri- että hoitajataustaisille johtajille. Johtajat eivät haastatteluissa valittaneet sitä, etteivät itse pääse omasta mielestään tarpeelliseen koulutukseen.

Täten teknologia ilmenee johtajien toimintakentässä fyysisenä teknologiana, toimintaprosesseina ja tietoina sekä taitoina. Fyysisen teknologian saatavuuteen ei liity suuria ongelmia. Ongelmat liittyvät jäykkään hankintaprosessiin sekä teknologiaa käyttävän osaavan henkilöstön, nimenomaan hoitajien, puutteeseen.

Aineisto viittaa siihen, että haastateltavien sairaaloissa suositaan investointeja fyysiseen teknologiaan henkilöstöpanostusten kustannuksella. Toimintaprosesseihin liittyvät ongelmat ovat aineistossa yhteydessä sairaalalyhteisön toimijasuhteisiin. Tämä havainto saattaa viitata siihen, että itse potilaiden hoitoon liittyvissä perustason prosesseissa ei ole sellaisia ongelmia, että ne heijastuisivat selkeästi keskijohdon ja ylimmän johdon toimintakenttään. Lääkärijohtajat panostavat vahvasti organisaationsa osaamisen ja lääketieteellisen tason kehittämiseen. Heillä on mahdollisuuksia tehdä räätälöityjä työ sopimuksia erikoisosaajien houkuttelemiseksi. Hoitajajohtajilta nämä mahdollisuudet puuttuvat haastattelujen perusteella melkein täysin, mikä aiheuttaa ongelmia erityiskoulutettujen osaajien hankinnassa ja säilyttämisessä yksikön palveluksessa.

Täten teknologia organisaatioteoreettisessa merkityksessä tulee tutkimuksessa esille aineellisena teknologiana ja erityisesti henkilöstön osaamisena. Tämän tutkimuksen antama tieto johtajien toimintakentästä sairaalassa ei mielestäni kuitenkaan erityisesti tue teknologisenä imperatiivina tunnettua organisaationäkemyttä, jonka mukaan organisaation teknologia määrittää organisaation muita ominaisuuksia, kuten sen sosiaalisen rakenteen⁸². Tämä ei ole mielestäni ristiriidassa sen tosiasian kanssa, että lääketieteen teknologinen kehitys hoidon ja diagnostiikan alalla on ollut nopeaa ja jatkunee sellaisena tulevaisuudessakin. Erikoissairaaloissa on runsaasti korkeatasoista tekniikkaa, jota osaava henkilöstö käyttää. Lisäksi erikoissairaalan organisoituminen lääketieteen erikoisalojen mukaisesti⁸³ viittaa teknologiseen imperatiiviin. Mutta ovatko muutokset

⁸² Oletus, että organisaation soveltama teknologia ratkaisee, minkälainen organisaatorakenne on tehokkain, perustuu Joan Woodwardin merkittäviin tutkimuksiin, jotka hän julkaisi vuosina 1958 ja 1965. Woodwardin lisäksi muutkin organisaatioteoreetikot alkoivat kehittää organisaation teknologiaan liittyviä typologioita ja tutkivat organisaation rakenteen ja teknologian yhteyksiä (esimerkiksi Thompson 1967; Perrow 1967 ja 1986).

⁸³ Lääketieteen erikoisalojen mukainen organisoituminen perustuu lääketieteelliseen tietoon ja taitoon.

sairaalaorganisaation rakenteessa pysyneet teknologisen kehityksen tasolla? Mielestäni tämä tutkimus ei erityisesti tue sellaista olettamusta. Se ei minusta ole yllättävää, koska sairaalan sosiaalinen rakenne on monella tavoin kulttuurisesti ankkuroitu (ks. alaluku 3.4 ja 3.5). Se muuttuu hitaammin kuin esimerkiksi terveydenhuollon tekniikka ja henkilöstön osaaminen⁸⁴. Vähän kärjistäen voi kysyä, pitäisikö erikoissairaalassa teknologisen imperatiivin asemesta tai ainakin sen lisäksi puhua ”rakenteellisesta imperatiivista”. Sillä en tarkoita niinkään organisaation yhteisöllisten rakenteiden ensisijaisuutta teknologiaan nähden, vaan sen ymmärtämistä, että erikoissairaalan rakenteet eivät ehkä ole muutettavissa siinä tahdissa kuin teknologinen muutos antaisi mahdollisuuden. Asialla on merkitystä, kun mietitään, miten sairaalan toimintoja ja prosesseja voidaan uudistaa ja miten sairaalan toimivuutta voidaan esimerkiksi atk-järjestelmien avulla parantaa.

3.4 Talon tavoille tai talosta pois – johtajan toimintakentän kulttuurinen ulottuvuus

Tämä alaluku käsittelee sairaalassa toimivan johtajan toimintakentän kulttuurista ulottuvuutta (kuvio 2). Kulttuurin käsite organisaatiotutkimuksessa on peräisin antropologiasta ja se tarkoittaa yhteisön materiaalista ja henkistä perintöä, yhteistä merkitys- ja arvojärjestelmää, joka tekee monista arkipäivän asioista itsestäänselvyyksiä. Kulttuuri mahdollistaa yhteisön jäsenten keskinäisen ja sujuvan kommunikaation ja toimii yhteisöä koossa pitävän liiman tavoin. (Fineman, Sims ja Gabriel 2005, 322.) Organisaatiossa kulttuuri luo jaetun ajattelu- ja toimintamallin. Se ylläpitää organisaation kiinteyttä tarjoamalla yhteisen käsitejärjestelmän, kommunikaatiojärjestelmän ja näkemyksen työnjaosta ja vallankäytöstä. Täten se turvaa organisaation jatkuvuutta, lisää jäsenten yhteenkuuluvaisuuden tunnetta ja vaikuttaa heidän identiteettiinsä. (Schein 1985, 6–9.) Organisaatioiden tutkimuksessa kulttuuriparadigma ei ole yhtenäinen, vaan se sisältää moninaisia ja eri asioita painottavia teoreettisia näkökulmia (ks. Huhtala ja Laakso 2007).

Tutkimusaineistossa haastateltavat, jotka itse käyttivät kulttuuri-sanaa, tarkoittivat sillä tapaa, miten organisaatiossa toimitaan. Johtajan

⁸⁴ Asia tulee mielestäni ymmärrettävämmäksi tarkastelemalla sitä ylimmän johdon käytännön päätöksentekotilanteen avulla: Teknologian ja osaamisen kehittyminen edellyttäisi uudenlaista toimintaa ja uudenlaista organisoitumista, mutta koska uusia toimia ei voida kustannussyistä perustaa, tulisi tekijät pystyä löytämään ja siirtämään pois olemassa olevista yksiköistä. Olemassa olevat yksiköt eivät kuitenkaan ole sitä mieltä, että voisivat tehdä nykyisiin toimintoihin supistuksia. Seurauksena on vaikeus toteuttaa muutoksia sairaalaorganisaation rakenteissa, mistä syystä muutokset tapahtuvat hitaasti.

organisatorisessa toimintakentässä kulttuuri näyttäytyy heidän puheessaan toiminnan ohjaajana.

Meillä kun mä oon tullu tänne niin mul on jotenkin perinteisesti semmonen vahva kulttuuri että lääkäri sanoo ja lääkäri päättää, ja mitään ei tapahdu potilaille ennen kun lääkäri määrää. (Keskijohto, lääkäri).

Kaikki haastateltavat kertoivat jotain siitä, miten heidän organisaatiossaan on tai on ollut tapana toimia, vaikka eivät olisi kulttuuri-termiä maininneetkaan. Jollekin on aiheutunut vaikeuksia siitä, että on erehtynyt rikkoman vakiintunutta toimintatapaa. Toinen johtaja on yrittänyt muuttaa vakiintunutta toimintatapaa ja kokenut vastarintaa, jonka katsoi johtuvan kulttuurista. Toimintatapaan kuuluu, että lääkäreitä ja hoitajia johdetaan omien linjaorganisaatioidensa kautta. Tapojen muuttaminen on vaikeaa. Rationaaliset perustelut eivät takaa toimintatapamuutoksen toteutumista.

...se on kulttuurin tapa toimia... ei oo yhtenäistä kulttuuria, ei oo yhtenäistä tapaa toimia yhdessä asian eteenpäin viemiseksi, muuta kuin semmoisena pieninä yksittäisinä sirpaleina siellä täällä, vaan viedään niinku hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä niinku erillisenä linjana. Niin siihen toimintatapakulttuuriin sä yrität tuoda semmoisen, että, hei, meidän pitää tehdä näin, nää, niin se kulttuuri on niin vahva siellä taustalla, että vaikka sä kuinka selität ja ne ymmärtää, niin se ei vaan lähde... (Ylin johto, lääkäri).

Johtajat eivät haastatteluaiheistossa liitä kulttuuri-käsitteeseen yhteisiä arvoja tai merkityksiä. He eivät pohdi syitä, miksi tietynlainen tapa toimia on vakiintunut tai miksi sen muuttaminen on niin vaikeaa. Vaikka sairaalayhteisössä työskentelee useiden ammattikuntien ja erikoisalojen edustajia, johtajat eivät nimeltä mainiten puhu eri ammattikulttuureista. Lääkärijohtajalle on käytännössä itsestään selvää, että "hoitajien asioihin" ei tule puuttua. Hoitajajohtajalle on yhtä itsestään selvää, että lääkärit päättävät keskenään esimerkiksi potilaiden hoidossa käytettävän laitteiston hankinnasta. Sekä lääkäri- että hoitajajohtajat kertoivat siitä, miten eri lääketieteellisiä spesialiteetteja edustavat lääkärit ja vähäisemmässä määrin hoitajat ovat erilaisia kuin toisia spesialiteetteja edustavat lääkärit ja hoitajat.

Johtajilla on henkilökohtaista kokemusta siitä, että eri sairaaloissa ja kliinisissä yksiköissä on keskenään erilaisia tapoja tehdä tiettyjä asioita: tietyssä sairaalassa tai tietyssä yksikössä sovellettu toimintatapa ei olekaan hyväksyttävä jossakin toisessa sairaalassa tai yksikössä.

...otetaan esimerkki, et potilas, taikka lääkäri tulee Kuopion yliopiston sairaalasta töihin ja hänellä on totuttu, et KYSissä lääkäri tekee aina näin ja näin ja näin ja hoitajat tekee näin ja näin ja näin. Ja sit hän tulee ja ohjeistaa ja pyrkii muuttamaan tätä meidän yksikköön toimimaan sen mallin mukaan tai.. tai jonkun muun yksikön mallin mukaan. (Keskijohto, lääkäri).

Täten johtajat puhuivat tavasta toimia tai kulttuurista haastatteluaineistossa konkreettisessa merkityksessä. Kulttuuri määrittää, miten sairaalassa toimitaan sallimalla, edellyttämällä ja rajoittamalla toimintaa. Sen lisäksi se selittää, miten eri spesialiteetteja edustavat ihmiset, erityisesti lääkärit, poikkeavat toisistaan (ks. alaluku 3.5.3.3). Se on varsin hyödyllistä tietoa erityisesti ylimpään johtoon kuuluville, jotka johtavat useampien spesialiteettien edustajia. Tapa toimia tulee vähitellen organisaation jäsenille itsestäänselvyydeksi. Kulttuurin olemassaoloa ei välttämättä tiedosteta, koska “normaali” käyttäytyminen on itsestään selvää (Gagliardi 1986, 122).

Seuraavassa käsittelen joitakin johtajan toimintakenttään liittyviä toimintatapoja, joista haastateltavat kertoivat jokseenkin samalla tavalla riippumatta heidän organisaatiostaan, taustastaan tai hierarkkisesta asemastaan. En pyri tyhjentävästi käsittelemään kaikkea, mikä tutkimusaineistossa mielestäni liittyy vakiintuneiden toimintatapojen noudattamiseen tai noudattamatta jättämiseen. Nostan esille sellaisia tutkimustuloksia, joille ei myöhemmissä luvuissa ole mielestäni luontevampaa paikkaa. Esimerkiksi ammatteihin, spesialiteetteihin, organisaatioasemaan kiinnittyviin hierarkioihin ja toimenkuviin liittyvää kulttuuristakin ulottuvuutta käsittelen alaluvuissa 3.5 ja 3.6. Näin menettelen, koska mielestäni siten pystyn paremmin kuvaamaan johtajan toimintakenttää kokonaisuutena.

“Turhat” palaverit

Sairaalan keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien haastateltavien työpäivistä merkittävä osa kuuluu heidän kertomansa mukaan erilaisissa palavereissa, joista osaa he pitivät epätarkoituksenmukaisina tai jopa turhina. Palavereja pidetään kaikilla sairaalaorganisaation hierarkiatasoilla osastoista ylimmän johdon johtoryhmiin. Suurin osa palavereista on tutkimusaineistossa sairaalansisäisiä, mutta sekä keskijohdolla että erityisesti ylimmällä johdolla on kokouksia sairaalan ulkopuolisten toimijoiden kanssa (esimerkiksi terveyskeskukset, yksityiset palveluntuottajat, ammattikorkeakoulut, muut sairaalat, yliopistot sekä sosiaali- ja terveysministeriö). Sairaalansisäiset palaverit ovat usein säännöllisiä. Sellaisia tuli haastatteluissa esille runsaasti (ks. liite 14).

Keskijohdon lääkärijohtaja koki menettävänsä muiden koolle kutsumissa palavereissa aikaa, jonka voisi muuten käyttää potilastyöhön.

kokouksia on hirveen paljon, niitä on mun mielestä ihan älyttömän paljon, mutta mä en kerree, että mä.. Mä oon priorisoinu ne tietyt asiat, sitten taas se, että mä häippäsen sieltä aina pois, niin se vie sitten tuota klinikassa oloaikkaa pois. (Keskijohto, lääkäri).

Tiettyä asiaa saatetaan käsitellä useassa eri kokouksessa, johon sama lääkärijohtaja osallistuu.

Joissa on pakko käydä, niin semmoseen menee, että siis siellä saatetaan samaa asiaa jauhaa eri paikoissa ja sitten vielä melkein puolet on samoja ihmisiäkin. Että tämmöstä joutokäyntiä on ihan tarpeettoman paljon, et mä en, mun.. aikani ei riitä semmoseen. (Ylin johto, lääkäri).

Ylimpään johtoon kuuluva koki “joutuvansa” osallistumaan asemansa takia sellaisiinkin palavereihin, joihin hänen osallistumisensa ei olisi välttämätöntä.

...meillä on hirveen vahva tämmönen työryhmäkulttuuri, jossa me kaikki sitten ollaan tietyllä panoksella mukana eri työryhmissä ja nehän vie hirveesti aikaa. Ja jos mä nyt esimerkiks sanoisin niin joku Savuton sairaala, mä oon tällasen työryhmän puheenjohtaja, niin mä uskon et sen homman hoitas joku muukin, mutta hyvin usein ajatellaan niin, että tietyssä ryhmässä pitää olla joku johtoryhmän jäsen, et siihen tulee tämmönen tietty auktoriteetti ja suora yhteys johtoryhmään. Tää on yks esimerkki siitä, että pitäis tehdä karsintaa sitten, että suunnata johtoryhmän jäsenten työaika tämmösiin strategisiin kysymyksiin ja niitten johtamiseen. (Ylin johto, hoitaja).

Johtoryhmäkokoukset ovat tutkimusaineiston perusteella keskeisiä kokouksia, ja niihin haastateltavat suhtautuvat eri tavalla kuin muihin palavereihin. Johtoryhmäkokouksia pidetään sairaaloissa useilla hierarkiatasoilla, kuten vastuuyksiköissä, tulosityksiköissä, toimialuetasolla sekä toimialueiden yläpuolisella hierarkiatasolla. Kaikki haastateltavat osallistuvat ainakin kahden johtoryhmän työskentelyyn. Johtoryhmätyöskentelyä he pitivät tärkeänä ja oman yksikkönsä johtoryhmää keskeisenä henkilökohtaisena johtamisen apuvälineenä.

Tämä kaksijakoinen suhtautuminen palaverihin, jossa varsinkin oman yksikön johtoryhmätyöskentelyyn suhtaudutaan myönteisesti ja muihin palaverihin kielteisesti, on samansuuntainen laajan suomalaisille sosiaali- ja terveysalan johtajille tehdyn tutkimuksen tulosten kanssa. Sekä erikoissairaanhoidon että terveyskeskusten johtajat halusivat lisätä omaa ajankäyttöään johtoryhmätyöskentelyyn ja vähentää aikaa, jonka he käyttivät muihin kokouksiin (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto 2007, 24). Tässä tutkimuksessa palaverihin kriittisesti suhtautuvat johtajat eivät tuoneet esille, että heidän itse johtamansa ja kokoon kutsumansa palaverit olisivat tarpeettomia. ”Turhat” palaverit ovat haastatteluaineistossa muiden kuin haastateltavien itsensä kokoon kutsumia.

Kysymys palaverien tarpeellisuudesta ei mielestäni ole niin yksinkertainen kuin johtajat haastatteluissa esittävät. Toki on mahdollista, että haastateltujen organisaatioissa on vallalla sellainen toimintatapa, että palavereja pidetään hyvin kritiikittömästi miettimättä, saavutetaanko niistä hyötyä vai ei. Tällöin kyseessä on toimintatapa, joka ei tehokkaasti palvele sairaalan tarkoitusta, potilaiden parantamista ja heidän terveyden ja toimintakykynsä edistämistä.

Toinen mahdollinen tulkinta on, että kulttuurisena tapana ei olekaan turhien palaverien pitäminen vaan niistä valittaminen⁸⁵. Erikoistuneen, hierarkkisesti ja ammatillisesti jakautuneen ja monista eri toimijoista koostuvan organisaation koordinointi edellyttää toimijoiden välistä vuorovaikutusta, jotta organisaatio toteuttaisi yhteistä tavoitettaan. Tästä näkökulmasta palaverit ovat organisaation toiminnan kannalta tarpeellisia, ehkä välttämättömiä vuorovaikutuksen areenoja eivätkä suinkaan turhia. Havainto, että johtajat pitävät itse kokoon kutsumiaan palavereja tarpeellisina, mutta osaa muiden kokoon kutsumista ”turhina”, voi liittyä siihen, että erityisesti keskijohdossa työskentelevien johtajien mielenkiinto on tutkimuksen mukaan rajoittunut omaan yksikkönsä (ks. alaluku 3.5.3). Omaan yksikköön kuuluvien ja sitä lähellä olevien ihmisten vuorovaikutus koetaan tärkeäksi ja tarpeelliseksi, muu vähemmän tärkeäksi. Kun keskijohtoon kuuluva lääkärijohtaja kokee, ettei

⁸⁵ Tietenkin tekstissä esittämiäni kahden selityksen välimuodot ja kombinaatiot ovat myös mahdollisia.

palaveri häntä kiinnosta ja siihen käytettävä aika on pois kliinisestä työstä, on luonnollista kutsua palaveria “turhaksi”.

Valittaminen liian monista palavereista toimii myös ylimmän johdon osalta tapana viestittää haastattelijalle kiirettä ja tietynlaista eettistä arvopohjaa. Palaverien suuri määrä tarjoaa yhden selityksen, jolla haastateltava voi tehdä ymmärrettäväksi itselleen ja haastattelijalle, miksi hän ei kykene tehokkaammin toimimaan eettisen arvopohjan edellyttämällä tavalla (vrt. 3.7.2).

Jakelu kaikille – varmuuden vuoksi

Johtajille tulee heidän kertomansa mukaan päivittäin suuri määrä sähköposteja. Lisäksi he vastaanottavat pöytäkirjoja, raportteja, tiedotteita ja selvityspyyntöjä yms. postia paperimuodossa. Kukaan haastateltavista ei kerro saavansa liian vähän tietoa sairaalan asioista. Lisäksi runsaasti tietoa on saatavissa sairaalan intranet-sivuilta, mutta se edellyttää omaa viitseliäisyyttä ja taitoa osata käyttää sivustoja.

Osalla haastatelluista johtajista on kertomansa mukaan vaikeuksia hankkia omassa työssään tarvitsemaansa tietoa. Syy paradoksiin lienee *informaatiotulva*⁸⁶. Informaatiota tulee monista eri kanavista, mutta siitä ainoastaan osa on johtajan kannalta relevanttia, koska tietoa ei ole riittävästi jalostettu ja fokusoitu (vrt. Parvinen ym. 2005, 56).

...sieltä tulee niin älyttömästi sitä paperia, mutta mulla ei oo.. Mähän voisin niitä lukea iltasella, mutta en mä niitä lue [naurua]. (Keskijohto, lääkäri).

Aineistossa johtajien informaatiotulva ilmenee erityisesti sähköpostien suurena määränä.

100 - 150 sähköpostia voi tulla päivässä. (Ylin johto, lääkäri)

No joo, kaikki ohjeet ja kaikki on sähköpostissa, sitte lääkärit valittaa, kun ei alaiset jaksa ja viitti avata niitä sähköposteja.. Tai siis ei ehdi tehdä kaikkea. (Keskijohto, lääkäri).

⁸⁶ Sheridan ja Ferrell (1974) määrittelevät *informaatiotulvan (information overflow)* tilanteeksi, jossa tietoa tulee niin suurella nopeudella, että sitä ei ehdi omaksua. Kirjallisuudessa käytetään myös ilmausta *information overload* (esimerkiksi Baldacchino, Armistead ja Parker 2002; Wilson 2001; Edmunds ja Morris 2000; Hanka ja Fuka 2000; Speier, Valacich ja Vessey 1999), jolla tarkoitetaan liian suuren informaatiomäärän vastaanottamista. Lähellä näitä käsitteitä ovat myös *cognitive overload* (Vollman 1991), *sensory overload* (Libowski 1975), *communication overload* (Meier 1963), *knowledge overload* (Hunt ja Newman 1997) ja *information fatigue syndrome* (Wurman 2001).

...kun ne vaan jaksas lukee ja ehtis lukee, et se on se ongelma. Niinku kaikki meistä tiedetään, että sähköposti on, se on aika puuduttava. Ja että ei se oo mikään paras tapa sitä tietoo jakaa... (Ylin johto, lääkäri).

Tietojohdamisen (knowledge management) tutkijat tuntevat tilanteen, jossa johtajan vastaanottaman tiedon määrä lisääntyy, mutta yhä pienempi osa tiedosta on käyttökelpoista⁸⁷. Ilmiö tunnetaan myös terveydenhuolto-organisaatioissa (esimerkiksi Walton ja Hall 2004; Wilson 2001; Hunt ja Newman 1997). Tiedon ja informaation määritelmistä ja keskinäisestä suhteesta vallitsee tiedeyhteisössä erilaisia käsityksiä⁸⁸. Girardin mukaan (2006) tutkijoiden enemmistö erottaa toisistaan datan, informaation ja tiedon. Ne muodostavat hierarkkisen arvoketjun, jossa informaatio rakentuu datan pohjalta ja tieto muun muassa informaation pohjalta. Davenportin ja Prusakin mukaan (1998, 2) data koostuu irrallisista tapahtumia koskevista tosiasioista⁸⁹. Heidän mukaansa informaatio poikkeaa datasta siten, että informaatio on viesti, jolla on lähettäjä sekä vastaanottaja, ja lähettäjä olettaa informaation muuttavan vastaanottajan ymmärrystä tai hänen toimintaansa. Druckerin (1998) mukaan informaatio on sellaista dataa, joka on relevanttia ja jolla on tarkoitus. Täten vastaanottaja viime kädessä ratkaisee, onko kyseessä data vai informaatio. Vaikka lähettäjä pitäisi lähettämäänsä tietomateriaalia informaationa, saattaa se vastaanottajalle ollakin vain dataa (Girard 2006). Hierarkian kehittynein taso, tieto, antaa valmiuksia arvioida uusia kokemuksia ja yhdistää kokemuksia ja informaatiota⁹⁰. Liika informaatio voi olla organisaatiossa ongelma, mutta liika tieto ei sitä ole (Fineman ym. 2005, 352–353).

Informaatitulva saattaa osaltaan olla seurausta byrokraattiselle organisaatiolle tyypillisestä korkeasta formalisaatioasteesta: toiminnan tulee perustua muodolliseen ohjeistukseen, jonka tulee olla kirjallista (ks. alaluku 4.2.2). Saattaa olla, että asioiden esittämistä kirjallisessa muodossa pidetään itsestäänselvyytenä silloinkin, kun sille ei ole toiminnallisia perusteita.

Johtajat eivät mainitse yksittäisiä toimijoita (esimerkiksi keskusjohto, henkilöstöhallinto tai luottamusmiehet), jotka ovat syypäitä heidän informaatiotulvaansa. He ilmaisevat asian epäspesifillä tavalla mainitsematta

⁸⁷ Ilmiöön viitataan usein lainaamalla runoilija T. S. Elliotin Rock-runon säkeitä (1935): “Where is the wisdom we have lost in knowledge? Where is the knowledge we have lost in information?”

⁸⁸ Jalonen (2007, 61–65) tarkastelee väitöskirjassaan erilaisia kirjallisuudessa esitettyjä näkemyksiä tiedosta, informaatiosta ja kommunikaatiosta kuntaorganisaation näkökulmasta.

⁸⁹ “A set of discrete, objective facts about events”.

⁹⁰ “Knowledge is a fluid mix of framed experience, values, contextual information, expert insight that provides a framework for evaluating and incorporating new experiences and information. It originates and is applied in the minds of knowers. In organizations, it often becomes embedded not only in documents or repositories, but also in organizational routines, processes, practices, and norms” (Davenport ja Prusak 1998, 5).

informaation lähettäjää, sitä vain “tulee”. Tämä viittaa mielestäni siihen, että matalan kynnyksen tiedottaminen on sairaaloissa laajalti omaksuttu käytäntö. Tutkimusaineistossa sähköpostien lähettämiskynnys on johtajien kertomasta päätellen matala, ja tapana näyttää olevan liittää vastaanottajiksi useita henkilöitä. Siitä seuraa, että lähetetty tietoa ei olekaan vastaanottajille informaatiota vaan suurelta osin pelkkää dataa. Siksi sähköposteihin reagoidaan hitaasti, jos lainkaan, ja samalla menetetään merkittävä osa sähköpostin potentiaalisesta hyödystä.

Koska erityisesti keskijohdossa toimivan johtajan henkilökohtainen kiinnostus rajoittuu omaan erikoisalaan ja omaan organisatoriseen yksikköön (ks. alaluku 3.5.3.1), ei hänellä ehkä ole tietoa, jota hän tarvitsisi arvioidessaan, keille hänen lähettämänsä tietoa on informaatiota, keille pelkkää dataa. Sellaisessa tilanteessa, jossa johtaja ei osaa asiaa arvioida, hän toimii järkipäisesti tiedottamalla “varmuuden vuoksi” vähän suuremmalle joukolle.

Johtajat kertovat arvostavansa avointa tiedottamista ja pyrkivänsä itse toimimaan vastaavasti. Sähköpostien osoittaminen laajemmalle joukolle palvelee näitä pyrkimyksiä. Lisäksi tiedottamatta jättäminen voidaan helposti kohdistaa yksilöön, joka siihen syyllistyy. Matalan kynnyksen tiedottamista ei voi yhtä helposti kehenkään henkilökohtaisesti liittää, varsinkin kun muut toimivat samalla tavalla. Osoittamalla sähköposti laajalle joukolle voidaan varmistaa, että asia on “ainakin tiedotettu”. Jollei tieto mene perille, ei “syyllisyys” ole enää tiedottajalla vaan sillä, joka ei ole tietoa informaatiotulvastaan suodattanut.

...onhan se tehokas kun tässä illalla panee jakelun kaikille niin.. sitten kaikki lääkärit, kaikki osastonhoitajat ja sitten.. poliklinikan vastuuhenkilöt, mä paan niille, niin sit se on ainakin tiedotettu. (Ylin johto, lääkäri).

Tämän tutkimusaineiston perusteella ei voi arvioida, ketkä informaatiotulvaa sairaalassa aiheuttavat tai aiheuttaako esimerkiksi ylin johto sitä enemmän kuin keskijohto. Sekä ylimpään johtoon että keskijohtoon kuuluvat valittavat informaatiotulvasta, jonka kohteina he ovat. Ylimpään johtoon kuuluvilla johtajilla on keskijohtoa parempi käsitys sairaalaorganisaatiosta kokonaisuutena. Täten ylimpään johtoon kuuluvilla olettaisi olevan keskijohtoa paremmat valmiudet arvioida, kenelle lähetetty tietoa on informaatiota, kenelle dataa. Heidän tasapuolisuutta suosiva tapansa toimia saattaa kuitenkin johtaa siihen, että ylin johtokin tiedottaa “varmuuden vuoksi”, jotta ei herättäisi epäilyä, että se suosii tai syrjii joitakin omassa tiedottamisessaan. Ylimpään johtoon kuuluvan kannalta on pienempi

virhe tiedottaa liikaa kuin liian vähän – varsinkin kun siitä ei jää kiinni, kuten tiedottamatta jättämisestä voi jäädä.

Haastateltavat tuovat esille muitakin sähköpostin käyttöön liittyviä ongelmia: Sähköpostilla korvataan henkilökohtaisia tapaamisia myös silloin, kun tapaaminen olisi asioiden hoitamisen kannalta parempi ratkaisu. Sähköpostitse esitetään asioita harkitsemattomalla tavalla “päin naamaa”. Sähköpostien jatkolähtämiseen liittyy ongelmia silloin, kun kahdenkeskiseksi tarkoitettuja keskusteluita lähetetään jatkolähtetyksinä eteenpäin uusille vastaanottajille.

Olemmehan yhtä mieltä, emmekö olekin?

Organisaation jäsenten välisten erimielisyyksien voi olettaa näkyvän erityisesti sellaisilla päätöksentekoaarenoilla, joilla usealla, erilaiset intressit ja taustan omaavalla organisaation jäsenellä on vaikuttamismahdollisuuksia siihen, miten asioita organisaatiossa hoidetaan. Sairaalassa johtoryhmät ovat tällainen arena. Tutkimusaineistossa johtoryhmiä toimii useilla organisatorisilla hierarkiatasoilla. Ne ovat siinä suhteessa kaikki samanlaisia, että vetäjänä toimii kyseisen hierarkiatason (esimerkiksi tulosalue tai tulosityksikkö) johtaja ja jäsenenä on hänen alaisinaan toimivia johtajia. Johtoryhmät kootaan edustavuuden periaatteella. Henkilön asema sairaalaorganisaatiossa määrittää, kuuluuko hän johtoryhmään vai ei. Henkilöstö valitsee omat edustajansa, jotka vaihtuvat määräajoin. Esimerkiksi tulosityksikön johtoryhmän kokoukseen osallistuu tulosityksikön vetäjän (aineistossa kaikki lääkäreitä) lisäksi ylihoitaja, vastuuyksiköiden lääkärijohtajat, osastonhoitajat, hoitohenkilökunnan valitsema edustaja, sihteeri ja ulkopuolinen taloushallinnon edustaja.

Konsensushakuisuus on leimallista koko haastatteluaineistolle riippumatta haastateltavien ammattitaustasta tai asemasta organisaatiohierarkiassa. Ilmiö näkyy erityisesti johtajien puhuessa johtoryhmätyöskentelystä. Kaikkien mielipiteitä toki kuunnellaan, mutta puheenjohtajan kannasta eriäviä mielipiteitä esitetään harvoin. Jos niin tapahtuu, niin yksimielisyyttä haetaan keskusteluilla. Kompromisseja tehdään, mutta harvoin puheenjohtaja muuttaa kokouksen kuluessa merkittävästi omaa kantaansa. Tilanteet, joissa yksimielisyyttä ei saavuteta, ovat haastatteluaineiston perusteella poikkeuksellisia. Jos niin tapahtuu, asia jää auki, siirtyy tulevaisuuteen tai raukeaa kokonaan. Aineistoon kuuluu joitakin mainintoja tilanteista, joissa puheenjohtaja teki kiireellisestä asiasta päätöksen, vaikka yksimielisyyttä ei

ollut saavutettukaan. Niissäkin tilanteissa puheenjohtaja toimi hienovaraisesti pyrkien vaalimaan konsensushenkeä.⁹¹

Konsensushakuisuus saattaa ilmentää sairaaloissa vallitsevaa *neuvoteltua sosiaalista järjestystä*.⁹² Pirstaleisessa ja ristiriitaisissa intressejä sisältävässä toimintakentässä (ks. alaluvut 3.5 ja 3.6) ristiriitoja välttelevä ja yksimielisyyteen pyrkivä tapa toimia saattaa olla hyvin järkevä. Kyse ei ole siitä, että kaikki ovat aina samaa mieltä, vaan kyse on sellaisesta tavasta toimia, jolla estetään erimielisyyksien kärjistymisen näkyviksi konflikteiksi. Konfliktien kärjistymisen kriiseiksi ei ehkä hyödytä ketään. Kokenut johtaja ei ota johtoryhmänsä asialistalle arkoja kysymyksiä, joista yksimielisyyttä ei voida saavuttaa. Sellaiset asiat käsitellään muualla tai valmistellaan etukäteen siten, että on jokseenkin varmaa, että avointa konfliktia ei synny. Tällainen toimintatapa edellyttää ymmärrystä siitä, mitkä ovat arkoja asioita ja missä kulkevat osapuolten jouston rajat.

Koska asialistat ovat tällä periaatteella laadittuja, tulee vakiintuneeksi toimintatavaksi olla samaa mieltä puheenjohtajan kanssa. Kynnystä erimielisyyteen lisännee tosiasia, että puheenjohtajalla⁹³ on muihin johtoryhmän jäseniin nähden auktoriteettiasema toiminnallisessa organisaatiohierarkiassa (ks. alaluku 3.6.2). Niissä poikkeuksellisissa tapauksissa, joissa erimielisyyksiä kaikesta huolimatta tulee esille ja yhteistä näkemystä ei kyetä saavuttamaan, puheenjohtaja siirtää asian käsittelyä eteenpäin tai antaa sen tyystin raueta.

Päätöksenteon ja vallankäytön kannalta tällaisesta toimintatavasta voi olla seurauksena, että:

- johtoryhmä, joka on sitoutunut kokouksissaan ristiriitojen välttämiseen ja yksimielisiin päätöksiin, ei ehkä tee kokouksissa sellaisia päätöksiä, joissa aidosti on avoinna useita erilaisia päätösvaihtoehtoja. Poikkeuksia ovat asiat, jotka eivät suoranaisesti liity yksikön varsinaiseen toimintaan, esimerkiksi pikkujoulujuhlien viettoa.
- valtaa on niillä, jotka voivat vaikuttaa asioihin, kun niitä vasta valmistellaan, koska siinä vaiheessa tapahtuu päätöksenteko siitä, millaisena jokin asia esitetään hyväksyttäväksi.⁹⁴

⁹¹ Hienovaraisuus ilmenee puheenjohtajan tavassa tehdä päätös, josta ei saavutettu yksimielisyyttä. Puheenjohtaja sanoi esimerkiksi, että ”periaatteessa olen samaa mieltä, mutta” tai ”kokeillaan nyt näin”. Ilmaisuilla puheenjohtaja mielestäni viestittää ymmärtävänsä toimintansa olevan poikkeuksellisista.

⁹² Merkittävässä tutkimuksessaan Strauss ym. (1963) havaitsivat toimintaa sairaaloissa. He totesivat, että sairaaloissa vallitsee sisäinen, kirjoittamaton ja tiedostamaton säännöstönsä, joka selittää yksilöiden ja ammattiryhmien käyttäytymistä enemmän kuin virallinen säännöstö ja hierarkia. He puhuvat sairaalan *neuvotellusta järjestyksestä (negotiated order)*. Neuvoteltu sosiaalinen järjestys on sairaaloissa jatkuvassa, hitaassa muutoksessa (Wiili-Peltola 2000, 95).

⁹³ Aineistossa johtoryhmien puheenjohtajat ovat yhtä (hoitajaa) lukuun ottamatta lääkäreitä.

⁹⁴ Myös kunnallisessa päätöksenteossa valtaa käytetään asioita valmisteltaessa (Jalonen 2007).

Palaan teemaan vielä käsitellessäni valtaan ja vastuuseen liittyviä kysymyksiä johtajan toimintakentässä (ks. alaluku 3.6.2).

Tasapuolisuutta vai tasapäisyyttä?

Sairaaloissa on haastattelujen perusteella tapana toimia siten, että kaikkia toimijoita (henkilöitä ja organisatorisia yksiköjä) kohdellaan samalla tavalla kuin muitakin vastaavia toimijoita. Se on tasapuolista, mutta ei välttämättä tarkoituksenmukaista potilaiden edun, toiminnan tehokkuuden ja taloudellisuuden kannalta. *Tasapäistämisellä* kuvaan asiantilaa, jossa ihmisiä tai ihmisistä muodostuneita ryhmiä (esimerkiksi organisaation yksiköitä) ei kohdella eikä arvioida yksilöllisinä toimijoina, vaan kaikkia kohdellaan samalla tavalla ominaisuuksista tai suorituksista huolimatta. Tasapäistäminen on siten tasapuolista – hyvät eivät erotu huonoista – mutta samalla tasapäistäminen tuhoaa motivaation olla hyvä. Tutkimusaineistossa tasapäistämistä tapahtuu erityisesti talouteen liittyvissä asioissa, ja se aiheuttaa ongelmia keskijohtoon kuuluville johtajille (ks. alaluku 3.6.2.6).

Paineita tasapäistämiseen haastatteluaineistossa aiheuttavat erityisesti kaikkein ylin johto ja hoitotyötä tekevä henkilöstö. Ylin johto pitää huolta siitä, että “talon linja” pitää, kun uusia työntekijöitä palkataan, mikä aiheuttaa erityisesti hoitajajohtajille vaikeuksia, jos erikoiskoulutettuja ammattilaisia ei ole saatavissa taloon samalla palkalla kuin muita⁹⁵. Poikkeuksia linjasta on hyvin vaikea saada läpi, mikä pakottaa johtajan erilaisten “luovien” (so. opportunististen) ratkaisujen etsimiseen. Yksilöllinen palkkaus tai yksilöllisistä suorituksista palkitseminen herättää hoitohenkilöstössä kateutta ja aiheuttaa hoitajajohtajalle ongelmia.

...et on sanottu monta kertaa, et pitää pysyä linjassa, niin me ollaan yritetty aika innovatiivisia palkkaratkasuja esimerkiksi ajaa täällä läpi ja ensimmäisenä menty kokeileen niitä, et koska me halutaan nähdä että.. minkälaisia mahdollisuuksia ois, mut niissä tulee sit tietysti aina X:n (=haastateltavan sairaala) rajat sitten jossain vaiheessa vastaan, että joku meidän hyväks todettu kokeilu on aiheuttanu niin paljon kateutta muualla sairaalassa, että se on sitten vedetty meiltäkin pois. Että se on ehkä semmonen, mikä herättää närää (Keskijohto, hoitaja).

⁹⁵ Lääkärien palkkauksessa on haastatteluaineiston perusteella enemmän mahdollisuuksia yksilölliseen joustoon.

Tasapäistämisestä on mielestäni kyse myös sellaisissa tilanteissa, joissa jonkin sairaalaan kuuluvan yksikön ongelmien vuoksi tarpeellisiksi katsotut toimenpiteet ulotetaan koko sairaalaorganisaatiota koskeviksi. Johtaja kokee toimintatavan epäoikeudenmukaiseksi, kollektiiviseksi rankaisuksi: yksi tekee virheen, mutta kaikki kärsivät.

...jos joku täällä tekee huonosti, niinku nyt oli näitä työpanosyrityksiä... jossakin oikein rajusti, no sit vedettiin koko kaikille samat määräykset, samat tiukennukset. (Ylin johto, lääkäri).

Henkilöstön puolelta tuleva paine tasapäistämiseen on haastatteluaineiston ylimmänkin johdon tiedossa.

...jos joku on saanut palkallista virkavapaata siihen tai toinen tuolla, niin kyllä ne hyvin äkkiä tiedetään, jos niil on vähän erilaiset ratkasut. Ja ne ratkasut voi kyllä ihan perustellusti olla erilaiset, mutta niil on niin jo hirveen vahva samuuden.. semmonen.. se historia julkisessa, et kaikilla pitäs olla samaa, saman verran, yhtä paljon ja kaikki perusteet pitäs olla samaa ja kaikki pitäs olla ja se on, se on menny melkein kestäättömäks se samuuden tarve. (Ylin johto, hoitaja).

Aineistossa ei ole viitettä siitä, että ylimpään johtoon kuuluvat johtajat tiedostaisivat itse aiheuttavansa samanlaisia paineita keskijohdolle.

Haastateltavat johtajat kyllä tiedostavat, että tasapäistäminen aiheuttaa ongelmia sairaalan järkipärisen toiminnan kannalta. Tiedon tai ymmärryksen puutteesta ei ole kysymys. Tasapuolisuuden ideaalin kääntyminen tasapäistämiseksi saattaa olla osoitus vallitsevasta byrokraattisesta johtamisesta ja siihen liittyvästä johtamiskulttuurista. Ideaalibyrokraatian tavoite on oikeudenmukainen: laillinen hallinta rationaalisella tavalla (Weber 1924/1968). Ideaalibyrokraatiassa virkamiehet ovat auktoriteetin alaisia vain henkilökohtaisten virkavelvollisuuksien osalta. (Salminen 2002, 63–64.) Organisaatio on järjestetty sisäisen hierarkian, asteellisen ja asiallisen kompetenssin pohjalta. Asioiden hoito on kirjallisin säännöin sidottua. (Salminen 2002, 63–68.) Virkamiehet ovat tällaisessa organisaatiossa vaihtokelpoisia, kunhan he täyttävät kyseisen viran pätevyysvaatimukset (Takala 2002, 71–72). Koska virkamiehet täyttävät viran vaatiman pätevyyssehdon, he eivät erotu yksilöinä, joilla on erilaiset edellytykset selviytyä annetuista tavoitteista ja joita tulee myös johtaa yksilöinä.

Kinnunen, Kivinen, Lammintakanen ja Taskinen (2008, 110) puhuvat terveydenhuollossa vallitsevasta “vahvasta ‘tasapäistämisen kulttuurista’ eli tasajaon ajatuksesta”, joka vaikeuttaa palkitsemisjärjestelmien kehittämistä. Ilmiötä voi tarkastella myös byrokraattisen ja managerialistisen

johtamisparadigman ristiriitana (ks. Torppa 2007, 77). Kirjallisiin sääntöihin perustuva, kollektiivinen tapa ohjata organisaation toimintaa (byrokraattinen johtamisparadigma) ei johda johtajan kannalta oikeudenmukaiseen lopputulokseen, jos se jättää huomioon ottamatta, miten hyvin johtaja on hänelle asetetut tavoitteet saavuttanut (managerialistinen johtamisparadigma).

Alaluvussa 3.7.2. käsittelen tasapuolisuutta johtajien esille tuomana arvona.

3.5 Erikoisalat ja ammattiryhmät johtajan toimintakentässä

Sairaalayhteisö koostuu sairaalassa toimivista ihmisistä. He tapaavat toisiaan, ovat vuorovaikutuksessa ja tekevät yhteistyötä. Johtajan toimintakentässä läsnä olevia ihmisiä voidaan ryhmitellä lukemattomien kriteerien perusteella erilaisiin ryhmiin ja muodostaa niiden avulla ihmisistä koostuvia rakenteita. Täten sairaalayhteisö ja sen muodostama organisaatiokokonaisuus voidaan jakaa pienempiin ihmistä koostuviin rakenteisiin⁹⁶.

Näihin yhteisöllisiin rakenteisiin pääsin kiinni tekemällä haastatteluaineistosta toimija-analyysin sekä analysoimalla dokumenttiaineistoa. Haastatteluaineisto ja dokumenttiaineisto antavat tässä suhteessa toisiaan täydentävän näkökulman johtajan toimintakenttään sairaalassa. Dokumenttiaineistossa painottuvat sairaalaorganisaation rakenteisiin liittyvät asiat, esimerkiksi organisaatiokaaviot ja viralliset organisaatiomääritykset. Haastatteluaineistossa painottuu puolestaan sairaalayhteisön näkökulma, esimerkiksi ketkä sairaalassa toimivat, millainen on heidän suhteensa toisiinsa ja mikä sitä määrittää. Haastatteluaineiston ja dokumenttiaineiston välittämä kuva todellisuudesta ei ole tässä suhteessa täysin yhteneväinen ja ristiriidaton.

Tutkimusaineistossa keskeisiä sairaalayhteisön rakenteita ovat ammattiryhmät, lääketieteelliset erikoisalat sekä virallisten organisaatiomääritysten ja perinteisen toimintatavan mukaiset rakenteet. Johtajan toimintakentässä sairaalayhteisöön liittyvät rakenteet ovat tämän tutkimuksen perusteella johtajan kannalta hyvin merkittäviä. Tämä johtuu muun muassa siitä, että ne eivät ainoastaan määritä sairaalan toimintaa muodostamalla toiminnalle puitteita, vaan ne näyttäytyvät tutkimusaineistossa itsessään myös toimijoina⁹⁷.

Lääkärien ja hoitajien ammattiryhmät kietoutuvat aineistossa moninaisin tavoin sairaalan sisäisiin hierarkioihin, erityisesti työnjako-, toimivalta- ja

⁹⁶ Ks. *rakenne* ja *sosiaalinen rakenne* alaluku 2.1.

⁹⁷ Ks. *toimija* ja *toimija-analyysi* liite 7.

vastuukysymyksiin. Näiltä osin käsittelen niitä vasta alaluvussa 3.6. Tällä pyrin parantamaan tutkimuksen luettavuutta esittämällä tutkimuskysymysteni kannalta oleellisen asiakokonaisuuden samassa luvussa. Samasta syystä tarkastelen lääkäri- ja hoitajajohtajien välistä yhteistyötä vasta, kun olen esittänyt, miten lääkäri- ja hoitajajohtajuus kietoutuu sairaalan työnjako-, toimivalta- ja vastuukysymyksiin. Näiden valintojen takia hoitajiin ja lääkäreihin ammattiensa edustajina liittyvästä asiasta määrällisesti suurin osa tulee esille vasta myöhemmissä alaluvuissa, ja tämän alaluvun tehtävänä on selventää kontekstia, johon myöhemmin käsiteltävät ilmiöt sijoittuvat. Näistä rajauksista ja tulosten esittämisjärjestyksestä johtuu, että tämä alaluku painottuu lääketieteen erikoisaloihin eli specialiteetteihin.

3.5.1 Miten lääketieteelliset erikoisalalat liittyvät erikoissairaanhoidon organisaation rakenteeseen

Dokumenttiaineiston perusteella lääketieteelliset erikoisalalat näyttävät liittyvän erikoissairaalaorganisaatioiden rakenteeseen. Koska lääketieteen erikoisalalat liittyvät koulutetun ammattihenkilöstön, erityisesti lääkärien, koulutukseen (ks. luku 1), on ymmärrettävää, että ne osaltaan määrittävät koulutusorganisaatioiden rakennetta.

Erikoisalalat ovat näkyvissä kaikkien viiden yliopistollisen sairaanhoitopiirin organisaatiokaavioissa. Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatiokaavioon lääketieteen erikoisalalat on ryhmitelty perinteiseen tapaan konservatiivisten ja operatiivisten “tulosalueiden” (KYS) ja “tulosryhmien” (VSSHP) alle (ks. liite 10). Psykiatriset erikoisalalat on erotettu omaksi ryhmäkseen kaikissa viidessä yliopistosairaalassa.

Lääketieteen erikoisaloja noudattava organisoituminen on tavanomaista muissakin erikoissairaanhoidon organisaatioissa kuin yliopistollisissa sairaaloissa. Tulosityksiköt muodostuvat usein yhdestä lääketieteellisestä specialiteetista (ks. liite 11). Niissäkin koulutetaan erikoistuvia lääkäreitä.⁹⁸ Erikoissairaanhoidon organisaatioiden rakenne näyttää täten yliopistollisia sairaaloita laajemminkin olevan yhteydessä lääkärien erikoistumiskoulutukseen.

Toimintojen erottaminen eri lääketieteellisiin erikoisaloihin kuuluviksi antaa erikoistuvalla lääkärillä selkeän kuvan tulevan erikoisalansa sisällöstä ja

⁹⁸ Koulutusviran on oltava yliopiston hyväksymä ja erikoistuvan lääkärin on saatava kouluttajaltaan ohjausta (erikoislääkäriasetus 678/1998). Erikoistuminen kestää 5 tai 6 vuotta erikoisalasta riippuen. 6 vuoden erikoistumiseen kuuluva 2 v 3 kk pituinen runkokoulutus suoritetaan pääosin muualla kuin yliopistollisessa sairaalassa Tarkoituksena on turvata koulutuksen laaja-alaisuus ja päivystystoiminnassa tarvittavat valmiudet (Turun yliopisto opinto-opas 2007–2009).

oman erikoisalalan rajoista muihin erikoisaloihin nähden. Täten se selkeyttää erikoistumisprosessia sekä koulutettavan että kouluttajien kannalta, mikä on erikoistumiskoulutuksen kannalta tarkoituksenmukaista.

3.5.2 Miten johtajat puhuivat ammatillisista ryhmistä

Sairaalat ovat asiantuntijaorganisaatioita, joissa työskentelee useisiin erilaisiin ammattikuntiin kuuluvia ihmisiä, esimerkiksi sosiaalityön, taloushallinnon, tietotekniikan, kiinteistö- ja laitetekniikan, materiaalitoiminnan, farmasian, fysiikan, kemian, psykologian, ravitsemusterapian, ruokapalvelujen ja kunnossapitopalvelujen ammattilaisia. Lääkärit ja hoitajat eivät muodosta yhtenäisiä ammatillisia ryhmiä, vaan kumpikin ammattikunta jakaantuu toiminnallisesti ja ammattinimikkeen mukaisesti useisiin alaryhmiin. Hoitajakunta koostuu minun määrittelemälläni (ks. alaluku 1.3) tavalla yhteensä 16 erilaisesta ammatillisesta hoitajakategoriasta⁹⁹. Sairaanhoitajia työskentelee eri lääketieteen erikoisaloilla ja heidän ammatillinen peruskoulutuksensa vaihtelee lääkäreitä enemmän. Yhä enenevästi ylihoitajat ja osastonhoitajatkin ovat maistereita ja tohtoreita¹⁰⁰.

Lääkärien peruskoulutus on hoitajia yhtenäisempi, mutta erikoissairaanhoito-organisaatioissa lääkärikunta jakaantuu eri alojen erikoislääkäreiksi, jotka ovat saaneet oman erikoisalansa mukaisen erikoistumiskoulutuksen. Edellä esitetyn perusteella voisi olettaa, että johtajat toisivat puheessaan esille monipuolisen ammatti- ja ammattiryhmäkirjon. Näin ei kuitenkaan haastatteluissa tapahtunut. Haastatteluaineisto piirtää kuvaa vain kahdesta ammattikunnasta, lääkäreistä ja hoitajista, joista erityisesti lääkärikunta jakaantuu voimakkaasti lääketieteellisten erikoisalojen mukaisiksi alaryhmiksi.

Haastatelluille johtajille keskeisiä ammatteja ovat täten vain lääkärit ja hoitajat. Taloushallinto mainitaan joissakin haastatteluissa, muita ammatteja ei mainita haastatteluissa lainkaan. Tulos oli minulle yllätys, erityisesti ylimpään johtoon kuuluvien osalta, koska haastatteluteemani (ks. alaluku 2.4) liittyi ammatteihin ja ammattikuntiin, ei vain lääkäreihin ja hoitajiin. Taloushallinnon edustajat eivät toki ole samalla lailla yhtenäisen koulutuksen kautta syntyvä ammattikunta kuin lääkärien ja hoitajien ammattikunnat, mutta

⁹⁹ Ne ovat sairaanhoitaja, kätilö, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, hammashuoltaja, apuhoitaja, hammashoitaja, kuntahoitaja, lastenhoitaja, lähihoitaja, lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja, mielenterveyshoitaja, mielisairaanhoitaja ja perushoitaja. Kaikki tutkimusaineistoon kuuluvat hoitajajohtajat ovat suorittaneet joko sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai fysioterapeutin perustutkinnon.

¹⁰⁰ Yksi haastateltavista hoitajajohtajista on tohtori. Toinen valmisteele tohtorintutkintoa.

oletin taloushallintoa hoitavien ihmisten olevan johtajille tärkeitä yhteistyökumppaneita siitä syystä, että talouteen liittyvät asiat ovat heidän työssään keskeisiä. Talous osoittautuikin johtajille merkittäväksi asiaksi, mutta siitä huolimatta taloushallinnon ammattilaisten rooli jää johtajien toimintakentässä vähäiseksi.

Tämä saattaa viitata siihen, että lääkäri- ja hoitajajohtajat hahmottavat kokonaisuutta oman toimijuuden kautta, jolloin muut toimijat jäävät vähemmälle huomiolle. Toisaalta se voi liittyä kyseisten ammattikuntien vahvaan asemaan sairaaloiden johtamisessa yleensäkin. Kolmanneksi ammatillisen kirjjon vähäisyyttä voi selittää tosiasialla, että lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien toiminta sairaalassa liittyy välillisesti ja suoraan potilaiden hoitamiseen, sairaanhoitoon. Siinä työssä lääkäreillä ja hoitajilla on keskeisin rooli. Jos olisin tutkinut kiinteistöpalveluista, ravintopalveluista tai atk-palveluista vastaavia johtajia, olisi ammattiryhmäkirjo ollut varmasti erilainen ja todennäköisesti monipuolisempi.

Tutkimusaineistossa sekä lääkäri- että hoitajataustaiset johtajat puhuvat hoitohenkilökunnasta, osastonhoitajista ja ylihoitajista. Lääkärijohtajat puhuivat osastonhoitajista ja ylihoitajista tarkoittaen yksittäisiä henkilöitä, mutta hoitajajohtajat käyttivät kyseisiä ilmauksia myös tarkoittamaan osastonhoitajista tai ylihoitajista koostuvaa ryhmää (esimerkiksi ”osastonhoitajakokous” ja ”ylihoitajakokous”). Sen sijaan muut hoitajat, ”hoitohenkilökunta”, ilmenee sekä lääkäri- että hoitajataustaisten johtajien puheessa yhtenä ammatillisena ryhmänä. Se ei johtajien puheessa jakaudu alaryhmiin esimerkiksi koulutuksen pituuden, ammattinimikkeen tai sen mukaan, mihin hoitajaryhmään he kuuluvat terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan.

Tätä saattaa selittää se, että koko hoitajakunta kuuluu perinteisesti hoitajien ammatilliseen linjaorganisaatioon, jonka huipulla on ylihoitaja¹⁰¹ (ks. alaluvut 3.6.2.4 ja 3.6.2.5). Lääkärijohtajan näkökulmasta kaikki ylihoitajan alaiset ovat yhtä hoitohenkilökuntaa, josta erottuvat lähinnä ne yksilöt (osastonhoitajat ja ylihoitajat), joiden kanssa lääkärijohtaja on käytännössä tekemisissä.

Yhtä lukuun ottamatta kaikki haastattelemani hoitajajohtajat ovat ylihoitajia. Heillä on joko sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai fysioterapeutin pohjakoulutus ennen jatko-opintojaan. Kenelläkään hoitajajohtajista ei ole esimerkiksi apuhoitajan, perushoitajan, lähihoitajan, mielenterveyshoitajan tai muun nykyisin nimikesuojatun terveydenhuollon ammattihenkilön taustaa. Tämä saattaa osaksi selittää sitä, mikseivät nämä

¹⁰¹ Aineistoon kuuluvissa sairaaloissa johtava ylihoitaja ja hallintoylihoitaja ovat tavallisimmat nimikkeet hoitajien ammatillisen linjaorganisaation ylimmälle edustajalle.

ammattilliset ryhmät erotu hoitajajohtajien puheessa. Mikäli tutkisin lähihoitajien toimintakenttää erikoissairaalassa, näkyisi hoitajakunta aineistossa todennäköisesti vähemmän yhtenäisellä tavalla.

3.5.3 Miten spesialiteetit näkyvät haastatteluaineistossa

Haastateltavat puhuivat spesialiteeteista antaen niille kaksi merkitystä: He käyttivät taustastaan riippumatta spesialiteettien nimityksiä, kun he tarkoittivat sairaalaorganisaation rakenteellisia yksikköjä. He puhuivat esimerkiksi “konservatiivisesta puolesta” ja “operatiivisesta puolesta” sekä yksittäisistä erikoisaloista, kuten “urologiasta”, “neurologiasta”, “endokrinologiasta”, kun he tarkoittivat sairaalaorganisaation toiminnallisia yksikköjä, kuten tulosalueita, tulosityksikköjä tai vastuuyksikköjä. Vastaavasti johtajat puhuivat esimerkiksi “urologeista” tai “neurologeista” tarkoittaen nimenomaan tietyissä yksiköissä työskenteleviä lääkäreitä.

Rakenteellinen perusyksikkö on aineistossa usein yhden spesialiteetin suuruinen kokonaisuus. Osa haastatelluista lääkärijohtajista käytti siitä myös nimitystä klinikka. “Silmätaudit”, “silmätautien klinikka” ja “silmätautien tulosityksikkö” merkitsevät johtajan puheessa samaa. Täten johtajien kielenkäytössä spesialiteetti ei ainoastaan määrittänyt rakennetta, vaan spesialiteeteilla tarkoitettiin myös sairaalaorganisaation rakenteellisia yksikköjä.

Haastatteluaineistossa harvemmin esiintyvä merkitys spesialiteetille on lääketieteen erikoisala. Täten esimerkiksi “sisätaudeilla” johtaja saattoi tarkoittaa yhtäläisesti organisatorista yksikköä kuin lääketieteellistä erikoisalaa. Johtajat käyttivät spesialiteettien nimityksiä ikään kuin edellä mainitut merkitykset olisivat yhteneväisiä (organisaation rakenteellinen yksikkö = lääketieteellinen erikoisala)¹⁰². Teen seuraavissa alaluvuissa eron näiden kahden merkityksen välillä siten, että käytän termiä lääketieteen erikoisala silloin, kun kysymys on selvästi siitä. Kun puhun spesialiteeteista, käytän termiä siten, kuin johtajat sitä haastatteluissa käyttivät, mikä sisältää mahdollisuuden edellä mainitsemani kaksoismerkitykseen¹⁰³. Käytän sairaalaorganisaation toiminnalliseen rakenteeseen viittaava nimitystä (esimerkiksi operatiivinen tulosalue, keuhkosairauksien tulosityksikkö tai lastenpsykiatrian tulosityksikkö), kun kyse on selkeästi ja yksinomaan siitä.

¹⁰² Esitutkimusaineistoon kuuluvien lähijohtajien kielenkäyttö oli tässä suhteessa samanlaista.

¹⁰³ Aina ei aineistosta varmuudella ilmene, kummassa merkityksessä johtaja spesialiteettia käyttää. Esimerkiksi johtajan korostaessa oman spesialiteettinsa asemaa organisaation resurssien jaossa, molemmat merkitykset ovat yhtä aikaa läsnä.

Yksikään haastattelun teemoista ei käsitellyt spesialiteetteja. Silti sain niistä runsaasti tietoa, jota käsitellen tarkemmin seuraavassa.

3.5.3.1 Spesialiteetit määrittäjinä

Spesialiteetit määrittävät *organisaatiokaavioissa* kuvattuja rakenteita ja niiden välisiä suhteita.¹⁰⁴ Haastateltujen organisaatioissa spesialiteetit toimivat toiminnallisen organisaatorakenteen pohjana: tulosalueet ja tulos- ja vastuuyksiköt noudattavat pääsääntöisesti lääketieteellisiä erikoisaloja (ks. liite 10 ja 11). Yhdessä sairaanhoitopiirissä oli haastatteluajankohtana käytössä “prosessimainen toimintamalli”, johon oli hiljattain siirrytty (ks. liite 12). Siinä on perinteistä poiketen yhdistetty joitakin konservatiivisia ja operatiivisia erikoisaloja samaan organisatoriseen yksikköön¹⁰⁵. Koska toiminnallinen organisoituminen on toteutettu haastateltujen sairaalaorganisaatioissa erikoisalapohjaisesti, myös budjetointi, hankintojen valmistelu ja suoritteiden seuranta noudattavat spesialiteettijakoa heidän organisaatioissaan.

Spesialiteetit määrittävät työnjakoa. Se on ymmärrettävää erikoisalojen historiallisen kehityksen, koulutusjärjestelmän ja sairaaloiden toiminnallisen rakenteen pohjalta (ks. luku 1 ja alaluku 3.5.1) ja sen olemassaoloa osoitetaan organisaatiokaaviossa. Työnjaon rajat ovat haastatteluaineistossa tiukkoja.

...siellä urologian ylilääkäri vastasi, että se on teidän ongelma, ei se mulle kuulu (Ylin johto, lääkäri).

...ei nähdä sitä yhteisenä asiana.. ei pystytä niinku johtamaan erikoissairaanhoidoa loppuun asti, vaan ollaan siellä oman pienen urologisen osaston sisällä. (Ylin johto, lääkäri).

¹⁰⁴ *Organisaatiokaavioilla* pyritään antamaan yleiskuva organisaatiosta. Niitä laaditaan erilaisin periaatteiden ja painotusten pohjalta. Ne jättävät organisaation toiminnan kannalta oleellisia asioita huomioon ottamatta. Sellaisia ovat esimerkiksi koordinaatiojärjestelmät ja muu kuin auktoriteettiasemaan liittyvän valta. Byrokraattisessa organisaatiossa organisaatiokartalla osoitetaan toimijoiden välistä auktoriteettiasemaa. Funktioiden mukaan organisoidussa byrokraattisessa organisaatiossa organisaatiokartta ilmentää myös toimijoiden välistä työnjakoa. (Morgan 2006, 18–31; Hatch ja Cunliffe 296–299.)

¹⁰⁵ Yksi haastateltavista työskentelee tällaisessa yksikössä, jossa toimi kahteen eri lääketieteen erikoisalaan kuuluvia lääkäreitä. Lääkärit muodostivat kuitenkin yksikön sisässä lääketieteen erikoisalojen mukaisesti kaksi eri “vastuuryhmää”.

Taustalla lienee itsestään selvänä pidetty oletus, että yksikköjen vastuualueet noudattavat tiukasti lääketieteellisten erikoisalojen rajoja, ja vastuuta tulee ottaa vain omaan erikoisalaan ”kuuluvista” potilaista.

Spesialiteettien mukainen työjako aiheuttaa ongelmia sellaisissa tilanteissa, joissa ei saavuteta yksimielisyyttä eri erikoisaloihin kuuluvien kesken siitä, kenelle potilas ”kuuluu”. Tutkimusaineistossa ongelma ilmenee päivystysyksiköissä. Niihin saapuu monella tavoin sairaita potilaita, joiden ryhmittely lääketieteellisten erikoisalojen mukaan ei ole ongelmatonta. Syntyy rajapintaongelmia, jotka saattavat johtaa ”potilaan pallotteluun”, so. tilanteeseen, jossa kutakin erikoisalaa edustava lääkäri katsoo potilaan ”kuuluvan” jonkin toisen erikoisalan piiriin.

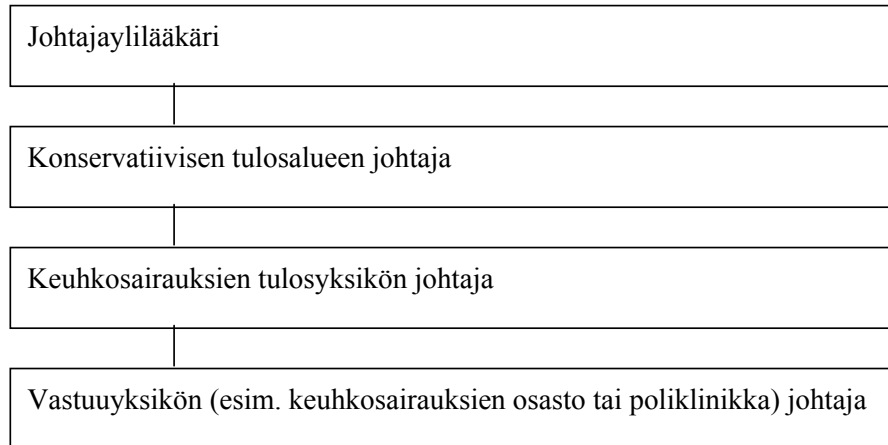
...tulee potilas, jota mä tutkin ja hoidan ja konsultoin asianomaisen erikoisalan lääkäriä ja sanon, et mun mielestä täs on näin ja näin ja näin, niin sielä on saattaakin joku sanoo et eikä, ei tehdäkään niin, tehdään toisin. Ja.. mitäs tää ei ois akuutti kirurginen vaiva. Konsultoi sisätautilääkäriä, sisätautilääkäri sanoo et ei tää oo sisätautien ongelma, konsultoi neurologia. Ja pahimmillaan se ois että hoitaa kaikki vaivat ja sitten terveyskeskuksesta se tulee, että ei kuulu enää perusterveydenhuollon piiriin, et joskus on, että mihkä mä lähden, vienkö mä sen meile autotalliin tän asiakkaan. (Keskijohto, lääkäri).

Spesialistit liittyvät edunvalvontaan. Aineistossa ylimpään johtoon kuuluva lääkäri kertoi, että tietyn alan erikoislääkärit kieltäytyvät tekemästä virkatyönä työtä samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvaan pienempään sairaalaan. He suostuvat tekemään työn ainoastaan yksityisesti yrityksen kautta, jonka omistajat kuuluvat samaan erikoisalaan¹⁰⁶.

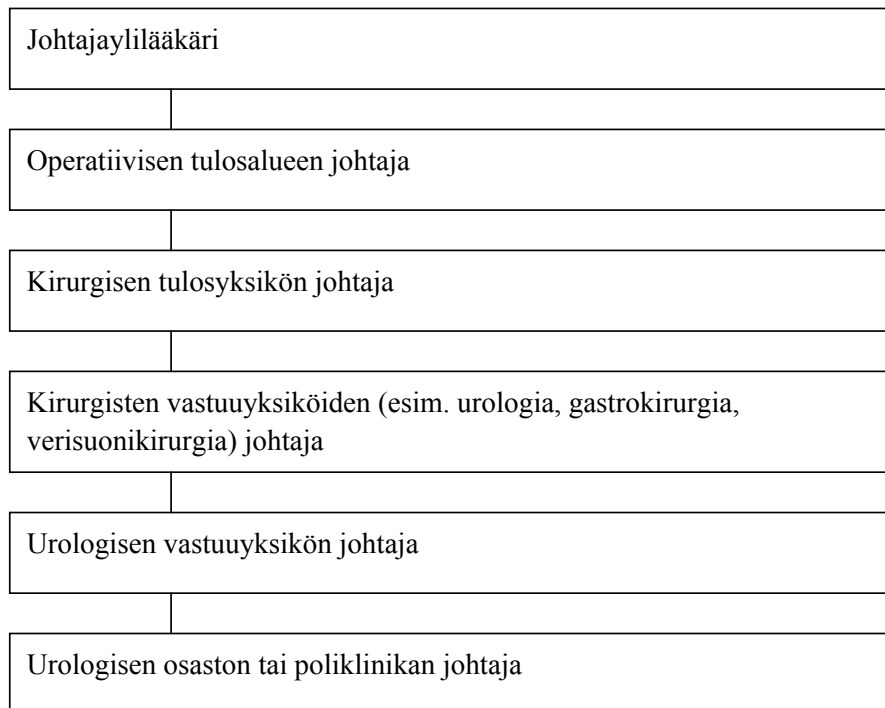
Lääkärien ammatillinen linjaorganisaatio noudattaa spesialiteetteja. Kuvio 3 osoittaa, miten lääkärien ammatillinen linjaorganisaatio kulkee kahdessa sairaanhoitopiirissä¹⁰⁷ johtajaylilääkäristä alaspäin.

¹⁰⁶ Katso lääkärien valtakunnallisesta edunvalvonnasta alaluku 4.1.2.

¹⁰⁷ Edellinen esimerkki kuvaa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriä ja jälkimmäinen Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä haastatteluajankohtana. Organisatoristen yksikköjen nimitykset (tulosalue, tulosyksikkö ja vastuuyksikkö) eivät ole autenttisia, koska ne vaihtelevat eri organisaatioissa. Muissa aineistoon kuuluvissa organisaatioissa lääkärien ammatillisen linjaorganisaation rakenne noudattaa samaa periaatetta.



tai



Kuvio 3. Lääkärien ammatillista linjaorganisaatiota kahdessa sairaalassa

Tutkimusaineistossa hoitajien ammatillisen linjaorganisaation yhteys spesialiteetteihin ei ole yhtä tiukka. Ylihoitajien vastuualueella voi olla osastoja useamman spesialiteetin alueelta¹⁰⁸.

Koska tiedottaminen tapahtuu suurelta osin ammatillisia linjaorganisaatioita myöten, noudattaa se lääkärien osalta spesialiteetteja. Tutkimusaineistossa tämä pätee myös sellaiseen toiminnalliseen yksikköön, jossa toimii kahteen lääketieteen erikoisalaan kuuluvia lääkäreitä. Siitä huolimatta, että kahteen erikoisalaan kuuluvat lääkärit hoitavat keskinäisessä yhteistyössä samassa yksikössä samoja potilaita, he muodostavat kyseiseen yksikköön kaksi omaa "vastuuryhmää". Kummallakin "vastuuryhmällä" on samassa yksikössä omat erilliset viikkopalaverinsa. Täten spesialiteetit määrittävät tiedottamisen kanavia.

...aika paljon mä nyt sitten näitten erikoisalojen vetäjien kautta sitä levitän, tietoa et.. taas yks porras eteenpäin että mennään tällä tavalla. Tulee hyvässä lykyssä yhtymähallinnosta NN:lle, NN panee minulle ja minä panen sitten näille, että eihän siinäkään kauheesti järkee ole. (Ylin johto, lääkäri).

Tulosyksikön johtajalääkäri tiedottaa alaisilleen tulosalueen johtoryhmän kokouksessa käsitellyistä asioista, joista hän olettaa johtamiensa spesialistien olevan kiinnostuneita.

...kun näit tämmösiä johtoryhmiä pidetään kerran kuukaudessa, jos siel on jotakin sellasta erityisesti, joka kaikkia kirurgeja koskettaa, niin mä oon tehny siitä erillisen kokousmuistion, ja laittanu sen vielä normaalin pöytäkirjan lisäksi vielä kaikille jakeluun toimenpidettä varten, tämmösiä yhteisiä asioita, jotta ne tulis kaikki kaikille tietoon, ja sen lisäksi, kun meillä on tää keskiviikko-meeting, niin mä oon sen meetingin puheenjohtaja riippumatta siitä, kuka siel on esitelmävuorossa, niin mä aina sen meetingin aluksi puhun yleiset asiat, mitä on silloin tullu, mä aina viikon ajan kerään mustaan listaani asioita, mistä pitää muistaa mainita. (Keskijohto, lääkäri).

Haastattelujen mukaan keskijohtoon kuuluvien lääkärien kiinnostus ja tietämys organisaatiosta keskittyy omaan yksikköön ja vähäisemmässä määrin siihen hierarkiatasoon, joka on välittömästi hänen oman yksikkönsä yläpuolella. Täten heidän kiinnostuksensa ulottuu omalle tulosaluetasolle, mutta ei enää muihin tulosalueisiin tai sairaalaorganisaatioon kokonaisuudessaan. Oma tulosyksikkö edustaa lääkärin omaa erikoisalaa ja

¹⁰⁸ Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä saman ylihoitajien vastuualueeseen on yhdistetty osastoja useista erikoisaloista, myös operatiivinen-konservatiivinen -jakolinjan yli.

kuuluu tulosalueeseen, johon kuuluu muitakin omaa spesialiteettia lähellä olevia (joko konservatiivisia, operatiivisia tai psykiatrisia) tulosyksiköitä. Täten spesialiteetti määrittää yksittäisen lääkärin kiinnostuksen aluetta.

Koska siinä käy niin että psykiatrit nukahtaa kirurgian kohalla ja kirurgit alkaa jutella sisätautilääkäreiden kanssa sitten, kun on lapsista kysymys kun ei ne, niit ei kiinnosta se sisältö sieltä. (Ylin johto, hoitaja).

Johtamisen areenoilla tarkoitan tässä tutkimuksessa tapahtumakenttiä, joissa johtaja kasvokkain tapaa muita toimintakenttäänsä sairaalassa kuuluvia henkilöitä. Tutkimusaineistossa johtamisen areenoja ovat samannimiset ja usein säännöllisesti toistuvat kokoukset ja palaverit. Kaikilla johtajilla on työhönsä liittyen mahdollisuus osallistua lukuisiin sairaalansisäisiin palavereihin (ks. liite 14). Aineistossa erityisesti keskijohtoon kuuluvat lääkärit osallistuvat oman spesialiteettinsa sisäisiin ja sitä lähellä olevien spesialiteettien kanssa yhdessä käytäviin palavereihin. Heidän mahdollinen yhteistyönsä alueen terveystieteiden kanssa liittyy oman erikoisalalan hoidon järjestämiseen tai henkilöstön kouluttamiseen. Samoin tutkimustyö ja pääosa omasta kouluttautumisesta liittyvät omaan erikoisalaan. Täten spesialiteetit määrittävät keskijohtoon kuuluvien lääkärin johtamisen areenoita. He ovat tekemisessä erityisesti omaan erikoisalaan kuuluvien kollegoiden ja omaan yksikköön kuuluvien hoitajien kanssa, mikä samalla merkitsee erontekoa muiden spesialiteettien suuntaan.

Spesialiteetit määrittävät tapaa toimia. Kun asioita mietitään, suunnitellaan, valmistellaan ja toteutetaan, niin lähtökohtaisesti se tapahtuu aineistossa hajautetusti ja spesialiteettikohtaisesti. Niin on perinteisesti tehty, ja se on ”talon tapa” kaikkien haastateltujen organisaatioissa (ks. myös alaluku 3.4).

Ja se mikä siinä on se, että terveydenhuollossa käsitellään nyt sektorikohtaisesti että taas käydään kirurgit ja sisätaudit ja psykiatrit ja naiset ja lapset ja sitten tavallaan se, että se aika ajoin versoo kyllä niitä rajapintakeskusteluja, mutta johtoryhmätyöskentelyssähän ne yleensä aina todetaan, että nämä viedään sitten eri pöytään, mikä varmaan onkin sinänsä järkevää, mutta mä en tiä sitten miten järkevää sielä on niitä erikoisalakohdaksi, ehkä niitä aika ajoin, mut se on ihan vakio, että ne käydään erikoisaloittain kaikki läpi. (Ylin johto, hoitaja).

Spesialiteettien sisällä on omat tapansa toimia ja ne eroavat toisistaan.

...mul on semmonen näkemys että eri erikoisaloilla eli toimialoilla on vähän erilaiset kulttuurit. (Ylin johto, hoitaja).

Spesialiteetteja johdetaan eri tavalla.

...niin vähän eri tavalla johdetaan lastentauteja, naistentauteja kuin esimerkiksi sisätauteja ja kirurgiaa. Ja psykiatria on ihan oma kapittelinsa, siis se johtamistapa on hyvin erilainen. (Ylin johto, hoitaja).

Tulevaisuutta suunnitellaan ja strategioita laaditaan spesialiteettikohtaisesti. Seuraava lainaus on lääkärijohtajalta, joka johtaa urologiasta, yleiskirurgiasta ja verisuonikirurgiasta koostuvaa organisatorista yksikköä:

...urologian strategiaa mä nyt ehkä kaikkein eniten oon tässä tehny ja oon sitä nyt tälläkin viikolla, oon vähän neuvotellu siitä, että kyllä me tällä tavalla on. Mut semmonen niinku et kirurgian vastuualueella olis joku oma yhteinen strategia, jossa nää kolme erikoisalaa jotenkin.. niil ois joku tämmönen yhteinen tulevaisuus, kokonaisuus, niin sitä ei semmosta ole. (Ylin johto, lääkäri).

Ylin johto tiedostaa asian, ymmärtää siihen liittyvän riskin ja johtamishaasteen, mutta kokee vaikeaksi asiantilan muuttamisen. Haastateltavan hallintoylihoitajan organisaatiossa on spesialiteettien ja ammattikuntien välisiä raja-aitoja yritetty koulutuksen avulla loiventaa.

...jos mä aattelen sitten meiän talon koulutusta, nyt vaikka esimieskoulutusta ja PD-koulutusta niin siihenhän on suunniteltu tiukasti sisältö sillain, ettei se oo sidoksissa erikoisaloihin, se on sidoksissa yleensä johtamiseen ja niihin asioihin mitä pitää osata että sä oot hyvä johtaja. Ja silloin ei katota ooks sä hoitaja tai lääkäri, miltä erikoisalalta sä tuut ja mille sä palaat vaan että haetaan tällasta yleistä hyvää johtamista että kyllä mä sanoisin että meiän sairaanhoitopiirissä on yritetty romuttaa kaikennäkösiä vanhoja raja-aitoja. Mut silti ne elää aika sitkeessä. Pitää vaihtua sukupolven ennenkö tulee totaalisesti tämmönen ehkä tasavertaisempi työyhteisö. (Ylin johto, hoitaja).

3.5.3.2 Spesialiteetit erottavat ja yhdistävät

Seikat, jotka jotakin spesialiteettia edellä kuvatulla tavalla määrittävät, samalla erottavat sitä muista spesialiteeteista. Esimerkiksi budjetointi, hankintojen valmistelu ja suoritteiden seuranta spesialiteettikohtaisesti merkitsee erontekoa muihin spesialiteetteihin. Eronteon lisäksi se merkitsee kilpailuasetelmaa

spesialiteettien välillä, koska sairaalan yhteiset resurssit ovat rajalliset¹⁰⁹. Kilpailuasetelma on omiaan luomaan kateutta. Oma spesialiteetti koetaan helposti syrjityksi, erityisesti jos se on “pieni”, kuten haastatteluaineistossa esimerkiksi geriatria ja neurologia ovat. “Pieniin” spesialiteetteihin kuuluvat lääkärijohtajat kertoivat haastatteluissa jäävänsä “suurten” (esimerkiksi sisätaudit ja ortopedia) jalkoihin. He korostivat haastatteluissa oman spesialiteettinsa tärkeyttä ja kertoivat, että sairaalan ylin johto ei ole sitä oivaltanut. “Pieneen” spesialiteettiin kuuluvat lääkärijohtajat käyttivät haastatteluissa kansanterveydellisiä argumentteja, kuten potilaiden tarvetta oman erikoisalalan palveluihin, kun he perustelivat, miksi juuri heidän yksikköjensä olisi saatava lisää vakansseja tai miksi juuri heidän yksikköjensä asemaa sairaalan organisaatiohierarkiassa tulisi nostaa.

Toiminnan tuloksia, kuten aikaansaatuja suoritteita, seurataan spesialiteettikohtaisesti. Hoitotakuuvelvoitteen tähden leikkausjonoja seurataan aineistossa tarkkaan. Niiden purkamiseksi on tehty erityisiä toimenpiteitä haastateltujen organisaatioissa. Operatiivisten yksiköiden resursseja on lisätty ja operatiiviset spesialiteetit ovat saaneet aikaisempaa enemmän julkisuutta, mikä herättää kateutta “konservatiivisella puolella”. Se ilmenee haastateltavan lääkärijohtajan puheessa epäilyinä, ettei omaa erikoisalaa arvosteta.

...tietysti se tapa, miten sitä tehokkuutta mitataan ja jonoja, niin se aina kismittää perustason työntekijöitä konservatiivisella puolella, kun lehdessä kirjoitetaan sairaalan tuloksista ja jonoista, niin aina puhutaan, aina ja pelkästään puhutaan operatiivisen alan tuloksista, mitenkä siellä potilaat hoidetaan ja tota noin niin, ikään kun se olis ainoa sairaanhoidon tarkoitus, saada mahdollisimman paljon potilaita leikatuksi ja ne potilaat, joilla on tämmösiä sairauksia, joita ei voi parantaa, niin että tuleeko ne hoidettua? (Keskijohto, lääkäri).

Erikoisalojen erilainen arvostus sekä lääkäriammattikunnan sisällä että yleisemmin saattaa olla yhteydessä spesialiteettien väliseen kilpailuasetelmaan (ks. alaluku 3.5.3.4).

Sairaalassa samaan erikoisalaan kuuluvat lääkärit jakavat yhteisen koulutustaustan, kuuluvat samaan organisatoriseen yksikköön, ovat kiinnostuneita samoista asioista, saavat tietoa, jakavat sitä ja kommunikoivat samoja tiedottamisväyliä käyttäen, jakavat yhteisiä aineellisia intressejä,

¹⁰⁹ Spesialiteettien välisissä suhteissa voi helposti nähdä aineksia kaikista muistakin Daftin (2001, 443–445) mainitsemista neljästä organisaationsisäisten ryhmien välisten konfliktien lähteistä (sources of intergroup conflict). Nuo lähteet ovat tavoitteiden yhteensopimattomuus (goal incompatibility), erilaistuminen (differentiation), tehtävien keskinäinen riippuvaisuus (task interdependence) ja rajalliset resurssit (limited resources).

tapaavat toisiaan samoissa tilaisuuksissa ja käyttäytyvät yhtenäisellä tavalla. Täten sama erikoisala yhdistää siihen kuuluvia lääkäreitä. Aineistossa ilmiö ulottuu omaa erikoisalaa lähellä oleviin spesialiteetteihin kuuluviin kollegoihin (ks. myös alaluku 4.1.2).

Kiinteä yhteys oman spesialiteetin edustajiin koskee aineistossa lääkäritaustaisia keskijohtoon kuuluvia johtajia. Yhteys ulottuu oman lääketieteellisen erikoisalan edustajiin ja ilmenee verkostoitumisena ja oman erikoisalan koulutukseen hakeutumisena. Oman organisatorisen yksikön (”spesialiteetin”) sisällä yhteys on jokapäiväistä ja kiinteää ja ulottuu organisaatorakenteessa omaa yksikköä lähellä oleviin muihinkin yksiköihin.

3.5.3.3 Spesialisteista puhutaan omanlaisinaan ihmisinä

Haastatteluissa johtajat toivat esille, että tiettyyn lääketieteen erikoisalaan ja sitä vastaavaan organisatoriseen yksikköön kuuluvat ihmiset ovat omanlaisiaan ja saattavat erota hyvinkin paljon johonkin toiseen erikoisalaan kuuluvista ihmisistä. Ero ilmenee käyttäytymisessä, ja se näkyy selvästi lääkäreissä, vähemmän hoitajissa. Johtajat olivat hyvin tietoisia siitä, että eri alojen specialistit ovat erilaisia. Haastatteluissa kirurgeista välittyi kuva henkilökohtaista leikkausosaamista arvostavina, suoraviivaisina, joskus räiskyvinä ja omanarvontuntoisina toiminnan ihmisinä. Kirurgikunnasta ortopedit edustavat aineistossa näitä ominaisuuksia voimakkaimmillaan. Kirurgien ”vastakohtaa” haastateltavien puheessa edustavat sisätautilääkärit. Heistä välittyi kuva asioita hitaasti ja monipuolisesti analysoivista ihmisistä, jotka tekevät päätöksiä ja toimivat verkkaisesti, mutta ilmaistuaan johonkin asiaan kantansa, eivät hevin suostu mielipidettään muuttamaan. Seuraavat lainaukset viittaavat pelkästään lääkäreihin:

...kirurgikunta on itsetunnoiltaan vahvoja, voimakkaita persoonia, että niitten johtajana oleminen ei oo ihan helppoa tehtävä kyllä, että se on mullilauma, voimakastahtosia, hyvin itsetuntosia ihmisiä. (Ylin johto, lääkäri).

...kirurgia niin se on sitä poikki ja pinoon, varsinkin ortopedia, veri lentää ja.. pora surisee ja se on semmosta paikoittain aika suoraviivasta. (Ylin johto, lääkäri).

Ja sisätautilääkärit on taas kyllä oma, ne on sit semmosia pitkän linjan junnaajia, että ne ei kyllä periks anna, ei. Se on jännä, siin muotoutuu kyllä ihan ne kliiniset erikoisalat on niinku muokanneet, kaikkein yhteistyöhalukkaimpia on ilman muuta lastenlääkärit ja sitten on anestesioilogit, ne tietää että se on tiimihommaa ja sitten neurologit, se

on ihan näin, ja psykiatreja mä en uskalla kategorisoida mihinkään. (Ylin johto, hoitaja).

Se on ihmisen sisällä ja se on siinä tavassa toimia, siis kirurgeista sanotaan että puut poikki ja pinoon, halki, poikki ja pinoon -tyyliä, se on tässä nyt. Ja sitten taas joku sisätautilääkäri keskustelee tai neurologi keskustelee asioista hyvin pitkään ja ottaa ehkä enemmän sitä perhettäkin ja läheisiä ja potilasta huomioon kun se leikkaava lääkäri, joka näkee lyhyen hetken sitä potilasta. (Ylin johto, hoitaja).

Jotkut haastateltavat kertoivat aiemmin sattuneista konflikteista kirurgien ja sisätautilääkäreiden välillä. Ne herättivät huomiota toimintakentässä, jossa avoimia konflikteja vältetään (ks. alaluku 3.4). Kukaan johtaja ei maininnut, että heidän organisaatiossaan on parhaillaan meneillään avoin spesialiteettien välinen konfliktitilanne.

Otetaan nyt tyypillisin alue, jotka on niinku kissa ja hiiri, eivät tuu toisiaan ilman toimeen, on kirurgia ja sisätaudit, ne on aina joka paikassa sama juttu niin.. voi hyvä ihme, se on kyllä hauska ilmiö kaiken kaikkiaan, niin molemmat osapuolet tietää, et kumpikaan ei anna periks ja sit siihen tarvitaan se Salomon, joka sanoo et näin se on. Ja siihen kaivataan sitä johtajaa. Siellähän on niin kova huuto, ortopeditkin kun ottaa niin voi hyvä hykkyrä että se on... (Ylin johto, hoitaja).

Yhtä kaukana kirurgeista kuin sisätautilääkäreistä ovat psykiatrit, jotka ovat haastattelujen perusteella ”erilaisia”. Heitä ei voi luokitella yhtä helposti samojen ominaisuuksien perusteella kuin muita erikoisaloja edustavia lääkäreitä. He muodostavat oman spesialistikategoriansa.

Psykiatria en maininnu, kun mä en tienny, kuka siitä ikinä minkään selvän ottaa. Se on niin, siitä mä en ees uskalla puhua, se on niin, se on ihan mahoton täs maassa toi psykiatrian koko osa-alue että... (Ylin johto, hoitaja).

Haastateltavat kertoivat myös hoitajien poikkeavan toisistaan spesialiteettikohtaisesti. Saman silmätautien yksikön leikkaussalin ja poliklinikan hoitajat eroavat toisistaan.

...leikkaussalihoitajat on aina omanlaisiaan, poliklinikan hoitajat on aina omanlaisiaan... (Keskijohto, lääkäri).

Seuraavassa referoitu ylihoitaja työskentelee yksikössä, jossa on sekä operatiivisen että konservatiivisen taustan omaavia hoitajia. Hoitajajohtaja kertoi saavansa omilta alaisiltaan palautetta, joka riippuu palautetta antavien

hoitajien omasta erikoisalataustasta. Sisätautien taustan omaavat hoitajat pitävät kyseistä ylihoitajaa turhan hätäisenä ja kirurgian taustan omaavat ovat tyytyväisiä, että asiat sovitaan kerralla kuntoon enempiä miettimättä.

Ja aika isot kulttuurierot on nimenomaan tällä kirurgisella puolella ja tällä vanhalla konservatiivisella puolella, et sieltä tuli hyvin esiin, kun mä tein omille näille lähiesimiehilleni pyysin sitä arvioo omasta toiminnasta ja mitä sitten he näitä vahvuuksia ja kehittämisalueita määritteli, niin konservatiiviselta puolelta tuli lähestulkoon kaikilta että.. välillä liian hätäinen tekeen päätöksiä, että välillä pitäis miettiä pidempään, taas kirurginen puoli ei kokenu samallailla, et niitten mielestä just näin et pitikin tapahtua nopeesti ja ei tarvinnu ehkä niin moneen kertaa miettiä ja pohtia vaan sovittiin asia kerralla ja pysyttiin siinä. (Keskijohto, hoitaja).

Haastateltavat pitivät itsestäänselvyytenä, että varsinkin eri erikoisaloihin kuuluvat lääkärit ovat tyypillisesti erilaisia ja käyttäytyvät eri tavoin. Asia on lääkärikunnan laajemminkin tuntema ja sitä kuvaavia vitsejä julkaistaan ammattikunnan lehdissä¹¹⁰. Käsite ”kirurgin psyyke” on lääkäreille ja hoitajille niin itsestään selvä asia, että siitä voi puhua myös silloin, kun ei puhuta kirurgista. ”Kirurgin psyyken” itsessään tunnistaa jopa sisätautien taustan omaava johtaja, joka johtamisessaan suosii nopeaa ja suoraviivaista toimintaa¹¹¹.

...meitä on kaksi innovatiivista, luovaa, AA ja minä, ja sitten kaksi kirurgin psyykeen omaava, TT ja minä. (Ylin johto, lääkäri).¹¹²

Kuten tämän alaluvun alussa mainitsin, haastatteluaineistossa johtajat tuovat esille, että spesialistien väliset käyttäytymiserot ovat suurimmillaan sisätautilääkärien, kirurgien ja psykiatrien välillä. Puheesta välittyy kuva, että kirurgeista ”kirurgimaisinta” tyyppiä aineistossa edustavat ortopedit. Kaikkiin kirurgian erikoisaloihin kuuluvat lääkärit¹¹³ ovat kuitenkin keskenään melko samanlaisia. Aineistossa on vain niukasti viittauksia erimielisyyksiin heidän

¹¹⁰ Nuori lääkäri -nimisen lehden viimeinen sivu sisältää näitäkin vitsejä. Ilmiö lienee laajemminkin tunnettu, koska spesialistien eroihin liittyviä vitsejä löytyy yleisiltä vitsisivuilta, kuten liitteen 13 esimerkki osoittaa.

¹¹¹ Kirurgin psyyke sisätautien taustan omaavalla lääkäriellä ei mielestäni ole ristiriidassa aiemmin esitetyn kanssa. Se saattaa osaltaan selittää, miksi kyseinen henkilö luopui klinikon urasta ja ryhtyi päätoimiseksi johtajaksi.

¹¹² Tällä virkkeellä haastateltava tulkintani mukaan viestittää mieltävänsä itsensä luovaksi ja nopeatempoiseksi johtajaksi.

¹¹³ Esimerkiksi yleiskirurgit, verisuonikirurgit, gastrokirurgit, urologit ja ortopedit.

välillään. Erimielisyydet liittyvät päivystyksiin ja leikkaussalivuoroihin (käyttävät samoja leikkaussaleja)¹¹⁴.

Vastaavasti sisätautilääkärin on helppoa ymmärtää toisiaan ja tulla toistensa kanssa toimeen. Aineistossa ei ole lainkaan mainintoja erimielisyyksistä sisätautien eri spesialiteettien välillä¹¹⁵. Eri sisätautien erikoisaloihin kuuluvat lääkärit katsovat kuuluvansa samaan ryhmään. He ovat keskenään “kollegiaalisia”.

Tämmönen lääkäreitten välinen kollegiaalisuus, ja meil on sillä tavalla niin tota, vaikka nykysin ei tavallaan.. Tää on tää sisätaudithan on jakautunu moneen spesialiteettiin, ja suppeeseen, mut et me niin ku silti pidetään, tai katsotaan kuuluvamme siihen samaan systeemiin. (Keskijohto, lääkäri).

“Kollegiaalisuus” ei kanna enää operatiiviselle tulosalueelle, varsinkin kun kirurgit kilpailevat menestyksekkäästi yhteisistä resursseista.

Ja tota, sit nää on tietyl tavalla, kyl tietysti nää on kyl tietyl tavalla kilpailijoita kyllä tää. Ennen kaikkee tää operatiivinen tulosryhmä. Tuntuu että sinne niin kun nimenomaan tässä sairaalassa, niin kun sanotaan et me ollaan vähän ehkä alakynnessä. (Keskijohto, lääkäri).

3.5.3.4 Spesialiteetteihin liittyy arvostuseroja

Ammatteja arvostetaan eri tavalla. Tutkimuksissa on todettu, että ammattien arvostusjärjestyksestä vallitsee ihmisten keskuudessa laajalti samankaltainen näkemys riippumatta vastaajien sosiaalisesta asemasta (Zhou 2005). Arvostusjärjestys (occupational prestige ranking) ei myöskään muutu nopeasti ja sen on todettu olevan hyvin samankaltainen riippumatta yhteisön kulttuurista tai taloudellisista olosuhteista (Weiss ja Fershtman 1992). Lääkärit sijoittuvat ammattien arvostustutkimuksissa jatkuvasti korkealle (Hinze 1999; Rosoff ja Leone 1991).

Lääketieteen erikoisalojen arvostus kansalaisten keskuudessa¹¹⁶ vaihtelee (Rosoff ja Leone 1991). Eri erikoisalot eivät kiinnosta terveydenhuollon opiskelijoita yhtä suurena määrin. Nykyisin suosittuja ovat operatiiviset alat.

¹¹⁴ Nämäkin erimielisyydet liittyvät aineistossa aikaisemmin tapahtuneeseen eivätkä ole haastateltavien mukaan haastatteluhetkellä vallitsevia.

¹¹⁵ Esimerkiksi kardiologia, gastroenterologia ja endokrinologia.

¹¹⁶ Suomen Kuvalehti on selvittänyt Taloustutkimus Oy:n avulla ammattien arvostusta Suomessa vuodesta 1991 lähtien. Erikoislääkäreistä kirurgi on toistuvasti menestynyt parhaiten ja se oli arvostetuin ammatti syksyllä 2007 tehdyssä selvityksessä (Suomen Kuvalehti 45/2007).

Ilmiö näkyy erikoistuvien lääkäreiden sekä hoitajakoulutukseen hakeutuvien erikoisalavalinnoissa, ja se tulee esille myös johtajien haastatteluissa.

Mä luulen että lääketieteen erikoisaloilla on myöskin omat intaktinsa, että joku on arvostetumpi kun toinen. Ja sitä saattaa sitten sitä arvostusta lisätä myöskin tämmönen lääkärivaje tai hakeutuminen erikoistumaan sille alueelle, et jos nyt vaikka sisätaudeille ei enää hakeudu ollenkaan erikoistuvia siinä määrin kun aikasemmin, niin eikö se kerro siitä että tämä ala on menettämässä arvostustaan? Ja sitten hakeudutaankin vaikka neurokirurgiaan tai ortopediaan tai johonkin sellaiseen. (Ylin johto, hoitaja).

...ja hoitohenkilökunnassakin on arvostuseroo sen mukaan millä he työskentele, että sen näkee suoraan siinä, että mihin opiskelijat haluaa, ne haluaa ensiapuun, ne haluaa päivystysosastolle, sisätautien päivystysosastolle koska siellä on lyhyet hoitoajat, siellä tullaan ja mennään ja haetaan potilaalle diagnoosia tai sitten teho-osasto, leikkaustoiminta. Eli tämmöset sähkökät alueet on nuorien opiskelijoitten ehdoton suosikki. Ja oikeestaan sen näkee jo ketjun alkuvaiheessa, kun ne hakeutuu opiskelemaan näille tietyille alueille. Et kyllä mun mielestä sisäänrakennettuna on myöskin sitä arvostuksen erilaisuutta. (Ylin johto, hoitaja).

Arvostuserot näkyvät myös sairaalayhteisöissä. Usea haastateltu johtaja tulkitsi yhteiskunnan arvostuksen heijastuvan oman spesialiteetin resurssien määrään. Operatiivisten alojen mainittiin hyötynneen hoitotakuun käyttöönotosta. Tutkimusaineistossa yksikään operatiivisia erikoisaloihin kuuluva johtaja ei valittanut oman erikoisalansa huonoa arvostusta sairaalan sisällä. Heikkoa arvostusta valittaneet johtajat kuuluvat tutkimusaineistossa itse konservatiivisiin erikoisaloihin sekä psykiatriaan.

No sehän on se perinteinen asetelma ja mä näen et se on valtakunnallinen, että psykiatrian asemahan on huonompi, ollu kautta aikain mitä muiitten. (Keskijohto, hoitaja).

Heikosta arvostuksesta sairaalayhteisössä näyttää aineistossa kärsivän myös päivystyspoliklinikka. Päivystyspoliklinikka on sairaalassa yksikkö, joka ei selkeästi sijoitu mihinkään perinteiseen lääketieteen erikoisalaan. Se muodostaa poikkeuksen pääsäännöstä, että lääketieteen erikoisalasta koostuva spesialiteetti muodostaa yhden organisatorisen yksikön. Täten muihin spesialiteetteihin kuuluvat saattavat kokea sen ulkopuoliseksi, mikä voi heijastua heidän arvostuksiinsa.

Mahdolliselle heikolle arvostukselle lääkäriprofession sisällä voi olla muitakin syitä: Päivystyspoliklinikka on perinteisesti ollut sairaalassa yksikkö,

josta nuori ja kokematon lääkäri on aloittanut urapolkunsa¹¹⁷. Nuoret ja kokemattomat lääkärit eivät todennäköisesti nauti lääkäriprofession piirissä yhtä suurta arvostusta kuin vanhemmat ja kokeneemmat.

Tutkimusaineisto viittaa siihen, että näin on edelleen asian laita. Päivystyspoliklinikka toimii haastatellun lääkärijohtajan mielestä testauspaikkana, jossa katsotaan, onko asianomaisesta erikoislääkäriksi, esimerkiksi kirurgiksi.

Ja se on ainakin kirurgialla semmonen mentaliteetti että kun uus.. apulaislääkäri, taikka nykyään erikoistuvan vaiheen lääkäri, tulee niin se pistetään ensiks päivystyspoliklinikalle ja katotaan, et pärjääkö se sielä vai itkeekö se koko ajan, ja jos se pärjää sielä niin sen määräyskirjaa jatketaan ja siitä tulee varmaan kirurgi sit joskus, ja jos se osottautuu, et se ei sielä pärjää niin sitten ne yleensä ne määräyskirjat katkaistaan. (Keskijohto, lääkäri).

...jotenkin täs meidän organisaatios aina kun on työntekijöistä pulaa niin soitetaan ensiks pois sieltä päivystyspoliklinikalta, liikaa ajatellaan et no kyllä se NN sielä pärjää. (Keskijohto, lääkäri).

Usein lääketieteen kandidaatit hoitavat päivystyksiä viikonloppuisin ja loma-aikoina. Mielestäni asiantila on paradoksaalinen, koska päivystystyö edellyttää kykyä tehdä nopeasti oikeita hoitopäätöksiä sekä tarvittavia toimenpiteitä ja vaatii oman kokemuksen mukaan laaja-alaista osaamista. Päivystystyön luonteen vuoksi olisi mielestäni johdonmukaista, että päivystyspoliklinikoiden lääkärikunta olisi kokenutta väkeä¹¹⁸. Syy asiantilaan saattaa olla kulttuurinen. On mahdollista, että päivystyspoliklinikalla palveleminen koetaan lääkäriprofession sisällä aloittelevan lääkärin "alokasajaksi". "Alokasaika" saa olla hieman epämiellyttäväkin eikä sitä sellaisenaan tarvitsekaan arvostaa, koska se on luonteeltaan väliaikainen asiantila, johon myöhemmällä urapolulla ei oleteta palattavan.

3.5.4 Spesialiteetit henkilöiden johtamisen ja johdetuksi tulemisen näkökulmasta

Johtajan näkökulmasta lääketieteen erikoisala määrittää ihmisten ominaisuuksia sekä tietyn erikoisalan kokoisten organisatoristen yksikköjen

¹¹⁷ Minulla on asiasta myös omakohtaista kokemusta 1980-luvulta.

¹¹⁸ Kun itse nuorena lääkärinä toimin päivystyspoliklinikoilla, oli hoitohenkilöstö kokenutta, mutta lääkärit urapolkunsa alussa olevia.

ominaisuuksia edellä kuvatuilla tavoilla¹¹⁹. Johtaja osaa yhdistää tietyt ominaisuudet tiettyihin ihmisiin ja tiettyjä erikoisaloja käsittäviin sairaalayhteisön rakenteisiin. Tämä tieto on johtajalle omassa johtamisessaan ydintietoa. Se tekee ihmisten käyttäytymisestä ymmärrettävämpää ja ennustettavampaa. Lisäksi se auttaa hahmottamaan johtajan omien toimintamahdollisuuksien rajoja (vrt. alaluku 3.4).

Erikoisaloihin liittyvät ominaisuudet tulee haastateltavien mukaan ottaa huomioon käytännön johtamistyössä: eri spesialiteetteihin kuuluvia ihmisiä, erityisesti lääkäreitä, tulee johtaa eri tavoilla. Koska spesialistit ovat erilaisia, he ovat erilaisia myös johtajina. Keskijohtoon kuuluva johtaja koki vahvuudekseen sen, että hän edustaa samaa erikoisalaa kuin omat johdettavansa. Hän halusi myös oman johtajansa tulevan “omasta leiristä”.

...totta kai me nähtäis, että se kovasti mielellään pitäis tän toiminta-alueen johtajan olla meidän omasta leiristä. (Keskijohto, lääkäri).

Lääkärijohtaja katsoi, että myös hoitajat ovat leikkaussalissa ja poliklinikalla omanlaisiaan ja haluavat johtajansa olevan omasta “porukastaan”.

...leikkaussalihoitajat on aina omanlaisiaan, poliklinikan hoitajat on aina omanlaisiaan, ne kuuntelee mieluusti omaa johtajaa, joka on sieltä porukasta. (Keskijohto, lääkäri).

Kirurgien johtajan pitää kerätä kannuksensa “kovana työmiehenä” ennen kuin hän voi saada alaiensa arvostuksen ja menestyä heidän johtajanaan.

...ensinnäkin pitää olla niin kun kirurgina todella kovissa vesissä keitetty, ja että kaveria voidaan arvostaa ensin niin kun ammattimiehenä, että tää semmonen, viherpiipertäjiä ei sillain arvosteta tässä piirissä, et pitää olla kova työmies, ja sitten sitä kautta kerätä ne kannukset ennen ko voi alkaa johtajaks. (Keskijohto, lääkäri).

Ylimpään johtoon kuuluvien suhde spesialiteetteihin ei ole yhtä suoraviivainen kuin keskijohdon. Keskijohdon tapa ajatella ja johtaa on haastattelujen mukaan ylimmälle johdolle tuttu. Ylin johto ei kuitenkaan ole haastatteluaineistossa samalla tavalla omaan spesialiteettiinsa sitoutunut kuin keskijohto. Ylin johto hahmottaa eri spesialiteeteista koostuvan kokonaisuuden, ymmärtää siihen liittyvät riskit, pyrkii tasapainottamaan

¹¹⁹ Johtajan kannalta ei liene merkittävää, kumpi on syy ja kumpi seuraus, – henkilökohtaiset ominaisuudet vai tietty lääketieteen erikoisala. Johtajalle ihmiset ja heistä muodostuvat organisatoriset yksiköt ovat erilaisia tavalla, joka liittyy heidän lääketieteelliseen erikoisalaansa.

spesialiteettien näkemyseroja ja sovittamaan spesialiteettien välisiä erimielisyyksiä. Kokonaisuuden johtaminen on kuitenkin vaikeaa, koska asiat pyrkivät hajoamaan spesialiteettikohtaisiksi (ks. alaluvut 3.4 ja 3.5.3.1). Spesialiteettikohtaisuus lisää riskiä kokonaisuuden hämärtymisestä, osaoptimoinnista ja potilaan aseman hämärtymisestä. Yhteinen näkemys voi jäädä puuttumaan. Ylimpään johtoon kuuluvalla hoitajalla oli kokemusta asiasta, kun yritettiin muodostaa sairaalan yhteistä strategista näkemystä.

...kun me strategioita väännettiin, niin mä kysyin satatuhatta kertaa, et mikä se on se meidän oleellinen strategia ja me ei, se ei tullu, mun mielest siit tuli aina sekatavarakauppalopputus, että sitä erikoisalalta ja tätä ja tota ja jokainen pilkottiin jokainen erikoisala erikseen. Mut ei tullu sitä strategista näkemystä. (Ylin johto, hoitaja).

Vaikka ylimpään johtoon kuuluvat johtajat eivät ole tutkimusaineistossa yhtä selkeästi erikoisalaansa sitoutuneita kuin keskijohtoon kuuluvat, katsoivat haastateltavat, että sairaanhoitopiirin johtajan tai johtajaylilääkärin erikoisalataustalla on vaikutusta tapaan, jolla koko sairaalaa johdetaan. Tähän viittaa esimerkiksi konservatiivisen taustan omaavien johtajien puhe “kirurgipainotteisesta” tai “kirurgijohtoisesta” sairaalasta.

Aika kirurgipainotteista johtamista, että meidän johtajaylilääkärinhän on kirurgi ja hän ehkä ymmärtää eniten sitä toimintaa. Ja mä taas kun tuun konservatiiviselta alueelta niin missä puukkoa ei oo käytetty niin aina tulee mieleen, että minkä takia asiat menee näin, että onko siellä taustalla tällanen, että ymmärtää jonkun alueen paremmin kun toisen. Eli tehdään ratkasuja niin, että tää kirurginen toiminta ehkä tulee hoidettua hyvin ja se eriarvosuus näkyy myöskin toimintojen sisällä. Tää on aika iso väite mutta sanoisin että.. varmaan se oma osaaminenkin näkyy siinä päätöksenteossa, minkä parhaiten tuntee. (Ylin johto, hoitaja).

Ja tää on tällanen kirurgijohtonen sairaala, niin kyl se näkyy monessa asiassa tietysti. Et jos ois vaik psykiatrijohtonen, ni ois varmaan toisenlaiset painotukset. (Keskijohto, lääkäri).

Kukaan haastateltavista ei maininnut, että hänen oma taustansa jonkin alan erikoislääkärinä tai johonkin lääketieteen erikoisalaan suuntautuneena hoitajana vaikeuttaisi hänen omaa johtamistaan.

3.5.5 Yhteenvedoa spesialiteettien merkityksestä

Spesialiteetteihin yhdistyvät ilmiöt liittyvät haastatteluissa selvemmin lääkärikuntaan kuin hoitajiin. Hoitajajohtajien puhuessa spesialiteeteista erottavina, ihmisiä jakavina ja koko sairaalaorganisaation johtamista vaikeuttavina tekijöinä he viittasivat nimenomaan lääkäreihin, vaikka tunnistivat spesialiteettien merkityksen myös hoitajakunnan sisällä.

Keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat olivat toiminnassaan ja omassa käyttäytymisessään vahvasti kiinnittyneet omaan erikoisalaansa. Haastateltujen lääkärijohtajien työkokemus muista erikoisaloista liittyy heidän perus- ja erikoistumiskoulutukseensa. Erikoisalalta kokonaan toiselle siirtyminen lienee lääkärien keskuudessa harvinaista, heidän on todettu pysyttelevät valitsemallaan erikoisalalla tai sitä lähellä olevalla koko työuransa (Globerman ja Mintzberg 2001a).

Keskijohdon hoitajajohtajilla kiinnittyminen yhteen lääketieteelliseen erikoisalaan on lääkäreitä vähäisempää. Eroa mielestäni selittää hoitajajohtajien lääkäreistä poikkeava urapolku, lyhyempi ja erikoislääkäreihin verrattuna vähemmässä määrin yhteen erikoisalaan suuntautuva koulutus, erilainen toimenkuva ja erilainen tapa muodostaa vastuualueita. Haastatteluaineistoon kuuluvat hoitajajohtajat olivat hankkineet työkokemusta useammasta erikoisalasta sen jälkeen, kun he olivat valmistuneet sairaanhoitajiksi. Aineistossa keskijohtoon kuuluvan ylihoitajan vastuualue voi koostua useampiin spesialiteetteihin kuuluvista osastoista, mikä saattaa osaltaan vähentää heidän kiinnittymistään yhteen spesialiteettiin. Haastateltujen lääkärien osalta kerran tehty erikoisalan valinta viitoitti heidän myöhempää työkokemustaan ja koulutustaan.

Ylimpään johtoon kuuluvat johtajat eivät olleet keskijohdon lääkärijohtajien tavoin yhteen spesialiteettiin kiinnittyneitä. Heille sairaalan pirstoutuminen spesialiteetteihin aiheutti johtamisongelmia. Erityisesti hoitajataustaiset ylimmän johdon edustajat toivat haastatteluissa näitä ongelmia esille. Heillä ei kuitenkaan ollut keinoja niihin puuttua. Aineistossa kaikilla ylimpään johtoon kuuluvilla oli omakohtaista kokemusta keskijohdon tehtävistä. Täten he kykenivät ymmärtämään keskijohdon toimintakenttää ja tapaa ajatella, vaikka johtivatkin useista spesialiteeteista koostuvia kokonaisuuksia. Todennäköisesti johtajien pitkä koulutus ja työkokemus auttavat heitä sisäistämään spesialiteetteihin jakautuneen organisaation toimintatavan, jota he pitävät luonnollisena eivätkä esitä siihen aktiivisesti muutoksia. Tilanne on heidän kannaltaan tuttu ja ennustettava.

Seuraavaan luetelmaan olen koonnut edellä käsitellyistä asioista yhteenvedon spesialiteettien merkitystä johtajan toimintakentässä sairaalassa:

Spesialiteetit määrittävät

- rakenteita
- työnjakoa
- resurssien hankintaa ja allokointia
- toiminnan budjetointia ja seurantaa
- tiedotuskanavia
- mielenkiinnon kohteita
- henkilöiden välisen vuorovaikutuksen areenoita
- johtamisen areenoita
- henkilökohtaisen käyttäytymisen piirteitä
- tapaa, jolla organisaatiossa toimitaan
- sallitun toimintatavan rajoja
- tapaa, jolla johtaja johtaa omaa väkeään
- tapaa, jolla oma esimies johtaa johtajaa
- tapaa, jolla kaikkein ylin johto johtaa kokonaisorganisaatioita.

Spesialiteetit voivat aiheuttaa

- kilpailuasetelmaa (ja kateutta) sekä sairaalan sisällä aineellisista ja henkilöstöresursseista että valtakunnallisesti¹²⁰
- kokonaisuuden kannalta haitallista osaoptimointia
- vastuun välttelyä
- tavoitteiden hämärtymistä.

Spesialiteetit lisäävät

- vuorovaikutusta niiden specialistien kanssa, jotka kuuluvat omaa spesialiteettia lähellä oleviin spesialiteetteihin¹²¹
- yhteenkuuluvaisuuden tunnetta oman spesialiteetin sisällä
- ennustettavuutta ja ymmärrettävyyttä yksikkötasolla.

Spesialiteetit vähentävät

- vuorovaikutusta niiden specialistien kanssa, jotka eivät kuulu omaa spesialiteettia lähellä oleviin spesialiteetteihin
- yhteenkuuluvaisuuden tunnetta niihin spesialisteihin, jotka kuuluvat kauempana oleviin spesialiteetteihin.

Lisäksi spesialiteetit liittyvät

- arvostukseen
- edunvalvontaan
- tulevien specialistien rekrytointiin ja koulutukseen
- tutkimukseen.

¹²⁰ Valtakunnallisella kilpailuasetelmalla viitataan saman erikoisalan yksiköiden kilpailuun erikoistuvista ja valmiista erikoislääkäreistä, mihin erityisesti keskijohtoon kuuluvat lääkärit haastatteluaineistossa panostavat.

¹²¹ Kerroin alaluvussa 3.5.3.1, mitä tarkoitan omaa spesialiteettia lähellä ja kauempana olevilla spesialiteeteilla.

Spesialiteettien keskeinen ja monipuolinen asema johtajan toimintakentässä tuli minulle yllätyksenä. Vielä esitutkimuksessa en itsekään kiinnittänyt niihin erityistä huomiota. Kirjallisuudessa on todettu spesialiteettien yhteys moniin johtamisen ja organisoimisen kannalta merkittäviin ilmiöihin, kuten organisaation alakulttuureihin, arvostukseen, gender-näkökulmaan ja sairaalaorganisaation funktionaaliseen rakenteeseen. Siitä huolimatta terveydenhuolto-organisaatioiden johtamista käsittelevässä kirjallisuudessa spesialiteetit ovat mielestäni harvoin tutkimuksen kohteina tai keskiössä¹²² ottaen huomioon, miten merkittävässä asemassa ne tämän tutkimuksen mukaan ovat johtajan toimintakentässä. Jakautumista spesialiteetteihin pidetään ehkä itsestään selvänä terveydenhuollon toimintaympäristöön liittyvänä ilmiönä, jonka asema jää usein tutkimustematiikassa taustalle. Jos näin on, niin spesialiteetteja voi sairaalan johtamisen kannalta pitää ainakin osittain yleisesti tiedettynä mutta huonosti tiedostettuna ilmiönä (vrt. Alasuutari 1999, 234–237, ks. myös alaluku 4.5.3).

3.6 Toimijoiden väliset suhteet johtajan toimintakentässä

Tässä alaluvussa, kuten edellisessäkin, tarkastelen johtajan toimintakenttää sairaalassa yhteisöllisestä ja rakenteellisesta näkökulmasta (ks. kuvio 2). Tarkastelussa painottuvat johtajien ja muiden sairaalansisäisten toimijoiden väliset yhteisölliset ja rakenteelliset suhteet.

Aivan aluksi käsittelen johtajien suhteita sairaalan ulkopuolisiin toimijoihin ja poliittisiin luottamushenkilöihin.

3.6.1 Johtajan suhteet sairaalan ulkopuolelle ja poliittisiin luottamushenkilöihin

Johtajan suhteilla sairaalan ulkopuolisiin toimijoihin on tämän tutkimuksen mukaan melko vähäinen merkitys hänen toimintakentässään. Oman sairaalayhteisön ulkopuolisia toimijoita esiintyy johtajien puheessa paljon vähemmän kuin sairaalansisäisiä (ks. liite 7).

¹²² En löytänyt sellaisia esimerkiksi Grönroosin ja Perälän (2004) katsauksesta kansainväliseen ja kotimaiseen johtamistutkimukseen. Tällä en tarkoita, että spesialiteettinäkökulmaa ei olisi johtamistutkimuksessa lainkaan tiedostettu. Esimerkiksi Vuori, Kinnunen ja Taskinen (2005, 118) totesivat, että terveydenhuollon eri erikoisalut (psykiatria vs. kirurgia) tai perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido edustavat toisistaan varsin kauaksi etääntyneitä toimintaympäristöjä eikä sitä näytetä otettavan aina riittävästi huomioon johtamisen kehittämissuhteissa.

Ylin lääkärijohto kertoi kontakteistaan kuntien virkamiesjohtoon ja yliopistoihin sekä hoitajajohtajat lisäksi ammattikorkeakouluihin. Kuntien virkamiesten kanssa käydään neuvotteluja kuntien ostamien palvelujen tarpeesta, määrästä ja hinnasta. Virkamiesjohdolle selvitetään palveluiden hinnanmuodostusta ja sitä, miksi palvelut ovat tulleet odotettua kalliimmiksi. Ylimpään johtoon kuuluvilla ei tässä aineistossa ollut merkittäviä ongelmia suhteissaan kuntien virkamiesjohtoon, yliopistoihin tai ammattikorkeakouluihin.

Keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat kertoivat yhteistyöstä alueensa terveyskeskuksien kanssa hoidon porrastusta ja lääkärin koulutusta koskevista asioista. Johtajien yhteydet henkilöstövuokrausyrityksiin ovat aineistossa melko vähäisiä, mitä ainakin osittain selittää se, että haastateltavat toimivat erikoissairaanhoidossa eivätkä perusterveydenhuollossa. Ammatillisilla vertaisverkostoilla on tutkimusaineistossa merkitystä (ks. alaluku 3.6.2).

Tulosaluetasosta alkaen ylimpään johtoon kuuluvat hoitaja- ja lääkärijohtajat kertoivat kontakteista poliittisiin luottamushenkilöihin. Ylimpään johtoon kuuluvat toimivat säännöllisesti tai tarpeen mukaan esittelijöinä sairaalansa poliittisissa hallintoelimissä. Täten he tuntevat luottamushenkilöitä ja tekevät heidän kanssaan yhteistyötä.

No hallitushan meillä kokoontuu kerran kuussa, joka on poliittinen luottamusmieselin. Ja siinä tietysti tulee tehtyä yhteistyötä näitten henkilöitten kanssa. Mut en mä suoranaisesti oo mitenkään politiikkaan suuntautunu, et mä oisin yhteydessä muihin poliitikoihin kun meiän hallituksen jäseniin. (Ylin johto, hoitaja).

Johtajat eivät kertoneet haastatteluissa, että poliittiset päättäjät painostaisivat heitä tai pyrkisivät vaikuttamaan heihin heidän työhönsä kuuluvissa asioissa. Haastateltu lääkärijohtaja kertoi poliitikkojen olevan yhteydessä suoraan sairaanhoitopiirin johtajaan¹²³.

Johtajilla ei kertomansa mukaan ole itse tapana pyrkiä vaikuttamaan luottamushenkilöihin virkatien ohi, vaikka he kertoivat niin tapahtuneen ja tapahtuvan edelleenkin.

Sehän on julkisisissa ihan tavallista se... ohittelu sinne poliittiseen päätöksentekoon suoraan. (Ylin johto, hoitaja).

¹²³ Haastatteluaineistoon ei kuulu yhtään sairaanhoitopiirin johtajaa. Piirihoitajat on valittu virkaansa poliittisen prosessin tuloksena ja he saattavat kuulua johonkin poliittiseen puolueeseen tai olla sellaista lähellä. He edustavat organisaatiossaan suurinta auktoriteettia ja haastateltujen johtajien mukaan myös suurinta valtaa (ks. alaluku 3.6.2). Täten on loogista ajatella, että poliittinen vaikuttaminen kohdistuu nimenomaan heihin.

Johtajat tiedostavat poliittisen vaikutuskanavan olemassaolon, mutta tuomitsevat omissa puheissaan sen käyttämisen moraalisesti sopimattomana. Kukaan haastateltava ei kertonut itse olleensa suoraan yhteydessä poliittisiin luottamushenkilöihin vaikuttaakseen oman yksikkönsä asioihin¹²⁴. Toisaalta haastatteluja tarkemmin analysoidessa ilmenee, että kukaan ei nimenomaisesti kiellä niin tehneensä. Johtajat antoivat ymmärtää, että he itse eivät niin toimi paheksumalla toimintaa, jota he kutsuvat “sooloiluksi” tai “ohitteluksi”.

...jos täälä lähetään sooloileen, sitä pidetään suorastaan negatiivisena, et kaiken pitää mennä täältä ylimmän johdon kautta ja he hoitaa näitä suhteita ja niin edelleen. Eihän tietysti, jos yksityishenkilönä hoitaa mut se että mä lähen.. lähen nyt tässä vaikka neuvottelemaan jostakin urologiaan liittyvistä asioista kaupungin kautta suoraan, ohitan ensinnäkin toimialuejohtajan, sitten sairaanhoitopiirin johdon, eihän siitä tykätä et jos niin tekee niin sitten täytyy, se täytyy tehdä salaa. (Ylin johto, lääkäri).

...organisaation pitää olla a) ensiksikin ruodussa, että ei lähetä sitä kautta että ottaisin politiikkoihin yhteyttä ohi, esimiehen ruodussa mennään ja sitten, jos esimies antaa sen signaalin niin sitten. Mut ilman sitä lupaa en koe, että saan mennä ohittelemaan. Mä oon nähny sitä ohitusta niin paljon ja mun mielest se tekee johtajalle täysi mahottomaks, se on tosi hankala tilanne. (Ylin johto, hoitaja).

Lääkärijohtaja esitti “heikkoutenaan”, että ei “rehellisyytensä” takia osaa “pelata” poliitikkojen kanssa.

Mä oon ihan surkea siinä.. johtuen siitä että mä oon niin kauheen.. mä on siis oikein surkea siinä, mä oon niin kauheen.. rehellinen, sillai työlleni, että mä oon niinku.. mä en pysty bluffata, poliitikkojen kanssahan pitää pystyä pelata, mä en osaa pelata. (Ylin johto, lääkäri).

Oheisista lainauksista voi mielestäni päätellä, että “ohittelu” poliittista väylää hyväksikäyttäen on haastateltaville arkaluontoinen asia. Haastattelujen mukaan sitä tapahtuu, mutta se tehdään salassa. Tutkimuksen perusteella ei voi päätellä, miten yleisestä asiasta on kysymys.

¹²⁴ Tässä suhteessa johtajien kertomaan tulee suhtautua hyvin kriittisesti. Haastateltava tuskin kertoo itse toimineensa tavalla, jota kertoo pitävänsä sopimattomana.

3.6.2 Valta ja vastuu johtajan toimintakentässä

Analysoidessani johtajien puhetta sairaalayhteisön toimijoista, havaitsin, että johtajat samalla puhuivat vastuusta, vallasta, työnjaosta, omasta ja muiden asemasta sairaalassa sekä tavoista, joilla sairaalan toimintaa ohjataan ja koordinoidaan. Tätä puhetta leimaa tutkimusaineistossa toimijasuhteiden hierarkkisuus. Lisäksi johtajat puhuivat yhteistyöstä, jota he itse harjoittavat heille tärkeiden toimijoiden kanssa. Johtajien yhteistyöpuheesta vain osa on hierarkkista.

Seuraavissa alaluvuissa tarkastelen johtajan toimintakentän yhteisöllistä ja rakenteellista ulottuvuutta painottaen erityisesti vallan ja vastuun näkökulmia, koska ne ovat aineistossa keskeisesti esillä ja tutkimuskysymysteni kannalta merkittäviä. Tarkastelussa soveltamani käsitys vallasta perustuu Dahlin (1957) ja Salancikin ja Pfefferin (1974) esittämiin määritelmiin¹²⁵ siitä, mitä valta on sekä modernistiseen käsitykseen vallan, kontrollin ja konfliktin luonteesta organisaatiossa¹²⁶ (vrt. alaluku 1.4).

3.6.2.1 Miten johtajat puhuivat vallasta

Haastateltavien henkilökohtaisesta vallasta kysyttäessä he yleensä kielsivät tai vähätelivät omaa valtaansa, puhuivat vastuusta tai heille kuuluvista työtehtävistä. Kukaan ei kertonut olevansa kiinnostunut henkilökohtaista vallasta tai sen käyttämisestä.

Mä en koe että mul on valtaa. En halua käyttää valtaa, mä haluan käyttää vastuu-sanaa tämmösessä. (Ylin johto, lääkäri).

Eli mä en nauti vallankäytöstä, niin kun, mä haluan siitä tehtäväännosta viel, että mullahan on se tehtävä, mihin varsinaisesti mulla on valtaa viedä se, sen tehtävän eteenpäinvieminen. Ei mua kiinnosta valta. (Ylin johto, lääkäri).

¹²⁵ Robert A. Dahlin (1957) mukaan A:lla on valtaa B:hen nähden siinä määrin, kuin A saa B:n tekemään jotain, mitä B ei muuten tekisi. A:n ja B:n ei tarvitse olla henkilöitä. Salancikin ja Pfefferin (1974) käsityksen mukaan valta on kykyä saavuttaa haluamiaan päämääriä ja saada aikaan haluamiaan lopputulemia.

¹²⁶ Ks. (Hatch ja Cunliffe 2006, 252) Table 8.1 Modern, critical and postmodern conceptions of power, control and conflict.

Oman vallan vähätteleminen on tavanomaista muuallakin kuin sairaalamaailmassa. Jopa isojen yritysten pääjohtajat myöntävät harvoin, että heillä on todellista valtaa (Morgan 2006, 190).

Henkilökohtaisesta vallasta puhuttaessa muista haastateltavista erottuivat taloushallintoa edustava johtaja sekä keskijohtoon kuuluva ylihoitaja. Taloushallinnon edustaja totesi kysyttäessä, että hänellä on oikeastaan enemmän valtaa kuin vastuuta, koska hän ei vastaa taloudesta, mutta vaikuttaa asiantuntija-asemansa avulla taloutta koskeviin päätöksiin. Päätösten seurauksista vastuun kantavat toiminnallisen linjaorganisaation (vastuuyksikkö – tulosityksikkö – tulosalue) johtajat.

Seuraavassa lainattu ylihoitaja erosi kaikista muista haastateltavista siinä suhteessa, että hän ei kysyttäessä empinyt puhua omasta vallastaan.

Haastateltava: Mulla on hyvin paljon valtaa tässä X:n (=sairaalan entinen nimi) pihapiirissä.

Hastattelija: Kerro lisää.

Haastateltava: Annettua ja otettua... Elikkä et mä oon sillä tavalla vanhin tässä pihapiirissä. Ja tietysti sillon sitä kautta niin mulla on asiat hyvin vahvasti näpissä. Ja sit mä olen työtavoiltani semmonen että ihmiset kokevat et minuun voi luottaa et mä teen sen minkä mä lupaan ja sitten he myöskin sanovat että selusta on turvattu. (Keskijohto, hoitaja).

Hän analysoi haastattelun kuluessa itse oman valtansa lähteitä ja perusteita seuraavasti: Osa hänen vallastaan oli peräisin hänen virallista asemastaan sairaalaorganisaatiossa (ylihoitaja ja ylimmän johdon jäsen), osa oli hänelle delegoitua valtaa ja osa hänen itse "ottamaansa" valtaa. Hänelle delegoidun ja hänen itse "ottamansa" vallan suuruus perustui hänen mielestään neljän seikkaan:

- hänen pitkään työkokemuksensa ja siihen liittyvään asiantuntemukseensa
- hänen henkilökohtaiseen työskentelytapaansa (sanojensa mittainen, luotettava)
- ylihoitajien perinteisesti korkeaan arvostukseen psykiatrian sisällä
- hänen tapansa tarttua asioihin ja ottaa niitä omaan hoitoonsa, jotta ne sujuisivat mahdollisimman juohevasti "ilman turhaa byrokratiaa".

Vaikka useimmat haastateltavat eivät tuoneet suoraan ilmaisten esille omaa valtaansa, voi heidän puheestaan päätellä, että heillä todellisuudessa oli mahdollisuuksia vaikuttaa siihen, mitä sairaalassa tapahtui. Ylimpään johtoon kuuluva hallintoylihoitaja totesi oman valtansa olevan hoitotyön asiantuntijuuteen liittyvää valtaa vaikuttaa. Hän kertoi, että hänellä ei

nykyisessä organisaatiossa ole yhtään alaista eikä hän “päätä rahasta”. Hän ei liioin kokenut itseään vallankäyttäjäksi. Kuitenkaan hän ei ollut sitä mieltä, että hänellä ei ole vaikutusmahdollisuuksia. Vaikkei hän virallisesti päätäkään esimerkiksi ylihoitajien valinnasta, niin hän valmistele valinnat. Hänen suosituksestaan ei ollut toistaiseksi poikettu¹²⁷.

Hänen mukaansa valtaa sairaaloissa käytetään silloin, kun asioita valmistellaan. Hän ilmaisi asian siten, että valtaa on sillä, joka pääsee asiaa valmistelemaan ja joka saa esitellä asian luottamushenkilöille tai muille päätöksentekijöille. Lisäksi hän nosti johtajien vertaisverkostot¹²⁸ merkittäviksi valtakunnallisiksi vallankäyttäjiksi, koska niissä valmistellaan päätöksiä yhteisistä valtakunnallisista toimintalinjauksista¹²⁹.

Johtajaylilääkäri kertoi, että hänellä ei ole johtosäännön mukaan valtaa määrätä toimialueiden ja toimiyksikköjen johtajia, mutta käytännössä yksimielisyys saavutetaan, ja esimerkiksi budjetin tasapainotus onnistuu eri spesialiteettien kesken. Johtajaylilääkäri totesi, että hänellä on olemassa “konsteja”, joilla hän pystyy vaikuttamaan asioihin, ja toimialueiden ja tulosyksikköjen johtajat tietävät sen. Täten hänellä mielestään oli käytännössä “jonkinlainen auktoriteetti”.

... kumminkin jonkinlainen auktoriteetti on, että jos mä nyt sanon jostakin asiasta, että älkää nyt hyvänen aika noin sitä tehkö, josta ei tuu kun hankaluuksia, niin kyllä niillä aika hyvä pokka sitten täytyy olla, jos ne menee sen kumminkin tekemään. Että ne tietää sen, että sitten tulee sormille se asia jotain kautta. (Ylin johto, lääkäri).

Kaksi kyseisen johtajaylilääkärin kanssa samassa sairaalassa työskentelevää, keskijohtoon kuuluvaa lääkärijohtajaa kertoi keskustelewansa mainitun johtajaylilääkärin kanssa myös taloudenpitoon liittyvistä asioista. Se vahvistaa johtajaylilääkärin esittämää näkemystä, jonka mukaan hänellä on todellisuudessa mahdollisuuksia vaikuttaa asioihin enemmän kuin johtosäännöstä ilmenee.

Samantapainen on edellä mainitun hallintoylihoitajan valta-asema. Huolimatta siitä, että hän luonnehti virkaansa “vallattomaksi”, koska hän ei

¹²⁷ Valinnoista vastaavat toiminnallisen organisaation johtajat (toimialueiden ja yksiköiden johtajat), joista useimmat ovat lääkäreitä.

¹²⁸ Tarkoittaa esimerkiksi sairaanhoitopiirin johtajien, johtajaylilääkärien ja hallintoylihoitajien omia vertaisverkostoja, jotka koostuvat keskenään samassa asemassa olevista viran- tai toimenhaltijoista.

¹²⁹ Toimintakentässä, jossa vältetään avoimia ristiriitoja ja suositaan konsensusperiaatetta päätöksenteossa (ks. alaluku 3.4), päätösten valmistelijan vaikutusmahdollisuus on mielestäni erityisen suuri, koska valmistellun ehdotuksen kyseenalaistaminen merkitsisi yksimielisyyden ihanteen vaarantamista.

vastaa kertomansa mukaan rahasta eikä ole kenenkään esimies¹³⁰, on hänellä mielestään valtaa vaikuttaa sekä taloudellisiin asioihin että hoitohenkilöstöä koskeviin asioihin. Kyseiset johtajaylilääkäri ja hallintoylihoitaja välittävät ristiriitaisen kuvan, koska he saman haastattelun aikana totesivat asemaansa liittyvän vallan vähäiseksi, mutta kertoivat, että heillä kuitenkin on käytännössä mahdollisuuksia vaikuttaa asioihin.

Eniten valtaa kaikki haastateltavat kertoivat olevan sairaanhoitopiirin johtajalla. Muina valtaa omaavina mainittiin haastatteluissa johtajaylilääkäri, taluspäällikkö, hallintoylihoitaja, henkilöstöpäällikkö, tulosaluejohtajat, tulosyksikköjohtajat ja henkilökuntaa palkkaavat ylihoitajat¹³¹. Ketään ei haastatteluissa mainittu nimeltä, vaan vallanhaltijoihin viitattiin virkojen tai toimien nimikkeiden avulla. Tämä viittaa mielestäni siihen, että johtajat liittävät henkilön valta-aseman hänen muodolliseen asemaansa sairaalaorganisaatiossa ja mielsivät vallan lähinnä vertikaalisena ilmiönä¹³². Aineistosta tulee kuitenkin esille, että henkilökohtaista valtaansa sairaalayhteisössä voi kasvattaa myös asiantuntijuudella ja kokemuksella, halulla ja kyvyllä “tarttua asioihin” ja “ottaa vastuuta”, eli henkilökohtaisilla ominaisuuksilla, jotka eivät suoraan liity organisaatioasemaan.

Koska edellisen kappaleen luettelossa tuli mainituiksi yhtä lukuun ottamatta myös kaikkien haastateltavien omat nimikkeet, on ilmeistä, että haastateltavilla on toistensa arvioimina henkilökohtaista valtaa, vaikka he eivät sitä itse avoimesti tuonetkaan esille.¹³³ Vaikka johtajat eivät puhuneet omasta vallastaan käyttämällä sanaa “valta”, he luettelivat kuitenkin vaikeuksista muita ihmisiä, joilla on “valtaa”. Tulkitsen edellä esitettyä siten, että haastatelluilla johtajilla on todellisuudessa sairaalayhteisössä henkilökohtaista valtaa, vaikka he eivät tuoneet sitä puheessaan avoimesti esille.

Haastattelujen antama kuva vallan käyttämisestä on erilainen kuin kuva vallan olemassaolosta. Keskijohtoon kuuluvat sekä lääkäri- että hoitajataustaiset johtajat katsoivat, että vallan käyttäminen on “käskyttämistä”, jolla he tarkoittivat vastentahtoisien alaisen pakottamista toimimaan

¹³⁰ Johtosääntö ja organisaatiokaavio puolsivat haastateltavan esittämää näkemystä virkansa “vallattomuudesta”: hänellä ei niiden mukaan ole esimiesasemaa.

¹³¹ Kysyin asiaa kysymyksillä: “Missä valta täällä asuu, ja kenellä on valtaa teidän sairaalassanne?”

¹³² Kun haastatteluissa oli vuorossa teema-alue 7 (valta ja vastuu), niin johtajat puhuivat vallasta nimenomaan vertikaalisena ilmiönä. Vallan horisontaalinen luonne tuli haastatteluissa esille muissa yhteyksissä esimerkiksi keskustelussa, miten eri spesialiteetteja arvostetaan ja resurssoidaan (alaluku 3.5.5) tai miksi ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat saavat parempaa palkkaa ja vastuullisempia tehtäviä kuin ylimpään johtoon kuuluvat hoitajajohtajat (ks. alaluku 3.6.5.2).

¹³³ Sairaanhoitopiirin poliittiseen luottamushenkilöhallintoon kuuluvia henkilöitä (esimerkiksi valtuuston ja hallituksen jäsenet) eivät haastateltavat nimenneet henkilöiksi, joilla sairaalassa on valtaa. Se saattaa johtua esimerkiksi siitä, että haastateltavat olettivat, että olen kiinnostunut vain sairaalaorganisaation viroissa ja toimissa olevista henkilöistä.

vallankäyttäjän haluamalla tavalla. “Käskyttämistä” tapahtuu haastattelujen mukaan erityisesti talouteen liittyvissä asioissa. Kukaan lääkäri- tai hoitajataustaisista haastateltavista ei kertonut olevansa vallankäyttäjä.

Ylimpään johtoon kuuluvat haastateltavat tunnistivat “käskyttämisen”, mutta kertoivat pyrkivänsä sitä itse välttämään.

...mä en halua semmost valtaa käyttää, käskytystä. Mä en halua sitä käyttää, mut silti henkilökuntaa kokee, että sitähän käytetään. (Ylin johto, lääkäri).

“Käskyttämisen” sijasta he kertoivat neuvottelevansa, suostuttelevansa ja toimivansa asiantuntijoina ja välittäjinä siten, että päätökset voidaan tehdä lopulta yksimielisesti (ks. alaluku 3.4). Ylimpään johtoon kuuluvat johtajat eivät haastatteluissa antaneet sellaista kuvaa, että he kokevat toistuvasti olevansa “käskyttämisen” kohteita¹³⁴.

Omasta vallasta puhumisen – oikeastaan puhumattomuuden – ja ilmeisen valta-aseman välinen ristiriita saattaa johtua ainakin kolmesta syystä:

1. johtajat eivät tiedosta omaa valtaansa
2. eivät halua siitä puhua
3. puhuvat vallastaan muulla tavoin kuin käyttäen ilmaisua “valta”.

Aineiston analyysi viittaa siihen, että kysymys ei ole ensimmäisestä vaihtoehdosta. Omasta vallasta tai sen puutteesta kyllä aineistossa puhutaan, mutta niin, että asia ei kohdistu vain haastateltavaan itseensä. Asiasta puhutaan yleisemmällä tasolla, jolloin oma asema esitetään osaksi suurempaa yhteyttä. Lisäksi omasta vallasta puhutaan haastatteluaineistossa käyttäen enimmäkseen muita ilmaisuja kuin “valta”.

Kaikki ylimpään johtoon kuuluvat johtajat kertoivat, että heidän työssään valta ja vastuu ovat yleisesti ottaen tasapainossa keskenään. Vastuun he kaikki tunnistivat ja puhuivat siitä avoimesti. Jos he katsovat vastuun ja vallan olevan työssään tasapainossa, he mielestäni samalla välillisesti osoittavat tiedostavansa oman valtansa. Tämä viittaa mielestäni siihen, että henkilökohtaisen valtapuheen vähäisyys ei ylimmän johdon osalta johdu siitä, että johtajat eivät tiedostaisi omaa valtaansa mahdollisuutena vaikuttaa.

Keskijohtoon kuuluvien haastateltavien osalta käsitykset työhön liittyvän vallan ja vastuun suhteesta jakautuivat kahteen, selvästi toisistaan eroavaan ryhmään. Aineistoon kuuluu joitakin lääkärijohtajia, jotka eivät nähneet työtään vastuun ja vallan suhteen kannalta ongelmallisena. Heistä heillä oli

¹³⁴ Vain yksi ylimpään johtoon lukemistani haastateltavista mainitsi, että hän on itse joutunut kaikkein ylimmän johdon “käskyttämäksi” taloudellisiin päätöksen liittyvässä asiassa, jossa hän itse olisi halunnut menetellä toisin.

riittävästi valtaa vaikuttaa asioihin siten, että he kykenivät kantamaan vastuunsa. He puhuivat aihepiiristä maltillisesti ja neutraalisti. Sain vaikutelman, ettei asia ole heille kovin tunnepitoinen.

Suurempi osa keskijohtoon kuuluvista johtajista kertoi spontaanisti, että heillä on vastuuta enemmän kuin todellisia vaikutusmahdollisuuksia, koska erilaisin ohjeistuksin ja toimenpitein heidän toimintavapauttaan rajoitetaan varsinkin talouteen liittyvissä asioissa (ks. alaluku 3.6.2.6). Heidän kielenkäyttönsä oli asiasta keskusteltaessa varsin kielteisesti väritynyttä ja turhautumista ilmentävää¹³⁵. Sain heidän puheestaan ja käyttäytymisestään haastattelutilanteessa vaikutelman, että aihepiiri oli heille tunnepitaisesti latautunut.

Haastatteluissa he eivät nimenneet tarkkaan, kuka tai mikä heidän valtaansa rajoittaa. He puhuivat asiasta passiivissa tai kolmannessa persoonassa (“tulee kiristyksiä”, “vahditaan” yms.) tai käyttäen epätarkkoja ja kollektiivisia toimijailmauksia, kuten “hallinto”, “yhtymähallinto”, “keskushallinto” ja “johto”. Heidän puheestaan voi kuitenkin päätellä, että he kokivat, että ylin johto kaventaa heidän toimintamahdollisuuksiaan. Johtajien puhetapa oli mielestäni syyllistävä ja jännitteinen, vaikka “syyllistä” ei tarkasti nimeltä mainittu.

Kardiologisen yksikön perushoitajien ja sairaanhoitajien ammatillisuutta tutkiessaan Eriksson-Piela havaitsi hoitajien puhuvan omista esimiehistään tavalla, joka ei viitannut selkeästi kehenkään henkilöön. Hän katsoi tavan puhua esimiehistä kasvottomasti viittaavan luottamuksen ja epäluottamuksen väliseen jännitteeseen, joka leimasi esimies-alaissuhdetta kardiologisessa yksikössä (Eriksson-Piela 2003, 133). Vastaavasti joidenkin keskijohtoon kuuluvien johtajien tapa puhua esimiehistään saattaa viitata luottamuksen ja epäluottamuksen väliseen jännitteeseen heidän suhteessaan omiin esimiehiinsä.

Tulkitsen edellä esitettyä niin, että keskijohtoon kuuluvien johtajien tapa puhua henkilökohtaisesta vallastaan, ei viittaa siihen, että he eivät tiedostaisi työhönsä liittyvää valtaa (vrt. kohta 1. edellisellä sivulla). Osa heistä oli sitä mieltä, että heidän valtansa vastaa heidän työhönsä liittyvää vastuuta. Osa katsoi, että ylin johto rajoittaa valtaa, joka heidän mielestään kuuluisi heille. Täten kummallakin ryhmällä on käsitys omasta työhönsä liittyvästä vallasta, joten vallan tiedostamattomuudesta ei ole kysymys.

Sekä keski- että ylimpään johtoon kuuluvat johtajat luettelivat helposti hierarkiassa itseään ylemmällä tasolla olevia ja taloushallinnossa vaikuttavia toimijoita, joilla he katsoivat olevan valtaa. Haastatteluissa ylin johto tunnisti

¹³⁵ Sitä osoittavat mielestäni seuraavat keskijohdon haastateltavien sananvalinnat: “kiristyksen”, “myllykirjeet”, “myllytys”, “käskytykset”, “vahdinta”, “pistokokeet” ja “pomottaminen”.

myös keskijohdon käytössä olevaa valtaa. Se liittyy keskijohdon asemaan tulosyksikköjen johtajina tai hoitohenkilökunnan valinnasta päättävänä johtajina. Koska en haastatellut lähijohtajia, ei tiedä, mikä olisi heidän käsityksensä keskijohdon vallasta.

Terveydenhuolto-organisaatioiden lähijohtajat arvioivat lomake-tutkimuksessa oman valtansa pienemmäksi ja vastuunsa suuremmaksi verrattuna henkilökunnan arvioon lähijohtajien vallasta ja vastuusta (Isosaari 2008, 217). Täten henkilökunnan arvioon verrattuna lähijohtajat korostivat työhönsä liittyvää vastuuta ja vähätelivät siihen liittyvää valtaa¹³⁶. Tässä tutkimuksessa sekä keski- ja ylimpään johtoon kuuluvat johtajat korostivat vastuutaan, ja osa keskijohtoon kuuluvista totesi kärjekkäästi, että heillä ei ole vastuun edellyttämää valtaa.

Vaikka useimmat haastateltavat eivät puhuneet itsestään selväsanaisesti vallanhaltijoina, niin vastuustaan he puhuivat avoimesti. Puheessaan johtajat näyttäytyivät mielestäni vastuunkantajina. Tämä ilmenee jo heidän tavassaan puhua asiasta: he eivät kertoneet ”johtavansa” yksikköään, vaan ”vastaavansa” siitä.

”Vastuusta” puhuminen ei välttämättä tarkoita sitä, että samalla ei puhuttaisi myös vallasta. Legitiimi valta eli *auktoriteetti*¹³⁷ ei voi syntyä irrallaan vastuusta. Vastuu on auktoriteetin luonnollinen seuraus. (Fayol 1996, 53.) Jos johtajat olettavat, että valta ja vastuu heidän työssään vastaavat toisiaan ja ovat toisistaan riippuvaisia, niin puhumalla ”vastuusta” he samalla voivat viitata valtaansa mainitsematta sanaa ”valta”. Mielestäni tätä tulkintaa tukee usean keskijohtoon kuuluvan johtajan puhe siitä, että johtajan vastuu on valtaa suurempi. Sellaiseksi johtajat kokivat esimerkiksi tilanteen, jossa heidän omaa toimivaltaansa oltiin ”käskyttämällä” vähentämässä tai heillä ei muuten ollut riittävää asemavaltaa hoitaa asioita niin kuin he olisivat halunneet. Sellaisessa puheessa toimijasuhteet näyttäytyvät siten, että ulkopuolinen vallankäyttäjä, ”käskyttävä” uhkaa johtajaa, ”vastuunkantajaa”.

Osa tämän tutkimuksen lääkärijohtajista kertoi, että heidän oma esimiehensä ei johda heitä lainkaan (vrt. Tampsi-Jarvala ym. 2003). Asiasta keskusteltaessa he kuitenkin totesivat, ettei se ole tarpeenkaan. Nämä mielipiteet eivät rajoittuneet vain keskijohtoon, vaan myös jotkut ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat esittivät samansuuntaisia näkemyksiä. Sen sijaan hoitajajohtajat eivät kertoneet, että heitä itseään ei johdeta, tai että heille ei ole merkitystä sillä, johdetaanko heitä vai ei.

¹³⁶ Yhtäläillä voidaan sanoa, että lähijohtajiin verrattuna henkilökunta vähätteli lähiesimiesten vastuuta ja korosti lähiesimiesten työhön liittyvää valtaa. Kaksi erilaista tulkintaa osoittaa vallan suhteellista luonnetta: sitä on olemassa suhteessa toisiin ihmisiin (Dahl 1957).

¹³⁷ Organisaatiokontekstissa auktoriteetille on ominaista, että se perustuu asemaan organisaatiossa, on alaisten hyväksymää ja virtaa vertikaalisesti ylhäältä alas (Daft 2001, 449).

Joidenkin lääkärijohtajien esittämä näkemys, että heidän itsensä johtaminen ei ole heistä kovin tarpeellista, saattaa johtua siitä, että he ovat samaan aikaan johtajia ja professionsa sekä erikoisalansa edustajia. Jälkimmäisessä roolissaan he arvostavat asiantuntijoiden henkilökohtaista autonomiaa. He voivat katsoa henkilökohtaiseksi kokemansa johtamisen puuttumisena autonomiseen asemaansa¹³⁸. Keskijohtoon kuuluvien lääkärijohtajien esimies on tässä aineistossa ylimpään johtoon kuuluva lääkärijohtaja. Jos sekä alainen että hänen esimiehensä jakavat käsityksen siitä, että kumpikin on oman tehtävänsä asiantuntija, ei kumpikaan ehkä koe tarvetta toisen asioihin puuttumiseen sellaisella tavalla, jota he kutsuisivat ”johtamiseksi”. Jos olisin kysynyt lääkärijohtajilta spesifemmin esimerkiksi esimiehen antaman henkilökohtaisen palautteen ja tuen määrästä sekä tärkeydestä heille itselleen, saattaisi vastauksista piirtyä toisenlainen kuva johdetuksi tulemisen merkityksestä¹³⁹.

On myös mahdollista, että keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat eivät tunnista tulevansa johdetuksi siitä syystä, että he liittyvät ”johtamisen” esimiesasemaan ja esimiesaseman valtaan (ks. 3.6.2.4). He ovat itsekin esimiehiä, mutta vähättelevät omaa valtaansa eivätkä koe itseään vallankäyttäjiksi. Näin tekevät myös heidän esimiehensä, ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat.

3.6.2.2 Minkälaista vastuuta johtajat työssään tunnistivat

Kun pyysin johtajia luettelemaan, minkälaista vastuuta heidän työhönsä kuuluu, he mainitsivat lukuisia ja keskenään varsin erilaisia vastuita¹⁴⁰.

¹³⁸ Vertaa pohdinta alaluvussa 3.6.3, miksi lääkärijohtajat eivät ole saaneet perehdytystä sekä alalukua 4.2.2 sairaaloista professionaalisiin byrokraatioina.

¹³⁹ Tampusi-Jarvelan (2003, 19) mukaan ainoastaan 16 % lääkärijohtajista sai melko usein tai erittäin usein palautetta työssään onnistumisesta omalta esimieheltään.

¹⁴⁰ Haastateltavat mainitsivat seuraavat vastuut: ”sairaanhoidon vastuu”, ”lääketieteellinen vastuu”, ”operatiivinen vastuu”, ”toiminnallinen vastuu”, ”vastuu hoitotyöstä”, ”vastuu hoidon laadusta”, ”vastuu tilauksen toteutumisesta” (tilaajan kanssa sovitulla tavalla), ”katastrofivalmiusvastuu”, ”tulostavastuu”, ”johtamisvastuu”, ”taloudellinen vastuu”, ”henkilöstövastuu”, ”vastuu henkilöstön riittävydestä”, ”vastuu henkilöstön työkykyisyydestä ja hyvinvoinnista”, ”vastuu siitä, mitä työtä henkilökunnalla teetetään”, ”vastuu siitä, että henkilökunta saa oikean palkan”, ”strateginen ja operatiivinen henkilöstövastuu”, ”hallinnollinen vastuu”, ”vastuu maineesta”, ”verkostoitumisvastuu”, ”juridinen vastuu”, ”vastuu potilasvalituksista”, ”virkavastuu”, ”koulutusvastuu” (sekä henkilökunnan että erikoistuvien lääkäreiden ja hoitajaopiskelijoiden osalta), ”vastuu tieteellisestä tutkimuksesta”, ”strateginen vastuu”, ”vastuu strategian jalkauttamisesta”, ”vastuu viestinnästä ja tiedottamisesta”, ”vastuu ulkopolitiikasta” eli suhteet yhteistyötahoihin. Tästä luettelosta olen jättänyt pois ilmeisimmät päällekkäisyydet, joissa sama asia on sanottu hieman eri tavalla ilmaisten.

Ryhmittelen haastateltavien mainitsemat vastuut sen mukaisesti, mitä ne koskevat taulukossa 7.

Taulukko 7. Johtajien haastatteluihin perustuva vastuujaottelu

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Toimintaan liittyvä vastuu <ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden hoito • Tieteellinen tutkimus • Opiskelijoiden ja erikoistuvien kouluttaminen 2. Henkilöstöön liittyvä vastuu 3. Tulosoikeuteen liittyvä vastuu 4. Juridinen vastuu 5. Muu vastuu |
|---|

Toimintaan liittyväksi vastuuksi katson vastuun potilaiden asianmukaisesta hoidosta, tieteelliseen tutkimukseen, erikoistuvien lääkäreiden ja hoitajaopiskelijoiden koulutukseen yms. sairaalan toimintaan liittyvän vastuun. “Lääketieteellinen” ja “sairaanhoidollinen” vastuu ovat aineiston lääkärijohtajien käyttämiä ilmaisuja, kun taas “hoidollinen” ja “hoitotieteellinen” vastuu ovat hoitajajohtajien käyttämää kieltä. Kielenkäyttö kuvastanee lääketieteen ja hoitotieteen asemaa sairaalakontekstissa: lääkärijohtajat ovat kiinnittyneet lääketieteeseen ja hoitajajohtajat hoitotieteeseen. Vastuu tieteellisestä tutkimuksesta on molemmille ammattikunnille yhteinen, mutta toiselle se tarkoittaa lääketieteellistä ja toiselle hoitotieteellistä tutkimusta. Lääkärijohtajista tutkimusvastuusta puhuivat sekä keskijohtoon että ylimpään johtoon kuuluvat, hoitajajohtajista ainoastaan ylimpään johtoon kuuluvat haastateltavat.

Haastatteluaineistossa on tavanomaista, että keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat kuvaavat vastuutaan oman lääketieteellisen erikoisalansa avulla (vrt. alaluku 3.5.3.1). He kertoivat vastaavansa omaan erikoisalaansa kuuluvien sairauksien hoidosta sairaanhoitopiirinsä, kuntansa tai kuntayhtymänsä alueella.

Siis mun ylin hommahan on periaatteessa, jos ei aatella sitä rahaa ollenkaan, niin mä vastaan siis 215 000 ihmisen silmänsairaanhoidosta, se on niinku se. (Keskijohto, lääkäri).

Henkilöstöön liittyvää vastuuta toivat esille sekä lääkäri- että hoitajataustaiset johtajat. Keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat painottivat

puheessaan lääkärien rekrytointiin liittyvää henkilöstövastuuta. Keskijohtoon kuuluvien hoitajajohtajien puheessa rekrytointivastuu oli vähemmän keskeinen. He korostivat vastuutaan henkilöiden asianmukaisesta palkkauksesta, koulutuksesta ja hyvinvoinnista.

Sekä lääkäri- että hoitajataustaiset ylimpään johtoon kuuluvat johtajat puhuivat haastatteluissa strategisesta henkilöstövastuusta, kuitenkin sillä erolla, että hoitajajohtajien puheessa painottui huoli ylipäätään hoitohenkilöstön saatavuudesta tulevaisuudessa ja lääkärijohtajien puheessa huoli siitä, miten turvata erityisosaamista omaavien lääkärien tarve tulevaisuudessa.

Tulosohjaukseen liittyvällä vastuulla tarkoitan vastuuta siitä, että suoritteet toteutuvat sovitusti ja talousarvioin mukaisesti. Suoritteita seurataan haastateltujen johtajien organisaatioissa usealla tavalla. Varsinkin lääkärijohtajien puheessa painottui taloudellinen vastuu, joka viittaa suoritteiden tuottamisesta saataviin tuloihin ja niiden tuottamisesta aiheutuviin kustannuksiin. Tulot ja kustannukset budjetoidaan ja niitä seurataan sisäisen laskentatoimen avulla.

Keskijohdon lääkärijohtajien puhe talousasioiden merkityksestä ja heidän taloudenpidosta henkilökohtaisesti ottamastaan vastuusta vaihtelee aineistossa suuresti. Yksi koki taloudenpidon ”leikiksi”, usea toissijaiseksi, ja yksi koki olevansa vastuussa ”rahakakusta”, jonka on saanut kulutettavakseen ja jota hän pyrki aktiivisesti lisäämään myymällä tuottamiaan sairaanhoitopalveluita jopa sairaanhoitopiirin alueen ulkopuolelle.

...mä oon kokenu vaan tähän mennessä, et se on semmosta leikkiä tavallaan se taloudenpito, et mejän johtoryhmässä sitte katsotaan kauheesti niit käyttösuunnitelmaseurantaa ja käyttösuunnitelmaa, ja mitä se sitte oikeesti merkkää... (Keskijohto, lääkäri).

Ja totta kai mulla on taloudellinen vastuu sitten, että mun pitää pystyä se toiminta, erikoissairaanhoito, järjestämään niissä budjettiraameissa, mitä me ollaan rakennettu, mutta mä en sitä koe tärkeimpänä. Tärkeintä on se, että me pysytään hoitotakurajoissa ja pystytään sairastuva ihminen hoitamaan, että se on sitten talousihmisten murhe sitten, meidän DRG-pisteen hinta määrittää sellaseks, et se kattaa sen toiminnan, että mä en sitä koe itse tärkeimpänä. (Keskijohto, lääkäri).

No, mä oon tulosjohtaja. Periaatteessa mä istun sen rahakakun päällä ja teen ihan sitä ja kulutan ja sitten oon vastuussa. (Keskijohto, lääkäri).

Juridisesta vastuusta puhuivat sekä keskijohtoon että ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat. Juridisen vastuunsa tarkempaa laatua eivät haastateltavat eritelleet. Potilasvahingot mainittiin, mutta lääkäreillä on sen lisäksi muun muassa rikoslakiin (virkavastuu) ja salassapitoon liittyvää juridista vastuuta. Lääkärintyöllä on monia liittymäkohtia oikeudenkäyttöön ja asioihin, joista säädetään laeilla¹⁴¹. Kaikki lääkärit ovat peruskoulutusvaiheessa opiskelleet oikeuslääketiedettä. Lääkärintyön ja juridisen vastuun yhteyttä osoittanee myös käsite ”vastaava lääkäri”, joka mainitaan Suomen ajantasaisessa lainsäädännössä yhteensä 8 laissa (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>)¹⁴².

Muiksi vastuiksi yllä olevasta luettelosta jää vastuu maineesta, verkostoitumisesta ja ulkoisista suhteista. Ulkoisia suhteita käsiteltiin alaluvussa 3.6.1. Maineen ja verkostoitumisen omina vastuunaan mainitsi ylimpään johtoon kuuluva hallintoylihoitaja. Lääkärijohtajille hyvä maine oli myös tärkeää, mutta haastatteluaineistossa se esiintyy vain lääkärikunnan sisäisenä ilmiönä: sairaalan hyvä maine houkuttelee osaavia lääkäreitä. Aineistossa painottuvat toimintaan, henkilöstöön ja tulosohtaukseen (rahaan) liittyvät vastuut. Juridista vastuuta lääkärijohtajat eivät tuoneet esille ongelmallisena.

Haastateltavat tunnistivat esitutkimusaineistossa esille tulleet toiminnallisen ja hallinnollisen vastuun käsitteet (ks. alaluku 2.4) kuitenkin sillä erolla, että tässä tutkimusaineistossa kaikki eivät rajanneet hallinnollisen vastuun käsitettä pelkästään työsuhteisiin liittyväksi, kuten esitutkimusaineistossa tapahtui. Tutkimusaineistossa osa haastateltavista liitti hallinnollisen vastuun ”hallinnon pyörittämiseen”, kuten erilaisten paperitöiden tekemiseen, esimerkiksi potilasläheteiden käsittelyyn. Toiminnallisen vastuun haastateltavat ymmärsivät vastuuksi siitä, miten potilaita hoidetaan ja tulostavoitteita saavutetaan.

Tulkitsen haastateltujen johtajien tapaa puhua vastuusta siten, että johtajat käyttävät ilmaisua ”vastuu” varsin laaja-alaisessa merkityksessä. ”Vastuulla” on heidän puheessaan eettisiä ja moraalisia (vastuu potilaiden hoidosta), professionaalisia (vastuu lääketieteelle, hoitotieteelle ja omalle ammattikunnalle), juridisia ja organisaation johtamisjärjestelmiin (vastuu tulostavoitteista ja ohjeistuksen noudattamisesta) liittyviä merkityksiä. Johtajien puhuessa vastuusta yksi tai useampi näistä merkityksistä voi olla yhtä aikaa läsnä. Puheesta ei aina voi päätellä, mitä merkityksiä johtaja

¹⁴¹ Esimerkiksi erilaiset todistukset ja lausunnot rikosepäily- ja riita-asioissa, todistukset jonkin oikeuden tai etuuden anomiseksi, kuten kuolintodistukset yms.

¹⁴² Haku on tehty 6.6.2008. Alkuperäisissä säädöksissä, joista osa ei ole enää voimassa, ”vastaava lääkäri” esiintyy 21 eri säädöksessä, mikä mielestäni viittaa siihen, että juridisella vastuulla ja lääkärintyöllä on ollut yhteyttä jo pitkään.

kulloinkin tarkoitti, tai tiedostiko johtaja käyttäneensä ilmaisua, jolle antoi erilaisia merkityksiä.

3.6.2.3 Vastuu tilivelvollisuutena

Seuraavassa tarkastelen johtajien ilmaisemia vastuita vastuun kohdistumisen ja vastuualueen näkökulmasta. Sitä varten otan käyttöön käsitteen *tilivelvollisuus*¹⁴³. Tilivelvollisuudella viitataan siihen, kenelle tai mille vastuunkantaja on jostakin asiasta tilivelvollinen eli velvollinen selvittämään omaa toimintaansa. Tilivelvollisuus voi perustua esimerkiksi kulttuurisiin normeihin tai konkreettisesti osoitettavissa oleviin asioihin, kuten lainsäädäntöön, määräyksiin, ohjeistukseen tai esimiehen toivomukseen.

Kun edellä taulukossa 7 mainittuihin johtajien haastatteluihin perustuviin vastuulajeihin liitetään niitä vastaava (itse päättämäni) tilivelvollisuus, voidaan laatia esimerkiksi seuraava taulukko.

Taulukko 8. Vastuujaotteluun liitettävissä olevia tilivelvollisuuksia

MISTÄ VASTUUSSA	KENELLE/MILLE VASTUUSSA
Potilaiden hoito	Potilaalle
Tieteellinen tutkimus	Tiedeyhteisölle
Opiskelijoiden kouluttaminen	Opiskelijoille
Henkilöstöön liittyvä vastuu	Henkilöstölle
Tulosohjaukseen liittyvä vastuu	Maksajalle
Juridinen vastuu	Laillisuuden ja oikeusturvan valvojille
Maine	Omalle sairaalayhteisölle
Verkostoituminen	Toimintaympäristön yhteisölle

Johtajien puhe potilaista ja heidän parhaansa edistämisestä ilmentää aineistossa tilivelvollisuutta potilaalle. Puhe henkilöstölle kuuluvasta palkkauksesta ja koulutuksesta ilmentää tilivelvollisuutta henkilöstölle.

Tilivelvollisuuden kohdistuminen ei luonnollisestikaan ole näin yksinkertainen ja vain yhden totuuden sisältävä. Esimerkiksi vastuu potilaan

¹⁴³ Käytän vielä tässä yhteydessä *tilivelvollisuus*-sanaa (englanniksi *accountability*) *laajassa merkityksessä* enkä rajoita sitä vain organisaationsisäiseen tai taloudelliseen tilivelvollisuuteen. Käsitteelle *accountability* on annettu terveydenhuollon ja hallinnon kirjallisuudessa erilaisia sisältöjä (esim. Johnson 2008; Dansky ja Gamm 2004; Lähdesmäki 2003; Scott 2000; Shortell, Waters, Clarke, Budetti 1998; Gamm 1996; Lagoe ja Aspling 1996; Etzioni 1975). Osa kirjallisuudessa annetuista merkityksistä on kompleksisia, muuttuvia ja keskenään ristiriitaisia (Koppell 2005; Mulgan 2000).

hoidosta sisältää tilivelvollisuutta potilaan lisäksi lääketieteelle ja hoitotieteelle¹⁴⁴ sekä tilivelvollisuuden omalle ammattikunnalle¹⁴⁵. Mikäli mainittuja vastuita tarkastellaan pitäen lähtökohtina esimerkiksi lääkärin työhön sisältyviä ja aiemmissa tutkimuksissa tunnistettuja tilivelvollisuuksia¹⁴⁶, tulee taulukosta erilainen. Esimerkiksi tilivelvollisuuteen omalle professionille liittyy vastuuta potilaiden hoidosta, tieteellisestä tutkimuksesta, opiskelijoiden kouluttamisesta, juridisesti asianmukaisesta toiminnasta sekä sairaalan maineesta. Täten haastattelussa mainitut vastuut eivät laajan tilivelvollisuuskäsitteen kannalta ole yksiselitteisiä ja tarkkarajaisia eikä yksi johtajien mainitsema vastuu merkitse vain yhtä tilivelvollisuutta.

Tilivelvollisuutta voi tarkastella myös suppeammin, organisaationsisäisenä ilmiönä. Tällöin näkökulmana ei ole edellä esitetty ”viimekäden” tilivelvollisuus, vaan se, kenelle henkilö on omassa organisaatiossaan velvollinen antamaan selvityksen omasta toiminnastaan. Kutsun sitä tässä *sairaalsisäiseksi tilivelvollisuudeksi*. Seuraavassa tarkoitan tilivelvollisuudella pelkästään sairaalsisäistä tilivelvollisuutta¹⁴⁷.

Varsinkin keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat puhuivat haastatteluissa vastuustaan laaja-alaisena edustamansa erikoisalana kautta: he ovat vastuussa oman erikoisalansa palvelujen tuottamisesta esimerkiksi sairaanhoitopiirin väestölle (ks. alaluku 3.6.2.2). He kokivat olevansa vastuussa yksikössään työskentelevien lääkäreiden työstä, mutta eivät keskustelussa tuoneet selkeästi esille, ovatko he vastuussa myös yksikkönsä hoitohenkilöstön työstä. Hoitajajohtajat ilmaisivat vastuualueensa tarkemmin: he kokivat olevansa vastuussa esimerkiksi ”hoitohenkilökunnasta”, ”hoitajien työn laadusta” ja ”hoitotyöstä”. Täten heidän kokemansa vastuu liittyy selkeämmin hoitohenkilökunnan (ei lääkäreiden) tekemään työhön.

Ylimpään johtoon kuuluvat hoitajajohtajat kantoivat vastuuta laajemminkin kuin vain oman ammattikuntaansa rajoittuen. Samoin tekivät ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat. Tämä on mielestäni ymmärrettävää, koska kummatkin kuuluvat ylimpään johtoryhmään ja vastaavat muun muassa molempia ammattiryhmiä koskevista kehittämisprojekteista (ks. alaluku 3.6.4).

¹⁴⁴ Potilaan on saatava lääketieteellisesti ja hoitotieteellisesti asiankuuluvaa hoitoa.

¹⁴⁵ Hoidon antajan tulee toimia oman ammattikunnan edellyttämällä ja arvostamalla tavalla.

¹⁴⁶ Katso yhteenveto lääkärin tilivelvollisuuksista Johnson (2008, 334).

¹⁴⁷ Romzekin ja Ingrahamin (2000, 242) erottavat autonomian määrän (vähäinen tai korkea) ja kontrollin lähteen (sisäinen tai ulkoinen) perusteella neljänlaisia tilivelvollisuussuhteita. Organisaationsisäiseksi kutsumani tilivelvollisuus on lähinnä Romzekin ja Ingrahamin hierarkkiseksi kutsumaa tilivelvollisuussuhdetta (*hierarchical accountability relationship*). Siinä vallitsee vähäinen autonomia-aste sekä sisäinen kontrolli. Isosaari (2008) kutsuu samaa tilivelvollisuussuhdetta *byrokraattiseksi tilivelvollisuudeksi*.

Kukaan haastateltavista ei kertonut, että hänen vastuualueensa on kirjallisesti määritelty. Vastuualueista on haastatteluaineistossa epäselvyyttä. Epäselvyydet ilmenivät, kun kysyin haastateltavilta tarkennuksia heidän aiemmin kertomaansa. Keskijohtoon kuuluvan lääkärijohtajan yksikössä työskentelee ns. keikkalääkäreitä, joita hän itse ei ole ottanut työhön, vaan sen on tehnyt johtajaylilääkäri. Lääkärijohtaja ei tiennyt, onko hän vastuussa myös keikkalääkärien tekemästä työstä. Hän ei katsonut olevansa keikkalääkäreiden esimies, koska he ovat yksityisen, lääkäripalveluja myyvän yrityksen palveluksessa.

Kaksi ylimpään johtoon kuuluvaa hoitajajohtajaa koki epäselväksi oman vastuualueensa suhteessa henkilöstöpäällikön, suunnittelupäällikön ja henkilöstön kehittämispäällikön vastuualueeseen. He olivat perinteisesti vastanneet hoitohenkilökunnan henkilöstöhallinnosta, mutta hiljattain kummankin sairaanhoitopiiriin oli heidän kertomansa mukaan nimitetty uusia päälliköitä henkilöstöhallinnon tehtäviin. Vastuualueiden ja työtehtävien rajat eivät olleet vielä muotoutuneet.

Johtajan tilivelvollisuuteen sisältyvä vastuualue liittyy haastatteluaineistossa kysymykseen siitä, kenelle johtaja on sairaalassa tilivelvollinen. Haastatteluaineistossa johtajat eivät ilmaisseet sairaalansisäistä tilivelvollisuutta siten, että he ovat vastuussa työnsä tuloksista jollekin henkilölle, esimerkiksi tulosalueen johtajalle. Ylipäätään haastateltavat eivät haastatteluaineistossa tuoneet selkeästi esille, kenelle he sairaalassa ovat tilivelvollisia eri vastuistaan. Sen sijaan he puhuivat siitä, kuka on heidän esimiehensä ja keiden esimiehiä he ovat, ikään kuin olisi itsestään selvää, että tilivelvollisia ollaan esimiehelle.

Aineistossa *esimiehisyy*¹⁴⁸ kietoutuu tilivelvollisuuteen tavalla, joka ei ole johdonmukainen. Jotkut haastateltavat hahmottivat tilivelvollisuutensa esimiehisyyden kautta siten, että sekä tilivelvollisuus että esimiehisyyt hämärtyvät. Asia tulee esille, kun johtajan tilivelvollisuus kohdistui tosiasiallisesti useampaan henkilöön.

*...kun mä tietäisin kuka on mun esimieheni.. onko se AA, vai onko se BB, se on molemmat tällä hetkellä, mulla on siis kaksi esimiestä...
Mä luulen että mulla on yks, mutta AA on sitä mieltä, että hän on mun esimieheni, mä luulen että BB on mun esimieheni tällä hetkellä, mutta AA on sitä mieltä että hän on niinku, eli ne molemmat on sitä mieltä*

¹⁴⁸ *Esimiehisyydellä* tarkoitan esimiehenä olemista, ilmiötä, että organisaatiossa on olemassa hierarkkinen toimijarakenne, joka muodostuu esimiehistä ja alaisista. Käytän esimies-sanaa siten kuin haastateltavat sitä käyttivät. Sanalla *esimies* en viittaa sukupuoleen.

että he ovat mun esimiehiä, ja mä oon sitä mieltä, että tässä tilanteessa mun esimies on BB... (Ylin johto, lääkäri).

Jos yllä lainattu johtaja hahmottaisi oman asemansa tilivelvollisuuden eikä esimies-alaisaseman kautta, hän voisi todeta olevansa tilivelvollinen lääketieteellisistä asioista AA:lle (johtajaylilääkärille) ja esimerkiksi talouteen liittyvistä asioista BB:lle (sairaanhoitopiirin johtajalle). Jos taas kyse olisi vain kyseisen johtajan kielenkäytöstä, ja hän kutsuisi henkilöä, jolle on tilivelvollinen, “esimieheksi”, hän voisi todeta, että hänellä on kaksi “esimiestä”, jolle hän on vastuussa eri asioista. Näin ei haastatteluissa tapahdu, vaan haastateltava päätteli, kumpi kahdesta halukkaasta on oikeasti hänen esimiehensä. Tämä viittaa mielestäni siihen, että hän antaa esimies-käsitteelle jonkin muun kuin vain tilivelvollisuuteen liittyvän merkityksen.

Samantapainen oli keskijohtoon kuuluvan hoitajajohtajan tilanne. Hän käy henkilökohtaisia kehityskeskusteluja neljän henkilön¹⁴⁹ kanssa. Kehityskeskusteluissa painottuvat erilaiset näkökulmat, mikä hämmensi haastateltavaa hoitajajohtajaa, koska hän ajatteli, että näkökulmista tulisi valita vain yksi. Hän ei kokenut kehityskeskustelujen ilmentävän neljää erilaista tilivelvollisuutta.

On ja tää on ollu semmonen mitä mä oon miettiny koska nää on hyvin erityyppiset nää kehityskeskustelut, että sitten mikä se on se kehityssuunnitelma mikä sieltä pitäs nousta, kun se käydään näin monen ihmisen kanssa. (Keskijohto, hoitaja).

Sen sijaan asiantila pani hänet pohtimaan, kenen alainen hän oikeastaan on.

No mä oon itse asias sitä miettiny kyllä aika paljon, et kenen alainen mä oon, koska oikeestihan toi toimialuejohtaja NN on mun esimieheni, mutta tota... (Keskijohto, hoitaja).

Aineistoon sisältyy toinenkin keskijohtoon kuuluva hoitajajohtaja, joka käy omia kehityskeskustelujaan hallintoylihoitajan ja toimialuejohtajan (lääkäri) kanssa. Vuonna 2004 toteutetun organisaatiouudistuksen jälkeen hän on kertomansa mukaan “virallisesti toimialuejohtajan alainen”¹⁵⁰. Hän koki

¹⁴⁹ Hän käy itseensä liittyviä kehityskeskusteluja yksikköä johtavan lääkärijohtajan, tulosaluetta johtavan lääkärijohtajan, tulosalueen ylihoitajan ja koko sairaalan hallintoylihoitajan kanssa. Esimieheksensä hän ilmoitti tulosaluetta johtavan lääkärijohtajan.

¹⁵⁰ Ennen organisaatiouudistusta hän oli hallintoylihoitajan alainen. Johtosääntö, organisaatiokaavio ja hallintoylihoitajan haastattelu vahvistavat keskijohdon hoitajajohtajan kertomusta oman asemansa muuttumisesta.

hämmentävänä tilanteen, että hän käy kehityskeskusteluja sellaisen henkilön (hallintoylihoitaja) kanssa, joka ei enää olekaan hänen esimiehensä. Mikäli hän hahmottaisi kehityskeskustelut tilivelvollisuuden kautta, hän voisi todeta kehityskeskustelujen ilmentävän kahta erilaista, hänen työhönsä liittyvää tilivelvollisuutta.

Mainitut esimerkit viittaavat mielestäni siihen, että kyseiset haastateltavat olettavat tilivelvollisuuden olevan yhdenmukainen esimiehisyiden kanssa: tilivelvollisia ollaan vain esimiehelle, ja esimiehiä oletetaan olevan vain yksi (ks. alaluku 3.6.2.4). Käytännössä tilanne ei ole tuon oletuksen mukainen. Tutkimusaineistossa johtajilla on erilaisia tilivelvollisuuksia, jotka kohdistuvat useammalle henkilölle. Täten esimiehisyys ja tilivelvollisuus eivät haastatteluaineistossa ole keskenään yhdenmukaisia, mikä saattaa aiheuttaa epäselvyyttä esimiehestä tai tilivelvollisuudesta.

3.6.2.4 Mitä johtajat tarkoittivat “esimiehellä”

Haastateltavat eivät selkeästi kertoneet, mitä he tarkoittivat esimiehellä tai esimies-alaisuudella. Kaikki haastateltavat puhuivat omasta esimiehestään yksikössä¹⁵¹. Kaikki kykenivät haastattelun kuluessa nimeämään oman esimiehensä – niissäkin tapauksissa, joissa asia ei ole tilivelvollisuuksien hajaantuessa aivan ilmeinen (ks. alaluku 3.6.2.3).

Keskijohtoon kuuluva hoitajajohtaja katsoi, että lääkärit eivät voi “sanella” hoitajille tiettyjä asioita, koska he eivät ole hoitajien esimiehiä. Tämä viittaa mielestäni siihen, että kyseinen hoitajajohtaja liittää esimiehisyiden asemavaltaan, eli asemaan liittyvään oikeuteen “sanella” asioita hoitajille.

...mut tiedän kyllä, että jossain meidänkin yksiköissä hoitajat kokee, että lääkärit sanelee heille tiettyjä asioita, jolloin tietysti on puhuttu, et lääkärit eivät taas oo heidän esimiehiään, koska mä oon heidän esimiehensä. (Keskijohto, hoitaja).

Tilivelvollisuus ilman asemavaltaa hämmensi hallintoylihoitajaa, jolla ei ole esimiesasemaa ylihoitajiin nähden, vaikka ylihoitajat ovat hänelle tilivelvollisia hoitotyöstä. Hallintoylihoitaja koki “erikoiseksi tilanteeksi” asemansa, jossa hänellä on tilivelvollisuus hoitotyöstä ilman esimiesasemaa, joka ilmeisesti antaisi muodollisen käskyvallan niihin nähden, jotka hänelle

¹⁵¹ Poikkeuksena ovat ne keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat, joilla on professuuri yliopistossa. Yliopistossa heillä on toinen esimies kuin sairaalassa.

ovat tilivelvollisia hoitotyöstä. Täten hän puheessaan liitti esimiehisyiden asemavaltaan.

Esimiesaseman ja asemavallan yhteys tulee aineistosta selkeästi esille, kun haastateltavat kritisoivat omaa esimiestään.¹⁵² Ylimpään johtoon kuuluva hoitajajohtaja kritisoi esimiestään siitä, että tämä pitää kokouksia iltaisin ja viikonloppuisin. Ylimpään johtoon kuuluva lääkärijohtaja puolestaan kritisoi omaa esimiestään, joka vaatii häneltä seuraavaksi päiväksi selvityksiä eikä ymmärrä, että niiden tekemiseen hän tarvitsisi paljon enemmän aikaa. Keskijohtoon kuuluva lääkärijohtaja arvosteli esimiestään siitä, että hän ei ole saanut pyynnöstä huolimatta kotiinsa sairaalan sähköpostiyhteyttä. Toinen keskijohtoon kuuluva lääkärijohtaja kritisoi omaa esimiestään siitä, että esimies ei ole hänen pyynnöstään huolimatta kertonut, onko hän vastuussa ostolääkärien toiminnasta ja kuntoutusosastosta. Jokaisessa tapauksessa haastateltavat käyttivät esimies-sanaa. Tapauksille on yhteistä, että kritiikkipuhe kohdistui omaan esimieheen, joka käytti asemavaltaansa haastateltavia kohtaan tavalla, johon nämä ei olleet tyytyväisiä.

Esimies on Nykysuomen sanakirjan mukaan “toisten suhteen määräävässä asemassa oleva, jonkin laitoksen tms. johdossa oleva henkilö, työnantaja, (puheen)johtaja, päällikkö”. Tässä määritelmässä esimiehisyys yhdistetään määräävään asemaan organisaatiossa ja täten asemavaltaan. Haastatteluaineistossa haastateltavat käyttävät esimies-termiä Nykysuomen sanakirjan määritelmän mukaisessa merkityksessä: esimies-termillä he viittaavat organisatoriseen asemaan perustuvaan määräävään asemaan. Täten heidän puheessaan esimiehisyys liittyy juuri asemavaltaan.

Alaluvussa 3.6.2.1 kerroin, että johtajat eivät puheessaan tuoneet suoraan esille omaa valta-asemaansa eivätkä puhuneet itsestään vallankäyttäjinä, vaikka heillä muiden arvioimina on runsaasti asemaansa liittyvää valtaa. Esimiehisyuden liittäminen asemavaltaan tekee ymmärrettävämmäksi, miksi haastateltavat eivät puheessaan selkeästi tuoneet ilmi, mitä he tarkoittavat omalla esimiesasemalla. Hehän eivät muussakaan puheessaan korostaneet omaa valta-asemaansa.

Joillakin keskijohtoon kuuluvista lääkärijohtajista oli vaikeuksia vastata kysymyksiin, keitä he johtavat, tai paljonko heillä on alaisia.

No tota, tuota tuota, jos meitä ois 6 erikoislääkäriä, 1 ois osastolla, oiskohan se sit neljää neurologia, koska siin ois ne päivystysalueenkin

¹⁵² Haastatteluaineistossa arvostellaan avoimesti vain neljä kertaa omaa esimiestä siten, että haastateltava yksilöi esimiehensä ja esittää perusteen, miksi häntä kritisoi. Kaikki tapaukset on esitetty yllä. Avoimesti ilmaistun arvostelun vähäisyys on mielestäni luonnollista toimintakentässä, jossa vältetään avoimia konflikteja, ks. alaluku 3.4.

ehkä sit mukana, ja tota sairaanhoitajia on... ilmeisesti tulee ole 3, perushoitajia 1 ja sit on sihteeri ja ajanvaraaja, mut mä en nyt oikeen virallisesti tarkkaan tiä että, oikeen nyt tiedä, että tota kuinka suurelta osalta ne hoitajat nyt siihen kuuluis sitten... (Keskijohto, lääkäri).

Alaisten tai johdettavien nimeäminen voi olla keskijohtoon kuuluvalla lääkärijohtajalle vaikeaa, koska vastaus riippuu siitä, katsooko hän johtavansa lääkärien lisäksi hoitajia ja muuta yksikkönsä kuuluvaa henkilökuntaa. Kaikki haastatteluaineiston keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat olivat jonkin toiminnallisen yksikön johtajia. Johtajat tunnistivat yksikkönsä toimintaan liittyvän vastuun, joka kattaa heidän mukaansa koko heidän johtamansa yksikön toiminnan, ei vain lääkäreiden osuutta (ks. alaluku 3.6.2.2). Kuitenkin jotkut keskijohtoon kuuluvista lääkärijohtajista kokivat olevansa selkeästi tilivelvollisia vain niiden henkilöiden työstä, joiden esimiehiä he katsoivat olevansa, toisin sanoen johtamiensa lääkäreiden työstä.

Potilaiden hoitoon osallistuvasta henkilökunnasta valtaosa on muita kuin lääkäreitä. Siksi on loogista olettaa, että yksikön työn tuloksistakin huomattava osa on muiden kuin lääkäreiden aikaansaamaa. Päätely johtaa paradoksin sisältäviin kysymyksiin: Miten työn tuloksista voi vastata, ellei johda kokonaisuutta? Voiko johtaa kokonaisuutta johtamalla ainoastaan yhtä ammattiryhmää?

On mahdollista, että kysymys, johdanko vai olenko vain vastuussa, ei ole lääkärijohtajan kannalta kovin merkittävä. Keskijohtoon kuuluvan lääkärijohtajan oma työ on suurimmaksi osaksi kliinistä potilastyötä, jota hän tekee itsenäisesti, kuten muutkin hänen samassa yksikössä työskentelevät kollegansa. Johtaja-asemastaan huolimatta hän suhtautuu alaisinaan toimiviin lääkäreihin vertaisinaan, ja viimeksi mainitut ovat tietoisia yhdenvertaisesta asemastaan (Johnson 2009, 338). Täten kysymys esimiesasemasta suhteessa kollegoihin jää muodolliseksi eikä se ehkä ole lääkärijohtajan käytännön työn kannalta kovin merkittävä. Hoitajat taas tekevät hoitajien työtä, johon lääkärijohtajan ei tarvitse eikä vakiintuneen toimintatavan mukaan tulekaan puuttua (ks. alaluku 3.4). Osastonhoitaja ja ylihoitaja huolehtivat juoksevista asioista riippumatta siitä, kuka on muodollisesti hoitajien esimies. Täten kysymys esimiesasemasta ja siitä, keitä keskijohtoon kuuluva lääkärijohtaja oikeastaan johtaa, ei ehkä ole hänen kannaltaan kovin merkittävä. Asia ei ehkä ole edes tullut lääkärijohtajan mieleen, ennen kuin minä sitä nimenomaisesti kysyin.

On myös mahdollista, että lääkärijohtajan ulkopuolisen silmin ihmetystä herättävä pulma (johtaako vai ollako vain vastuussa), ei ole niinkään todellista. Se voi olla enemmän seurausta johtajien tavasta puhua asioista ja heidän johtamiselle antamastaan merkityksestä. Kuten aikaisemmin totesin, vastuusta

johtajien oli haastatteluissa helppo puhua, ja johtajat esiintyivät aineistossa vastuunkantajina. Varsinkaan omasta vallasta ja sen käyttämisestä johtajat eivät mieluusti puhuneet. Esimiehisyyden he liittivät aineistossa valta-asemaan. He eivät puheessaan kertoneet ”johtavansa” sairaalaa tai sen osaa, vaan ”vastaavansa” siitä. Ilmeisesti he liittivät ”johtamisen” esimiehisyyteen¹⁵³. Esimiehisyyden he haastatteluaineistossa edelleen liittivät henkilökohtaiseen valta-asemaan ja henkilökohtaisen vallan käyttämiseen, toisin sanoen asioihin, joista heidän on haastatteluissa vaikea puhua. Siksi he ehkä mieluummin ilmoittivat ”vastaavansa” jostakin yksiköstä kuin kertoivat ”johtavansa” sitä.

Jos tämä oletamus pitää paikkaansa, ei johtajien puheessa esiintyvistä vastuun ja johtamisen paradoksaalisesta suhteesta, tule tehdä johtopäätöksiä siitä, miten asiat oikeasti ovat. Tämän oletuksen tutkiminen edellyttäisi lisääaineistoa tai toisenlaista tutkimusotetta, esimerkiksi etnografista tutkimusta keskijohtoon kuuluvien johtajien työstä.

3.6.2.5 Mistä esimies sairaalayhteisössä tunnistetaan

Kysymys keskinäisestä esimies-alaisasemasta ei tutkimusaineistossa ole selkeä ja yksiselitteinen. Esimiesasemaa voi tarkastella laajemmin siltä kannalta, mikä on kunkin henkilön asema sairaalaorganisaation *ohjaus- ja valvontaketjussa*. Lämsän ja Hautalan (2005, 157) mukaan ohjaus- ja valvontaketju on organisaatioasemiin kiinnittyvä toimintaperiaate, joka osoittaa henkilön toimivaltaan ja vastuuseen liittyvän hierarkkisyyden¹⁵⁴. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään nimityksiä *chain of command*, *command chain*, *hierarchy of command* ja *scalar chain*. Käsite on peräisin klassiseen johtamiseen ja organisoimiseen koulukunnalta, ja siihen liittyy ajatus, että organisaatiossa kullakin on vain yksi esimies (*unity of command*). (Morgan 2006, 18–31; Takala 2002, 41–82; Handel 2002, 5–16; Mintzberg 1983, 8.) Kun organisaation kullakin jäsenellä on vain yksi esimies, muodostuu ohjaus- ja valvontaketjusta yhtenäinen, hierarkkinen kokonaisuus, *linjaorganisaatio*, joka ulottuu organisaation ylimmästä johtajasta jokaiseen työntekijään asti riippumatta työntekijöiden lukumäärästä (ks. myös alaviite 53). Varhaiset kontingenssiteorian kehittäjät liittivät ohjaus- ja valvontaketjun

¹⁵³ Esimies ”johtaa” alaisiaan.

¹⁵⁴ ”Ohjaus- ja valvontaketjulla tarkoitetaan niitä periaatteita, jotka kertovat, kenelle ihmiset vastaavat ja raportoivat toiminnasta... Henkilö, joka on ketjun mukaan toisen henkilön yläpuolella, on oikeutettu vaatimaan toista toimimaan tehtävän mukaisella tavalla, ja toinen henkilö on velvollinen tekemään tehtävänsä” (Lämsä ja Hautala 2005, 157–158).

pituuden osaksi organisaation rakenteellista muotoa eli *konfiguraatiota* (esimerkiksi Pugh 1973)¹⁵⁵.

Haastateltujen työpaikoilla ei ollut selkeää, kirjallista ja kaikkien tuntemaa ohjaus- ja valvontaketjua. Haastatteluaineistoa analysoimalla löytyi joukko kriteereitä, joiden haastateltavat katsoivat suoraan tai välillisesti osoittavan henkilön asemaa sairaalan ohjaus- ja valvontaketjussa. Osa kriteereistä on melko selkeitä, osa vihjeenomaisia viitteitä asemasta esimies-alaihierarkiassa. Kriteereistä on yhteenveto taulukossa 9.

Taulukko 9. Kriteereitä, joiden perusteella johtajan asema sairaalan ohjaus- ja valvontaketjussa määräytyy

1. Johto- tai hallintosäännössä oleva ilmoitus.
2. Organisaatiokaavio.
3. Virkojen ja toimien nimikkeet.
4. Kiistattoman johtoaseman omaavan henkilön ilmoitus, esimerkiksi sairaanhoitopiirin johtajan tai johtajaylilääkärin ilmoitus.
5. Kenen kanssa käydään kehityskeskustelut?
6. Kenen kanssa sovitaan työhön tulosta ja työsuhteensa ehdoista?
7. Keneltä pyydetään lupa lomiin, koulutuksiin tai poissaoloihin?
8. Kenen nimikirjoitus vaaditaan johtajan tekemien päätösten hyväksymiseksi?

Taulukossa 9 kriteerit on ryhmitelty siten, että kolme ensimmäistä liittyvät virallisiin organisaatiomäärityksiin, neljä viimeistä ovat peräisin organisaation toiminnasta, ja neljännessä kriteerissä virallinen organisaatiomääritys yhdistyy organisaation toimintaan.

Erikoissairaanhoitolain 1062/1989 23§:ssä¹⁵⁶ todettiin, että “sairaanhoitopiirin kuntainliitolla tulee olla johtosääntö, jossa muun muassa määritellään:

1. välittömästi liittohallituksen alaisten johtavien viranhaltijoiden asema ja tehtävät

¹⁵⁵ Pugh katsoi ohjaus- ja valvontaketjun pituuden, valvontajänteen (span of control) ja erikoistuneissa ja tukitehtävissä toimivan henkilöstön osuuden koko henkilökunnasta kuuluvan kattokäsitteeseen *organisaation konfiguraatio* (Pugh 1973).

¹⁵⁶ Erikoissairaanhoitolain 23§ on kumottu lailla 3.8.1992/748.

2. sairaalan ja sairaanhoidon toimintayksikön viranhaltijoiden sairaanhoidolliset johto- ja vastuusuhteet

3. potilaan sijoittamiseen ja hoitoon ottamiseen liittyvät vastuusuhteet.

Välittömästi liittohallituksen alaiseen johtoryhmään kuuluvat sairaanhoitopiirin johtaja, sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri ja sairaanhoitopiirin hallintoylihoitaja.”

Sairaaloissa, joissa haastateltavat työskentelivät, oli edelleen käytössä ylimmän päättävän hallintoelimen (esimerkiksi sairaanhoitopiirin valtuuston) hyväksymä säännöstö, joka ottaa kantaa johtavien viranhaltijoiden asemaan, tehtäviin ja vastuusuhteisiin. Tällaisesta ohjeistuksesta käytetään haastateltavien organisaatioissa vaihtelevasti nimityksiä “hallintosääntö”, “johtosääntö” tai “toimintasääntö”. Joissakin oli käytössä sekä hallinto- että johtosääntö, toisissa erillistä johtosääntöä ei enää ollut, vaan asiat on sisällytetty hallintosääntöön. Yhdenmukaisuuden vuoksi kutsun seuraavassa *johtosäännöksi* sairaalan ylimmän hallintoelimen hyväksymää ohjeistusta, joka ottaa kantaa johtavien viranhaltijoiden asemaan, tehtäviin ja johto- ja vastuusuhteisiin.

Haastatteluaineistossa erityisesti ylimpään johtoon kuuluvat johtajat etsivät johtosäännöstä tietoa vastuualueestaan, työtehtävistään ja omasta asemastaan organisaation ohjaus- ja valvontaketjussa. Haastateltavien edustamien sairaaloiden johtosäännöt poikkesivat toisistaan, mutta kaikille oli yhteistä, että niissä puhutaan vain johtavista viranhaltijoista, johtavien viranhaltijoiden tehtävät ja vastuut esitetään väljästi, hoitotyö ja sairaanhoitotoiminta erotetaan toisistaan eikä niissä selkeästi esitetä sairaalaorganisaatiota kattavaa ohjaus- ja valvontaketjua (ks. esimerkki liitteessä 15)¹⁵⁷.

Sairaaloiden organisaatiokaavioissa (ks. liitteet 10 ja 11) esitetään sairaalaorganisaatio yleensä toiminnallisena, porrasteisena kokonaisuutena. Mitä ylempänä henkilön oma asema sijaitsee tässä hierarkiassa, sitä korkeampi on hänen asemansa todennäköisesti myös sairaalan ohjaus- ja valvontaketjussa.

Virkojen tai toimien nimikkeistä ei sairaalassa voi varmuudella päätellä henkilön asemaa sairaalan ohjaus- ja valvontaketjussa, koska nimike voi liittyä toiminnalliseen organisaatioon (esimerkiksi sairaanhoitopiirin johtaja ja tulosalueen johtaja), ammatilliseen linjaorganisaatioon (ylilääkäri, ylihoitaja) tai nimike voi osoittaa ammatillista pätevyyttä, joka oikeuttaa tiettyyn

¹⁵⁷ Johtosääntöjen tapa ilmaista johtavien viranhaltijoiden toimivaltasuhteita ei ole tutkimusaineistossa selkeä, vaan vaatii lukijalta päättelyä ja tulkintaa. Ilmaisuihin “hallintoylihoitaja osallistuu sairaanhoitotoiminnan johtamiseen” (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2004) ja “hallintoylihoitaja johtaa ja kehittää sairaanhoitopiirissä hoitotyötä sairaanhoitotoiminnan *osana*” (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2004) voidaan päätellä, että he ovat ohjaus- ja valvontaketjussa johtajaylilääkärin alapuolella, koska johtajaylilääkäri “*johtaa* sairaanhoitotoimintaa” kummankin sairaanhoitopiirin johtosääntöjen mukaan. Kursivointi on kirjoittajan tekemä.

palkkaukseen ilman minkäänlaista esimiesasemaa (pelkästään klinikkona toimiva ylilääkäri). Aineistossa on tavanomaista, että johtajalla on sekä professionaalinen virkanimike että asemaa toiminnallisessa organisaatiossa kuvaava nimike (ks. liite 3).

Joskus keskinäistä esimies-alaisasemaa voidaan päätellä jopa siitä, millä tavalla henkilön nimi on talousarvion runkoon kirjoitettu, kuten haastateltu johtaja anekdootinomaisesti kertoo:

...yksi ylilääkäri käveli mun luo ja sanoi, että hän haluaisi tietää, onko hän kyseisen ylilääkärin esimies, siis onko hän tämän kyseisen, vaikean, ylilääkärin esimies. Mun vastaukseni oli se, että, muuten olet, mutta nyt on kyllä niin, että hallitus ei ole sitä asiaa niin tarkkaan kirjoittanut. Se on tämmöisessä talousarvion rungossa, jossa on vahvennettuna tämä ylilääkärin nimi, hänen alaisenaan olevan ylilääkärin nimi on harvennettuna. (Ylin johto, lääkäri).

Tutkimusaineistossa haastateltavat johtajat kertoivat käyvänsä jokseenkin säännöllisesti kehityskeskusteluja. Siitä kenen kanssa käydään henkilökohtaisia kehityskeskusteluja, he pyrkivät päättämään, kuka on oma esimies ja mikä on oma asema sairaalan ohjaus- ja valvontaketjussa (ks. myös alaluvut 3.6.2.3 ja 3.6.2.4).

Henkilön palkkaaminen ja määräyskirjan allekirjoittaminen osoittavat haastatteluaineistossa esimiesasemaa. Lääkärijohtajalle suhde rekrytoijaan voi muodostua henkilökohtaiseksi siten, että hän asioi sen henkilön kanssa, joka hänet alun perin tehtävään ”houkutteli” ohi nykyisen esimiehensä.

Esimieheksi koetaan myös henkilö, jolta pyydetään lupaa lomiin ja virkavapaisiin.

Mähän anon häneltä, niinku kupongin laitan, että laita nimi, mä lähen lomalle. Hänhän on ilman muuta, siis operatiivisen ryhmän pomo on minun pomo. (Keskijohto, lääkäri).

Lomaa ei aina anota henkilöltä, joka sen allekirjoituksellaan hyväksyy.

Keneltä lupa pyydetään, kuka siitä tosiasiaa päättää ja kuka sen muodollisesti allekirjoituksellaan hyväksyy, ovat tutkimusaineistossa eri asioita. Myös muodollinen hyväksymismenettely osoittaa esimiesasemaa ja se näkyy siinä, kenen allekirjoitus tarvitaan johtajan tekemän päätöksen toimeenpanemiseksi.

Aineistossa on tavallista, että muodollinen hyväksyntä tehdylle päätökseltä on hankittava organisaatiohierarkiassa korkeammalta taholta olevalta henkilöltä, joka ei aina tunne asiaa eikä ehkä koe itseään päätöksentekijäksi,

vaan allekirjoittajaksi. Hoitajien työsuhteisiin liittyviin ylihoitajan tekemiin päätöksiin tarvitaan keskijohtoon kuuluvan lääkärijohtajan allekirjoitus.

...kaikki lomalaput, koulutuslaput kaikki nää, ne on edelleenkin niinku mulle, että mä vedän nimen niihin alle. (Keskijohto, lääkäri).

Täten esimiesaseman tunnusmerkistö sairaalayhteisössä ei ole johtajien haastattelujen ja dokumenttiaineiston mukaan selkeä ja yksiselitteinen. Johtosääntö on suuripiirteinen ja sitä voi tulkita eri tavoin. Organisaatiokaavio kuvastaa toiminnallista organisaatiota. Se ei kata ammatillisia linjaorganisaatioita. Tutkimusaineistossa organisaatiokaaviot ovat pääpiirteissään yhdenmukaisia lääkärien linjaorganisaation kanssa ylimmän ja keskijohdon tasolla¹⁵⁸, mutta ne eivät kuvaa hoitajien ammatillista linjaorganisaatiota. Haastatelluilla ylimpään johtoon kuuluvilla hoitajilla (hallintoylihoitajat) on faktisesti merkittävä asema sairaalan ohjaus- ja valvontaketjussa, vaikka se ei aina näy sairaaloiden organisaatiokaaviossa eikä johtosäännössä (ks. alaluvut 3.6.2 ja 3.6.2.4). Esimiesaseman tunnistaminen virkanimikkeen perusteella ei ole selkeää ja voi johtaa pahastikin harhaan, koska nimikkeet voivat olla toiminnallisia, professionaalisia tai molempia samanaikaisesti (esimerkiksi johtajaylilääkäri). Ne voivat myös perustua virkaikään ja palkkaukseen. Johtajien tapa liittää haastatteluisia tilivelvollisuus esimiesasemaan voi vaikeuttaa esimiesaseman tunnistamista (ks. alaluku 3.6.2.3). Samoin päätösten muodollinen hyväksyttämismenettelyn eriytyminen käytännön päätöksenteosta saattaa vaikeuttaa toimijoiden aseman arviointia sairaalaorganisaation ohjaus- ja valvontaketjussa.

3.6.2.6 Keskijohdon ja ylimmän johdon suhde vallan ja vastuun näkökulmasta

Sairaalaorganisaation toimintaa ohjataan muun muassa asetettujen tavoitteiden ja tunnuslukujen avulla. Keskeinen ohjauksen väline on tutkimusaineiston perusteella budjetti. Keskijohdolla on periaatteessa runsaasti toimintavapautta toteuttaa annettuja tavoitteita budjetin raameissa. Käytännössä näin ei haastattelujen mukaan aina ole. Moni keskijohtoon kuuluva johtaja koki, että ylin johto "nykäisee" vallan pois (ks. alaluku 3.6.2). Johtajan päätäntävaltaa on heidän mukaansa siirretty ylimpään johtoon aikaisempaa pienemmissä

¹⁵⁸ Organisaatiokaavion ja lääkärien linjaorganisaation yhdenmukaisuus tutkimusaineistossa keski- ja ylimmän johdon tasolla saattaa johtua siitä, että tutkimusaineistossa kaikki organisaatiokaavioissa kuvattujen tulosalueiden ja tulossyksikköjen johtajat ovat lääkäreitä.

asioissa, minkä takia johtajan valta jää näennäiseksi ja pienemmäksi, mitä työhön liittyvä vastuu edellyttäisi¹⁵⁹.

... niin on tätä näennäisvaltaa paljon vastuuta, mut se valta ei ehkä oo todellista, et se otetaan sitten johon.. (Keskijohto, hoitaja).

Seuraava lainaus on siinä suhteessa haastatteluaineistossa poikkeuksellinen, että siinä mainitaan virkanimike, joka on liitettävissä vain yhteen henkilöön, joka ilmeisesti “nykäisee” valtaa pois.

No mä aina välillä mietin ja hämmästelen sairaanhoitopiirin johtajan käyttämää valtaa. Ja siinä kohdassa että, kun se näyttäytyy niin, että se valta mikä on ja vastuu tavallaan, mikä on tänne toimialueille ja kentälle annettu, niin se nykästään pois. (Keskijohto, hoitaja).

Erityisesti hoitohenkilökunnan rekrytointiin ja palkkaukseen liittyvät asiat ilmenevät aineistossa ongelmallisina. Päätöksenteko henkilökohtaisista palkanlisistä on hidas, monimutkainen ja keskitetty prosessi, joka turhauttaa keskijohtoon kuuluvia hoitajajohtajia.

...mulla on yks henkilö, joka on vastaavana sairaanhoitajana yhdessä yksikössä ja esitin hänelle 50 euron järjestelyvaraerää maksettavaks kuukausittain niin tää, mä esitin sen tammikuussa, niin tää oli elokuuhun mennessä kiertäny varmaan kolme kertaa toimialuejohdolta tänne keskushallintoon, se yks pieni erä, ja sit loppuviimeks päätös oli se, et se pitää maksaa siitä järjestelyvaraerästä, mikä on KV-TESin järjestelyvaraerä syksyllä, elikkä oikeesti ei tämmösistä pienistä asioista ei pystytäkään päättään niinku johtosäännössä on sovittu. (Keskijohto, hoitaja).

Lääkärien rekrytoinneissa yksilölliset joustomahdollisuudet ovat haastateltujen mukaan paremmat kuin hoitajia rekrytoitaessa. Myös Kinnusen ym. (2008, 104) mukaan muut ammattiryhmät katsoivat lääkärien nauttivan erikoisasemasta palkitsemisessa, mikä herätti muissa ammattiryhmissä kritiikkiä.

¹⁵⁹ Haastatteluaineistossa taloudellisen päätöksentekovallan puutettaan kärjekkäimmin arvostelevat johtajat kuuluivat samaan sairaanhoitopiiriin, mikä saattaa liittyä ko. sairaanhoitopiirissä toteutettuun organisaatiouudistukseen tai joihinkin muihin toimenpiteisiin. Kaikki aineiston johtajat, jotka spontaanisti kertoivat, että asiat ovat menneet heidän kannaltaan huonompaan suuntaan, kuuluivat kyseiseen sairaanhoitopiiriin. Arvostelu ei haastatteluaineistossa kuitenkaan rajoitu vain yhteen sairaanhoitopiiriin.

Keskijohdon taloudellista päätösvaltaa rajoittava, ylimmän johdon antama ohjeistus koskee kaikkia sairaalan yksiköitä riippumatta siitä, ovatko ne kyenneet toimimaan budjetin mukaan vai ei (vrt. alaluku 3.4). Se koettiin epäoikeudenmukaiseksi (ks. myös alaluku 3.7.2).

Haastatteluaikana koko sairaalassa voimassa ollut yleinen kielto palkata sijaisia yli 6 kk:n ajaksi aiheutti ongelmia keskijohtoon kuuluvalla hoitajajohtajalle, jonka tuli saada vaativaan tehtävään leikkaussaliin uusi hoitaja pois lähteneen tilalle. Erikoisosajia ei saa lyhyisiin sijaisuuksiin, koska he ovat yleensä vakituksessa työsuhteessa, josta eivät halua irtisanoutua lyhyeen sijaisuuteen.

Keskijohtoon kuuluva lääkärijohtaja koki turhauttavaksi, ettei hänellä ole mahdollisuuksia vaikuttaa yksikkönsä hoitohenkilökunnan palkkaukseen, vaikka hoitajat olivat hänestä alipalkattuja ja yksikkö teki hänen mukaansa hyvää tulosta myymällä palvelujaan myös muille sairaanhoitopiireille.

Sairaanhoitopiiriin kuuluvaa paikallista sairaalaa johtava lääkärijohtaja piti ”vanhanaikaisena”, että hänen alaistensa palkankorotuksista päättää sairaanhoitopiirin henkilöstöpäällikkö, joka ei tunne hänen sairaalaansa eikä siellä työskenteleviä ihmisiä.

Taloudellisen päätösvalan vähäisyys ei koske pelkästään palkkausta. Lääkärijohtaja koki turhauttavaksi, että hän ei voi itse päättää pienemmistäkin laitehankinnoista, vaikka hän vastaa budjetista (ks. myös alaluku 3.3). Tämä johtui hänen mukaansa siitä, että toimialuejohtaja oli ottanut itselleen päätäntävällän koko toimialueen laitehankinnoista. Käytännön seurauksena laitteiston hankkimisprosessiin oli tullut johtajan mukaan yksi hierarkiataro lisää.

Jotkut haastateltavat puhuivat ”pelisäännöistä”, joita johtajien tulee noudattaa palkkaukseen liittyvissä asioissa. Johtajaylilääkäri kertoi vieneensä sairaanhoitopiirin hallitukseen muutettavaksi toimialuejohtajan tekemän ”pelisääntöjen ulkopuolelle menevän” rekrytoinnin, joka oli ”herättänyt aikamoista kähinää muualla”.

”Pelisääntöjen” noudattamista kontrolloidaan hoitajajohtajan mukaan selvityspyyntöjen ja tarkastusten avulla. Selvityspyyntöihin vastaamiseen kuluu runsaasti työaikaa, ja tuloksena on hoitajajohtajan mukaan ilmapiiri, ettei heihin johtajina luoteta.

...piti ruveta tekeen monenmoisia selvityksiä, miks oli tuotokset ylittyny, miks oli työpanokset ylittyny, lääkekulut ylittyny, vähän turhauuin sit siinä kohdassa, ja kun mielestäni oltas voitu tehdä kaikki yhdellä selvityksellä.

Tuo tietynlaisen semmosen tunteen, et meihin ei luoteta elikkä halutaan aika paljon, ja sit tulee tämmösiä pistokokeita, tehään keväällä ja

syksyllä muun muassa, että onko vakanssit kaikki kohdistettuna niille vakansseille, vai onko mulla esimerkiksi ylimääräisiä. (Keskijohto, hoitaja).

Haastateltavat kertoivat, että “pelisääntöjä” kierretään. Keskijohtoon kuuluva hoitajajohtaja kertoi käyttäneensä hyväkseen “porsaanreikiä”. Hän myönsi toimivaltansa rajoissa olleen 84 euron suuruisen kertaluontoisen kannustuslisän hoitajalle, joka työvuoronsa päätyttyä tai vapaapäivänään tuli tekemään ylimääräisen vuoron. Menettely herätti kateutta muiden yksiköiden hoitajissa, ja johtaja sai “tulikivenkatkuisia puheluita” muilta ylihoitajilta ja joutui luopumaan “porsaanreiästään”. Johtaja kertoi, että hänen yksikössään on kokeiltu muitakin “innovatiivisia palkkaratkaisuja”, mutta sairaanhoitopiirin rajat tulevat vastaan.

Asemavallan ja vastuun koettu epäsuhte saattaa vähentää halukkuutta ryhtyä johtajaksi. Haastatellulla lääkärijohtajalla on organisaatiossaan vakinainen erikoislääkärin virka. Hän hoitaa tulosityksikön johtajuutta viransijaisena, koska ei itse ole halukas ryhtymään vakituisesti yksikön johtajaksi, vaikka häntä on siihen toistuvasti pyydetty. Syyksi hän ilmoitti työhön liittyvän vastuun ja vallan epäsuhteen.

Ei, kun musta tuntuu, että se on vähän niin, että vastuuta olisi, mutta valtaa ei. Ja vastuuta tässä muutenkin joutuu kantaan. (Keskijohto, lääkäri).

Keskitetty kontrolli turhautti keskijohtoon kuuluvia johtajia myös silloin, kun he itse joutuivat kontrolloimaan alaistensa tekemiä päätöksiä. Hoitajajohtajan ajasta menee “aika hyvä osa” osastonhoitajien täyttämien tuntilappujen allekirjoittamiseen. Hän piti kyseistä työtä turhana ja oli sopinut omien osastonhoitajiensa kanssa, että osastonhoitajat palkkaavat tarvitsemansa tuntityöntekijät. “Talon linja” ei kuitenkaan sallinut sitä, että tuntilapuista puuttuu hoitajajohtajan allekirjoitus, joten hänen on ne allekirjoitettava. Sama pätee koulutukseen. Vaikka johtaja oli delegoinut osastonhoitajille koulutusmäärärahat budjetin mukaisesti, ei osastonhoitajien allekirjoitus riitä nyt koulutushakemusten hyväksymiseen, vaan tarvittiin hoitajajohtajan hyväksyntä.

...mitä mä haluaisin, et vois suoraan delegoida oikeesti se et kuka sen tekee niin siitä myös vastaa, että omalla alueella mä oon koulutusmäärärahat jakanu esimerkiksi hoitohenkilökunnalle osastonhoitajalle niin, että joku tietää ja jokainen vastaa siitä omasta summastaan sen vuoden ajan, mutta siinäkin näennäisesti mä

joudun edelleen ne koulutusvirkavapaudet allekirjottaan. Nää on niitä mitä toivosin, et saadaan nää niinku vastaa toisiaan ne valta ja vastuu. (Keskijohto, hoitaja).

Edellä mainittu lainaus “näennäisesti” allekirjoittamisesta viittaa mielestäni siihen, että johtaja ei koe itseään päätöksentekijäksi eikä edes kontrolloijaksi, vaan allekirjoittamisesta on tullut harmillinen rutiini, jolla ei ole toiminnallista kontrollimerkitystä.

Tiivistetysti haastatteluaineistosta välittyä seuraavankaltainen kuva keskijohdon taloudellisesta vallasta: Keskijohtoon kuuluvat johtajat kokevat laajasti, että heillä on enemmän vastuuta kuin mahdollisuutta käyttää valtaa erityisesti talouteen liittyvissä asioissa¹⁶⁰. Keskijohtoon kuuluvilta haastateltavilta puuttuu mielestään taloudellista päätösvaltaa, kun on kyse hoitohenkilöstön rekrytoinnista, erilaisista palkanlisien myöntämisestä, kannustavasta palkkauksesta, virkojen vakinaistamisesta, sijaisuuksien pituuksista ja laitehankinnoista päättämisestä.

Syynä heidän taloudellisen päätösvallan vähäisyyteen on heidän mielestään päätösvallan keskittäminen ylimmälle johdolle. Keskittäminen on seurausta ylimmän johdon toimenpiteistä. Päätösvallan yleisempäänkin keskittämiseen haastateltujen organisaatioissa viittaa joidenkin keskijohtoon kuuluvien johtajien kritisoina paperityö, jossa he itse allekirjoituksellaan hyväksyvät lähiesimiesten tekemiä päätöksiä.

Rajat haastateltujen johtajien taloudelliselle päätösvallalle asettaa yhtenäinen käytäntö, “talon pelisäännöt” tai “talon linja”, jonka noudattamista ylin johto valvoo. Yhteisen käytännön kiertäminen “porsaanreikiä” etsimällä on ongelmallista sekä ylimmän johdon harjoittaman kontrollin että oman vertaisryhmän (toiset keskijohtoon ja samaan ammattikuntaan kuuluvat johtajat) harjoittaman kontrollin takia. Valvonta aiheuttaa turhaksi koettua paperityötä.

Vallan ja vastuun tasapainoon ja keskijohdon ja ylimmän johdon valtasuhteeseen liittyy keskijohtoon kuuluvien johtajien puheessa myös arvostiririita: toiminta ei johtajien mielestä edistä potilaan parasta eikä se ole oikeudenmukaista, tasapuolista ja avointa kuten sen tulisi johtajien arvoperustan mukaan olla (ks. alaluku 3.7.2). Johtaja ehkä kokee, että hänen tulisi toimia arvojen mukaisesti, mutta sitä ei hänelle sallita, koska hänellä ei ole siihen riittävää valta-asemaa.

¹⁶⁰ Pyysin jokaista haastateltavaa arvioimaan oman valtansa ja vastuunsa suhdetta työssään. Ainoastaan yksi keskijohtoon kuuluva katsoi niiden olevan omassa työssään hyvässä tasapainossa. Talouspäällikkö katsoi itsellään olevan enemmän taloudellista valtaa kuin vastuuta.

Ylimpään johtoon kuuluvat katsoivat vallan ja vastuun olevan työssään paremmassa tasapainossa. He eivät haastatteluissa liioin tuoneet esille, että he ottavat keskijohdolta valtaa pois. Se on ymmärrettävää toimintakentässä, jossa kukaan ei katso olevansa vallankäyttäjä vaan kaikki kokevat olevansa vastuunkantajia (ks. alaluku 3.6.2). Ylimpään johtoon kuuluvat haastateltavat eivät tuoneet esille, että jokin toimija olisi heiltä ottamassa heille kuuluvaa tai aiemmin kuulunutta valtaa pois.

Keskijohdon johtajien kielenkäytön kärjekkyyks, kun he puhuivat kokemastaan vastuun ja vallan ristiriidasta (ks. alaviite 135), poikkeaa tavasta, jolla johtajat haastatteluissa muuten puhuivat. Kaikkein terävintä kieltä käyttäneet johtajat kuuluivat samaan sairaanhoitopiiriin, jossa oli toteutettu organisaatiouudistus 1 – 1,5 vuotta ennen haastatteluajankohtaa. Muut haastateltavat eivät kertoneet hiljattain toteutetusta organisaatiouudistuksesta.

Kirjallisuudesta tiedetään vahvojen professionien suhtautuvan kielteisesti muutoksiin, jotka voivat merkitä oman toimintavapauden rajoittamista. Vahvoihin professioihin kuuluvat asiantuntijat eivät välttämättä sitoudu muutokseen, vaan pyrkivät ylläpitämään entisiä toimintatapoja. (Barnes, Gartland ja Stack 2004.) Brorström ja Nilsson (2008) totesivat, että sairaaloissa lääkäriprofessio rutiinisti ja rituaalinomaisesti kyseenalaistaa uudistukset, pitää niitä jopa naurettavina sekä kokee viimeksi toteutetun uudistuksen kaikkia aikaisempiäkin huonommaksi.

Tässä valossa johtajien kielenkäytön kärjekkyyks hiljattain uudistetussa sairaalaorganisaatiossa on ymmärrettävää. Haastatteluaineistossa sekä hoitaja- että lääkärijohtajat kertoivat, että uudistus on lisännyt byrokratiaa ja tehnyt päätöksenteosta entistä keskitetymppää. Täten hiljattain toteutettu organisaatiouudistus saattaa osaltaan selittää joidenkin keskijohtoon kuuluvien johtajien terävää kielenkäyttöä, joka ilmenee uudistuksesta vastuussa olevan toimijan, ylimmän johdon, arvosteluna.

Tampsi-Jarvala ym. (2003) tutkivat lomaketutkimuksella sosiaali- ja terveystoimen keskijohtoa Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella. Aineistoon kuului sekä erikoissairaanhoidossa, terveyskeskuksissa, sosiaalitoimessa ja sosiaali- ja terveystoimessa työskenteleviä keskijohtoon kuuluvia johtajia¹⁶¹. Johtajat arvioivat omat vaikuttamismahdollisuutensa omaan työhönsä ja organisaation toimintaan yleisesti hyväiksi. Kuitenkin erikoissairaanhoidossa työskentelevät johtajat arvioivat omat vaikuttamismahdollisuutensa muita johtajia heikommiksi. Tampsi-Jarvala ym. (2003) katsoivat erikoissairaanhoidon keskijohdon muita

¹⁶¹ Otoksen koko oli 703 henkilöä. Vastanneita oli 403. Heistä ammatillisesti lääkäritaustaisia oli 206, hoitajataustaisia 93, sosiaalijohtajia 122, muu ammatillinen tausta oli 8 henkilöllä (Tampsi-Jarvala ym. 2003, 8).

heikompien vaikuttamismahdollisuuksien johtuvan siitä, että erikoissairaanhoidon johtajat työskentelivät suurissa organisaatioissa. Heidän yläpuolellaan olevat johtamistasot rajoittivat heidän vaikuttamismahdollisuuksiaan enemmän kuin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yksinkertaisemmissa organisaatioissa. Lisäksi tutkijat esittivät, että keskijohdon johtajien suhde ylimpään johtoon ja omaan esimieheen oli epämääräinen ja negatiivinen. Noin puolet aineiston johtajista koki, ettei heitä itseään johdeta joko lainkaan, johdetaan epämääräisesti tai johdetaan määräilemällä ja käskyttämällä.

Huolimatta osin erilaisista tutkimushenkilöiden taustoista tämän tutkimuksen tulos on samansuuntainen Tampsi-Jarvalan ym. (2003) tutkimuksen kanssa. Kumpikin tutkimus viittaa siihen, että keskijohtoon kuuluvat johtajat katsovat vähäisiksi kokemien vaikutusmahdollisuuksiensa olevan seurausta heitä ylempien hierarkiatasojen toiminnasta.

On mahdollista, että kokemus vähäisestä vaikutusvallasta on yhteinen keskijohtoon ja lähijohtoon kuuluvilla johtajilla, koska myös sairaaloiden lähiesimiesten on todettu kokevan työhönsä liittyvän vaikutusvallan ja omilta esimiehiltään saamansa tuen vähäisiksi (Viitanen ja Lehto 2004). Isosaaren (2008) tutkimuksessa terveydenhuollon lähijohtajat mielsivät asemansa sääntöjen ja määräysten rajoittamaksi.

Lähi- ja keskijohdon kokemus oman valtansa vähäisyydestä voi johtua siitä, että sairaaloiden vallanjako on todellisuudessa keskitettyä. Sellaista johtopäätöstä ei voi varmuudella mielestäni tehdä vain tässä alaluvussa esittämäni ja edellä viittaamieni tutkimusten pohjalta. Syynä on vallan suhteellinen eikä absoluuttinen luonne: sitä on olemassa suhteessa toisiin ihmisiin (Dahl 1957). Tässä tutkimuksessa puolestaan ylimpään johtoon kuuluvat, ammattitaustastaan riippumatta, katsoivat keskijohdolla olevan runsaasti valtaa. Näkemystä he perustelivat muun muassa johtosäännöllä (ks. alaluku 3.6.2). Isosaaren (2008, 217) tutkimuksen mukaan henkilökunta katsoi lähijohtajilla olevan valtaa enemmän ja vastuuta vähemmän kuin lähijohto itse katsoi asian olevan. Valtaa lienee helpompi tunnistaa silloin, kun puhutaan omaan itseän kohdistuvasta vallasta.

Tämä tutkimus viittaa mielestäni siihen, että keskijohdolle johtosäännössä annettu asema ei aina käytännössä toteudu: ylin johto antaa määräyksiä ja ohjeistuksia, jotka käytännössä heikentävät keskijohdon johtosäännön mukaista valta-asemaa kaventamalla keskijohdon itsenäisiä toimintamahdollisuuksia. Tämä tulkinta selittää tutkimuksessa esiin tulleen paradoksin: Keskijohdon valta-asema on olemassa, kuten ylin johto toteaa, mutta samaan aikaan valta "nykäistään" keskijohdolta pois, kuten jotkut keskijohtoon kuuluvat toteavat.

Keskijohdon kokemuksesta voidaan tarkastella myös vallan lähteiden kautta: Perustuuko ylimmän johdon vallankäyttö auktoriteettiin vai onko kyse

pakottavasta eli koersiivisesta vallankäytöstä? Keskijohto ei koe ylimmän johdon puuttumista omaan toimintakenttäänsä hyväksyttävänä eli itsensä kannalta legitiiminä vallankäyttönä. Täten keskijohto katsoo, että ylin johto ei näin menetellessään perusta toimintaansa auktoriteettiin vaan turvautuu koersiiviseen vallankäyttöön (“käskytyks”). Jos keskijohto samalla olettaa oman valtansa olevan legitiimiä ja perustuvan auktoriteettiin, se liittää omaan valtaansa myös vastuun (Fayol 1996, 53). Täten keskijohdon kokemus siitä, että sillä on vastuuta, mutta ei sitä vastaavasti valtaa, käy ymmärrettäväksi.

Klassisen johtamiskirjallisuuden perusteella tiedetään, että valta organisaatioissa ei käytännössä jakaudu vain organisaation ohjaus- ja valvontaketjun mukaisesti (esim. Dalton 1959). Valta organisaatioissa voi perustua muuhunkin kuin muodolliseen auktoriteettiasemaan. Aineiston analysointi useampien vallanlähteiden näkökulmasta monipuolistaa kuvaa keskijohdon ja ylimmän johdon valtasuhteesta. Kerroin edellä, että johtajat puhuivat vallasta erityisesti valtana tehdä päätöksiä, kontrolloida ja määrätä alaisia. Vallan oikeutusta haettiin erityisesti esimies-alaisasemasta sairaalaorganisaation ohjaus- ja valvontaketjusta. Kaikki ylimpään johtoon kuuluvat ja osa keskijohtoon kuuluvista toi esille vaikutusvallan, joka ei suoraan perustu vain henkilön asemaan ohjaus- ja valvontaketjussa. Muina vallan lähteinä tulivat nimetyiksi erityisasiantuntemus talousasioissa, pitkä työkokemus ja siihen liittyvä asiantuntemus, oma työskentelytapa, muiden arvostama asema sairaalaorganisaatioissa ja sisäänpääsy foorumeille, joissa asioita valmistetaan päätettäväksi.

Morgan (2006, 167) nimeää 14 vallan lähdettä organisaatioissa (ks. taulukko 10).

Taulukko 10. Vallan lähteet organisaatiossa (Morgan 2006, 167)

- Muodollinen auktoriteetti
- Niukkojen resurssien kontrollointi
- Organisaation rakenteiden, sääntöjen ja määräysten käyttäminen
- Päätöksentekoprosessin kontrollointi
- Tiedon ja informaation kontrollointi
- Rajojen kontrollointi
- Kyky kestää epävarmuutta
- Teknologian kontrollointi
- Henkilöiden väliset liittoutumat, verkostot ja epävirallisen organisaation kontrollointi
- Vastaorganisaatioiden (esimerkiksi ammattiyhdistys) kontrollointi
- Symboliikan ja merkitysten hallinta
- Sukupuoli ja sukupuoleen liittyvien suhteiden hallinta
- Rakenteelliset tekijät, jotka määrittelevät toiminnan vaihetta (historia, ympäristö)
- Olemassa oleva valta

Käsittelen taulukossa 10 esitettyä listaa ylhäältä alaspäin. Ylimmällä johdolla on muodollinen auktoriteetti keskijohtoon nähden, vaikka sekään ei tutkimuksen mukaan ole aivan itsestään selvää (ks. alaluvut 3.6.2.4 ja 3.6.2.5). Resurssien jaon ja ylimmän päätöksenteon kontrollointi ja määräyksien laatiminen keskijohdon noudatettaviksi ovat ylimmän johdon vallan lähteitä suhteessa keskijohtoon. Toki samat vallan lähteet ovat keskijohdon käytettävissä suhteessa lähiesimiehiin. Tiedon ja informaation kontrolloinnista alkaen eivät vallan lähteet ole enää yhtä voittopuolisesti vain ylimmän johdon käytettävissä. Tiedon ja informaation kontrolli alhaalta ylös ei ole mielestäni erikoissairaalassa vähemmän merkityksellistä kuin ylhäältä alas. Tästä näkökulmasta voisi kysyä, palveleeko alaluvussa 3.4 kuvaamani “varmuuden vuoksi tiedottaminen” keskijohdon valta-aseman vahvistamista. Suurin tiedontulvahan kohdistuu ylimpään johtoon.

Rajojen kontrollointi vallan lähteenä painottaa mielestäni enemmän keskijohdon kuin ylimmän johdon asemaa. Keskijohto työskentelee usein yksiköissä, jotka ovat yhden specialiteetin kokoisia. Specialiteettien välinen rajanveto on tutkimuksen mukaan tiukka, rajoja on monia, ja näillä rajoilla vartijat kuuluvat keskijohtoon. Sen sijaan ylin johto kontrolloi lähinnä erikoissairaalan ja perusterveydenhuollon välistä rajaa ja sitäkin yhdessä keskijohtoon kuuluvien specialistien ja perusterveydenhuollon edustajien kanssa. Rakenteellisilla tekijöillä, jotka määrittelevät toiminnan vaihetta

Morgan (2006, 190–192) viittaa siihen, että organisaatio on historiansa tulos, johon toimintaympäristön muutokset ajan kuluessa vaikuttavat. Mielestäni tämäkin aspekti nostaa erityisesti keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat merkittävän vallan lähteen haltijoiksi myös suhteessaan ylimpään johtoon¹⁶².

Kaiken kaikkiaan vallan lähteiden hallinnan näkökulmasta voidaan kyseenalaistaa useiden keskijohtoon kuuluvien johtajien näkemys siitä, että valta sairaalassa on ”johdolla”, joka ”nykäisee” keskijohdolle ”kuuluvan” vallan pois¹⁶³. Kysymys toimijoiden valtasuhteista sairaalassa ei rajoitu vain ylimmän johdon ja keskijohdon suhteeseen, ja sekin toimijasuhde on moniulotteisempi kuin keskijohto tuo esille. Useat keskijohtoon kuuluvat johtajat totesivat, että heillä on enemmän vastuuta kuin valtaa. Ylimpään johtoon kuuluvat katsoivat, että heillä vastuu ja valta ovat tasapainossa. Mielestäni myös ylimmän johdon kokeman vallan ja vastuun tasapainon voisi kyseenalaistaa kysymällä, voiko se olla vastuussa keskijohdosta, ellei sillä ole auktoriteettia. Haastattelussa ylimpään johtoon kuuluvat eivät kuitenkaan ottaneet tällaista näkökulmaa esille.

3.6.3 Johtajien työnjako ja toimenkuva sairaalassa

Haastateltavat vastasivat kysymykseen siitä, kuka sairaalassa ketäkin johtaa, myös puhuessaan oman työnsä sisällöstä ja sairaalan työnjaosta. Kun seuraavassa puhun *työn jakamisesta*, en lähde liikkeelle siitä, mihin työn jakaminen perustuu. Se saattaa perustua esimerkiksi johtosääntöön, perinteeseen tai vapaaehtoiseen suulliseen sopimiseen jonkin tietyn työtehtävän suorittamisesta. Sellaista työn jakamista, joka on luonteeltaan pysyvämpää eikä perustu siihen, että työn jakamisesta nimenomaisesti ja vapaaehtoisesti osapuolten kesken sovitaan, kutsun seuraavassa *työnjaoksi*¹⁶⁴. *Vapaaehtoista työn jakamista* käsitelen, kun puhun toimijoiden yhteistyöstä alaluvussa 3.6.4.

¹⁶² Pohdintaluvun alaluvussa 4.2.2 esitän, että erikoissairaalat toimivat tämän tutkimuksen valossa professionaalisen byrokratian tavoin. Professionaalisen byrokratian tavoin toimivassa sairaalassa valta ei keskity ylimmälle johdolle, vaan hajaantuu erikoisaloilla toimiville asiantuntijoille.

¹⁶³ Tällä en tarkoita, ettei niin aineistossa tapahtuisi, vaan sitä, että keskijohdon tulkinta asiasta on liikaa yksinkertaistava.

¹⁶⁴ Englanniksi ”division of labour” tai ”division of work”. Käsitettä käytti jo Adam Smith (1723–1790) (Hatch ja Cunliffe 2006, 27–28). Johtamisen ja organisaatioiden tutkimuksessa käsite liitetään erityisesti klassiseen johtamisen ja organisoinnin koulukuntaan (Morgan 2006, 18–31; Hatch ja Cunliffe 2006, 101–109; Takala 2002, 41–15; Handel 2002, 14–15). Takala (2002) käyttää siitä nimitystä ”työnjako”.

Kun johtajat haastatteluissa kertoivat työnsä sisällöstä, he puhuivat “toimenkuvasta”, “työnkuvasta” tai siitä, mitä heidän “työhönsä kuuluu”. Johtajien puheessa työn sisältö kiinnittyy toimenkuvana ammattitastaan, spesialiteettiin ja hierarkkiseen asemaan organisaatiossa. Haastateltavat tulosyksikkö- ja tulosaluejohtajat eivät kuvanneet työnsä sisällön muotoutumisprosessia siten, että he jonkin selkeän vastuualueen ja tavoitteen saatuaan miettivät, mitä heidän tulisi tehdä annettujen tavoitteiden saavuttamiseksi, ja sitä kautta muotoutuisi heidän työnsä sisältö¹⁶⁵. Työn sisältö näyttäytyy johtajien puheessa enemmän seurauksena muodolliseen organisaatioasemaan kiinnittyvästä toimenkuvasta kuin johtajan omasta harkinnasta, mitä asioita tekemällä hän parhaiten edistää työnsä tavoitteita. Tämä tulee haastatteluaineistossa erityisesti näkyviin, kun johtajat kertoivat, miten heidän toimenkuvansa on kehittynyt nykyiseksi.

Johtajien tapaan ajatella työn sisältöä toimenkuvana saattaa vaikuttaa myös kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (esimerkiksi KVTES 2005–2007), jossa puhutaan tehtäväkuvauksesta¹⁶⁶. Johtajilla lienee kokemusta alaistensa tehtäväkuvauslomakkeiden täyttämisestä.

Haastateltavat pitivät omaa toimenkuvaansa pitkälti itsestään selvänä (vrt. alaluvut 3.4 ja 3.5). Toimijoilla ei yleensä ollut epäselvyyttä siitä, mitä heidän työhönsä “kuuluu”. Osastonhoitajat ja ylihoitajat huolehtivat “hoitajien asioista”, lääkärijohtajat lääkärin asioista, kirurgit kirurgiasta ja pediatriit pediatriasta (ks. alaluku 3.5).

Ylimpään johtoon kuuluvat kertoivat, että heidän työnsä sisältö määräytyy myös sen mukaisesti, mitä ylimmässä johtoryhmässä yhteisesti sovitaan kenenkin tekevän (ks. alaluku 3.6.4). Koko sairaalaa tai sairaanhoitopiiriä koskevilla asioilla johtajan oma ammattitasta tai lääketieteellinen erikoisala ei haastattelujen mukaan ratkaise sitä, kuka ylimpään johtoon kuuluvista alkaa hoitaa esimerkiksi koko organisaation kattavaa selvitystä tai kehitysprojektia.

Haastatteluaineistossa lääkärijohtajat ja keskijohtoon kuuluvat hoitajajohtajat eivät kritisoi neet sairaalan työnjakoa. Ylimpään johtoon kuuluvat hoitajajohtajat kokivat työnjaon itsensä ja henkilöstöpäällikön, suunnittelupäällikön ja henkilöstönkehittämisspäällikön kanssa selkiintymättömäksi (ks. alaluku 3.6.2.3). Haastateltu hallintoylihoitaja oli ollut halukas sopimaan uuden yksikön ylimmän johdon toimenkuvista niin, että niitä irrotettaisiin perinteisestä professiosidonnaisuudesta, mutta hänen ehdotuksensa ei ollut saanut kannatusta.

¹⁶⁵ Kuten tulosohjatussa organisaatiossa olisi mielestäni loogista toimia (vrt. Nurmi 2000; Drucker 1973).

¹⁶⁶ Yhtäläisesti voidaan ajatella, että KVTES:n tehtäväkuvaukset heijastavat laajemminkin terveydenhuoltoalalla vallitsevaa tapaa ajatella henkilön työn sisällön olevan seurausta hänen organisatorisesta asemastaan.

Edellisen johtajan uudelle johtajalle antama perehdytys puuttuu miltei kokonaan haastatteluaineistosta. Perehdytystä ei annettu sellaisissaakaan tilanteissa, joissa edeltävä toimenhaltija jatkoi samassa organisaatiossa jossakin toisessa tehtävässä¹⁶⁷. Edeltävät johtajat olivat haastateltavien mukaan kyllä käytettävissä ja heiltä kysyminen olisi ollut haastateltavien mukaan mahdollista. Niin ei kuitenkaan tapahtunut. Ainoa lääkärijohtaja, joka kertoi saaneensa ylipäätään minkäänlaista perehdytystä tulevaan työhönsä edelliseltä johtajalta, on seuraavassa lainattu johtajaylilääkäri.

...emmä oikeestaan edeltäjältäni saanu mitään, että kuinka asiat tulis hoitaa. Käytiinköhän me lyhyt keskustelu, ehkä semmonen lyhyt palaveri käytiin. (Ylin johto, lääkäri).

Siitä huolimatta hänellä ei ollut vaikeuksia saada selvyyttä siitä, kuinka “asiat tulis hoitaa”, koska hän oli nähnyt, miten edeltäjä toimi, ja edeltäjäakin palvelleet sihteerit osasi opastaa.

Kellään haastateltavalla johtajalla ei ollut kirjallista toimenkuvaa. Haastatteluaineiston ylimpään johtoon kuuluvat olivat saaneet erityisesti johto- tai hallintosäännöstä vihjettä työtehtävistään. Seuraavassa lainattu lääkärijohtaja päätteli toimenkuvansa käyttäen apuna hallintosääntöä, sairaanhoitopiirin strategiaa ja budjettiin kirjattuja asioita.

Haastateltava: Mä itse jouduin päätteleen, että toimenkuva on tämä.

Haastattelija: No mitäs siitä oli kirjallisesti todettu siitä toimenkuvasta?

Haastateltava: Ei ole kirjallista toimenkuvaa.. mitä nyt hallintosäännössä on sanottu, vastaa operatiivisen toiminnan kehittämisestä sillai siitä todettiin.. ja toimii johtokunnassa operatiivisten asioiden valmistelijana ja esittelijänä... Mä muodostin sen itse asiassa, sen toimenkuvani, hallintosäännön ja sairaanhoitopiirin strategian vuoteen 2010 perusteella, mä sieltä katoin, mitä mun pitää tehdä.. eli mä lähdin toteuttamaan strategiaa, budjetissa kirjattuja asioita.. en mä sen kummallisempaa. (Ylin johto, lääkäri).

Haastatteluaineistossa on tavallista, että johtajan toimenkuva “periytyy”: työnkuva säilyy samanlaisena kuin hänen edeltäjällään on ollut. Haastateltu lääkärijohtaja kertoi, että hänen aloittaessaan työssään ei ollut mitään tarvetta

¹⁶⁷ Aineistossa kolmessa tapauksessa haastateltavan johtajan edeltäjä jatkoi edelleen samassa organisaatiossa. Heistä kaksi oli hoitajia ja yksi lääkäri.

toimenkuvamuutoksiin. Kuitenkin aloittavan johtajan yksiköstä samaan aikaan muodostettiin liikelaitos ja sen toimintaympäristökin liikelaitostui. Siitä huolimatta johtaja ei kuitenkaan nähnyt tarpeelliseksi muuttaa omaa toimenkuvaansa.

Haastateltava: Ei.. liene ole ollut mitään tarvetta tehdä mitään oleellisia muutoksia sinänsä tässä organisaatiossa, kun toiminta kuitenkin, vaikka sinänsä tää koko toimintaympäristö nyt liikelaitostu, niin toiminta on kuitenkin pysynyt samana, kun mitä se on tähän asti. (Keskijohto, lääkäri).

Aineistoon kuuluu sekä lääkäri- että hoitajajohtajia, jotka pääsivät aloittamaan “puhtaalta pöydältä”. Tällöin johtajilla ei ollut olemassa sellaista edeltäjää, jonka toimenkuvan he olisivat voineet “periiä”. Syynä oli joko organisaation fyysinen muutto, uusien yksikköjen perustaminen tai voimakas panostaminen yksikköihin, jotka olivat olleet olemassa jo aikaisemmin. Tällaisissa tilanteissa aineistossa korostuu lääkärijohtajan kyky luoda houkuttelevat työolosuhteet yksikkönsä lääkäreille, jotta uudesta tai uudistetusta yksiköstä tulee haluttu työpaikka. Tämä edellytti poikkeamista edeltäjän toimintatavoista ja työnkuvasta. Nämäkään johtajat eivät kertoneet, että oman toimenkuvan luomiseen olisi liittynyt mitään vaikeuksia.

Kaksi ylimpään johtoon kuuluvaa hoitajajohtajaa kertoi keskustelewansa esimiehensä kanssa toimenkuvansa sisällöstä. Kumpikin heistä myös kertoi, että oma osaaminen vaikuttaa heidän toimenkuvaansa.

...tai mä itse rankkaan siinä hirveen keskeiseksi sen esimiehen odotuksen, et mul, mä pidän sitä hyvin tärkeenä, et mikä on sen mun esimieheni mielikuva siitä, mitä mun pitäis tuottaa, ja sitä mä aina kysyn. Ja sitten se, siinä jää.. siinä jää sillon mulle omaks tehtäväksi kuulla tarkkaan se, mitä se johtaja multa odottaa, ja sehän tavallaan antaa sen säännön ulkopuolisen signaalin siitä, että mitä, minkälaista toimenkuvaa mun pitäis tehdä. Ja sitten kyllä se oma näkemys siitä työstä, niin kyllä se on ihan ratkaseva, se on aivan ratkaseva kuitenkin sitten viime kädessä. Sitähän sitä tuottaa sitten, mitä osaa. (Ylin johto, hoitaja).

Tää (tarkoittaa toimenkuvaansa) ei oo peritty, tätä on koko ajan, mä oon itse rakentanu itseni näköiseks tai mihin mulla on osaamista. (Ylin johto, hoitaja).

Omalla osaamisella ja henkilökohtaisella mielenkiinnolla on haastattelujen mukaan merkitystä toimenkuvan muotoutumisessa. Aineistossa ylimpään johtoon kuuluva hoitaja kertoi, että hänen edeltäjänsä oli kiinnostunut laatujohtamisesta ja alkoi ensin kehittää laatujohtamista sairaanhoitopiirin alueella, myöhemmin laajemminkin, ja toimii nykyisin asiantuntijana.

Täten haastateltavat eivät näe sairaalan työnjakoa erityisen ongelmallisena. Työnjako perustuu toimenkuviin, jotka ovat johtajille pitkälti itsestään selviä huolimatta siitä, että niitä ei ole mihinkään selkeästi kirjattu, eivätkä johtajat liioin ole itse saaneet työhönsä perehdytystä. Toimenkuvat kiinnittyvät aineistossa haltijansa ammattitastaan, erikoisalaan, hierarkkiseen asemaan organisaatiossa sekä johtajan henkilökohtaiseen osaamiseen ja mielenkiinnon alueeseen. Johtajille on ilmeisesti kokemuksensa tuloksena muotoutunut käsitys siitä, miten sairaalassa yleisesti tulee toimia ja mitä sairaalassa tietyssä asemassa olevan johtajan toimenkuvaan pääpiirteissään sisältyy (ks. alaluku 3.4). Osa johtajista on voinut tehdä havaintoja juuri oman edeltäjänsä työskentelystä samassa organisaatiossa. Myös oman esimiehen yhteisissä keskusteluissa esittämällä odotuksilla saattaa olla vaikutusta johtajan toimenkuvan sisältöön.

Mielestäni perehdytyksen vähäisyys sairaalan kaltaisessa asiantuntijaorganisaatiossa olisi ymmärrettävää, jos kyse ei olisi johtamisesta, vaan välittömästi sairaanhoitoon ja hoitotyöhön liittyvästä toiminnasta. Toimenkuvat kiinnittyvät ammatilliseen koulutustaustaan ja specialiteetteihin, jotka samalla määrittävät kunkin asiantuntemusalueetta. Kunkin asiantuntijan voidaan olettaa olevan asiantuntemusalueensa itsenäinen osaja, minkä takia häntä ei siihen tarvitse perehdyttää. Toisen asiantuntijan antama perehdys saman profession kuuluvalla kollegalle voisi välillisesti osoittaa epäluottamusta tehtävässä aloittavan asiantuntijan ammattitaitoa kohtaan. Tämä saattaa vähentää halukkuutta sekä perehdyttämiseen ja perehdytyksen vastaanottamiseen.

Aineistoon sisältyy yksi ylimpään johtoon ja useita keskijohtoon kuuluvia lääkärijohtajia, joilla ei mielestään ollut mainittavaa johtamiskoulutusta tai kokemusta ennen kuin he aloittivat nykyisen työnsä¹⁶⁸. He olivat virkansa tai toimensa vastaanottaessaan substanssialueensa, mutta eivät johtamisen, asiantuntijoita. Heidän edeltäjänsä olivat siitä tietoisia. Siitä huolimatta johtajat eivät olleet saaneet johtamiseen liittyvää perehdytystä edeltäjiltään, eivätkä haastatteluissa arvostelleet siitä edeltäjiään.

¹⁶⁸ He olivat toimineet lähijohtajina, kuten osastonlääkäreinä ja osastonylilääkäreinä, mutta eivät katsoet olleensa vielä silloin johtajia (vrt. Viitanen ym. 2002). Kaikilla aineistoon kuuluvilla hoitaja johtajilla oli mielestään johtamiskokemusta jo ennen kuin he aloittivat nykyisissä viroissaan tai toimissaan. Tutkimuksen tulos on tältä osin yhdensuuntainen Viitanen ym. 2007 esittämien tulosten kanssa.

Tämä käytäntö voi perustua siihen, että johtamiseen oletetaan pätevoityvän substanssiosaamisen kautta, tai että substanssiosaamisen oletetaan antavan valmiudet omaehtoiseen johtamisen opetteluun. On myös mahdollista, ettei johtamista ylipäätään mielletä omaksi asiantuntijuusalaksi (vrt. Lehto ym. 2003). Vielä on mahdollista, että lääkärit eivät koe johtamista ylipäätään niin tärkeäksi asiaksi, että siihen tarvitsisi panostaa uusia johtajia perehdyttämällä¹⁶⁹.

Toimenkuvien kiinnittyminen ammattitastaan, spesialiteetteihin ja hierarkkiseen asemaan organisaatiossa, yhteisesti jaettu käsitys toimenkuvien sisällöstä ja oletus, että sisältö on uudelle johtajalle itsestään selvä selittävät osaltaan toimenkuvien “periytymistä”. Looginen seuraus itsestään selvistä ja “periytyvistä” toimenkuvista on, että uusi johtaja pyrkii säilyttämään toimenkuvansa edeltäjänsä toimenkuvan kaltaisena. Toinen seuraus on, että organisaation muut toimijat olettavat uuden johtajan jatkavan edeltäjänsä toimenkuvaa. Täten toimenkuvasta tulee “talon tapa”, vakaa ja hitaasti muuttuva (ks. alaluku 3.4). Ulkopuolisen näkökulmasta merkittävä muutos yksikön asemassa ja toimintaympäristössä (esimerkiksi aineistossa liikelaitostuminen) ei täten välttämättä johda toimenkuvamuutoksiin (vrt. teknologinen vs. “rakenteellinen” imperatiivi alaluvussa 3.3).

Johtaja, joka lähtee voimakkaasti muuttamaan edeltäjänsä aikana vakiintunutta toimenkuvaa, herättää tällaisessa toimintakentässä erityistä huomiota. Ylimpään johtoon kuuluva lääkärijohtaja kertoi, että hänen edeltäjänsä (lääkäri) ei ollut kiinnostunut johtamisesta lainkaan. Siksi johtava ylihoitaja oli hänen mukaansa omaksunut sairaalanjohtajan roolin. Haastateltu lääkärijohtaja ei tyytynyt edeltäjänsä toimenkuvaan, vaan alkoi aktiivisesti johtaa sairaalaa. Seurauksena oli lääkärijohtajan mukaan runsaasti erimielisyyksiä sekä johtavan ylihoitajan että muidenkin johtajien kanssa, kunnes uusi tilanne vasta vuosien kuluessa vakiintui. Toimenkuviin kiinnittyvä työnjako ja toimenkuvien taipumus säilyä entisellään saattaa osaltaan selittää sitä, miksi muutoksen toteuttaminen erikoissairaanhoido-organisaatioissa on niin vaikeaa (vrt. Wiili-Peltola 2005).

3.6.4 Johtajien yhteistyö sairaalayhteisössä

Yhteistyöllä tarkoitan tässä tutkimuksessa ilmiötä, jossa kaksi tai useampi toimija yhdessä tekee sairaalassa työtä yhteisen tavoitteen hyväksi. Yhteistyö

¹⁶⁹ Kukaan haastateltava ei tuonut esille sellaista näkemystä, että johtaminen sairaalassa ei ole tärkeää. Tähän on saattanut vaikuttaa myös joidenkin haastateltavien osalta, että he ovat suorittaneet johtamiskoulutuksia tai juuri sellaista aloittamassa. Myös haastattelujen johtamiseen liittyvä aihepiiri on voinut vaikuttaa vastauksiin.

voi olla vapaaehtoista, jolloin se perustuu osapuolten omaan tahtoon tehdä työtä yhdessä. Tällöin yhteistyön osapuolilla on mahdollisuus valita myös sellainen vaihtoehto, jossa yhteistyötä ei tehdä tai sitä tehdään vain rajoittuneesti. On myös mahdollista, että osapuolet eivät voi kieltäytyä tekemästä yhteistyötä. Esimiehen kehotuksesta tai käskystä tapahtuva yhteistyö ei välttämättä perustu vapaaehtoisuuteen.

Seuraavassa tarkastelen sitä, mitä johtajat kertoivat yhteistyöstä, kuten keiden kanssa he yhteistyötä harjoittavat ja miten se tapahtuu. Hahmottelen johtajien yhteistyön muotoja, määrää ja laatua koskevan puheen perusteella erilaisia tapoja harjoittaa yhteistyötä. Lopuksi esitän tulkintoja tuloksista sekä arvioin johtajien yhteistyön mahdollista kosketuspintaa jaetun johtajuuden käsitteeseen.

Yhteistyöstä johtajat puhuivat haastatteluaineistossa vain joidenkin toimijoiden yhteydessä. He puhuivat vain vähän yhteistyöstä oman esimiehensä kanssa ja hyvin vähän toisiin spesialiteetteihin kuuluvien toimijoiden kanssa¹⁷⁰. Eri spesialiteettien välisen yhteistyöpuheen niukkuus on ymmärrettävää, koska keskijohdon lääkärijohtajat ovat aineistossa tiukasti omaan erikoisalaansa sitoutuneita ja siitä kiinnostuneita. He ovat enää rajoitetusti kiinnostuneet samaan spesialiteettiryhmään kuuluvista muista erikoisaloista ja vain vähäisessä määrin muista erikoisaloista (ks. alaluku 3.5.3.1). Lisäksi eri spesialiteetteihin kuuluvat johtajat, sekä lääkärit että hoitajat, ovat johtajien puheessa omanlaisiaan ihmisiä, ja samanlaisten kanssa lienee yhteistyön tekeminen helpompaa (ks. alaluku 3.5.3.2). Spesialiteettien välillä ja saman spesialiteettiryhmän sisälläkin vallitsee kilpailuasetelma resursseista (ks. alaluku 3.5.3). Kilpailuasetelma pätee vielä tulosaluetasolla ja siten osassa ylimpään johtoon luokittelemistani johtajista. Aineiston johtajaylilääkärit ja hallintoylihoitajat johtavat kaikki spesialiteetit kattavaa kokonaisuutta. Siitä huolimatta he puhuivat niukasti spesialiteettien välisestä yhteistyöstä.

Oman esimiehen kanssa tehtävän yhteistyöpuheen vähäisyys haastatteluaineistossa on mielestäni johdonmukaista alaluvussa 3.6.2 esittämieni tutkimustulosten kanssa. Koska esimiehellä on asemaansa liittyvää valtaa tehdä tai olla tekemättä yhteistyötä alaisensa kanssa, saattaa alaisasemassa oleva johtaja kokea, että hän ei voi olla vastuussa yhteistyöstä esimiehensä kanssa.

On myös mahdollista, että jotkut johtajat eivät ylipäätään miellä esimiehiään yhteistyökumppaneikseen. Osa aineiston keskijohdon kuuluvista johtajista kritisoi ylintä johtoa siitä, että se ottaa heiltä heille kuuluvaa valtaa

¹⁷⁰ NVivo 7 -ohjelmalla tehdyssä analyysissä noodi Spesialiteetit ja Yhteistyö esiintyvät koko aineistossa ainoastaan neljä kertaa samanaikaisesti.

pois (ks. alaluku 3.6.2.6). He katsoivat joutuvansa ylimmän johdon epäoikeudenmukaisen vallankäytön kohteeksi. Tätä taustaa vasten on mielestäni ymmärrettävää, että johtajan suhde omaan esimieheensä muodostuu jännitteiseksi (vrt. Eriksson-Piela 2003; Tampusi-Jarvala ym. 2003). Vallankäyttäjäksi koettua esimestä ei mielletä yhteistyökumppaniksi eikä jännitteistä suhdetta yhteistyösuhteeksi. Sen sijaan omista alaisistaan sekä ylimpään johtoon että keskijohtoon kuuluvat johtajat puhuivat yhteistyökumppaneina.

Useimmilla lääkäri- ja hoitajajohtajilla on haastatteluaineistossa toiseen profession kuuluva, vakituinen yhteistyökumppani. Esimerkiksi tulosityksikön lääkärijohtaja tekee yhteistyötä yksikkönsä ylihoitajan kanssa, tulosalueen lääkärijohtaja tulosalueen ylihoitajan kanssa ja johtajaylilääkäri hallintoylihoitajan kanssa¹⁷¹. Haastatelluille keskijohtoon kuuluville johtajille keskeisimpiä yhteistyökumppaneita ovat oman yksikön toiseen profession kuuluva lääkäri- tai hoitajajohtaja sekä omaan profession kuuluvat alaiset. Ylimpään johtoon kuuluvat johtajat puhuivat yhteistyöstään myös muiden ylimpään johtoryhmään kuuluvien johtajien kanssa. Taulukossa 11 on nimetty keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien johtajien yhteistyökumppaneita haastatteluaineistossa.

¹⁷¹ Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä johtajat toimivat haastatteluhetkellä myös toistensa varamiehinä siten, että jos yksikön johtaja oli lääkäri, niin hänen varamiehensä oli hoitaja ja päinvastoin.

Taulukko 11. Johtajien yhteistyökumppaneita

<p>Keskijohdon mainitsemia yhteistyökumppaneita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omat välittömät alaiset • Oma partneri toisen profession linjaorganisaatiossa • Toiset samaan tulosalueeseen ja samaan professioon kuuluvat johtajat¹⁷² • Oman yksikön samaan professioon kuuluva henkilökunta • Oman yksikön toiseen professioon kuuluvan henkilöstö • Perusterveydenhuollon lääkärit (koskee vain lääkärijohtajia) • Ammattijärjestöjen edustajat • Yliopistoon kuuluvat yhteistyökumppanit¹⁷³ <p>Ylimmän johdon mainitsemia yhteistyökumppaneita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Johtoryhmän muut jäsenet, mukaan lukien oma partneri toisen profession linjaorganisaatiosta • Omat alaiset keskijohdossa • Kuntien virkamiehet • Poliittiset luottamushenkilöt • Yliopistot, ammattikorkeakoulut, terveydenhuollon oppilaitokset • Vertaisverkostoihin kuuluvat kollegat
--

Seuraavassa tarkastelen johtajien harjoittamaa yhteistyötä toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppaninsa kanssa. Koska aineisto sisältää sekä lääkäri- että hoitajajohtajia, se valaisee molempiin ammatteihin kuuluvien johtajien näkökulmia keskinäiseen yhteistyöhön.

Lääkärien ja hoitajien väliseen yhteistyöhön johtajat suhtautuivat haastatteluissa myönteisesti, ja he puhuivat paljon omasta yhteistyöstään toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppaninsa kanssa. Tämä yhteistyö nähtiin haastatteluissa tärkeänä ja välttämättömänä, eikä sille esitetty vaihtoehtoja.

Lääkärit tietää et ne ei pärjää ilman hoitajia ja sitten myöskin toisin päin, että kaikkia täälä tarvitaan, niin mä luulen et täälä aika yhtenä rintamana... (Keskijohto, hoitaja)

...niin kaikista tärkeintä on se, että me tehdään työt yhteistyönä, ja meillä on hyvä ilmapiiri osastoilla, kierretään osastot, lääkärit totta kai

¹⁷² Hoitajajohtajilla on aineistossa enemmän tulosalueen ulkopuolisia yhteistyökumppaneita kuin lääkärijohtajilla.

¹⁷³ Koskee niitä lääkärijohtajia, jotka hoitavat myös professuuria.

kiertää, hoitajat on siinä mukana, käydään osastoilla päiväkahvit juomassa, kysymässä, onko ongelmia, ja se on välitöntä kanssakäymistä ilman sen kummempaa hierarkian tarvetta, aidosti ollaan kiinnostuneita potilaista. (Keskijohto, lääkäri).

Ylimpään johtoon kuuluva lääkärijohtaja katsoi, että lääkärien ja hoitajien yhteistyötä heidän sairaalassaan parantaa se, että hoitajat eivät korosta hoitotieteen asemaa, vaan keskittyvät käytännön työhön. Tutkimusaineistossa kukaan johtaja ei kertonut, että hänellä henkilökohtaisesti oli parhailaan yhteistyövaikeuksia toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppaninsa kanssa. Henkilökohtaisista yhteistyövaikeuksista on haastatteluissa mainintoja, mutta vaikeudet olivat kaikki sattuneet joskus aikaisemmin.

Aineistoon kuuluu johtajia yksiköistä, joissa työskennellään tiimeinä (esimerkiksi leikkaustiimit). Hoitajajohtaja kertoi tiimin ajavan tiimin jäsenten asioita ammattiryhmästä riippumatta.

...joskus joku hoitajien asia, mikä ei oo mennyt läpi, niin lääkärit tulee sitä tuomaan mulle esiin, että tää pitää hoitaa, että hoitajat saa nää asiat kuntoon, että se tulee tässä yksikössä poikkeuksellisen voimakkaasti, että tää tiimi ajaa aina etua, ei yks ammattiryhmä vaan aina tiimi. Joko leikkaustiimi tai angiotiimi tai.. (Keskijohto, hoitaja).

Samantapainen oli tilanne lastenpsykiatrian yksikössä, jossa työskennellään moniammatillisten työryhmien avulla. Tiivis yhteistyö on lastenpsykiatriasta vastaavan lääkärijohtajan mukaan välttämätöntä ja henkilöstön arvostamaa.

Haastateltavat voidaan puheensa perusteella jakaa kahteen ryhmään sen mukaan, minkälaisia *yhteistyöareenoita* he oman työnsä kuvauksessa painottivat kertoessaan yhteistyöstä toiseen ammattikuntaan kuuluvan kumppaninsa kanssa. Johtajat puhuivat yhteisistä kokouksista, meetingeistä ja palavereista, jotka ovat heistä tärkeitä areenoita yhteistyön harjoittamisessa. Ne ovat pitkälti samoja kuin johtamisen areenat (ks. alaviite 269 ja liite 14), mutta voivat liittyä myös vapaa-aikaan ja virkistäytymiseen¹⁷⁴.

Jotkut johtajat kertoivat, että riittää, kun he fyysisesti tapaavat toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppaninsa esimerkiksi kerran viikossa säännöllisesti toistuvassa palaverissa. He suosivat yhteistyöareenoita, joita seuraavassa kutsun *muodollisiksi*.

Toiset johtajat kertoivat siitä, miten he formaalisten yhteistyöareenoiden lisäksi hoitavat asioita tapaamalla kasvokkain ja soittamalla aina, kun asiaa on. Näin voi tapahtua lukuisia kertoja päivässä. Heille henkilökohtainen

¹⁷⁴ Esimerkiksi huvitoimikunta.

vuorovaikutus toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppanin kanssa on jokapäiväistä, kasvokkaista ja tilanteen mukaan tapahtuvaa. He suosivat yhteistyöareenoita, joita seuraavassa kutsun *omaehtoisiksi*. Omaehtoisista yhteistyöareenoista puhuneet johtajat kuvasivat yhteistyösuhdettaan läheiseksi ja erittäin hyvin toimivaksi. Sekä muodollisia että omaehtoisia yhteistyöareenoita suosivat johtajat olivat aktiivisessa sähköpostiyhteydessä yhteistyökumppaneidensa kanssa.

Yhteistyöareenoiden lisäksi johtajat voidaan jakaa kahteen ryhmään sen mukaan, miten he kertoivat sopivansa työn jakamisesta itsensä ja toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppaninsa kanssa. Kuten alaluvussa 3.6.3 totesin, johtajien työn sisältö näyttää tutkimusaineiston valossa liittyvän organisaatioasemaan kiinnittyvään toimenkuvaan. Kutsun sellaista seuraavassa *perinteiseksi työjaoksi*. Perinteisen työnjaon lisäksi aineistossa esiintyy alaluvussa 3.6.3 *vapaaehtoiseksi työn jakamiseksi* kutsumani ilmiö. Tutkimusaineistossa se ilmenee erityisesti yhteistyönä toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppanin kanssa. Haastatteluissa osa johtajista kuvasi yhteistyötään sellaiseksi, että he sopivat työtehtävien jakamisesta siten, että se poikkeaa perinteisestä työnjaosta. Tällöin yksilölliset aikaresurssit, yksilöllinen osaaminen ja henkilökohtainen mielenkiinto nousivat ammattitaidon, spesialiteettien ja hierarkkisen aseman rinnalle työtehtävien määrittäjinä. Muodollisesti kyseessä on delegointi, mutta parijohtaminen on mielestäni asiantilaa kuvaavampi ilmaisu silloin, kun eri ammattikuntiin kuuluvat johtajat yhdessä neuvotellen sopivat siitä, kumpi mitäkin tekee yhteiseksi koetun ongelman ratkaisemiseksi. Kutsun tällaista työn jakamista *tilanteenmukaiseksi työtehtävistä sopimiseksi*.

Täten haastattelujen mukaan johtajan yhteistyö toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppanin kanssa tapahtuu joko muodollisilla tai sen lisäksi omaehtoisilla yhteistyöareenoilla. Työtehtävistä sovitaan yhteistyössä joko vain perinteistä työnjakoa noudattaen tai myös siitä poikkeavalla tavalla. Näiden kriteerien perusteella voidaan piirtää taulukossa 12 esitetty nelikenttä.

Taulukko 12. Nelikenttä johtajan yhteistyöareenoista ja tavasta jakaa työtehtäviä toiseen linjaorganisaatioon kuuluvan yhteistyökumppaninsa kanssa

Työnjako/Yhteistyöareenat	Muodolliset yhteistyöareenat	Omaehtoiset yhteistyöareenat
Perinteinen työnjako	Kenttä 1: Muodolliset yhteistyöareenat ja perinteinen työnjako	Kenttä 2: Omaehtoiset yhteistyöareenat ja perinteinen työnjako
Tilanteenmukainen työtehtävistä sopiminen	Kenttä 3: Muodolliset yhteistyöareenat ja tilanteenmukainen työtehtävistä sopiminen	Kenttä 4: Omaehtoiset yhteistyöareenat ja tilanteenmukainen työtehtävistä sopiminen

Kun ryhmittelin haastattelut yhteistyöpuheen perusteella taulukon 12 nelikenttään, totesin, että yhtä lukuun ottamatta kaikki keskijohtoon kuuluvat johtajat sijoittuivat kahteen ensimmäiseen kenttään, kun taas kaikki ylimpään johtoon kuuluvat johtajat ja yksi keskijohtoon kuuluva sijoittuivat kenttään 4. Haastatteluaineistossa ei ole yhtään johtajaa kentässä 3.

Ylimpään johtoon kuuluvat kertoivat, että osa heidän työnsä sisällöstä määräytyy sen mukaisesti, mitä yhteisissä tapaamisissa esimerkiksi ylimmissä johtoryhmässä sovitaan tehtäväksi. Monet noista asioista liittyvät koko sairaalaan tai sairaanhoitopiiriin. Johtoryhmässä¹⁷⁵ sovitaan esimerkiksi selvittämisen- ja kehittämissuunnitelmista. Niiden vastuuhenkilö ei aineistossa määräydy perinteisesti vain ammatin tai erikoisalan mukaan, vaan esimerkiksi yksilöllisen osaamisen ja henkilökohtaisen mielenkiinnon perusteella yhteisesti sopimalla.

Ylimpään johtoon kuuluvien yhteistyöareenat eivät aineistossa kuitenkaan rajoitu muodollisiin yhteistyöareenoihin. He kertoivat poikkeavansa yhteistyökumppaniensa huoneissa tarpeen mukaan. Työtilojen fyysinen läheisyys tekee poikkeamisen helpoksi (ks. alaluku 3.2). Ylimpään johtoon kuuluvien johtajien yhteistyöpuheessa ei tietty toiseen ammattikuntaan kuuluva yhteistyökumppani ole yhtä keskeisessä asemassa kuin keskijohtoon kuuluvien johtajien puheessa. Ylimpään johtoon kuuluvat puhuivat yhteistyöstä useampien samaan johtoryhmään kuuluvien henkilöiden kanssa.

Taulukon 12 neljännen kentän kuvaamalla johtotiimin sisäisellä johtamisen jakamisella voisi ajatella olevan yhteyttä laajempaan, ns. *jaetun johtajuuden* (shared leadership) käsitteeseen. Jaetusta johtajuudesta on kirjallisuudessa esitetty toisistaan poikkeavia määritelmiä. Niille on yhteistä, että johtaminen

¹⁷⁵ Johtoryhmän katson kuuluvaksi muodollisiin yhteistyöareenoihin.

ymmärretään yhteisenä ja jaettuna toimintana, johon osallistuvat johtajien lisäksi muutkin organisaatiossa työskentelevät. (Viitanen ja Konu 2006.) Ajatuksena on, että johtajuutta aidosti jakamalla ja johtajuuteen osallistamalla organisaatiossa on mahdollista saavuttaa parempia tuloksia (O’Toole, Galbraith ja Lawler 2002). Jotkut terveysjohtamisen tutkijat katsovat, että terveydenhuolto-organisaatioissa jaettu johtajuus on nykyään välttämätön edellytys, jotta organisaatio voisi menestyä (Jackson 2000; Merckens ja Spencer 1998). Jaettu johtajuus perustuu Porter-O’Gradyn, Hawkinsin ja Parkerin (1997, 40) mukaan henkilön tehtävään liittyvään vastuullisuuteen, tasa-arvoiseen suhtautumiseen, jossa tunnustetaan kaikkien pyrkimys yhteiseen tavoitteeseen edistämiseen, kumppanuuteen ja luottamukseen sekä henkilökohtaiseen omistautumiseen omalle työlle ja organisaation tavoitteille.

Viitanen ja Konu (2006) tutkivat jaettua johtajuutta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa lomaketutkimuksella keskijohdon johtajien itsensä arvioimina palautteen, tuen, tiedonkulun, yhteistyön, sosiaalisten suhteiden, kannustuksen, rohkaisun ja arvostuksen näkökulmista. He löysivät ”jaetun johtajuuden ituja” eniten naispuolisten, ei-lääkäritaustaisten terveyskeskuksissa ja sosiaalitoimessa työskentelevien johtajien toimintatavoista. Vähiten jaetun johtajuuden mukaista toimintatapaa oli pienten erikoissairaanhoidon yksiköiden lääkäritaustaisilla miespuolisilla johtajilla (ibid.). Johtajien ikä ja johtamiskokemus eivät olleet yhteydessä jaettuun johtajuuteen. Tutkijat arvelivat, että terveyskeskusten ja sosiaalitoimen erikoissairaanhoidon matalammat ja löyhäsidonnaisemmat rakenteet antavat paremmat mahdollisuudet tiimitoimintaan ja käytäväjohtamiseen (vrt. omaehtoiset yhteistyöareenat) ja edelleen jaettuun johtajuuteen. He esittivät, että organisaation matalat rakenteet voivat antaa paremman mahdollisuuden innovatiivisuudelle, uusien toimintatapojen kehittämiselle ja jaetulle johtajuudelle.

Koska tutkin vain keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvia johtajia ja heidän keskinäistä yhteistyötä, en voi ottaa kantaa siihen, missä määrin haastateltavien sairaaloissa johtajuutta on laajemmin jaettu¹⁷⁶. Tässä tutkimuksessa en todennut johtajien yhteistyöpuheessa sukupuoleen tai ammattitastaan liittyviä eroja. En havainnut myöskään, että keskijohtoon kuuluvien johtajien yhteistyön määrää tai laatua kuvaava puhe olisi yhteydessä heidän itsensä johtaman yksikön kokoon. Sen sijaan haastatteluaiheistossa kaikki ylimpään johtoon kuuluvat johtajat puhuivat yhteistyöstä toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppaninsa kanssa siten, että se sopii

¹⁷⁶ Siitä huolimatta on mielenkiintoista verrata, tuleeko tässä tutkimuksessa esille samantapaisia tuloksia kuin varsinaisissa jaettuun johtajuuteen koskevista tutkimuksista. Näiden, jo määritelmällisesti erilaisten ilmiöiden vertailu saattaa lisätä ymmärrystä sekä johtajien keskinäisestä yhteistyöstä että mahdollisesti myös jaetusta johtajuudesta.

taulukon 12 neljännen kentän mukaiseen johtotiimin sisäiseen toimintatapaan. He kaikki työskentelevät terveyskeskuksiin ja sosiaalitoimen organisaatioihin verrattuna hierarkkisissa organisaatioissa, joiden Viitanen ja Konu (2003) eivät katso edistävän jaetun johtajuuden kehittymistä.

Omaehtoiset yhteistyöareenat ja työtehtävistä yhdessä sopiminen ylimmässä johdossa lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien kesken on mielestäni ymmärrettävää. Tutkimusaineistossa kaikki ylimpään johtoon kuuluvat johtajat ovat kokeneita, koulutettuja ja suunnilleen samanikäisiä johtajia. Heillä on osaamisensa takia monipuoliset valmiudet hoitaa tehtäviä ammatti- tai spesialiteettitaustastaan riippumatta. He ovat todennäköisesti johtamisesta kiinnostuneita, koska ovat toimineet aiemmin lähijohtajina, useimmat keskijohdon tehtävissä, ja kaikki itse hakeutuneet ylimmän johdon tehtäviin. He vastaavat laajoista organisatorisista kokonaisuuksista ja katsovat asioita ammattiryhmien ja spesialiteettien yläpuolelta. Eri ammatti- ja spesialiteettitaustastaan huolimatta heillä on pitkäaikainen, yhteinen ja ehkä yhdistävä tausta johtajina¹⁷⁷. Tutkimusaineistossa ylimpään johtoon kuuluvien hoitaja- ja lääkärijohtajien työtilat olivat fyysisesti lähellä toisiaan, mikä osaltaan helpottaa jokapäiväistä yhteistyötä (ks. alaluku 3.2). Se mahdollistaa käytäväjohtamisen ja helpottaa tiimityyppistä työskentelyä. Huolimatta siitä, että he toimivat hierarkkisissa organisaatioissa, he kokivat omaavansa toimintavaltaa vastuunsa edellyttämässä määrin. Heidän yläpuolellaan ei enää ole johtajatasoa, joka merkittävästi rajoittaa heidän toimintavapauttaan. Täten he voivat organisoitua omaehtoisesti ja itseohjautuvasti toisin kuin keskijohtoon kuuluvat. Omaehtoinen organisoituminen luo mahdollisuutta omaehtoisille työkäytänteille, tiedon jakamiselle ja antamiselle, keskinäisen luottamuksen ja kollektiivisen asiantuntijuuden kehittymiselle (Koivunen 2005). Tuloksena voi olla johtajuus, jota ylin johto keskenään jakaa, mutta se ei merkitse, että johtajuus olisi laajemminkin jaettua siten, että siihen osallistuisivat myös muut samassa organisaatiossa työskentelevät.

3.6.5 Hierarkkisuuudesta johtajan toimintakentässä

Alaluvut 3.5–3.6.4 vastaavat osaltaan kysymykseen siitä, miten aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa tunnistettu hierarkkisuus (ks. alaluku 1.2) ilmenee johtajan toimintakentässä sairaalassa. Tässä alaluvussa täydennän ja syvennän kuvaa. Kerron, miten tutkimusaineistossa johtajan

¹⁷⁷ Ei liene mahdotonta, että yhteinen tausta edistäisi yhteisen sosiaalisen identiteetin kehittymistä (ks. alaluku 4.1.1).

toimintakentässä ilmenevä hierarkkisuus liittyy lääkäri- ja hoitajajohtajien ammatilliseen taustaan ja johtajan asemaan organisaatiossa.

Ammatteihin kiinnittyvä hierarkkisuus ilmenee aineistossa ammattiensisäisinä ja ammattienvälisinä hierarkioina. *Organisaatioasemaan kiinnittyvällä hierarkialla* tarkoitan hierarkiaa, joka liittyy henkilön asemaan sairaalaorganisaation ohjaus- ja valvontaketjussa (ks. alaluku 3.6.2.5). Se ilmenee tutkimusaineistossa erityisesti valta- ja vastuusuhteiden ja työnjaon hierarkioina. Dokumenttiaineistossa sairaaloiden organisaatiokaavioissa organisaatioasemaan kiinnittyvä hierarkkisuus näkyy tapana piirtää sairaalaorganisaatio portaittaisena järjestelmänä (ks. liitteet 10–11). Johto- ja hallintosäännöissä hierarkkisuus ilmenee sanallisena kuvauksena johtavien viranhaltijoiden vastuualueista ja toimivaltasuhteista (ks. liite 15).

Ammattiensisäiset ja erityisesti ammattienväliset hierarkiat kietoutuvat aineistossa organisaatioasemaan kiinnittyviin hierarkioihin siten, että myös ammattienvälinen hierarkia on haastatteluaineistossa suurelta osin organisaatioasemaan kiinnittyvää vallan, vastuun ja työnjaon hierarkiaa. Tämä on mielestäni luonnollista, koska työnjako noudattaa tutkimusaineistossa toimenkuvia. Toimenkuvissa puolestaan yhdistyvät sekä haltijansa ammattitausta että asema sairaalaorganisaation ohjaus- ja valvontaketjussa. Täten tutkimusaineiston perusteella ei voi puhua erillisistä ammatteihin liittyvistä ja organisaatioasemaan liittyvistä hierarkioista sairaalayhteisössä. Kyse on kahdesta sairaalahierarkioiden eri näkökulmasta, jotka molemmat ovat läsnä johtajan toimintakentässä.

3.6.5.1 Ammattiensisäinen hierarkia

Kirjallisuuden perusteella oletin, että johtajat olisivat haastatteluissa tuoneet monipuolisemmin esille lääkäriammattikunnan sisäisiä hierarkioita. Tutkimuksessa tuli esille, että spesialiteetteihin liittyy arvostushierarkioista ja kliinisellä senioriteetilla on merkityksestä, kun johdetaan kirurgeja (ks. alaluvut 3.5.3.4 ja 3.5.4). Lisäksi tulosityksikköä johtavat lääkärit kantavat vastuuta erikoistuvien lääkäreiden kouluttamisesta ja opettamisesta, minkä voi katsoa ilmentävän senioriteettiin liittyvää vastuuta. Tästä huolimatta ammatillinen senioriteetti, johtajan ikä, kokemus, ammatillinen osaaminen ja sukupuoli eivät tässä tutkimuksessa tule korostuneesti esille hierarkioiden lähteinä.

Tähän saattaa olla useita syitä, joista osa liittyy tutkimusasetelmaan. Haastatteluaineisto ei ehkä ole riittävän laaja ja monipuolinen paljastamaan

esimerkiksi ikään ja sukupuoleen liittyviä hierarkioita (ks. liite 3)¹⁷⁸. Haastatteluteemat (ks. liite 2) eivät suoraan ole yhteydessä mainittuihin asiakokonaisuuksiin¹⁷⁹. Ehkä johtajien haastatteleminen ei ole ylipäätään kovin hyvä menetelmä saada tietoa esimerkiksi sukupuolen merkityksestä ammattiensisäisen hierarkian lähteenä, jos haastateltavat eivät itse tunnista sukupuoleen liittyviä ilmiöitä omassa toimintakentässään¹⁸⁰. Tutkimuksessa esille tulleen spesialiteettien prestiisihierarkian on todettu liittyvän lääketieteen sukupuolittumiseen (ks. tarkemmin alaluku 4.1.3). Hoitajakunnan osalta sukupuoleen liittyvä potentiaali ammattikunnan sisäisten hierarkioiden lähteenä saattaa jäädä vähäiseksi yksinkertaisesti siitä syystä, että ammattikunta on niin voimakkaasti naisvaltainen (ks. alaviitteet 7 ja 21). Ylimpään johtoon kuuluva hoitaja johtaja selitti haastattelussa lääkärikunnan arvostetumpaa asemaa muun muassa sillä, että lääkärikunta on “hoitajia miesvaltaisempi professio” (ks. alaluku 3.6.5.2). Täten hän tunnisti sukupuolen merkityksen hierarkian lähteenä, mutta se ei hänen puheessaan näyttäytynyt oman ammattikunnan sisäisenä vaan ammattikuntien välisenä arvostuserona.

Senioriteetin melko vähäinen näkyminen ammatinsisäisen hierarkian lähteenä saattaa liittyä haastateltavien asemaan keski- ja ylimmässä johdossa. On mahdollista, että iästä riippumatta keski- ja ylimpään johtoon kuuluvien johtajien kokemukseen, taitoon ja senioriteettiin perustuvat hierarkiat eivät ehkä ole yhtä keskeisiä kuin lähijohdolla. Haastatteluaineistossa nuorimmilla haastateltavilla lääkärijohtajilla (ks. liite 3) on useita itseään vanhempia ja kliinisesti huomattavasti kokeneempia alaisia. Tämän he toivat haastatteluissa esille seikkana, jonka he olivat tiedostaneet ryhtyessään nykyiseen tehtäväänsä. Nuoret lääkärijohtajat eivät kertoneet, että heillä olisi ollut vaikeuksia itseään vanhempien ja kliinisesti kokeneempien alaistensa kanssa. Vanhemmat lääkärit ovat heidän mukaansa sopeutuneet ongelmitta tilanteeseen. Koska haastatteluaineisto koostuu pelkästään johtajista, en tiedä, ovatko vanhemmat ja kliinisesti kokeneemmat alaiset asiasta samaa mieltä.

Vanhemmille lääkäreille ei ehkä ole suurta merkitystä sillä, kuka heitä virallisesti johtaa. Nuorempi johtaja saattaa olla jopa siinä suhteessa

¹⁷⁸ Haastatteluteemat sekä tutkimustilanne, jossa kauppakorkeasta tuleva haastattelija kysyy organisaatiosta ja johtamisesta, voivat osaltaan selittää senioriteetin tai sukupuolen suhteellisen vähäistä näkemistä aineistossa (ks. alaluku 4.5).

¹⁷⁹ Vasta-argumenttina voidaan todeta, etteivät esittämäni haastatteluteemat liity suoraan spesialiteetteihinkaan. Siitä huolimatta sain niistä runsaasti tietoa ja viitettä siitä, että spesialiteeteilla on yhteyttä sairaalan prestiisihierarkiaan (ks. alaluku 3.5.3.4). Alaluvussa 4.5 arvioin tutkimusta menetelmällisesti ja pohdin myös, mikä merkitys haastatteluteemoilla on voinut olla tutkimustuloksiin.

¹⁸⁰ Riska totesi Suomen Lääkärilehdelle antamassaan lääkärikunnan naisistumista käsittelevässä haastattelussa, että “lääkärit eivät juuri tunnista tai erittele omaan sukupuoleensa liittyviä tekijöitä haastattelututkimuksissa” (Järvi 2008).

vanhemmalle kollegalleen mieluisa, että hänellä ei ole samassa määrin kokemukseen perustuvaa arvovaltaa kuin vanhemmalla esimiehellä olisi. Tällöin vanhempi lääkäri voi ehkä helpommin säilyttää itsenäisen asemansa.

Pidän mahdollisena, että kliinisen senioriteetin merkitys johtajuuden oikeutuksen kannalta ja – täten myös hierarkioiden lähteenä – on todellisuudessa vähenemässä. Aikaisemmin johtajaksi on yleisesti päästy, suostuttu tai jouduttu kliinisen senioriteetin perusteella (Viitanen ym. 2007; Tampusi-Jarvala, Viitanen ja Lehto 2005; Lehto, Viitanen, Autio ym. 2003; Tuomiranta 2002; Viitanen ym. 2002). Lääkärijohtamisesta on saattanut tulla aikaisempaa ammattimaisempaa, ja johtajaksi hakeudutaan ja koulutaudutaan aikaisempaa aktiivisemmin.

Haastatteluisia ylimpään johtoon kuuluva lääkärijohtaja kertoi, että heidän sairaalassaan oli aikaisemmin tapana “kierrättää” eri suppeista spesialiteeteista koostuvien yksiköiden johtajuutta yksikköjen “kokeneimpien kollegojen” välillä siten, että kukin vuorollaan toimi kaikkien johtajana. “Kierrättämisestä” luovuttiin, kun johtajien tehtäviä ja vastuuta lisättiin merkittävästi.

“Kierrättäminen” on kollegiaalinen ja senioriteettiin tukeutuva tapa hoitaa johtajuus lääkäriyhteisön sisällä, ja sen voi ajatella nousevan yhteisesti jaetusta näkemyksestä, että senioriteetti antaa pätevyyden, oikeutuksen ja ehkä velvollisuudenkin toimia johtajana. Olematon ei kliinisen senioriteetin merkitys johtajuuden kannalta tässä haastatteluaineistossa ole: eihän lääkärijohtajan tarvitsisi korostaa, että vanhempien lääkäreiden johtaminen on sujunut hyvin, ja he ovat antaneet hänen johtajuudelleen tukensa, ellei hän ymmärtäisi, että asia voisi olla toisinkin.

Kuten alaluvussa 3.5.2 totesin, hoitajien ammattikunta ei haastateltavien puheessa tule esille ammattiryhmien muodostamana kirjona, vaan yhtenä kokonaisuutena huolimatta siitä, että hoitajakunta koostuu useasta erillisestä ammatillisesta ryhmästä (ks. alaviite 99). Haastatteluaineistossa hoitajakunnan sisäinen hierarkia ei näyttäydä esimerkiksi koulutusajan, koulutuksen vaatimustason tai palkkauksen perusteella muodostuvana hierarkkisena järjestelmänä. Tulos saattaisi olla toinen, jos olisin haastatellut muitakin kuin keski- ja ylimpään johtoon kuuluvia hoitajia. Sen sijaan aineistossa on viitettä hoitajakunnan sisäisestä arvostushierarkiasta siten, että operatiivisten erikoisalojen hoitajat nauttivat ammattikunnan sisällä suurempaa arvostusta kuin konservatiivisten alojen ja psykiatrian alan hoitajat (ks. alaluku 3.5.3.4).

3.6.5.2 Ammattienvälinen hierarkia

Johtajat toivat haastatteluissa keskeisinä ammatteina esille vain lääkäreiden ja hoitajien ammatit. Hoitajien hierarkkisesti alisteisesta asemasta lääkäreihin

verrattuna löytyy kirjallisuudesta näyttöä pitkältä ajalta ja eri periaattein toteutetuista palvelujärjestelmistä.¹⁸¹ Hierarkkisesti ylemmästä asemastaan huolimatta lääkärit ovat hoitajista riippuvaisia, samoin hoitajat ovat lääkäreistä riippuvaisia (Ackroyd 1992). Torppa (2007, 200) viittaa omassa työssään hoitajajohtajien lääkärijohtajia alempaan hierarkkiseen asemaan toteamalla, että johtotehtävien kelpoisuusehtojen takia “sairaanhoidollisten yksiköiden johtajana voi toimia vain lääkärikoulutuksen saanut henkilö”¹⁸².

Haastatteluaineiston välittämä kuva lääkärin ja hoitajan ammattien keskinäisestä hierarkkisuudesta on monitahoinen. Sekä keski- että ylimmän johdon puheessa suorittavan tason lääkärit tekevät “lääkärien työtä” ja hoitajat “hoitajien työtä”. Jakoa lääkärien töihin ja hoitajien töihin voi jo itsessään pitää hierarkkisena, koska – yksinkertaistaen – lääkärit päättävät hoidosta ja hoitajat toteuttavat sitä. Molempien panos on välttämätöntä ja molemmat ovat toisistaan riippuvaisia. Työnjako suorittavassa portaassa on johtajien puheessa tiukka; sitä pidetään luonnollisena ja tarkoituksenmukaisena eikä sitä haastatteluaineistossa juuri kyseenalaisteta (ks. alaluvut 3.5 ja 3.6.3).

Hoitajajohtajan mainitsema lääkärin haluttomuus suostua hoitajataustaisen johtajan johtamiseksi saattaa liittyä ammattienväliseen hierarkkisuuuteen. Johtaja halutaan “omasta leiristä” (vrt. alaluku 3.5.4). Toisaalta hoitajatkaan eivät hänestä mielellään halua lääkäriä omaksi johtajakseen.

...mutta pitää myös suostua johdettavaksi ja tavallaan siinäkin on yks professioiden ero mut ei, hoitotyön tekijät eivät myöskään suostu kovin helposti lääkäreiden johdettavaksi ja se on se sisäinen, miten se lääkärijohtaja jolla ei oo johtajakoulutusta johtaa sitten sitä hoitohenkilökuntaa, joka ei suostu johdettavaksi.

Haastattelija: Hoitotyön tekijät eivät kovin helposti suostu sitten lääkärin johdettaviksi. Mites toisinpäin?

Haastateltava: Niin no lääkärit eivät ollenkaan suostu hoitotyön johtajien alaisiksi. (Ylin johto, hoitaja).

Keskijohtoon kuuluvat lääkäri- ja hoitajajohtajat kertoivat, että heillä on selkeä työnjako suhteessa toiseen ammattikuntaan kuuluvaan yhteistyökumppaniinsa (ks. alaluvut 3.5.2 ja 3.6.3). Asioista sovitaan yhdessä, yhteistyötä tehdään, jotkut lääkärijohtajat delegoivat tehtäviä hoitajajohtajille,

¹⁸¹ Esimerkiksi Isosaari 2008; Surakka 2006; Wiili-Peltola 2005; Keighley 2003; Narinen 2000; Traynor 1999; Allen 1997; Smith ja Preston 1996; Porter 1995; Mackay 1993; Porter 1991; Stein, Watts ja Howell 1990; Katzman ja Roberts 1988; Kennedy ja Garvin 1988; Campbell-Heider 1987; Devine 1978; Stein 1967; Rushing 1962.

¹⁸² Torppa (2007) käytti työssään aineistona neljän suomalaisen sairaanhoitopiirin toimintakertomuksia, johto- ja hallintosääntöjä sekä kirjallista kyselyä.

mutta kumpikin hoitaa “oman” sektorinsa. Keskijohtoon kuuluvat lääkäri- ja hoitajajohtajat eivät kertoneet ammattikuntien rajoja noudattavista eroista esimerkiksi vaikutusmahdollisuuksissa tai palkkauksessa.

Ylimpään johtoon kuuluvien lääkäreiden ja hoitajien haastatteluissa välittämä kuva eroaa toisistaan: Ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat puhuivat haastatteluissa ylimpään johtoon kuuluvista hoitajajohtajista tasavertaisina yhteistyökumppaneina. He kertoivat, että yhteistyö on toimivaa, vapaamuotoista ja mahdollistaa tilannekohtaisen, tarkoituksenmukaisen ja ammattitaidosta riippumattoman työn jakamisen. Ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat eivät tuoneet puheessaan esille eri ammattikuntiin kuuluvien johtajien keskinäistä hierarkkisuutta. Sen sijaan ylimpään johtoon kuuluvat hoitajajohtajat katsoivat oman asemansa ja hoitajajohtajien aseman laajemminkin olevan lääkäritaustaisia johtajia heikompi huolimatta siitä, että heillä saattoi olla enemmän johtamiskoulutusta ja kokemusta kuin lääkärijohtajilla. Lääkäreihin verrattuna heikompi asema ilmenee heidän mukaansa lääkäreiden suosimisena ylimmän johdon rekrytoinnissa, hoitajajohtajien vähäisempinä vaikutusmahdollisuuksina ja hoitajajohtajien lääkäreihin verrattuna heikkona palkkauksena.

Ja sehän (tarkoittaa valtaa) olis toimialajohdossa ja ne on kaikki, ne on kaikki valta-aiheet on lääkäreille korvamerkitty, erityisesti XX (=sairaanhoidopiiri, jossa haastateltava työskentelee). (Ylin johto, hoitaja).

...sitten kun mennään vastuualuetasolle ja siellä on vastuualueen johtajana on aina lääkäri, voi olla et se on aivan sekundaarista se johtamistyö sille lääkärille ja lääkärit perinteisesti arvostavat kliinistä potilastyötä huomattavasti korkeemmalle kuitenkin kuin johtamistyötä, mut kun johtamiseen liittyy valta ja sitten siihen liittyy taloudellisia etuja, niin se kiinnostaa, mut se johtamistyö ei kiinnosta. (Ylin johto, hoitaja).

...et lääkärihän eivät oo johtamiskouluttauneita kovinkaan paljon. Et jos vertaa siihen, miten hoitotyön puolen ihmisillä on jo.. miten paljon heillä on erilaisia esimieskursseja, johtamiskoulutusta ilman kuitenkaan sitten sitä mandaattia, se aiheuttaa sitten jännitetettä. Ja aina jos alainen on sitä mieltä, et mä tiedän tän paremmin kun toi mun johtaja, niin silloin ei olla ihan kauheen terveessä tilanteessa ja se on koko ajan sitä. (Ylin johto, hoitaja).

Edellä viimeksi lainattu hoitajajohtaja katsoi, että lääkäriammattin hoitaja-ammattia korkeampi sosiaalinen arvostus, lääkärin pitkä akateeminen koulutus sekä vahva ja hoitajia miehisempi professio (vrt. alaluku 3.6.5.1) heijastuu myös johdon palkkaukseen siten, että ylimpään johtoon kuuluvan hoitajajohtajan kuukausipalkka on pienempi kuin lähijohtoon kuuluvan osastonlääkärin. Hän esitti näkemyksensä, että ylimpään johtoon kuuluvien hoitajajohtajien asema on heikompi kuin ylimpään johtoon kuuluviin lääkärijohtajien, ja asiantila on seurausta ammattikuntien keskinäisestä eriarvoisuudesta.

...et siin on pakko ottaa vaan se sitten ja kattoo tilipussia ja todeta, et no ei kai kukaan tee tällösellä kolmen ja puolen tuhannen palkalla tälläses organisaatiossa vastuullista, talousvastuuta otakaan. Ihan oikeesti et siinä mielessä niin jos ajattelee, et osaston lääkärit lähtee jo tonnia paremmasta palkasta saman tien. (Ylin johto, hoitaja).

Hoitajajohtaja kertoi, että johtoryhmäkokouksissa, joissa on paikalla molempien ammattikuntiin kuuluvia johtajia, lääkäreitä on “yheksän kymmenestä” ja ulkopuolinen saisi kokouksista kuvan, että “kysymys on lääkäriprofessiosta”. Sama hoitajajohtaja totesi, että hän oli edellisessä työpaikassaan tehnyt laajan päivystystoiminnan kehittämishankkeen, mutta se ei mennyt organisaatiossa eteenpäin, koska “ei ollut lääkäriprofessiosta lähtöisin”. Vasta sen jälkeen, kun hän sai lääkärijohtajan sitoutumaan hankkeeseen, sitä alettiin viedä eteenpäin.

Tutkimusaineiston perusteella en voi ottaa kantaa siihen, dominoivatko lääkärit haastateltujen johtajien sairaaloiden johtoryhmien kokouksia hoitajiin verrattuna. Haastatellut johtajat osallistuvat kukin vähintään kahteen johtoryhmään. Niiden kokoonpanossa noudatetaan edustuksellisuuden periaatetta, joten niihin osallistuu useiden ammattiryhmien ja organisatoristen alayksikköjen edustajia. Johtoryhmien puheenjohtajana toimii haastattelujen mukaan kyseisen yksikön vetäjä. Enimmäkseen vetäjät ovat lääkäreitä. Tutkimusaineiston johtoryhmissä lääkäreitä on hoitajia enemmän, mutta ero ei ole niin suuri (9:1) kuin edellä lainattu hoitajajohtaja kertoi.

Haastateltujen johtajien sairaaloissa enemmistö ylimmistä sairaanhoitoon suoranaisesti liittyvistä johtajanpaikoista on lääkäreillä. Siksi on ilmeistä, että lääkärijohtajilla on mahdollisuus kontrolloida hoitajajohtajan tarkoittamalla tavalla lääkärin osaamiseen ja sairaanhoidon järjestämiseen liittyviä hankkeita. Tämän tutkimuksen perusteella en pysty ottamaan kantaa siihen, käyttävätkö lääkärijohtajat tuota mahdollisuutta.

Johtajien palkkaukseen, johtotehtävien kelpoisuusehtoihin ja johtotehtävien ammattikuntien väliseen jakaantumiseen liittyvä dokumenttiaineisto puoltaa

ylimpään johtoon kuuluvien hoitajajohtajien haastatteluissa esittämää näkemystä hierarkkisesti alisteisesta asemasta lääkärijohtajiin verrattuna. En kyselymällä tai muulla tavoin pyrkinyt selvittämään nimenomaan haastateltujen johtajien oman palkan suuruutta. Edellä lainattu ylimpään johtoon kuuluva hoitajajohtaja katsoi itse kuuluvansa joukkoon, joka ei “tämmösellä kolmen ja puolen tuhannen palkalla” ota talousvastuuta isossa sairaalaorganisaatiossa. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen palkkaustilastot puoltavat hoitajajohtajan esittämää näkemystä lääkäri- ja hoitajajohtajien suuresta palkkaerosta¹⁸³.

Haastateltujen sairaaloissa klinisten tulosalueiden johtajat sekä melkein kaikki tulosityksiköiden johtajat ovat lääkäreitä. Osalla heistä on varahenkilönä tai nimettynä työparina johtaja, jonka tulee olla hoitaja¹⁸⁴. Johtajien kelpoisuusvaatimuksista ei ole julkisessa erikoissairaanhoidossa yhtenäistä käytäntöä, vaan kelpoisuusvaatimukset määritellään paikallisesti (Torppa 2008; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen muistio 2004; Suomen kuntaliitto 1998). Osa johtajanimikkeistä on sillä tavalla professionaalisia, että ne jo itsessään ilmaisevat haltijansa ammatillisen taustan, esimerkiksi johtajaylilääkäri tai hallintoylihoitaja.

Tulosityksiköorganisaatioihin siirtymisen myötä käyttöön tuli johtajanimikkeitä, jotka eivät enää itsessään ilmaise, ovatko niiden haltijat lääkäri- tai hoitajataustaisia, esimerkiksi tulosalueiden, tulosityksiköiden ja vastuuyksiköiden johtajat. Näidenkään tehtävien kelpoisuusvaatimuksista ei ole olemassa yhtenäistä valtakunnallista käytäntöä. Johtajien kelpoisuusehdoista sairaanhoitopiireissä päättävät sairaanhoitopiirien valtuustot ja sairaanhoitopiirien hallitukset.

Lääkäri- ja hoitajajohtajien hierarkian kannalta oleellista on käytäntö kiinnittää ylimpiä johtajanvirkoja ammatilliseen koulutustaustaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden laillistamismenettelyyn lääkäritaustaisia johtajia suosivalla tavalla¹⁸⁵. Käytettävissä oleva dokumenttiaineisto tukee

¹⁸³ Esimerkiksi lokakuussa 2007 johtotehtävissä olevien terveydenhuollon hoitohenkilöstöön kuuluvien (492 henkilöä) tehtäväkohtaisten palkkojen keskiarvo oli 3012 euroa (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2007 a). Ylilääkärien, hallintoylilääkärien ja osastonylilääkärien (489 henkilöä) tehtäväkohtaisten palkan keskiarvo yliopistosairaaloissa oli 5530 euroa ja ylilääkärien ja osastonylilääkärien (1326 henkilöä) tehtäväkohtaisten palkan keskiarvo muissa kuin yliopistosairaaloissa oli 5042 euroa (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2007 b).

¹⁸⁴ Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimialuejohtajien (kaikki lääkäreitä) varahenkilöt ovat hoitajia (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio 2005). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tulosryhmäjohtajilta edellytetään kelpoisuusehdoissa lääkäriyttä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin virkojen ja toimien kelpoisuusehdot 19.12.2006). Heidän “työparinsa” ovat hoitajia (Hallinto VSSHP:ssä 2008).

¹⁸⁵ Esimerkkinä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin virkojen ja toimien kelpoisuusehdot 2006. Johtava lääkäri TYKS:ssä: “Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa 559/94 säädetty laillistus tai lupa toimia lääkärin tehtävissä, erikoislääkärin pätevyys kuntayhtymässä edustettuna olevalla erikoisalalla, dosentin pätevyys, riittävä kokemus alansa hallinto- ja johtotehtävissä tai hallinnon pätevyys sekä hyvä suullinen ja kirjallinen suomen kielen taito ja tyydyttävä ruotsin kielen

aiemmin lainatun hoitajajohtajan käsitystä sekä puoltaa Torpan (2007, 200) esittämää näkemystä “professionaalisen johtamisen privilegioista”, jota johtajan virkojen lääkäritaustaa edellyttävät kelpoisuusehdot ja valitsemiskäytännöt ylläpitävät¹⁸⁶.

Ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat eivät haastatteluissa tuoneet esille sitä, että ylimpään johtoon kuuluvien hoitajajohtajien asema on heikompi kuin heidän oma asemansa. Siihen voi olla useita syitä: Ehkä he katsoivat asian olevan yleisesti tiedossa. Toisaalta asiantila on perinteinen ja tulosyksikköorganisaation johtajien kelpoisuusehdot ovat vanhan professionaalisen johtamisperinteen mukaiset. Vanha käytäntö jatkuu.

Ylimpään johtoon kuuluvien hoitajajohtajien palkka edustaa hoitajaprofession palkkauksen yläpäättä, kuten ylimpään johtoon kuuluvien lääkärijohtajienkin¹⁸⁷. Jos ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat olisivat valittaneet hoitajajohtajien heikkoa palkkausta ja vähäisiä vaikutusmahdollisuuksia, he olisivat samalla välillisesti todenneet oman palkkansa paremmaksi ja valtansa vaikuttaa asioihin suuremmaksi. Omasta palkastaan kukaan haastateltava ei suoraan puhunut, ja omaa valtaansa he eivät korostaneet (ks. alaluku 3.6.2). Lisäksi hoitajajohtajien vaikutusmahdollisuuksien kasvattaminen ja palkkauksen parantaminen merkitsisi ainakin lääkärijohtajien suhteellisen aseman heikentymistä. Miksi organisaatiossa, jossa edunvalvonta perustuu laajalti ammatteihin ja ammattiliittoihin, lääkärijohtajat omassa puheessaan toisivat esille asioita, joita voitaisiin käyttää perusteluina heidän oman asemansa suhteelliseen heikentämiseen?

Miksi nimenomaan ylimpään johtoon – eivätkä keskijohtoon – kuuluvat hoitajajohtajat toivat haastatteluissa ammatillisen hierarkian esille? Vastaus voi liittyä siihen, että ylimpään johtoon kuuluvat hoitajajohtajat kokevat ehkä tekevänsä samaa tai samanarvoista työtä kuin ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat (ks. alaluvut 3.6.3 ja 3.6.4). Aineiston ylimmän johdon hoitajajohtajilla on runsaasti johtamiskokemusta ja erilaista johtamiskoulutusta. Samoin on asian laita ylimpään johtoon kuuluvilla

taito.” Johtava ylihoitaja: “Ylempi korkeakoulututkinto ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 559/94 mukainen laillistus ja hallinnollista kokemusta sekä hyvä suullinen ja kirjallinen suomen kielen taito ja tyydyttävä suullinen ja kirjallinen ruotsin kielen taito.” Edellä esitettyjen kelpoisuusehtojen mukaan laillistettu lääkärikin voisi täyttää johtavan ylihoitajan kelpoisuusehdot. Johtava ylihoitaja ei kuitenkaan täyttäisi laillistetun lääkärin kelpoisuusehtoja ilman lääkäriksi laillistamista. Vastaava tilanne on voimassa HUS:ssa (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri KVTES kelpoisuusehdot 2008 ja Lääkärien kelpoisuusehdot 2004).

¹⁸⁶ Tämän tutkimuksen perusteella en voi ottaa kantaa käytännön tarkoituksenmukaisuuteen. Totean vain saman ilmiön, jonka Torppakin (2007) totesi omassa työssään, ilmentävän lääkäri- ja hoitajajohtajien ammattienvälistä hierarkiaa ylimmän johdon tasolla.

¹⁸⁷ Lääkärien kokonaistulot saattavat laskea hänen ruvetessaan johtajaksi, koska johtajan työ ei ehkä mahdollista yksityisvastaanoton harjoittamista ainakaan entisessä laajuudessa. Tilanne voi olla vastaava sellaisella hoitajalla, joka on ennen johtajaksi ryhtymistään tehnyt esimerkiksi yötyötä.

lääkärijohtajilla. Hoitajataustaiset johtajat kertoivat haastatteluissa tekevänsä ylimpään johtoon kuuluvien lääkärijohtajien kanssa yhteistyötä, jossa työtehtävistä ja projekteista sovitaan yhteisissä tapaamisissa, kuten johtoryhmissä. Tällöin töiden jakaminen ei perustu vain ammatilliseen taustaan, vaan laajempaan osaamiseen. Täten ylimpään johtoon kuuluvat hoitajajohtajat saattavat kokea tekevänsä samaa tai ainakin samanarvoista työtä kuin ylimpään johtoon kuuluvat lääkärit ilman samaa palkkaa, valta-asemaa ja arvostusta. Tämän he saattavat kokea epäoikeudenmukaisena, mikä ehkä ilmenee haastatteluissa edellä kuvatulla tavalla.

Sen sijaan keskijohtoon kuuluvilla hoitaja- ja lääkärijohtajilla on haastattelujen mukaan selkeä työnjako ja keskenään erilainen työnkuva. He tekevät yhteistyötä, mutta eivät samaa työtä kuin toiseen ammattikuntaan kuuluvat keskijohdon johtajat. Keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat kertoivat tekevänsä myös kliinistä potilastyötä, kuten osastoilla toimivat lääkärit. Sen sijaan keskijohtoon kuuluvat hoitajajohtajat eivät tässä aineistossa osallistu potilaiden hoitotyöhön, kuten osastoilla toimivat hoitajat ja useat osastonhoitajat. He tekevät keskijohtoon kuuluviin lääkärijohtajiin verrattuna erilaista työtä, joka voi olla eri tavalla palkattua ja arvostettua ilman, että se koetaan epäoikeudenmukaiseksi.

3.6.6 Yhteenvetoa toimijoiden välisistä suhteista

Haastatteluissa johtajat puhuivat niukasti ja vähättelevästi omasta vallastaan sairaalayhteisössä. Vallan sijasta he puhuivat vastuusta ja työhönsä liittyvistä tehtävistä. Haastattelujen mukaan johtajan valta-asema on riippuvainen hänen muodollisesta asemastaan sairaalaorganisaatiossa. Omaan valta-asemaan vaikuttaa myös työkokemus sekä henkilökohtainen tapa tarttua asioihin. Vallankäyttäminen ilmenee johtajien puheessa erityisesti “käskyttämisenä”, jolla johtajat tarkoittivat vastentahtoisena alaisen pakottamista toimimaan esimiehen haluamalla tavalla. Sekä ylimpään johtoon että keskijohtoon kuuluvat johtajat tunnistivat “käskyttämisen”. Ylimpään johtoon kuuluvat kertoivat, etteivät he sitä harjoita. Monet aineiston keskijohtoon kuuluvat johtajat kokivat kuitenkin olevansa ylimmän johdon “käskyttämisen” kohteita. Toinen haastatteluissa mainittu tapa käyttää henkilökohtaisesti valtaa on osallistua päätökseen tulevien asioiden valmistelutyöhön.

Vastuustaan johtajat puhuivat haastatteluissa vuolaasti. Heistä välittyi kuva vastuunkantajina. Johtajat tunnistivat työssään sairaalan toimintaan, henkilöstöön, tulosoajaukseen liittyvän sekä juridisen vastuun. Sairaalan toimintaan liittyy vastuu potilaiden hoitamisesta, tieteellisestä tutkimuksesta ja opiskelijoiden ja erikoistuvien kouluttamisesta. Vastuu potilaiden hoitamisesta

on kaikkien johtajien jakamaa. Tieteellisestä tutkimuksesta haastatteluaineistossa puhuivat sekä keski- että ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat mutta vain ylimpään johtoon kuuluvat hoitajajohtajat. Keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat ilmaisivat vastuunsa edustamansa spesialiteetin kautta: he vastaavat erikoisalaansa liittyvistä palveluista omalla maantieteellisellä alueellaan. Henkilöstöön liittyvä vastuu on hoitajajohtajien puheessa vastuuta henkilöstön saatavuudesta ja riittävydestä ja lääkärijohtajien puheessa vastuuta erikoisosajien (lääkäreiden) saamisesta ja kouluttamisesta. Juridisesta vastuusta puhuivat vain lääkärijohtajat, jotka eivät mainitse, että siihen liittyisi ongelmia. Vastuualueista on aineistossa epäselvyyksiä.

Johtajat eivät haastatteluissa kertoneet, kenelle he sairaalayhteisössä ovat tilivelvollisia. Sen sijaan he puhuivat siitä, kuka on heidän esimiehensä ikään kuin olisi itsestään selvää, että tilivelvollisia ollaan esimiehelle. Tämä oletamus ei haastatteluaineistossa vastaa todellisuutta, koska haastateltavilla on useita eri henkilöihin kohdistuvia tilivelvollisuuksia. Haastateltavat eivät tunnistanee asiaa, vaan pohtivat sitä, kuka ”oikeastaan” on heidän esimiehensä.

Esimiehisyyden haastateltavat liittivät henkilön asemaan sairaalaorganisaation ohjaus- ja valvontaketjussa. Tutkimusaineistossa kriteerit, joiden mukaan henkilön asema sairaalaorganisaation ohjaus- ja valvontaketjussa määräytyvät eivät ole selkeitä, yksiselitteisiä eivätkä kaikkien tuntemia. Osa kriteereistä liittyy muodollisiin organisaatiomäärittäjiin, kuten johtosäätöön ja organisaatiokaavioon, osa on arkipäivän toiminnasta nousevia. Kriteerit ovat aineistossa osittain keskenään ristiriitaisia.

Haastatteluissa usea keskijohtoon kuuluva johtaja koki ristiriitaa oman asemavaltansa ja työhönsä liittyvän vastuun välillä siten, että he katsoivat kantavansa enemmän vastuuta kuin heillä on itsenäistä päätäntävaltaa. Keski johdolle muodollisissa organisaatiomäärittäyksissä annettu asemavalta ei tutkimusaineistossa aina toteudu ylimmän johdon antamien ohjeistusten ja määräysten takia. Siitä huolimatta keski johdolla on muiden vallan lähteiden johdosta merkittävästi valtaa suhteessa ylimpään johtoon.

Osa haastatelluista lääkärijohtajista koki, että heidän esimiehensä ei johda heitä lainkaan. Tätä he eivät kuitenkaan pitäneet huonona asiana.

Johtajien puheessa heidän työnsä sisältö määräytyy erityisesti toimenkuvien mukaan. Toimenkuvat kiinnittyvät virkanimikkeiden kautta henkilön muodolliseen asemaan toiminnallisessa sairaalaorganisaatiossa. Toimenkuvia pidettiin haastatteluissa itsestään selvinä. Niitä ei ollut kirjallisesti dokumentoitu eikä johtajille ollut annettu perehdytystä heidän aikoinaan aloittaessa nykyisessä työtehtävässään. Haastattelujen mukaan toimenkuvat ”periytyvät”: uusi johtaja jatkaa kuten edeltäjänsä. Toimenkuvan sisällön

muuttaminen johtajavaihdoksen yhteydessä voi aiheuttaa vastarintaa sairaalayhteisössä. Ylimmän johdon työn sisältöä määrittää toimenkuvien lisäksi johdon tapa sopia keskenään työtehtävistä.

Kaikki haastatellut johtajat puhuivat myönteisesti yhteistyöstä sairaalayhteisön muiden toimijoiden kanssa. Eri specialiteettien välisestä yhteistyöstä puhuttiin hyvin vähän. Haastateltavat kertoivat niin ikään niukasti yhteistyöstä oman esimiehensä kanssa, mutta paljon yhteistyöstään omien välittömien alaistensa kanssa. Keskijohtoon kuuluvat johtajat kertoivat tekevänsä yhteistyötä erityisesti omien alaistensa ja toiseen ammattikuntaan (lääkärit tai hoitajat) kuuluvan yhteistyökumppaninsa kanssa. Ylimpään johtoon kuuluvat mainitsivat tärkeimpinä yhteistyökumppaneinaan muut ylimpään johtoryhmään kuuluvat johtajat sekä omat alaisensa keskijohdossa.

Haastatteluaineistossa johtajien harjoittama yhteistyö toiseen ammattikuntaan (lääkäri tai hoitaja) kuuluvan yhteistyökumppanin kanssa eroaa sen mukaan, mitä johtajat kertoivat kasvokkaisista tapaamisista yhteistyökumppaninsa kanssa ja kertoivatko johtajat sopivansa myös tilanteenmukaisesta työtehtävien jakamisesta. Keskijohtoon kuuluvat johtajat puhuivat yhteistyöstä, jossa ei sovita työtehtävien jakamisesta perinteisestä ammattitastaan kiinnittyvästä työnjaosta poiketen. Ylimpään johtoon kuuluvat johtajat totesivat, että työtehtävistä sovitaan laajalti ylimmän johtoryhmän kokouksissa. Tällöin työtehtävät eivät määräydy pelkästään ammattitaston tai erikoisalan mukaisesti, vaan myös yksilöllisen mielenkiinnon ja osaamisen perusteella. Haastatteluaineistossa ylimpään johtoon kuuluvat jakavat keskenään johtajuutta. Ns. jaetusta johtajuudesta sairaalayhteisössä tutkimusaineistossa ei kuitenkaan ole kysymys.

Sairaalayhteisön hierarkkisuus johtajan toimintakentässä ilmenee tutkimusaineistossa lääkärin ja hoitajan ammatteihin sekä johtajan organisaatioasemaan liittyvänä hierarkkisuutena. Ne eivät ole erillisiä hierarkkisuuden muotoja, vaan kaksi toisiinsa kietoutunutta näkökulmaa sairaalayhteisön hierarkkioihin. Ammatteihin liittyvä hierarkkisuus ilmenee aineistossa ammattiensisäisinä ja ammattienvälisinä hierarkkioina. Ammattikunnan sisäisinä hierarkkioina aineistosta tulee esille arvostushierarkia, joka koskee sekä lääkäreitä että hoitajia, mutta on lääkärinkunnan keskuudessa selvempi. Kirjallisuudessa usein mainittu lääkäreiden kliiniseen senioriteettiin perustuva hierarkkisuus ei tule tutkimusaineistossa selvästi esille.

Keskijohtoon kuuluvat lääkäri- ja hoitajajohtajat kertoivat lääkärin ja hoitajien ammattienvälisistä suhteista puhumalla työnjaosta ja yhteistyöstä. Heidän puheensa ei suoraan ilmennä ammattienvälisestä hierarkiasta. Ylimpään johtoon kuuluvat lääkärijohtajat puhuivat ylimpään johtoon kuuluvista hoitajajohtajista tasavertaisina yhteistyökumppaneina. Sen sijaan ylimpään

johtoon kuuluvat hoitajajohtajat katsoivat, että heillä on sairaalayhteisössä lääkärijohtajia heikompi palkkaus sekä vaikutusmahdollisuudet omasta johtamiskoulutuksestaan ja kokemuksestaan riippumatta. Dokumenttiaineisto puoltaa heidän näkemystään. Asiantila saattaa olla seurausta hyvin palkattujen johtajien virkojen lääkäritaustaa suosivista kelpoisuusehdoista ja johtajien valitsemiskäytännöistä.

3.7 Arvot ja etiikka – johtajan toimintakentän arvoulottuvuus

Terveydenhuollossa arvot ja etiikka ovat alati ja monella tavalla läsnä. Niiden olemassaolo tulee johtamisen kirjallisuudessaakin esille erityisesti siinä keskustelussa, jossa puhutaan terveydenhuoltoalan erityispiirteistä muihin aloihin verrattuna.

Seuraavissa alaluvuissa kerron tulosten taustaksi terveydenhuollon arvoista ja etiikasta ja siitä miten arvot tutkimusaineistossa näkyvät. Luvun lopuksi vertaan kuvaa johtajien haastatteluissa ilmaisemista arvoista Valtakunnallisen eettisen neuvottelukunnan v. 2002 kirjaamiin eettisiin periaatteisiin.

3.7.1 Arvot ja etiikka terveydenhuollossa

Kinnunen ja Vuori (2005) ovat sitä mieltä, että terveydenhuollossa johtaminen poikkeaa kaikkien muiden alojen johtamisesta ja esittävät näkemykselleen kolme perustetta, joista yksi on etiikka ja terveydenhuollon päämäärä¹⁸⁸. Heidän mukaansa terveydenhuollossa on muista aloista poikkeava toimintaympäristö, ja se tulee ottaa johtamisessa huomioon (Kinnunen ja Vuori 2005, 198–199).

Asiakkaiden eli potilaiden kipu, kärsimykset, syntymä, elämä ja kuolema ovat osa sairaalassa arkea. Mikäli asiakas ei saa oikeanlaista palvelua oikeaan aikaan, saattavat seuraukset osoittautua hänelle kohtalokkaiksi. Toisaalta kuka tahansa voi milloin tahansa joutua sairaalaan. Yhteiskunta ohjaa sairaalan toimintaa – paitsi säätämällä lakeja ja valitsemalla luottamushenkilöitä sairaalan hallintoon (esimerkiksi sairaanhoitopiirien valtuusto ja hallitus) – myös arvojen avulla (Niiniluoto 1994, 178). Arvot ovat ihmisten luomuksia, ja niitä käytetään toiminnan oikeuttamiseen. Ne ovat erilaisissa yhteisöissä

¹⁸⁸ Kaksi muuta ovat poliittinen ohjaus ja palveluiden rajaton kysyntä (Kinnunen ja Vuori 2005, 198).

omaksuttuja periaatteita ja tapoja, jotka syntyvät ihmisten välisessä kanssakäymisessä¹⁸⁹. (Niiniluoto 1984, 318–323.)

Etiikka liittyy käsitteisiin “hyvä” ja “oikea” sekä niiden vastakohtiin “paha” ja “väärä”. Etiikka on täten yhteydessä arvoihin. Se, kuten moraalikin, liittyy yhteisön tapoihin. Molempien kantana (kreikan *ethos* ja latinan *mos*) tarkoittaa tapaa. Hyväksyttävät tavat ovat kulttuurisidonnaisia. Terveydenhuoltoon heijastuvat selkeimmin eettiset, taloudelliset ja tieteelliset arvot. Koska terveydenhuollon tavoite on tuottaa toiselle ihmiselle hyvää, on toiminnan lähtökohta eettinen, ja etiikka legitimoii terveydenhuollon olemassaolon. Täten eettisiä arvoja voidaan pitää terveydenhuollon perusarvoina. (Sarvimäki 2002, 24.)

Näyttöön perustuva sairaanhoito heijastaa terveydenhuollon tieteellistä arvopohjaa. Ajatuksena on, että käytettyjen hoitomuotojen tulee perustua tieteellisiin tutkimuksiin, jotka on tehty tieteellisiä arvoja noudattaen. Suosimalla näyttöön perustuvaa lääketiedettä (*evidence-based medicine*) ja hoitoa sekä karsimalla muita hoitotapoja toimitaan terveydenhuollon perusarvojen mukaisesti ja edistetään potilaan parasta. (Duodecimin priorisointiraportti 2000.)

Terveydenhuollon taloudellista arvopohjaa heijastaa vaatimus säästöistä, tuottavuudesta ja tehokkaasta toiminnasta. Tehokkaasti toimiva terveydenhuolto voi kohdistaa rajallisia resurssejaan siten, että se kykenee mahdollisimman suuressa määrin edistämään potilaiden hyvää, toisin sanoen edistämään perusarvojaan. Täten sekä taloudelliset ja tieteelliset arvot ovat terveydenhuollossa vain välinearvoja, joiden tehtävänä on palvella eettisiä perusarvoja. (Sarvimäki 2002, 24.)

Terveydenhuollon eettiset, tieteelliset ja taloudelliset arvot eivät suinkaan aina ole keskenään sopusoinnussa. Hoitava lääkäri voi joutua pohtimaan, aloittaako hoidon, jonka tehosta ei ole tieteellistä näyttöä, mutta josta saattaa olla potilaalle apua. Sairaalassa johtaja joutuu karsimaan sinällään hyödyllistä toimintaa, jotta noudattaisi talousarvioita¹⁹⁰. Sairaalan johtajien toimintakentässä taloudellisten ja eettisten arvojen ristiriita on tullut näkyvämmäksi terveydenhuoltojärjestelmissä kansainvälisestikin 15 viimeisen vuoden aikana tapahtuvien muutosten jälkeen (ks. alaluku 1.2). Terveydenhuollon eettisiä arvoja on liitetty erityisesti professionaaliseen

¹⁸⁹ Käsitteen *arvo* määrittely on Airaksisen mukaan “lähes toivoton tehtävä” (Airaksinen 1987, 131). Arvojen ja tosiasioiden välinen yhteys on filosofiselta kannalta ongelmallinen (Airaksinen 1987, 28–57). Arvot määräytyvät intentioista, suunnitelmista, päätöksistä ja teoista käsin. Ne ovat sekä subjektiivisia että objektiivisia. Luonteeltaan ne ovat preskriptiivisiä, valintoja ohjaavia ja arvioivia seikkoja (Airaksinen 1987, 133).

¹⁹⁰ Terveydenhuoltohenkilöstön kokemista konkreettisista arvoristiriitatilanteista ja tavasta ratkaista niitä systemaattisesti ks. Seedhouse 1998 ja Seedhouse ja Lovett 1992.

orientaatioon ja taloudellisia arvoja managerialistiseen¹⁹¹ orientaatioon ja näiden orientaatioiden jännitteistämä toimintaympäristö on tullut esille lukuisissa alan tutkimuksissa¹⁹².

Terveydenhuollon toimintaan vaikuttaa suuri määrä lakeja, asetuksia ja velvoittavia sopimuksia, jotka itsessään sisältävät etiikkaa koskevia oikeuksia ja velvollisuuksia. Sellaisia ovat esimerkiksi Suomen perustuslaki (731/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972), erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999), työterveyshuoltolaki (743/1978) ja Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999).

Eettiset ohjeet täydentävät lainsäädäntöä ja antavat terveydenhuollon ammattihenkilöille tukea heidän päivittäisessä työssään (Pahlman 2000, 363). Eettisiä ohjeita terveydenhuoltohenkilökunnalle antaa valtioneuvoston asettama Valtakunnallinen eettinen neuvottelukunta (ETENE), joka perustettiin v. 1998. ETENE:n tehtävänä on käsitellä periaatteelliselta kannalta potilaan terveydenhoitoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä. Se tekee aloitteita ja antaa lausuntoja ja suosituksia (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2004). Neuvottelukunnassa on laaja edustus yhteiskunnan eri aloilta. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet -nimisessä julkaisussa (2002) ETENE kirjasi kuusi terveydenhuollon eettisiä periaatetta:

- oikeus hyvään hoitoon
- ihmisarvon kunnioitus
- itsemääräämisoikeus
- oikeudenmukaisuus
- hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri
- yhteistyö ja keskinäinen arvonanto.

Viimeksi mainitulla periaatteella ETENE tarkoittaa, että terveydenhuollossa tulee tehdä toimijoiden välillä yhteistyötä, jotta voidaan tasapainottaa eettiset näkökohdat, kustannusten hallinta, vaikuttavuus ja tehokkuus. Tarvitaan vuorovaikutusta, järkevää työnjakoa, keskinäistä luottamusta ja kumppanuutta terveydenhuollon toimijoiden välillä. Hyvällä ammattitaidolla, keskinäisellä arvonnolla ja yhteistyöllä voidaan edistää potilaan oikeutta hyvään, ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaan ja oikeudenmukaisesti saatavissa olevaan hoitoon. Siksi hyvä ammattitaito, hyvinvointia edistävä

¹⁹¹ Professionaalisella ja managerialistisella orientaatiolla viitataan Flynnin (1999) tapaan erotella näiden orientaatioiden sisältö ja keskinäinen eroavaisuus.

¹⁹² Esimerkiksi Torppa 2007; Viitanen ym. 2007; Wiili-Peltola 2005; Viitanen ja Lehto 2005; Tuomiranta 2002; Hendel ja Steinman 2002; Pihlainen 2000; Kitchener 2000; Hoff 1998; Sherman 1998; Mellett ja Marriot 1995.

ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto ovat eettisiä periaatteita, jotka ovat Sarvimäen (2002) tarkoittamassa merkityksessä verrattavissa välinearvoihin.

Terveydenhuollon arvoja voidaan tarkastella henkilökohtaisina arvoina, ammattikuntien arvoina ja organisaation arvoina (Hendel ja Steinman 2002). On tavanomaista, että terveydenhuollossa toimivat ammattikunnat julkaisevat omat eettiset ohjeensa. Sellaisia ovat esimerkiksi Lääkärin etiikka (Suomen Lääkäriliitto 2005), sairaanhoitajan eettiset ohjeet (Suomen sairaanhoitajaliitto 1996), kättilötyön eettiset ja laadulliset ohjeet, fysioterapeutin eettiset periaatteet, pohjoismaiden psykologien ammattieettiset säännöt, lähihoitajan eettiset ohjeet, apteekkitoiminnan eettiset ohjeet, sosiaalialan ammatillisen työn eettiset periaatteet ja toimintatavat ja toimintaterapeuttien ammattieettiset ohjeet (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2002).

Lääkärin perusarvot ovat elämän kunnioittaminen, ihmisuus, eettisyys, korkea ammattitaito ja kollegiaalisuus (Suomen Lääkäriliitto 2003). Valmistuvat lääkärit vannovat Hippokrateen valaan perustuvan Lääkärinvalan ja sairaanhoitajat antavat niin ikään perinteikkään Sairaanhoitajan lupauksen (molemmat liitteessä 8). Verrattuna lääkärin eettiseen ohjeistoon, hoitotyön etiikassa saa enemmän painoa potilaiden autonomian pohdinta, potilaan omien voimavarojen säilyttäminen ja henkilökunnan yhteisvastuu sekä yhteistyö. Suuresti yksinkertaistaen voidaan todeta, että lääkärin työtä ohjaava keskeinen periaate on elämän kunnioittaminen, kun taas hoitajan työtä ohjaa keskeisesti ihmisen kunnioittaminen. (Kalkas ja Sarvimäki 1996, 149–151.) Merkille pantavaa kummankin ammattikunnan arvoissa on pyrkimys potilaan mahdollisimman hyvään hoitoon. Täten hoitajien ja lääkäreiden ammatillinen eettinen arvopohja on lopulta melko yhtenäinen (Wiili-Peltola 2005, 46; Martin 2000).

Arvoja ja eettisiä periaatteita mietitään myös yrityksissä ja terveydenhuollon organisaatioissa. Useiden suomalaisten sairaanhoitopiirien ja kuntayhtymien esitteisiin ja internetsivuille on kirjattu arvoja (ks. liite 9). Monet niistä ovat samoja kuin ETENE:n kirjaamat kuusi terveydenhuollon eettistä periaatetta tai varsin lähellä niitä. Sellaisia ovat esimerkiksi ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus¹⁹³.

Vaikuttavuus, taloudellisuus ja tehokkuus ovat toimintaa ohjaavia periaatteita¹⁹⁴, jotka kiinnittyvät managerialismiin (Torppa 2007; Lähdesmäki 2003). Torppa (2007) erottaa managerialismissa kolme ulottuvuutta: ideologian, reformin ja johtamisparadigman. Managerialismi ideologiana

¹⁹³ Ihmisarvo mainittiin kahdeksan sairaanhoitopiirin arvoissa, itsemääräämisoikeus kahden, oikeudenmukaisuus seitsemän ja tasa-arvoisuus kolmen sairaanhoitopiirin arvoissa tammikuussa 2008. Ks. liite 9.

¹⁹⁴ "Kolme E: tä": economy, efficiency, effectiveness (Lähdesmäki 2003, 66).

sisältää arvoja ja olettamuksia julkisen sektorin optimaalisesta toiminnasta, jota managerialismi johtamisparadigmana pyrkii edistämään (Torppa 2007). Monet sairaanhoitopiirit esittävät arvonsa strategioidensa ja toimintasuunnitelmiansa yhteydessä. Jotkut mainitsevat arvoinaan tai eettisinä toimintaperiaatteinaan myös mainittuja managerialistisia toimintaperiaatteita.

Arvonäkökulmasta vaikuttavuus, tehokkuus ja taloudellisuus, ovat enintään välinearvoja¹⁹⁵, joiden avulla voi ja tulee edistää perusarvojen toteutumista. Täten ne eivät ole perusarvojen kanssa ristiriidassa, kunhan ne ymmärretään vain välinearvoiksi. Ne eivät ole erityisesti terveydenhuollolle tyyppillisiä, vaan koskevat julkista sektoria yleisemmin (Lähdesmäki 2003).

Useimpien haastateltavien organisaatioista oli haastatteluhetkellä saatavissa arvoihin liittyvää dokumenttiaineistoa. Heidän organisaatioiden kirjatuiissa arvoissa painottui arvopohja, joka on lähellä terveydenhuollon henkilöstön ammatillista arvopohjaa ja ETENE:n esittämää listausta. Kutsun sitä *terveydenhuollon perinteiseksi ja yhteiseksi arvopohjaksi* (ks. liitteet 8 ja 9).

3.7.2 Miten johtajat puhuivat arvoista

Kysymys potilaan parhaasta ilmeni haastatteluissa nimenomaan valintatilanteissa (ks. alaluku 2.5.2). Onko hoitotakuun muodollinen toteutuminen esimiehen ohjeiden mukaan tärkeämpää kuin potilaiden hoito?

Ja samoin se liittyy tähän hoitotakuuseen, että tää hallinnollinen ylilääkäri korosti sitä, että tilastoja tehdään, niin ei ole mitään väliä sillä, että kuinka hyvin oikeasti sairaut tulee hoidettua ja kuinka hyvin ne pysyy erikoislääkäreiden hoidossa. Ainoastaan on väliä sillä, että ne, et ensikäyntiä on riittävästi. Se on ihan sama, mitä ne ensikäynnit sisältää, et onko siellä semmosia sairauksia, mitä yleensä tarvii, jotka yleensä tarttis olla edes erikoislääkärin nähtävillä, ja tarviiko ne mitään tutkimuksia tai hoitoa. Eli ainoastaan se on tärkeetä, että niitä ensikäyntejä on puolessa vuodessa riittävästi, et lähetteitä käytetään riittävästi, ja on ihan toisarvoista se, että kuinka paljon te ehditte hoitamaan niitä oikeita sairauksia siellä taustalla. (Keskijohto, lääkäri).

Keskijohtoon kuuluva lääkärijohtaja joutui tekemään arvovalintaa päättäessään, tehdäkö kliinistä työtä vai johtamiseen liittyvää työtä. Hän

¹⁹⁵ Henkilökohtaisesti kutsun niitä mieluummin toimintaa ohjaaviksi periaatteiksi kuin arvoiksi. Niiden avulla voidaan toki edistää joitakin arvoja esimerkiksi maksimoimalla toiminnan hyötyä ja siten edistämällä hyöty- ja seurausetiikan kannalta tavoiteltavaa toimintaa. Mielestäni on pelättävissä, että arvo-sanan käyttäminen kovin laveassa merkityksessä esimerkiksi kutsumalla joitakin toimintaperiaatteita "arvoiksi" saattaa vähitellen hämärtää sairaalassa työskentelevien perinteistä, potilaan parasta korostavaa arvopohjaa.

suhtautui kriittisesti “tarpeettomiin kokouksiin”, jotka rajoittavat henkilökohtaisia mahdollisuuksia kliiniseen työhön.

...koska kokouksia on hirveen paljon, niitä on mun mielestä ihan älyttömän paljon, mutta mä en kerkee, että mä.. Mä oon priorisoinu ne tietyt asiat, sitten taas se, että mä häippäsen sieltä aina pois, niin se vie sitten tuota klinikassa oloaikaa pois. (Keskijohto, lääkäri).

Aineistossa näkyy laajemminkin keskijohtoon kuuluvien lääkärijohtajien pulma: tehdäkö kliinistä työtä vai “hallintoa”. Sama ilmiö on tullut esille useassa aikaisemmassa tutkimuksessa (esimerkiksi Tuomiranta 2002; Viitanen ja Lehto 2002). Ilmiön voi katsoa heijastavan lääkäriprofession perinteistä ja vahvaa eettistä arvopohjaa: potilaan auttaminen on tärkeintä. Kun se tapahtuu konkreettisesti ja henkilökohtaisesti, se on mieluisaa, vaikka johtajan voisi olla mahdollista yksikkönsä toimintaa parantamalla tuottaa välillisesti enemmän hyvää vielä useammalle potilaalle. Lääkärijohtajien runsas ajankäyttö henkilökohtaiseen potilastyöhön¹⁹⁶ “hallinnon” asemasta saattaa osoittaa lääkärijohtajien arvopohjan vaikutusta käytännön valintatilanteessa. Potilastyön ja “hallinnon” dilemma ei ulotu tutkimusaineistossa ylimpään johtoon eikä hoitajataustaisiin johtajiin.

Hoitajajohtaja joutui arvoristiriitaan miettiessään, miten palkita hyvää työntekijäänsä siten, että se koetaan oikeudenmukaiseksi ja että se on ylipäättään mahdollista.

...et on sanottu monta kertaa, et pitää pysyä linjassa, niin me ollaan yritetty aika innovatiivisia palkkaratkasuja esimerkiks ajaa täällä läpi ja ensimmäisenä menty kokeileen niitä, et koska me halutaan nähdä että.. minkälaisia mahollisuuksia ois, mut niissä tulee sit tietysti aina sairaalan rajat sitten jossain vaiheessa vastaan, että joku meidän hyväks todettu kokeilu on aiheuttanu niin paljon kateutta muualla sairaalassa, että se on sitten vedetty meiltäkin pois, että se on ehkä semmonen mikä herättää närää. (Keskijohto, hoitaja).

Seuraava lainaus liittyy vallankäyttöön, mutta siihen sisältyy myös arvoristiriita tasapuolisuuden ja oikeudenmukaisuuden välillä. Johtaja kokee epäoikeudenmukaisina toimenpiteet, joissa taloudellisten ongelmien takia kiristetyt määräykset on ulotettu sairaanhoitopiiriin kaikkiin toimialueisiin, myös niihin, jotka ovat pysyneet talousarviossa. Johtajan mielestä

¹⁹⁶ Lääkärijohtajien on useissa tutkimuksissa todettu käyttävän suurimman osan työajastaan potilastyöhön (esimerkiksi Tampusi-Jarvala 2005; Lehto ym. 2003; Tuomiranta 2002; Viitanen ym. 2002).

epäoikeudenmukaisen valinnan on tehnyt sairaanhoitopiirin kaikkein ylin johto.

Mut että tässä on kyllä tietysti myöskin se, että täs vallankäytössä niin se, mikä tuntuu välillä kohtuuttomalta on se, että jos jollain toisella toimialueella menee huonommin ja siellä katsotaan, et se valta pitää nykäästä pois, niin sillä samalla raipalla kuritetaan tavallaan myöskin niitä, joilla asiat on kunnossa. Et tämmöstä yksilöllisyyttä tietysti odottas kans. (Keskijohto, hoitaja).

Haastatteluaineiston konflikteihin ja ristiriitoihin liittyvässä puheessa eniten painottuu *oikeudenmukaisuuden* arvo. Johtajat pyrkivät toimimaan oikeudenmukaisesti, mutta he kokivat toimintakenttäänsä liittyvän runsaasti epäoikeudenmukaisia piirteitä. Oikeudenmukaisuuden puute liittyy aineistossa etenkin johtajien esimiestason toimiin ja on täten liitettävissä sairaalansisäiseen toimijaan, joka käytöksellään loukkaa oikeudenmukaisuuden arvoa¹⁹⁷. Kuten edellinen lainaus osoittaa, pyrkimys *tasapuolisuuteen* saattaa johtaa johtajan mielestä epäoikeudenmukaiseen lopputulokseen.

Tasapuolisuuden vaatimus liittyy ihmisten kohteluun siten, että heihin on suhtauduttavana samanarvoisina ja samojen periaatteiden mukaan¹⁹⁸. Ihmisten tasapuolinen kohtelu on varmasti yksi oikeudenmukaisen käyttäytymisen edellytys, mutta oikeudenmukaisuus on käsitteenä tarkemmin rajaava. Se edellyttää tasapuolisuuden lisäksi muutakin, kuten rehellisyyttä, avoimuutta ja muita ominaisuuksia, jotka kuuluvat yleiseen oikeudentuntoon. Ei liene mahdollista olla oikeudenmukainen olematta tasapuolinen, mutta sen sijaan on täysin mahdollista olla tasapuolinen ja epäoikeudenmukainen kohtelemalla kaikkia aivan yhtä epäoikeudenmukaisella tavalla. Koska se johtaa eettisesti heikkoon lopputulokseen, lienee viisasta toimia oikeudenmukaisesti pikemmin kuin tasapuolisesti ainakin sellaisessa valintatilanteessa, jossa nämä arvot muodostavat keskinäisen ristiriidan.

Täten ihmisten oikeudenmukainen kohtelu on jo käsitteellisesti vaativampaa kuin tasapuolinen kohtelu, ja vaikeutta lisää se, että oikeudenmukaisuuden sisällöstä saattaa sairaalassa olla erilaisia näkemyksiä. Koska haastateltavien sairaaloissa on tapana toimia siten, että kaikkia samassa

¹⁹⁷ Ylimpään johtoon kuuluvien hoitajajohtajien puhe epäoikeudenmukaisesta ja päätasa-arvoisesta palkkauksesta ja vaikutusvallan puutteesta verrattuna ylimpään johtoon kuuluviin lääkärijohtajiin kiinnittyy aineistossa enemmän laajemmin vallitsevaan käytäntöön kuin johonkin oman sairaalan toimijaan.

¹⁹⁸ Tasapuolinen tarkoittaa Nykysuomen sanakirjan mukaan "samalla tavoin, samojen periaatteiden mukaan tms. molempiin tai kaikkiin suhtautuva, kohdistuva tms., puolueeton, asiallinen, oikeudenmukainen, objektiivinen".

asemassa olevia kohdellaan samalla tavalla¹⁹⁹, ei yksilöllisiä tarpeita oteta huomioon, ja tasapuolisuus muuttuu tasapäistämiseksi (ks. alaluku 3.4).

Tutkimuksessa ei ilmene, että johtajat kokisivat potilaan parhaan ja kulttuuristen käytäntöjen välistä ristiriitaa. Se ei mielestäni ole yllättävää. Heijastavathan organisaatiossa vakiintuneet toimintatavat jaettua käsitystä todellisuudesta sekä yhteistä arvopohjaa (Morgan 2006, 134). Sairaalayhteisössä vakiintuvat todennäköisesti sellaiset toimintatavat, joita yhteisön jäsenet eivät koe arvopohjansa kanssa ristiriitaisiksi. Kyse saattaa olla myös siitä, että johtajilla ei ole ollut sellaista henkilökohtaista valintatilannetta, joka paljastaisi vakiintuneen toimintatavan ja potilaan parhaan välistä ristiriitaa.

Myös *luottamus* ja erityisesti sen puuttuminen tulee esille aineistossa. Keskijohtoon kuuluva johtaja koki, että häneen ei luoteta, koska häntä ”vahditaan” tai hänen toimiaan kontrolloidaan ”pistokokein”. Luottamuksen puute liittyy – epäoikeudenmukaisuuden tavoin – haastateltavien esimiestason tekemiin valintoihin. Henkilökunnan väärinkäytökset, kuten yhden johtajan mainitsemat lääkevarkaudet, vähentävät johtajan omaa luottamusta henkilöstöä kohtaan.

Avoimuus on johtajien omassa toiminnassaan tavoittelema arvo. Avoin tiedottaminen saattaa tosin olla vaikeaa tai mahdotontakin asioiden valmisteluvaiheessa. Milloin johtaja voi toimia arvojensa mukaisesti ja tiedottaa asiasta avoimesti, kun hän tietää, että liian varhainen tiedottaminen voi estää tavoiteltavan asian toteutumisen kokonaan?

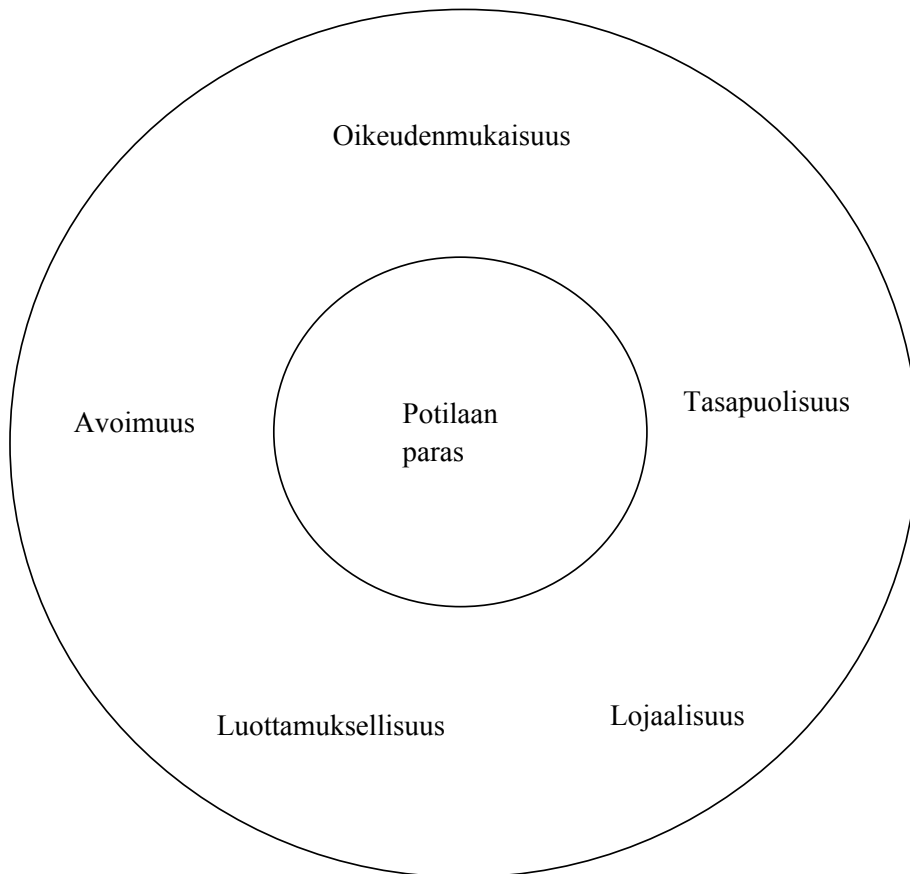
Esimiehelle tulee olla haastateltavien mukaan lojaali. Esimiestä ei saa ohittaa sairaalaorganisaation sisällä eikä poliittisen luottamushenkilöjärjestelmän kautta. *Lojaalisuus* näkyy aineistossa myös siten, että ylimpään johtoon kuuluva hoitajajohtaja kertoi puolustavansa johtoryhmässä tehtyjä päätöksiä, vaikka hän henkilökohtaisesti ei olisi ollut niitä kannattamassa. Lääkärökunnan perinteisiin ammatillisiin arvoihin kuuluva kollegiaalisuus tulee haastatteluaineistossa esille kollega-termin käyttämisenä puhuttaessa muista lääkäreistä.

3.7.3 Johtajan arvoympyrä

Tunnistin johtajien puheesta potilaan parhaan, oikeudenmukaisuuden, tasapuolisuuden, lojaalisuuden, luottamuksellisuuden ja avoimuuden arvot.

¹⁹⁹ ”Samalla tavalla” ei tarkoita samaa kuin ”samanarvoisina” tai ”samojen periaatteiden mukaan”, jotka ovat ”tasapuolisuuden” määrittäjiä. ”Samalla tavalla” on ilmaisuna konkreettisempi. Se ei jätä soveltamisvaraa.

Tulkitsen tulosta käyttäen apuna kuvion 4 arvoympyrää. Ympyrä koostuu kahdesta osasta: sentraalisesta ytimeestä ja sitä ympäröivästä perifeerisemmästä osasta. Ytimeen sijoitan potilaan parhaan ja ympyrän laidoilte oikeudenmukaisuuden, tasapuolisuuden, lojaalisuuden, luottamuksellisuuden ja avoimuuden.



Kuvio 4. Johtajan arvoympyrä

Potilaan paras on johtajan toimintakentässä sairaalassa toimintaa suuntaava *ydinarvo*. Sen olemassaolo tulee esille erityisesti tilanteessa, että johtaja henkilökohtaisesti joutuu tekemään asioita, joiden katsoo olevan tämän arvon

vastaista²⁰⁰. Tilanteissa, joissa johtajalla ei ole potilaan parhaaseen liittyvää henkilökohtaista arvostiririitaa, tämän ydinarvon osoittaminen aineistosta on vaikeaa (ks. alaluku 2.5.2). Potilaan paras on taustalla oleva ja ehkä itsestään selvänä pidetty ydinarvo, jonka olemassaolo tulee haastatteluissa esille välillisesti eikä selvästi ilmaistuna puheena. Sen merkityksen arviointi vaatii mielestäni koko johtajan toimintakentän kokonaisuuden hahmottamista.

Kuvion 4 ulomman kehän arvot ovat haastatteluaineistossa helpommin näkyviä. Ne liittyvät tapaan, jolla sairaalassa – johtaja mukaan lukien – toimitaan. Ne vastaavat kysymykseen *miten*, kun ydinarvo potilaan paras on vastaus kysymykseen *mitä*. Myös nämä ulomman kehän arvot tulevat selvästi esille valintatilanteissa, joihin liittyy arvostiririita. Valinnat ovat joko johtajien itsensä tekemiä tai heidän esimiestensä tekemiä. Tällaisia ylempään kehään sijoittuvia arvoja johtajan toimintakentän arvoympyrässä ovat oikeudenmukaisuus, tasapuolisuus, lojaalisuus, luottamuksellisuus ja avoimuus.

Vastaavalla tavalla voidaan ETENE:n (2002) esittämät kuusi terveydenhuollon eettistä periaatetta sairaalan toiminnan näkökulmasta jakaa mitä- ja miten-arvoihin. Tällöin ympyrään keskiöön tulevat oikeus hyvään hoitoon, ihmisen kunnioitus ja itsemääräämisoikeus ja ympyrän laiduille oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto (ks. kuvio 5).

²⁰⁰ Tämä tulee aineistossa hyvin näkyviin tilanteissa, joissa johtaja kokee asemavaltansa olevan työhön liittyvää vastuuta pienempi (ks. alaluku 3.6.2). Tällöin hänellä ei ole valtaa toimia arvopohjansa edellyttämällä tavalla rikkomatta samalla oman esimiestahonsa määräyksiä.



Kuvio 5. ETENE:n (2002) ilmaisemia terveydenhuollon eettisiä periaatteita kuvaava arvoympyrä

Johtajan arvoympyrän (kuvio 4) ja ETENE:n eettisiä periaatteita kuvaavan arvoympyrän (kuvio 5) ydinarvot ovat mielestäni varsin yhdenmukaisia. Ympyrän laidoilta löytyy kummastakin “oikeudenmukaisuus”. ETENE:n eettisiä periaatteita kuvaavan ympyrän “hyvinvointia edistävän ilmapiirin” voi ajatella olevan yhdensuuntainen johtajan toimintakentän “avoimuuden”, “tasapuolisuuden”, “lojaalisuuden” ja “luottamuksellisuuden” arvojen muodostaman kokonaisuuden kanssa. Sen sijaan ETENE:n “yhteistyön ja keskinäisen arvonannon” periaatteelle ei mielestäni löydy vastaavuutta haastatteluihin perustuvasta johtajan toimintakenttää kuvaavasta arvoympyrästä.

Haastatteluissa johtajat eivät selkeästi tuoneet yhteistyötä esille arvonäkökulmasta. He toki kertoivat suhtautuvansa yhteistyöhön positiivisesti ja antoivat ymmärtää olevansa yhteistyöhakuisia ja -kykyisiä. Lisäksi he kertoivat, miten he yhteistyötä tekevät. Johtajat eivät ilmaisseet asiaa siten, että yhteistyö esimerkiksi omien esimiesten tai muiden spesialiteettien edustajien kanssa olisi arvokasta itsessään tai siksi, että sen avulla voidaan edistää potilaan parasta²⁰¹. Haastatteluaineistossa yhteistyö ei nouse esille oikeudenmukaisuuden, tasapuolisuuden, lojaalisuuden, luottamuksellisuuden ja avoimuuden tapaan valintatilanteissa näkyvänä arvoina. Keskijohtoon kuuluvat johtajat eivät arvostelleet ylintä johtoa yhteistyön puutteesta silloin, kun he kokivat ylimmän johdon vieneen heiltä heille kuuluvaa päätösvaltaa. He kokivat tilanteen epäoikeudenmukaiseksi.

Keskinäinen arvonanto ei johtajien puheessa ilmene kokonaisvaltaisena, kaikkiin toimijoihin ulottuvana ilmiönä. Haastatellut johtajat ammattitautasta ja hierarkiatasosta riippumatta puhuivat arvostavasti toiseen ammattikuntaan (lääkäri tai hoitaja) kuuluvasta yhteistyökumppanistaan. Sen sijaan osa keskijohtoon kuuluvista johtajista ei puheessaan osoittanut ylimmälle johdolle arvonantoa (ks. alaluku 3.6.2.6). Yhteistyön ja keskinäisen arvannon periaatetta ei myöskään ilmennä tutkimuksessa esille tulleet spesialiteettien välinen kilpailuasetelma ja arvostushierarkia (ks. alaluvut 3.5.3.2 ja 3.5.3.4).

Haastatteluaineistosta välittyy varsin yhdenmukainen kuva johtajien arvoista. Kuva on ehkä ”yhteistyötä ja keskinäistä arvonantoa” lukuun ottamatta varsin yhdenmukainen terveydenhuollon perinteisen ja yhteisen arvopohjan kanssa riippumatta johtajien ammattitautasta tai siitä, kuuluvatko he keskijohtoon vai ylimpään johtoon.

3.8 Vastauksia tutkimuskysymyksiin

Tässä alaluvussa esitän tiivistetyt vastaukset tutkimuskysymyksiin. Ensimmäinen tutkimuskysymys liittyy johtajan toimintakentän laatuun: Minkälainen on julkisessa erikoissairaalassa työskentelevän johtajan toimintakenttä? Mistä osista se koostuu? Mikä on osien keskinäinen suhde?

Tutkimusaineiston analyysin perusteella johtajan toimintakenttää sairaalassa voidaan tarkastella viiden ulottuvuuden näkökulmasta. Nämä ovat fyysinen ulottuvuus, teknologinen ulottuvuus, kulttuurinen ulottuvuus, arvoulottuvuus ja viidentenä yhteisöllinen ja rakenteellinen ulottuvuus. Yhteisöllinen ja rakenteellinen ulottuvuus on edelleen jaettavissa kolmeen

²⁰¹ On mahdollista, että haastateltavat pitivät itsestään selvänä, että yhteistyötä tekemällä toimitaan potilaan parhaaksi.

ulottuvuuteen: ammatit, erikoisalot ja toimijasuhteet (kuvio 2). Kaikki ulottuvuudet ovat johtajan toimintakentässä samanaikaisesti läsnä eikä niiden välille ole mahdollista vetää selviä rajalinjoja, koska ne ovat päällekkäisiä, limittäisiä ja toisiinsa kietoutuneita. Tutkimuksessa korostuvat erityisesti sairaalan rakenteisiin, sairaalayhteisön toimijasuhteisiin ja kulttuurisiin käytäntöihin liittyvät asiat ja ilmiöt.

Johtajan toimintakentässä erikoissairaalassa lääketieteen erikoisalot, spesialiteetit, ovat keskeisessä asemassa. Spesialiteetit merkitsevät rakenteellisia, kulttuurisia ja toiminnallisia jakolinjoja, jotka yhdistävät samaan spesialiteettiin kuuluvia ja erottavat heitä muihin spesialiteetteihin kuuluvista. Jakautuminen spesialiteetteihin ilmenee tutkimuksen mukaan esimerkiksi virallisina organisaatiomäärityksinä ja johtamisjärjestelminä, yksiköiden fyysisenä sijoittumisena, arkipäivän toimintakäytäntöinä, keskinäisenä kilpailuna yhteisistä resursseista, kiinnostuksen ja yhteistyösuhteiden vähäisyytenä oman spesialiteetin ulkopuolelle sekä oletuksena, että erikoisala määrittää johtajalle luonteenomaista käyttäytymistä. Kirurgien oletetaan olevan nopeampoisia toiminnan ihmisiä, sisätautilääkäreiden hitaampia ja harkitsevia sekä psykiatrien ”erilaisia”. Oletus pätee myös hoitajataustaisiin johtajiin, mutta ei niin selvästi kuin lääkäritaustaisiin.

Erikoisalojen lisäksi johtajan toimintakenttää erikoissairaalassa jakaa perustavaa laatua olevalla tavalla kaksi ammattikuntaa, hoitajat ja lääkärit. Kumpikin ammattikunta hoitaa omat asiansa, eivätkä johtajat yleensä näkyvästi puutu toisen ammattikunnan johtamiseen. Kummallakin ammattikunnalla on käytännössä oma linjaorganisaationsa riippumatta siitä, esiintyykö sellaista virallisissa organisaatiomäärityksissä.

Sairaalan toimijasuhteisiin liittyvät ristiriitaisuudet ja epäselvyydet ovat tutkimuksen mukaan merkittäviä. Ne liittyvät erityisesti valta- ja vastuusuhteisiin, kuten esimiesasemaan, tilivelvollisuuteen ja työnjakoon liittyviin kysymyksiin. Sairaalayhteisön valta- ja vastuusuhteet ovat aineistossa osin epämääräisiä. Esimiehellä katsotaan olevan asemaansa perustuva määräysvalta toiseen henkilöön, alaiseensa. Esimiesasemasta johtajilla on epätietoisuutta ja toisistaan poikkeavia käsityksiä. Tutkimuksessa ilmenee kahdeksan kriteeriä, joiden johtajat katsovat osoittavan henkilön asemaa sairaalaorganisaation ohjaus- ja valvontaketjussa. Osa niistä perustuu virallisiin organisaatiomäärityksiin ja osa arkipäivän toimintakäytäntöihin. Ne eivät ole yksiselitteisiä ja lisäksi ne ovat osittain keskenään ristiriitaisia. Esimiesaseman ja tilivelvollisuuden eroa ei tiedosteta, vaan johtajat olettavat, että tilivelvollisia ollaan vain esimiehelle, joita oletetaan olevan yksi. Tämä ristiriita aiheuttaa epävarmuutta ”oikeasta” esimiehestä tilanteissa, joissa tilivelvollisuus faktisesti kohdistuu useammalle henkilölle.

Johtajat vähättelevät henkilökohtaista valtaansa sairaalayhteisössä verrattuna siihen, mitä muut johtajat asiasta kertovat. He puhuvat itsestään enemmän vastuunkantajina kuin vallankäyttäjinä. Vallankäytöstä puhutaan “käskyttämisenä”, jolla haastateltavat tarkoittavat vastentahtoisen alaisen, kuten itsensä, pakottamista toimimaan esimiehen haluamalla tavalla.

Johtajien työnjako kiinnittyy tutkimuksen mukaan toimenkuviin, jotka noudattavat ammatti- ja spesialiteettijakoa sekä muodollista, hierarkkista organisaatiomäärittystä. Toimenkuvat eivät ole kirjallisia, eikä niiden sisältöjä muullakaan tavoin selkeästi määritellä. Uusia johtajia ei perehdytetä johtajan työhön. Tutkimuksen mukaan toimenkuvat usein “periytyvät”, ts. uusi johtaja omaksuu edeltäjänsä toimenkuvan. Johtajan yritys muuttaa toimenkuvaa johtajanvaihdoksen yhteydessä voi herättää muussa sairaalayhteisössä vastarintaa.

Sairaalayhteisön hierarkkisuus johtajan toimintakentässä ilmenee tutkimuksen mukaan lääkärin ja hoitajien ammattiensisäisiin ja -välisiin suhteisiin sekä johtajan organisaatioasemaan liittyvänä hierarkkisuutena. Ammattienväliseen ja organisaatioasemaan kiinnittyvät hierarkiat eivät muodosta erillisiä hierarkkisuuden muotoja, vaan kiinnittyvät toisiinsa. Ammattiensisäisenä hierarkiana tulee tutkimuksessa esille erikoisalakohmainen prestiisihierarkia, joka koskee sekä lääkäreitä että hoitajia. Lääkärien kliiniseen senioriteettiin tai sukupuoleen perustuva hierarkkisuus ei tässä tutkimuksessa tule painokkaasti esille. Ammattienvälinen hierarkkisuus ilmenee tutkimuksessa ylimpään johtoon kuuluvien hoitajajohtajien heikompana palkkauksena ja vähempänä vaikutusvaltana verrattuna ylimpään johtoon kuuluviin lääkärijohtajiin.

Kulttuuriset käytännöt ovat keskeisesti esillä kaikissa johtajan toimintakentän ulottuvuuksissa. Erityisesti kulttuurisen ulottuvuuden yhteys ammatteihin, spesialiteetteihin ja toimijasuhteisiin on tiivis. Kulttuurit näyttäytyvät johtajan toimintakentässä voimakkaana, vain osittain tiedostettuna arkipäivän toiminnan ohjaajana, toisinaan jopa yli virallisten organisaatiomäärittysten ja annetun ohjeistuksen. Tutkimus paljastaa joitakin johtajan toimintakentälle tyypillisiä käytäntöjä, kuten varmuuden vuoksi tiedottamisen ja konsensushakuisuuden. Konsensushakuisuus ja pyrkimys välttää avoimia konflikteja vaikuttavat siihen, mitä asioita kokouksissa ja palavereissa voidaan ylipäätään käsitellä ja miten ja missä asioita valmistellaan päätettäväksi.

Kulttuurisen ulottuvuuden sisäiset ristiriidat haastatteluaineistossa liittyvät kysymykseen, minkä kulttuurin mukaan kulloinkin toimitaan. Eri sairaaloissa ja saman sairaalan eri yksiköissä on erilaisia tapoja toimia samassa tilanteessa.

Tutkimus viittaa siihen, että johtajien arvopohja on ammattitaustasta ja hierarkkisesta asemasta riippumatta lähellä ETENE:n (2002) kirjaamaa

Terveysthuollon yhteistä arvopohjaa. Arvopohjan keskiössä on potilaan paras, joka vastaa kysymykseen, *mitä* johtaja pyrkii toiminnallaan edistämään. Muina arvoina johtajat tuovat esille joukon arvoja, jotka vastaavat kysymykseen, *miten* johtaja pyrkii edistämään ydinarvoaan, potilaan parasta. Tällaisia arvoja ovat tutkimuksen mukaan oikeudenmukaisuus, tasapuolisuus, lojaalisuus, luottamuksellisuus ja avoimuus. Kaikki sairaalayhteisön rakenteet ja toimintatavat eivät kuitenkaan ole johtajan näkökulmasta hänen arvopohjansa mukaisia. Osa toimintakäytännöistä toteuttaa pikemmin tasapäästämistä kuin tasapuolisuutta. Oikeudenmukaisuuden ja tasapuolisuuden arvot voivat olla keskenään ristiriidassa. Myös kulttuuriseen ulottuvuuteen kuuluvaa tapaa kohdella kaikkia samalla tavalla ei aina koeta oikeudenmukaiseksi. Tutkimuksessa ei ilmene, että johtajat kokisivat potilaan parhaan ja kulttuuristen käytäntöjen ristiriitaa. Ylimpään johtoon kuuluvat hoitajat kritisoivat asioiden jakautumista spesialiteetti- ja ammattikohtaisiksi, mutta eivät perustele kritiikkiä esimerkiksi siten, että käytäntö ei palvele potilaan parasta.

Toinen tutkimuskysymyksistäni liittyy siihen, miten johtajan ammatillinen tausta – hoitaja tai lääkäri – ja hierarkkinen asema –keskijohto tai ylin johto – jäsentävät hänen toimintakenttäänsä julkisessa erikoissairaalassa. Tutkimusasetelma ei mahdollista kaikkien tuloslukuissa esittämiäni ilmiöiden analysointia sekä ammattitaustan että organisaatioaseman kannalta siten, että tuloksena olisi neljä erilaista toimintakenttää²⁰². Kuitenkin osa tutkimustuloksista liittyy nimenomaisesti johtajan ammattitaustaan ja asemaan joko keskijohdossa tai ylimmässä johdossa.

Johtajan toimintakentän kahdeksan ulottuvuutta (ks. kuvio 2) on tutkimusaineistosta tunnistettavissa riippumatta siitä, kuuluuko johtaja ylimpään johtoon vai keskijohdoon ja onko hän taustaltaan lääkäri vai hoitaja. Johtajan hierarkkisella taustalla ja ammattiasemalla on yhteyttä siihen, mikä on ulottuvuuksien keskinäinen painoarvo johtajan toimintakentässä. Lääkärijohtajien puheessa spesialiteeteilla ja toimintakentän teknologisella ulottuvuudella on suurempi painoarvo kuin hoitajajohtajien puheessa.

Suurimmat ammattitaustaan ja hierarkkiseen asemaan liittyvät ominaisuudet johtajan toimintakentässä sairaalassa eivät liity ulottuvuuksien keskinäiseen painoarvoon, vaan niiden laatuun. Miten mainitut kuusi ulottuvuutta poikkeavat laadullisesti siitä riippuen, kuuluuko johtaja keskijohdoon vai ylimpään johtoon tai onko hän taustaltaan lääkäri vai hoitaja?

²⁰² Jos jokin ilmiö tulee esille esimerkiksi ylimpään johtoon kuuluvien hoitajajohtajien haastatteluissa, mutta ei muissa haastatteluissa, ei siitä voi päätellä, että kyseistä ilmiötä ei esiinny esimerkiksi keskijohdossa kuuluvien lääkärin toimintakentässä. Sen sijasta on hyödyllistä pohtia, miksi ilmiö tulee aineistossa esille juuri ylimpään johtoon kuuluvien hoitajajohtajien haastatteluissa.

Johtajan toimintakentän arvoulottuvuudessa ja fyysisessä ulottuvuudessa ei tutkimusaineistossa ole merkittäviä laadullisia eroja, jotka liittyvät johtajan ammattitaustaan tai hierarkkiseen asemaan. Kulttuurisen ja teknologisen ulottuvuuden osalta laadullisia eroja on jonkin verran. Kaikkein suurimmat laadullisen erot johtajan toimintakentässä ilmenevät yhteisöllisestä ja rakenteellisesta näkökulmasta²⁰³. Yhteisöllisen ja rakenteellisen ulottuvuuden sisältä on löydettävissä samat ammatteihin, spesialiteetteihin ja toimijasuhteisiin liittyvät johtajan toimintakentän dimensiot riippumatta siitä, mikä on johtajan ammatillinen tausta, tai kuuluuko hän keskijohtoon vai ylimpään johtoon. Tutkimuksen mukaan ne kuitenkin ilmenevät jonkin verran eri tavoilla.

Tutkimuksen mukaan toimenkuvien mukainen työnjako noudattaa ammatti- ja spesialiteettirajoja. Työnjako on keskijohdon tasolla tiukkaa: lääkärijohtaja hoitaa lääkärin asiat ja hoitajajohtaja hoitajien asiat. Kaikki johtajat kertoivat hyvästä yhteistyöstä toiseen ammatilliseen linjaorganisaatioon kuuluvan yhteistyökumppaninsa kanssa. Keskijohtoon kuuluvat johtajat puhuivat haastatteluissa sellaisesta yhteistyöstä, jossa ei poiketa ammattienvälisen työnjaon perinteestä. Ylimpään johtoon kuuluvat johtajat kertoivat, että työtehtävistä sovitaan usein ylimmässä johtoryhmässä, ja tällöin työtehtävät eivät määräydy vain ammatti- ja erikoisalataustan, vaan myös henkilökohtaisen mielenkiinnon ja osaamisen perusteella.

Keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat kiinnittyvät aineistossa voimakkaasti omaan spesialiteettiinsä. He mieltävät itsensä oman spesialiteettinsa johtajiksi ja puhuvat omasta organisaatioyksiköstään kuin se olisi sama asia kuin heidän edustamansa lääketieteen erikoisala. Myös keskijohtoon kuuluvat hoitajajohtajat kiinnittyvät yhteen spesialiteettiin, mutta eivät yhtä voimakkaasti kuin keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat.

Ylimpään johtoon kuuluvat johtajat eivät ole keskijohdon lääkärijohtajien tapaan vain yhteen spesialiteettiin kiinnittyneitä. Heille sairaalayhteisön pirstoutuminen useisiin spesialiteetteihin merkitsee johtamishaastetta. Aineistossa vain ylimpään johtoon kuuluvat hoitajajohtajat kritisoivat asiantilaa.

Ylimpään johtoon kuuluvat hoitajajohtajat eivät koe olevansa vaikutusmahdollisuuksiltaan ja palkkaukseltaan tasavertaisia ylimpään johtoon kuuluvien lääkärijohtajien kanssa. Dokumenttiaineisto puoltaa heidän näkemystään. Asiantila lienee seurausta parhaiten palkattujen johtajanvirkojen lääkäritaustaa suosivista kelpoisuusehdoista ja johtajien valitsemiskäytännöistä.

²⁰³ Sitä ei voida pitää yllätyksenä, koska johtajien tutkiminen ammattitaustan ja organisaatioaseman mukaisesti noudattaa jo itsessään rakenteellista jakoa.

Osa keskijohtoon kuuluvista johtajista kokee, että ylin johto vie “käskyttämällä” keskijohdolle kuuluvaa valtaa, mistä on seurauksena vallan ja vastuun epäsuhte. Tämä viittaa siihen, että keskijohto mieltää oman valtansa perustuvan legitiimiin auktoriteettiin, johon kuuluu myös vastuu, ja ylimmän johdon “käskyttämisen” olevan koersiivista, auktoriteettiin perustumatonta vallankäyttöä. Keskijohdon käytettävissä on kuitenkin vallan lähteitä, jotka antavat sille merkittävästi valtaa suhteessa ylimpään johtoon, mutta näitä se ei tuo haastatteluissa esille.

Tutkimusaineistoon kuuluvien johtajien toimintakenttä julkisissa erikoissairaaloissa on tämän tutkimuksen valossa monimutkainen riippumatta siitä, ovatko johtajat lääkäreitä vai hoitajia tai kuuluvatko he keski- vai ylimpään johtoon. Monimutkaisuus liittyy erityisesti sairaalansisäisiin yhteisöllisiin ja rakenteellisiin tekijöihin. Sairaalayhteisöt koostuvat johtajien näkökulmasta ammattien ja spesialiteettien rajaamista rakenteista, joiden sisällä ja välillä vaikuttaa valtaan, vastuuseen, työnjakoon ja arvostukseen liittyviä, osin epäjohdonmukaisia ja johtajille itselleenkin epäselviä, hierarkkisia toimijoiden välisiä suhteita, joita erilaiset kulttuuriset käytännöt osaltaan ohjaavat.

4 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän luvun aluksi pohdin tutkimustuloksia ja niihin liittyviä kysymyksiä joidenkin teorioiden antamassa valossa. Tarkoitukseen sopivia teorioita on lukuisia. Niistä olen valinnut sellaisia, jotka omasta mielestäni ovat relevantteja ja selitysvoimaisia tutkimuskysymysten kannalta. Lisäksi ne auttavat ymmärtämään tutkimuksessa esille tulleita ilmiöitä ja liittävät niitä laajempaan sairaalan ja organisaatioiden johtamiseen ja toimintaan liittyvään kontekstiin. Teorian antama ymmärrys tukinojana argumentaatiolleni on merkittävää myös tutkimuksen käytännön kontribuution kannalta (ks. alaluku 4.3).

Ensin haen identiteettiteorioiden avulla ymmärrystä spesialiteetteihin (alaluvut 4.1.1 ja 4.1.2) ja pohdin tutkimustulosten ja identiteettiteorioiden valossa erikoissairaanhoidon organisoimista ja johtamista myös palvelujärjestelmätasolla (alaluku 4.1.3). Sen jälkeen esitän erikoissairaalaa organisaationa kuvaavan käsitteellisen mallin (alaluku 4.2.1) ja analysoin erikoissairaala rakenneanalyttisestä näkökulmasta pohtien erityisesti sitä, minkälaisia koordinaatiomekanismeja erikoissairaalaorganisaatiossa vaikuttaa (alaluku 4.2.2). Tämän jälkeen esitän johtopäätöksiä tutkimuksen tuloksista sekä ideoita ja ehdotuksia siitä, miten niitä voi käytännössä hyödyntää sairaaloiden johtamisessa (alaluku 4.3)²⁰⁴. Sen jälkeen arvioin tutkimusta sen merkityksen ja tutkimusmenetelmien kannalta (alaluvut 4.4–4.5). Luvun lopuksi esitän joitakin jatkotutkimusaiheita (alaluku 4.6).

4.1 Miten ymmärtää spesialiteetteja

Kuten aikaisemmin totesin, spesialiteetit osoittautuivat tutkimuksessa keskeisemmäksi ja monitahoisemmaksi johtajan toimintakentän elementiksi erikoissairaalassa mitä osasin kokemukseni ja kirjallisuuden perusteella olettaa. Ne liittyvät myös moniin tutkimuksessa esille tulleisiin käytännön johtamisongelmiin (ks. alaluku 3.5.5). Spesialiteetit ja ammatit eivät ole ainoita erikoissairaalan johtamiseen liittyviä kulttuurisia jakolinjoja (ks. alaluku (3.6.5.1), mutta tässä tutkimuksessa ne tulivat painokkaasti esille.

²⁰⁴ Tässä hyödynnän myös kompleksiteettiteoriaa.

4.1.1 Professionaalinen identiteetti yhdistäjänä

Kaikkia tutkimuksessa esille tulleita spesialiteetteihin liittyviä ilmiöitä (ks. luettelma alaluvussa 3.5.5) ei voi selittää vain sairaalan rakenteisiin, työnjakoon, yksikön sisäisten vuorovaikutussuhteiden määrään ja jakautumiseen tai vakiintuneisiin toimintatapoihin perustuen. Miksi tietyn alan spesialistit käyttäytyvät haastateltavien mukaan keskenään samalla tavalla ja miksi nämä spesialistille ominaiset piirteet vaihtelevat spesialiteettikohtaisesti? Haastateltavien mukaan johtajien erikoisaloilla on myös vaikutusta heidän tapaansa johtaa.

Varsinkin keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat toivat haastatteluissa oman lääketieteellisen erikoisalansa ja sitä vastaavan organisatorisen yksikön esille tavalla, joka mielestäni osoittaa voimakasta kiinnittymistä omaan erikoisalaan. Spesialiteetti näyttää tämän tutkimuksen valossa olevan oleellinen osa heidän identiteettiään.

Identiteetti tarkoittaa sitä, miten yksilö kokee itsensä: mikä hänessä on merkittävää ja erottaa hänet joistakin muista yksilöistä (Fineman ym. 2005, 348). Identiteetti²⁰⁵ voidaan jakaa persoonalliseen ja sosiaaliseen identiteettiin (Anttila 2007, 56; Jenkins 1996). *Sosiaalisella identiteetillä* tarkoitetaan yksilön minäkäsityksen osaa, joka on peräisin siitä, että yksilö kuuluu yhteen tai useampaan sosiaaliseen ryhmään ja pitää ryhmään kuulumistaan arvokkaana ja emotionaalisesti merkittävänä asiana (Tajfel 1972, 31)²⁰⁶. Ryhmään kuulumisesta tulee näin osa yksilön identiteettiä. Se vaikuttaa yksilön käsitykseen itsestään, hänen asenteisiinsa ja käytökseensä sitä enemmän, mitä voimakkaammin yksilö kokee ryhmään kuuluvansa (van Knippenberg ja van Schie 2000, 138). Yksilön sosiaalisella identiteetillä on täten yhteys hänen käyttäytymiseensä.

Identifikaation eli samastumisen kautta yksilö liittyy ryhmälle tyypillisiä ominaisuuksia itseensä. Sosiaalinen identifikaatio on asiantilana suhteellisen pysyvä, koska se on riippuvainen siitä, mihin ryhmiin henkilö itsensä katsoo kuuluvaksi (Haslam 2004, 281). Sosiaalisen identifikaation kohteita (fokuksia) on lukuisia. Sellaisia voivat olla esimerkiksi olla ikäryhmä, sukupuoli, etninen

²⁰⁵ Käsitteitä identiteetti, minäkäsitys (self concept) ja minäkuva (self image) on käytetty sosiaalipsykologiassa epäytenevästi (ks. Anttila 2007).

²⁰⁶ Tämä tarkastelu perustuu sosiaaliseen identiteettiteoriaan (Ashforth ja Mael 1989). Teoria pohjautuu erityisesti Tajfelin tutkimuksiin 1970-luvulla (Tajfel ja Turner 1986 ja 1979; Tajfel 1978 ja 1972; Turner 1982 ja 1975). Muina merkittävänä organisatorista diversiteettiä käsittelevinä paradigmatoina Nkomo ja Stewart (2006, 522) mainitsevat organisaationsisäisten ryhmien väliset suhteet (embedded intergroup relations theory), organisaation demografiatutkimuksen ja rotuun ja sukupuoleen perustuvan tutkimuksen.

ryhmä, ammattiryhmä, harrastusryhmä, organisaatio tai yritys. Täten yksilöllä voi olla samanaikaisesti lukuisia sosiaalisia identiteettejä.

Organisatorinen identiteetti on sosiaalisen identiteetin tietty muoto (Ashforth ja Mael 1989). Henkilön samastuminen organisaatiostaan koostuvaan sosiaaliseen ryhmään vaikuttaa hänen asenteisiinsa ja käyttäytymiseensä ja lisää todennäköisyyttä, että hän toimii organisaationsa etujen mukaisesti (Dutton, Dukerich ja Harquail 1994, Mael ja Ashforth 1992).

Organisaatio tarjoaa itsessään lukuisia, koko organisaatiota pienempiä samastumiskohteita. Sellaisia voivat olla esimerkiksi organisatorinen yksikkö tai työryhmä. Useissa tutkimuksissa on todettu, että työntekijät identifioituvat vahvemmin pienemmistä sosiaalisista yksiköistä koostuviin ryhmiin, esimerkiksi työryhmiin, kuin koko organisaatioon (van Knippenberg ja van Schie 2000; Hennessy ja West 1999; Scott, Connaughton, Diaz-Saenz, Maguire, Ramirez, Richardson, Shaw ja Morgan 1999).

Toinen sosiaalisen identiteetin muoto on *professionaalinen identiteetti*, joka viittaa henkilön samastumiseen ammattikuntaansa. Erityisesti sairaalassa ammattiryhmä voi olla ensisijainen samastumiskohde (Kirpal 2004; Apker 2002; Georgopoulos ja Mateko²⁰⁷ 1967).

Lääkärien käyttäytymisen ja erikoisalojen mahdollista yhteyttä on tutkittu hyvin vähän²⁰⁸. Sen sijaan lääkärien ammatillisen identiteetin muodostumisesta opiskeluvaiheen ja varhaisen työuran aikana on olemassa tutkimustietoa (esimerkiksi Löyttyniemi 2004; Ryyänen 2001; Becker, Geer, Hughes ja Strauss 1961). Tiedetään, että opiskeluvaiheen ja varhaisen työuran aikana lääkärit kehittävät vahvan ammatillisen identiteetin. Tutkimuksissa ei kuitenkaan käsitellä lääkärien identiteettiä tai sen muodostumista spesiaLiteettitasolla, vaan niissä keskitytään lääkäriyteen liittyvään yleisempään ammatilliseen identiteettiin. Mathie (1997) totesi, ettei tiedetä, valitsevatko lääkärit tietyn erikoisalan henkilökohtaisten ominaisuuksiensa takia vai kehittyvätkö heidän ominaisuutensa erikoisalan valinnan seurauksena. Suomalaisten hoitajien on todettu olevan vahvasti sitoutuneita sekä työpaikkaansa että ammattiinsa. Useat työolosuhteisiin ja johtamiseen liittyvät tekijät kuitenkin heikentävät sitoutumista²⁰⁹. (Laine 2005.)

²⁰⁷ Callanin, Galloisin, Mayhewin, Gricen, Tluchowskan ja Boycen (2007) mukaan.

²⁰⁸ Goold, Zimmerman ja Hayward (1994) havaitsivat, että lääkärien ikä ja erikoisala vaikuttivat siihen, miten he suhtautuivat organisaation resurssien käyttöön.

²⁰⁹ Sitoutumista heikentävät erityisesti työn palkitsevuuteen, työilmapiiriin ja työolosuhteisiin liittyvät tekijät (Laine 2005).

4.1.2 Spesialisti samastuu ammattikuntaansa

Tämän tutkimuksen mukaan erityisesti keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat ovat vahvasti kiinnittyneet spesialiteettiinsa. Ovatko he ensisijaisesti kiinnittyneet lääketieteelliseen erikoisalaansa vai organisatoriseen yksikköön? Aineistopohjaista erontekoa vaikeuttaa heidän tapansa puhua spesialiteeteista siten, että se pitää sisällään molemmat merkitykset. Geriatrician merkityksen korostaminen voi yhtä lailla liittyä organisatoriseen identiteettiin, joka kohdistuu omaan organisatoriseen yksikköön, kuin professionaaliseen identiteettiin, joka kohdistuu omaan erikoislääkäriprofessioniin. Lääkärijohtajan tapa puhua oman organisatorisen yksikkönsä, “spesialiteettinsa”, resurssien puolesta toteamalla, että hänen erikoisalaansa ei riittävästi arvosteta, viittaa mielestäni siihen, että hänen organisatorinen ja professionaalinen identiteettinsä kietoutuvat toisiinsa.

Kumpi on voimakkaampi samastumiskohde, organisatorinen yksikkö vai oma professio? Koska ne ovat edellä kuvatulla tavalla toisiinsa kietoutuneita, yhtä aikaa läsnä olevia ja puheessa samaksi kutsuttuja, ei niiden erottelu ole itsestään selvää eikä ehkä tarpeellistakaan. Mielestäni tämä tutkimus ja tutkimuskirjallisuus puoltavat sitä, että professionaalilla samastumisella on spesialisteille erityisen suuri merkitys.

Ylimpään johtoon kuuluva lääkärijohtaja mainitsi urologit, jotka suostuvat tekemään töitä entisessä aluesairaalassa ainoastaan oman erikoisalan lääkäreistä koostuvan yksityisen ja itse omistamansa yrityksen kautta (ks. alaluku 3.5.3.1) eivätkä virkatyönä. Heidän käyttäytymisensä ei mielestäni viittaa siihen, että he olisivat erityisesti sairaalaorganisaatioon samastuneita.

Tässä tutkimuksessa spesialistien käyttäytymisestä löytyy yhteisiä ominaisuuksia, jotka eivät ole riippuvaisia organisaatiosta: esimerkiksi aineistossa “kirurgimaiseksi” luonnehdittu nopeatempoinen tapa toimia on yhteinen ja tunnettu kaikissa tutkimusaineistoon kuuluvissa sairaaloissa. Se poikkeaa haastateltavien mukaan sairaalasta riippumatta erityisen paljon sisätautilääkärin ja psykiatrien tavasta toimia. Jos aineistossa esitetyt näkemykset spesialistien erilaisuudesta laajemminkin vastaavat todellisuutta, sitä ei voi selittää organisatorisen samastumisen avulla, vaan kyse on laajemmasta ilmiöstä.

Lääketieteen erikoisaloilla on yhteys ammattikunnan edunvalvontaan, kuten tutkimusaineistostakin käy ilmi (ks. alaluku 3.5.3.1). Yhteys ei rajoitu sairaalatasolle. Mielestäni lääkäreiden edunvalvonta kertoo yleisemmällä tasolla jotain myös lääkärin ammatillisesta identiteetistä.

Erikoislääkäreiden järjestäytyneen edunvalvonnan voi katsoa Suomessa alkaneen jo vuodesta 1901, jolloin perustettiin Suomen Sairashuonelääkäriyhdistys, Sjukhusläkareföreningen i Finland, joka

muutettiin Suomen Erikoislääkäriyhdistykseksi v. 1993 (Pylkkänen 2002). Suomen Erikoislääkäriyhdistys (SELY) toimii Suomen Lääkäriliiton kautta. Suomen Lääkäriliiton korkein päättävä elin on valtuuskunta, jonka liiton jäsenet valitsevat vaaleilla. Valtuuskunnan kokouksissa käsitellään myös lääkärikunnan edunvalvontaa. Valtuuskunnan vaalit eivät ole enää puoluepolitiikan sävyttämiä, kuten vielä 1980-luvulla. Poliittisten puolueiden asemasta liputetaan laajasti lääketieteen erikoisaloja²¹⁰.

Jäsenkunnan ongelmat varmasti vaihtelevat myös erikoisalakohtaisesti, mutta tuskin siinä määrin, että se selittäisi erikoisalojen painoarvoa valtuuskunnan vaaleissa ammattikunnan edunvalvonnan kannalta. Kulttuurinäkökulmasta katsottuna erikoisalakohtainen edunvalvonta toistaa samaa asioiden käsittelymallia, jota sairaaloissakin noudatetaan (ks. alaluvut 3.4 ja 3.5.3.1). Täten se toteuttaa yleisemminkin vakiintunutta tapaa toimia, jota ei haluta kyseenalaistaa. Vallitseva asiantila puoltaa mielestäni osaltaan johtopäätöstä, että lääkärien identiteetin jakautuminen erikoisalakohtaisesti on voimakasta ja se voi näkyä yhteiskunnassa laaja-alaisemmin kuin vain sairaaloissa.

Myös kirjallisuudessa kuvataan lääkärin suhdetta sairaalaan tavalla, joka ei viittaa lääkärin samastumiseen ensisijaisesti sairaalaorganisaatioon vaan professioonsa: Sairaalat toimivat lääkärille areenoina, joissa he tapaavat potilaita, professioonsa jäseniä ja luovat uraansa tekemällä tutkimusta²¹¹ (Lillrank, Kujala ja Parvinen 2004, 90–92; Llwellyn 1999). Globerman ja Mintzberg (2001a) kuvaavat lääkärin suhdetta sairaalaan sanonnalla: “Lääkärit työskentelevät sairaalassa, mutta eivät sairaalan hyväksi.”²¹² Bate (1994) toteaa, että professionaalit yleensäkin noudattavat ensisijaisesti oman professioonsa tapaa toimia eikä oman organisaationsa antamaa ohjeistusta. Siitä syystä he eivät koe olevansa ensi sijassa tilivelvollisia organisaatiolleen, vaan professiolleen. Sairaalan lääkäreillä tämä ilmiö näkyy hänen mukaansa selvästi (Bate 2000). Täten profession samastumista voinee lääkäreillä yleisesti pitää organisaatioon samastumista parempana käyttäytymisen selittäjänä.

²¹⁰ 30.10.2006 päättyneessä Suomen Lääkäriliiton valtuuskunnan vaalissa perusterveydenhuollon vaalirengas sai 1 816 ääntä, erikois-, sairaala- ja yksityislääkärien vaalirengas 4 914 ääntä ja NLY!-vaalirengas 3 181 ääntä (Suomen Lääkärilehti 45/2006). Vaalitapa on suhteellinen, ja käytössä ovat vaaliliitot. Vaalitapa tuottanee terveydenhuollon kenttää laajalti kattavan ja edustavan valtuuston.

²¹¹ Kirjallisuudessa esitettyjä tutkimustuloksia arvioitaessa on syytä pitää mielessä palvelujärjestelmiin liittyvät erot. Suomessa lääkärit ovat yleensä työsuhteessa (virka tai toimeisuhde) erikoissairaalaan, joka maksaa heille palkkaa. Monissa muissa palvelujärjestelmissä lääkärit ovat itsenäisiä ammatinharjoittajia, joilla on sopimussuhde sairaalan kanssa tiettyjen palveluiden toimittamisesta. Ammatinharjoittajaksi itsensä kokeva lääkäri saattaa samastua sairaalaorganisaatioon vähemmän kuin sairaalan työntekijäksi itsensä kokeva.

²¹² “they work *in* the hospital but not *for* it” (Glouberman ja Mintzberg 2001, s. 59).

Kulttuurinäkökulmasta erilaiset spesialiteettikohtaiset identiteetit ilmenevät erikoisalakohtaisina kulttuureina (vrt. Martin 1992). Alakulttuuri merkitsee jaettua toiminta- ja ajattelumallia, mikä näkyy tutkimusaineistossa esimerkiksi siten, että tiettyyn spesialiteettiin kuuluvat käyttäytyvät alakulttuuriinsa kuuluvalla tavalla, ja muut osaavat sitä heiltä odottaa. Kulttuurinmukainen käyttäytyminen perustuu sosiaalistumisprosessiin, joka lääkäreillä ja hoitajilla alkaa jo opiskeluaikana (Laakkonen 2004; Ryyänen 2001; Becker ym. 1961). Alakulttuurit voivat kirjallisuuden mukaan ilmetä klikkiytymisenä ja nurkkakuntaisuutena (*tribalism*) ja ryhmien välisenä valtataisteluna, jossa oman ryhmän edusta tulee kokonaisuuden etua tärkeämpi (Bate 2000; Mintzberg 1979). Ilmiö tulee tässä tutkimuksessa esille muun muassa kilpailuasetelmana spesialiteettien välillä (ks. alaluku 3.5.3.2). Johtajat eivät haastattelussa puhu avoimesta spesialiteettien välisestä riitelystä, mikä ei mielestäni ole yllättävää toimintakentässä, jossa avoimia konflikteja vältetään (ks. alaluku 3.4)²¹³.

Haastatteluaineisto viittaa siihen, että kirurgi, sisätautilääkäri ja psykiatri ovat sairaalasta riippumatta käyttäytymiseltään omanlaisiaan ja toisistaan eroavia (ks. alaluku 3.5.3.3). Heidän voi katsoa muodostavan johtajien puheen perusteella kolme erilaista tyyppiä²¹⁴. Myös kirurgisen taustan omaavat hoitajat eroavat haastattelujen mukaan konservatiivisten alojen hoitajista. Kirurgityyppiin aineistossa kuuluvat kirurgisia spesialiteetteja edustavat erikoislääkärit²¹⁵. He ymmärtävät toisiaan ja heidän on helppo tulla keskenään toimeen. Heidän erikoisalansa kuuluvat operatiivisten alojen pääryhmään ja leikkaussaliyöskentely on kaikille tuttua.

Sisätautilääkärityyppiin kuuluvat johtajien puheen perusteella sisätautien spesialiteetteja edustavat erikoislääkärit. Aineistossa psykiatrityyppin lähelle sijoittuu lastenpsykiatri, jolla on tiivis suhde lastenlääkäreihin, samalla kun hän jakaa psykiatrin kanssa tavan työskennellä moniammatillisissa ryhmissä. Professionaalisen identiteetin kannalta voi puhua mahdollisesta kirurgityyppisestä, sisätautilääkärityyppisestä ja psykiatrityyppisestä samastumisesta. Erilaiseen professionaaliseen identiteettiin pohjautuvat

²¹³ Haastateltu johtajaylilääkäri kertoi, että joitakin vuosia sitten hänen sairaalassaan operatiivisen ja konservatiivisen tulosalueen vetäjien riitely johtoryhmässä oli jatkuvaa ja johti ajoittaisiin ulosmarsseihin. Tilanne on henkilövaihdoksien jälkeen korjaantunut.

²¹⁴ Tässä tutkimuksessa en nimenomaisesti tutkinut spesialistityyppejä. Niiden olemassaolon ja laadun tutkiminen edellyttää toisenlaista tutkimusasetelmaa. Mielestäni haastatteluaineisto, tutkimuskirjallisuus ja arkielämän havainnointi antavat kuitenkin viitettä siitä, että spesialistien välillä saattaa olla kulttuurisia eroja, jonka olemassaolo yleisesti tunnetaan, mutta jonka merkitystä sairaaloiden johtamisessa ja organisoimisessa ei kovin hyvin tiedosteta (vrt. Alasutari 1999, 234–237).

²¹⁵ Tarkoitan erikoisaloja, jotka ennen v. 1999 kuuluivat kirurgian suppeisiin erikoisaloihin, kuten urologia, ortopedia ja traumatologia, yleiskirurgia ja plastiikkakirurgia. Vastaavasti sisätautien spesialiteeteilla tarkoitan aiempia sisätautien suppeita erikoisaloja, kuten endokrinologia, gastroenterologia, nefrologia ja kardiologia (Tuukkanen ja Tamminen 2007). Ennen v. 1999 suppealle erikoisalalle erikoistuttiin vasta “pääspesialiteettiin” erikoistumisen jälkeen.

kulttuurit voivat selittää, miksi kirurgi tarttuu veitseen, kun sisätautilääkäri vielä analysoi ongelmaa, ja psykiatri kokoaa työryhmää (ks. alaluku 3.5.3.3 ja liite 13). Se saattaa laajemminkin selittää, miten sairaaloita on suunniteltu ja organisoitu.

4.1.3 Selittävätkö lääketieteen kehitys, lääkärin erikoisalakohtainen professionaalinen identiteetti ja prestiisihierarkiat tapaa organisoida ja johtaa erikoissairaanhoidoa?

Dokumenttiaineiston mukaan on tavanomaista organisoida sairaaloita siten, että erotetaan konservatiivinen, operatiivinen ja psykiatrinen tulosalue, joihin kuhunkin kuuluu useampia specialiteetteja (ks. liite 10 ja 11). Kirurgiset osastot sijaitsevat usein lähellä toisiaan, samoin sisätautiosastot lähellä toisiaan ja vastaavasti psykiatriset osastot (ks. alaluku 3.2). Havainto panee kysymään, miksi erikoisalakohtainen funktionaalinen organisaatorakenne on muodostettu siten, että suuri osa kliinisistä yksiköistä on ryhmitelty nimenomaan konservatiivisista, operatiivisista ja psykiatrisista yksiköistä koostuviin rakenteisiin ja miksi yksiköiden fyysisessä sijoittelussa noudatetaan pääsääntöisesti samaa ryhmittelyä.

Potilaiden tarpeisiin vastaaminen ei mielestäni tätä organisointitapaa ja yksiköiden sijoittamista selitä. Harvalla potilaalla on tarvetta esimerkiksi useiden operatiivisten alojen palveluihin samanaikaisesti ja vaikka olisikin, eivät eri specialistien tekemät leikkaukset toteudu samalla sairaalakäynnillä²¹⁶. Kirurgisten osastojen sijoittelua voi tosin selittää siten, että ne jakavat samoja leikkaussalipalveluja, mutta mistä johtuu esimerkiksi endokrinologian, hematologian tai muiden sisätautien erikoisalojen osastojen keskinäinen läheisyys?

Totesin luvussa 1, että erikoisalojen kehittyminen ja uusien erikoisalojen syntyminen voidaan nähdä seurauksena lääketieteen kehittymisestä. Lisäksi lääkärin yliopistolliset koulutussairaalat saattavat osaltaan toimia itsestään selvänä kulttuurisena mallina siitä, miten erikoisalajat sijoitetaan. Tästä näkökulmasta voidaan kysyä, palveleeko nykyinen specialiteettien fyysinen sijoittaminen koulutussairaaloissa ihanteellisesti lääkärin ja hoitohenkilöstön koulutusta. Mielestäni näin ei näytä olevan. Koulutuksen tuloksena ei valmistu konservatiivisten, operatiivisten tai psykiatristen alojen erikoisosaajia, vaan

²¹⁶ Tarkoitan, että potilasta ei kerralla esimerkiksi "leikata kuntoon" (esim. pallolaajennus, pukamat ja lonkkaproteesi), toisin sanoen potilaiden hoitoprosessit eivät suju siten, että ne tapahtuisivat nimenomaisesti yhden specialiteettiryhmän sisällä toimivien useiden specialiteettien sisällä. Todellisista potilasprosesseista ks. esimerkiksi Lillrank ym. 2004a, 150–187.

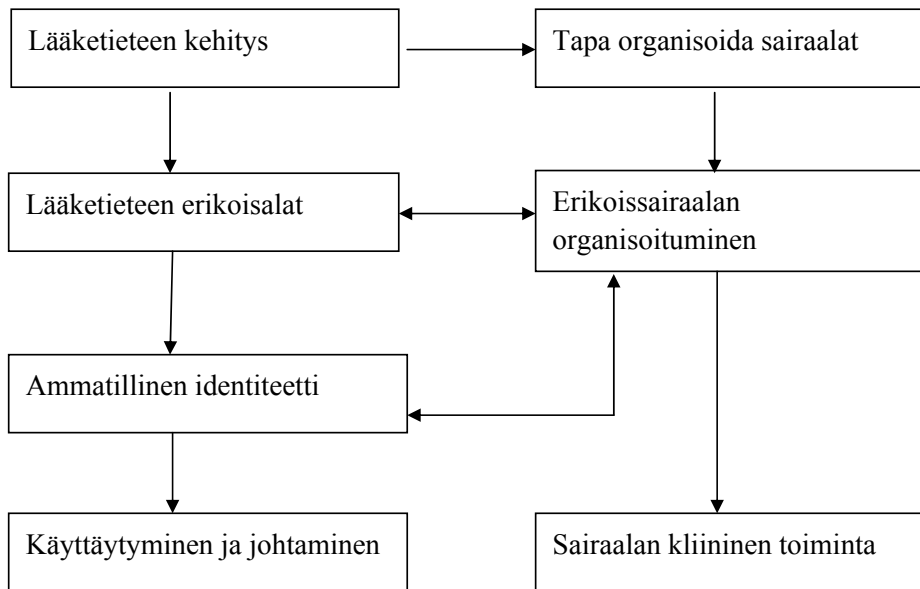
suppeamman erikoisosaamisen omaavia erikoislääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa. Pelkästään koulutusjärjestelmän tarpeilla on vaikea perustella spesialiteettien keskinäistä jaottelua ja fyysistä sijoittamista.

Koska lääkärikunta on 1600–1700-luvulta lähtien ollut kiistattomassa johtoasemassa sairaaloiden johtamisessa ja organisoinnissa ja lääkärikunnan asema on edelleen hyvin merkittävä²¹⁷, on luonnollista, että sairaaloiden organisoinnissa näkyy nimenomaisesti lääkärikunnan kädenjälki. Siitä johtuen myös lääkäreiden erikoisalakohmainen identiteetti saattaa näkyä tavassa organisoida erikoissairaaloita. Spesialiteettien ryhmittely konservatiivisiin, operatiivisiin ja psykiatrisiin saattaa heijastaa sitä, että lääkärit pitävät luontevana saattaa samankaltaiset ihmiset (lääkärit) lähelle toisiaan ja kauemmaksi niistä, joiden kanssa he ovat hyvin erilaisia.

Toisin sanoen, lääkärikunnan lääketieteen erikoisaloihin suuntautuva professionaalinen identiteetti saattaa selittää tapaa, jolla koulutus- ja muita erikoissairaaloita organisoidaan. Jos näin on, niin lääkäreiden samastuminen lääketieteen erikoisaloihin näyttäytyy ilmiönä, joka selittää sairaaloiden organisointia eikä vain seurauksena tavasta, jolla sairaaloita on organisoitu²¹⁸. Valaisen ajatusta kuviolla 6.

²¹⁷ Lääkärikunnan johtavaa asemaa sairaaloiden organisoinnissa ja johtamisessa on tuotu esille laajasti sekä kotimaisessa että kansainvälisessä tutkimuksessa, esimerkiksi Torppa 2007; Sihvonen 2006; Parvinen ym. 2005; Tuomiranta 2004; Shortell ja Rundall 2003; Kowalczyk 2002; Llewellyn, Eden ja Lay 1999; Borum 1995; Ackroyd 1992; Hermanson 1989; Vuori 1979.

²¹⁸ Nämä näkökulmat eivät tietenkään ole toisiaan poissulkevia. Tapa organisoida sairaaloita spesialiteettiikohtaisiin funktioihin vahvistaa ja ylläpitää samastumista spesialiteetteihin.



Kuvio 6. Lääketieteen kehityksen ja sairaalan kliinisen toiminnan mahdollisia yhteyksiä

Kuvio 6 havainnollistaa, miten lääketieteen kehitys ja lääketieteen erikoisalalat saattavat olla yhteydessä sairaalan kliiniseen toimintaan kahden toisiinsa liittyvän erilaisen mekanismin avulla. *Historiallis-rakenteellisen mekanismin* avulla lääketieteelliset erikoisalalat määrittävät sairaalaorganisaation rakenteita tavalla, jonka taustaa on löydettävissä lääketieteen kehityksestä ja erikoislääkärien koulutusjärjestelmästä.

Identiteettiin ja käyttäytymiseen liittyvä mekanismi perustuu oletukselle, että erityisesti eri erikoisaloihin kuuluvat lääkärit ovat keskenään erilaisia. Heidän tapansa käyttäytyä, johtaa ja olla johdettavina leimaa heidän oma erikoisalansa. Syynä on heidän erikoisalojen mukainen ammatillinen identiteettinsä. Sekä historiallis-rakenteellinen että identiteettiin ja käyttäytymiseen perustuvat mekanismit ovat toisiaan tukevia ja vahvistavia. Historiallis-rakenteellinen mekanismi helpottaa spesialiteettien mukaisen ammatti-identiteetin syntymistä ja säilymistä. Toisaalta lääkäreiden ammatillisella identiteetillä saattaa olla yhteys tapaan organisoida sairaaloita siten, että samantapaisen identiteetin omaavia lääkäreitä ja heidän edustamiaan erikoisaloja sijoitetaan toistensa lähelle. Se vaikuttaa sairaaloiden fyysisiin ja sosiaalisiin rakenteisiin.

Täten lääketieteelliset erikoisalajat vaikuttaisivat samanaikaisesti sekä tapaan johtaa ja käyttäytyä sairaaloissa että tapaan organisoida sairaala fyysisenä ja sosiaalisena rakenteena. Kokonaisuutta pitää koossa kulttuurinen liima. Onhan kyseessä jaettu ajattelu- ja toimintamalli, joka sisältää yhteisen käsitejärjestelmän, kommunikaatiojärjestelmän, näkemyksen työnjaosta ja vallankäytöstä (esimerkiksi “kirurgipainotteinen”). Täten se turvaa organisaation jatkuvuutta, lisää spesialiteettien sisällä jäsenten yhteenkuuluvaisuuden tunnetta ja vaikuttaa heidän identiteettiinsä (Schein 1985, 6–9).

Kuviossa 6 esitetty ajatus tekee osaltaan ymmärrettäväksi, miksi sairaalaorganisaation muuttaminen on niin vaikeaa. Onnistunut muutos ei ole mahdollista vain toiseen vaikutusmekanismiin kohdistuvien uudistusten avulla. Pelkkä organisointitavan tai johtamistavan muutos ei todennäköisesti johda halutunlaiseen muutokseen sairaalan kliinisessä toiminnassa, ellei samalla oteta huomioon ammatilliseen identiteettiin ja kulttuuriin liittyviä näkökohtia.

Haastatteluaineistossa keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat arvioivat spesialiteettinsa arvostusta erityisesti sen perusteella, miten hyvin heidän omaansa, spesialiteetin muodostamaa organisaation rakenteellista yksikköä resurssoidaan muihin yksikköihin verrattuna. Jos resurssointi on johtajan mielestä heikkoa, niin hänen edustamaansa lääketieteen erikoisalaa ei sairaalassa hänen mielestään riittävästi arvosteta. Argumentoinnissa sekoittuu täten spesialiteetti-sanaksi kaksi eri merkitystä: lääketieteen erikoisala ja organisaation rakenteellinen yksikkö (ks. alaluku 3.5.3). Johtajat eivät erittele, kuka tai mikä on subjekti, joka hänen erikoisalaansa huonosti arvostaa. Onko subjekti esimerkiksi yleisö²¹⁹, ammatillinen ryhmä vai organisaation ylimpään johtoon kuuluva henkilö.

Sairaalan poliittinen päätöksentekojärjestelmä ja yhteiskunnan ohjaus mahdollistavat sen, että yleisön arvostukset heijastuvat sairaalan resurssien jakautumiseen spesialiteettien välillä (esimerkiksi leikkausjonon purku ja kirurgien arvostus). Sairaaloiden budjettien tasapainottaminen on ylimmän johdon vastuulla, ja ylimpään johtoon kuuluu erityisesti lääkäri- ja hoitajataustaisia johtajia. Johtajaylilääkärit ja tulosalueiden johtajat ovat avainasemassa ja he ovat useimmiten lääkäreitä (johtajaylilääkärit aina). Siksi myös lääkäriammattikunnan sisäisellä erikoisalojen arvostushierarkialla voi olla vaikutusta siihen, miten resurssointi sairaalan sisällä tapahtuu.

²¹⁹ Aiemmin mainittu Suomen Kuvalehden ammattienarvostusmittaus mittaa yleisön arvostusta, mutta ei ole tieteellinen tutkimus. Yleisön arvostusta (public prestige) ovat tutkineet myös Rosoff ja Leone 1991.

Lääketieteen erikoisalojen arvostuseroja terveydenhuoltohenkilöstön, erityisesti lääkärikunnan, keskuudessa on tutkittu eri maissa. Tutkimuksista välittyy melko yhtenäinen kuva erikoisalojen arvostushierarkiasta.²²⁰ Kirurgia on arvostushierarkian huipulla ja lastentaudit ja psykiatria pohjalla (Hinze 1999). Kuva on varsin samankaltainen kuin maallikkojen arviointiin perustuva hierarkia (Rosoff ja Leone 1991). Tutkimuksissa on todettu, että erikoisalajat, jotka ovat pitkälle ja kapeasti erikoistuneet, joita leimaa aktiivisuus (esimerkiksi leikkaukset ja toimenpiteet), biolääketieteellinen sisältö ja korkean teknologian hyödyntäminen ovat lääkärikunnan arvostushierarkian kärjessä (Norredam 2007). Erikoisalajat, jotka hoitavat nuoria ja keski-ikäisiä potilaita, ”miehisiä elimiä” sekä vartalon yläosaan liittyviä sairauksia, ovat arvostetumpia kuin vanhuksia, naisia ja alavartalon sairauksia tyypillisesti hoitavat erikoisalajat (Hinze 1999; Album 1991). Tutkimuksissa on myös tullut esille, että sairauksilla on lääkärikunnan keskuudessa oma prestiisihierarkiansa, joka on hyvin yhteneväinen erikoisalojen arvostushierarkian kanssa (Album ja Westin 2008; Album 1991).

Haastatteluaineistossa heikosta arvostuksesta puhuneet johtajat kuuluvat erikoisaloihin, joiden arvostus lääkärikunnan keskuudessa voi olla alhainen (neurologia, geriatria ja psykiatria). Täten heidän näkemyksensä saattavat heijastaa myös oman erikoisalan asemaa ammattikunnan sisäisessä arvostushierarkiassa. He itse katsoivat, että oman yksikön (heidän mielestään) heikko resurssointi johtuu heidän edustamansa erikoisalan huonosta arvostuksesta. Toisin sanoen, osa haastatelluista johtajista kertoi olevansa sitä mieltä, että erikoisalakohtainen arvostus vaikuttaa sairaaloiden rakenteisiin resurssoinnin kautta. Jos asianlaita on yleisemminkin näin, sairaaloiden resurssoinnilla luotavat ja ylläpidettävät rakenteet voivat enemmän rakentua erikoisalakohtaisen arvostushierarkian pohjalle kuin pohjautua väestön olemassa oleviin terveystarpeisiin. Tämä puolestaan johtaisi yhteiskunnan kannalta epätarkoituksenmukaiseen resurssien allokointiin.

Tutkimus nostaa seuraavia kysymyksiä, joihin en pysty tässä tutkimuksessa vastaamaan: Onko oman erikoisalan heikosta arvostuksesta puhuneiden johtajien omien yksikköjen resurssointi todellisuudessa muita spesialiteetteja heikompaa²²¹, vai heijastaako puhe oman erikoisalan huonoa asemaa lääkärien ammattikunnan prestiisihierarkiassa? Missä määrin lääkäriammattikunnan sisäinen erikoisalakohtainen prestiisihierarkia selittää sitä, miten erikoisaloja sairaaloissa ylipäätään resurssoidaan? Vaikuttaako resurssointi prestiisihierarkiaan vai päinvastoin? Kysymysten yhteiskunnallinen relevanssi

²²⁰ Tutkimuksissa ilmiöön viitataan käsitteellä *prestige hierarchy*. Ks. Hinze 1999; Album ja Westin 2008 sekä Norredamin (2007) tekemä kirjallisuuskatsaus vuosilta 1950–2005.

²²¹ Esimerkiksi väestön terveystarpeiden kannalta ajateltuna. Objektiivisen mittarin löytäminen voi olla vaikeaa.

liittyy mielestäni siihen, että ne osoittavat, että erikoisalojen prestiisihierarkialla saattaa olla yhteyttä hyvin laajoihin ja yhteiskunnallisesti merkittäviin kysymyksiin.

4.2 Miltä erikoissairaalaorganisaatio näyttää tämän tutkimuksen valossa

Keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien, lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien toimintakenttä sairaalassa ei ole sama asia kuin sairaalaorganisaatio. Se liittyy sairaalaorganisaatioon ja sen avulla voidaan päätellä jotakin siitä, millainen sairaala on organisaationa. Keski- ja ylimpään johtoon kuuluvat, lääkäri- ja hoitajataustaiset johtajat muodostavat kuitenkin vain pienen osan sairaalayhteisöön kuuluvista ihmisistä. Siksi vain heidän toimintakenttensä avulla ei voi kattavasti kuvata sairaalaa organisaationa.

Sen sijaan johtajien toimintakenttä sairaalassa antaa yhden mielestäni merkittävän näkökulman erikoissairaalaan organisaationa ja sairaalan johtamiseen. Merkittävyyttä perustelen sillä, että kyse on keskijohdon ja ylimmän johdon näkökulmasta. Useimmilla sairaalan keski- ja ylimpään johtoon kuuluvilla on pitkä kokemus erilaisista tehtävistä sairaaloissa. Heillä on nykyisen asemansa ja aiemman kokemuksensa perusteella paremmat edellytykset tarkastella laajempia organisatorisia kokonaisuuksia kuin esimerkiksi pelkkää kliinistä työtä tai hoitotyötä tekevillä lääkäreillä, hoitajilla tai lähiesimiehillä.

Seuraavassa käsittelen sairaalaa organisaationa johtamisen kannalta käyttäen apuna tutkimustuloksia ja teoriaa. Tutkimusaineistostani johtuen pohdintani rajoittuu vain siihen osaan erikoissairaalaorganisaatiota, jonka tehtävänä on tutkia ja hoitaa potilaita.

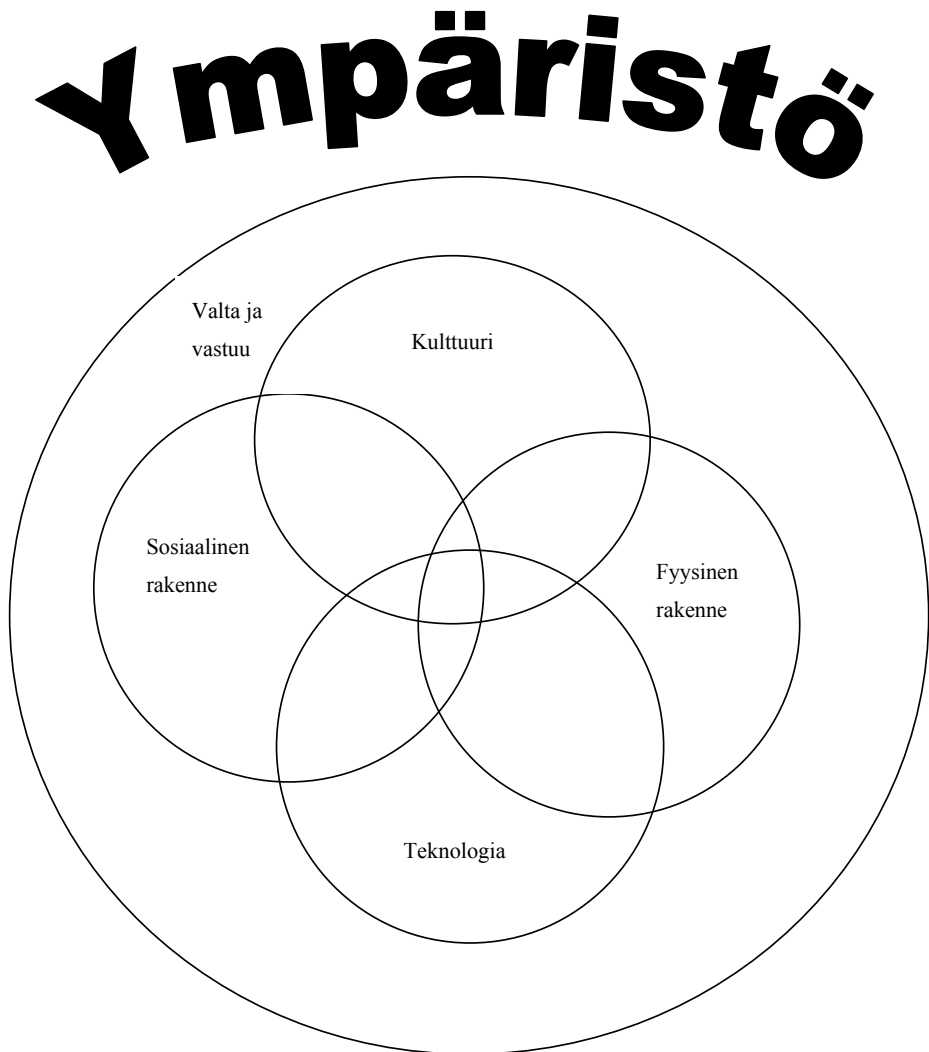
4.2.1 Erikoissairaalaorganisaationa kuvaava käsitteellinen malli

Tutkimuksen tuloksena muotoutuva johtajan toimintakenttä sairaalassa koostuu useista toisiinsa kietoutuneista elementeistä. Miten teoreettisesti ymmärtää ja kuvata organisaatiota, johon kuuluu monenlaisia ja osin ristiriitaisia ulottuvuuksia?

Hatch ja Cunliffe (2006, 19–22) esittävät organisaatioteoriaa käsittelevässä kirjassaan yleisen organisaatiota kuvaavan käsitteellisen mallin²²², jota he

²²² “A model for the concept of organization”, Fig. 1.2. (Hatch ja Cunliffe 2006, 19).

käyttävät hyväksi asemoidessaan ja esitellessään erilaisia organisaatioteorioita. Mallin mukaan organisaatio voidaan nähdä sosiaalisten, kulttuuristen, fyysisten ja teknologisten ilmiöiden muodostamana kokonaisuutena. Nämä kaikki ilmiöt ovat keskenään vuorovaikutuksessa ja osittain päällekkäisiä, ja viides elementti, valta, on läsnä kaikissa organisaation elementeissä. Näistä kuudesta dynaamisesta ydinkonseptista rakentuva organisaatio on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa.



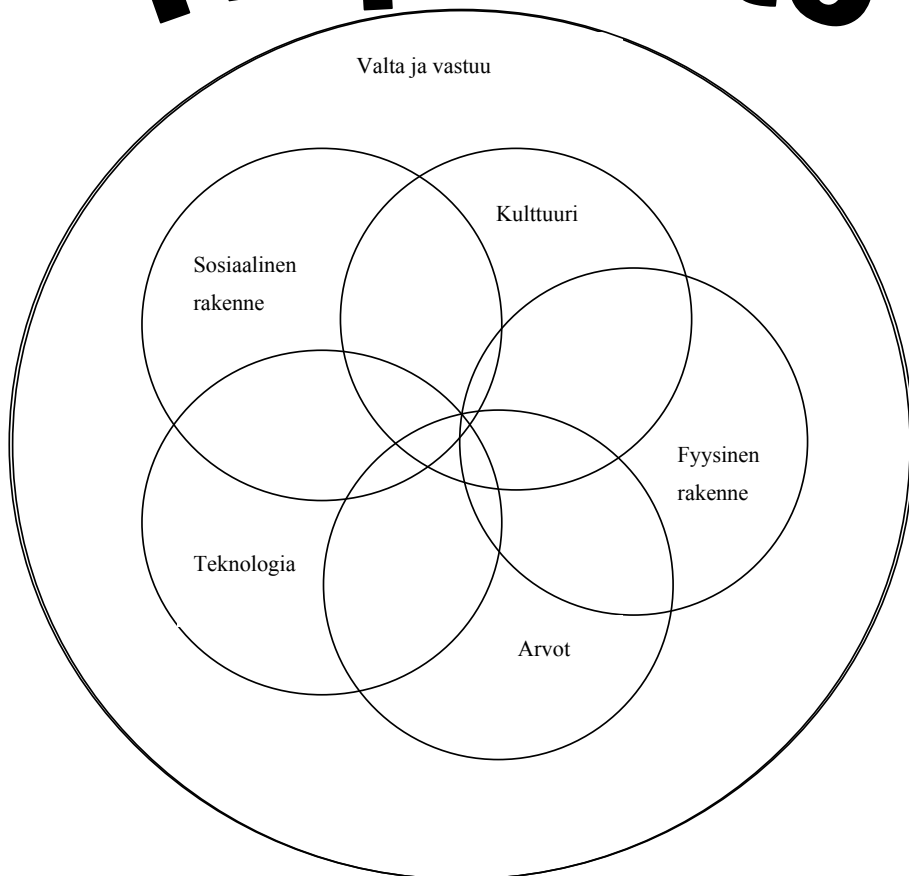
Kuvio 7. Organisaatiota kuvaava käsitteellinen malli Hatchin ja Cunliffen (2006, 19) mukaan

Vertailtaessa johtajan toimintakenttää sairaalassa (luku 3) ja kuvion 7 käsitteellistä organisaatiomallia, voidaan todeta, että yhtä lukuun ottamatta kaikki tutkimuksessa esille tulleet johtajan toimintakentän ulottuvuudet ovat sijoitettavissa myös kuviossa 7 esitettyyn malliin. Poikkeuksena on arvoulottuvuus, jolle ei ole luontevaa sijaa yleisessä organisaatiota kuvaavassa käsittemallissa. Hatch ja Cunliffe eivät erota omassa mallissaan arvoja ja etiikkaa omaksi elementikseen²²³. Kuitenkin potilaan paras on sairaalaorganisaation legitimoiva ydinarvo. Sairaalat ovat olemassa, jotta niissä voidaan auttaa potilaita. Tämän tutkimuksen mukaan potilaan paras ja joukko muita arvoja on läsnä myös johtajan toimintakentässä sairaalassa. Mielestäni tutkimustulos osaltaan puoltaa johtopäätöstä, että arvoilla ja etiikalla on sairaaloissa erityinen asemansa, jota ei ehkä riittävästi oteta huomioon yleisissä organisaatioita ja johtamista koskevissa teorioissa. Kuviossa 7 esitettyä yleistä organisaatiota kuvaavaa käsitteellistä mallia tulee tämän tutkimuksen perusteella täydentää lisäämällä siihen vielä arvoelementti, jos halutaan sen kattavan myös erikoissairaalaorganisaatiot²²⁴. Tällöin tuloksena on kuvion 8 mukainen sairaalaorganisaatiota kuvaava käsitteellinen malli.

²²³ He kyllä mainitsevat arvot esitellessään joitakin organisaatiokulttuuriteorioita (2006, 177–190).

²²⁴ Sairaalat ja terveydenhuolto-organisaatiot eivät välttämättä ole ainoita organisaatioita, joiden toiminnassa arvoulottuvuus on keskeinen. Oletan, että esim. sosiaalityön organisaatioissa arvoulottuvuus on keskeisesti läsnä. Jos sairaaloissa on kyse elämästä ja kuolemasta, niin sosiaalityön organisaatioissa kyse on inhimillisestä elämästä tai sen puuttumisesta. Kärsimyksen eetos on läsnä kummassakin.

Ympäristö



Kuvio 8. Erikoissairaalaorganisaation kuvaava käsitteellinen malli

4.2.2 Matriisityyppisiä professionaalisia byrokraatioita?

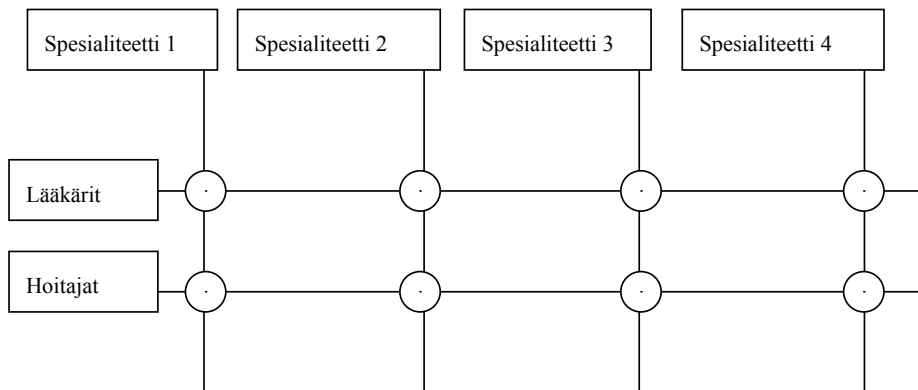
Tässä alaluvussa analysoin erikoissairaaloita rakenneanalyttisestä näkökulmasta. Keskityn edelleen pelkästään siihen osaan erikoissairaalaorganisaatiosta, jossa potilaiden tutkiminen ja hoitaminen tapahtuu.

Sairaanhoitopiirit kuvaavat organisaatioitaan kaavioina siten, että ne muodostuvat suuresta määrästä rinnakkaisia yksikköjä. Horisontaalinen jakautuminen muodostuu laajaksi (ks. liitteet 9–11). Toimintokohtaiset yksiköt

koostuvat lääketieteen erikoisaloista ja niiden muodostamista laajemmista kokonaisuuksista, kuten tulosalueista. Lisäksi organisaatiokaavioissa mainitaan joukko kliinistä toimintaa tukevia toiminnallisia yksikköjä. Pelkästään organisaatiokaavioiden perusteella arvioituna vertikaalinen jakautuminen ei mielestäni ole erityisen suuri verrattuna henkilöstömäärältään samankokoisiin kaupallisiin yrityksiin.

Organisaatiokaavioiden pohjalta ei kuitenkaan saa luotettavaa ja kattavaa kuvaa sairaalaorganisaation rakenteista eikä toiminnasta. Sairaaloiden organisaatiokaavioissa ei ole selkeästi ilmaistu, että toiminnan substanssi, johtajuus ja linjaorganisaatio käytännössä jakaantuvat siten, että yhden jakolinjan muodostaa lääkäreiden ja hoitajien ammattikunnan raja. Hoitajat tekevät hoitotyötä hoitajajohtajan valvonnassa ja kuuluvat hoitajien linjaorganisaatioon. Vastaavasti lääkärit huolehtivat lääketieteellisestä sairaanhoidosta lääkärijohtajan valvonnassa ja kuuluvat lääkäreiden linjaorganisaatioon. Tämän jaon olemassaolo tulee esille haastattelussa²²⁵. Tätä haastattelujen perusteella muodostuvaa organisaatiorakenteen ominaisuutta kuvaan kuvion 9 matriisilla.

²²⁵ Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja kuntayhtymän viranhaltijaorganisaatiossa (2008) esitetään kunkin tulosaluejohtajan nimen alapuolella toinen nimi, jonka edellä on lyhenne "yh" (ks. liite 10). Tulkitseen tämän tavaksi esittää organisaatiokaaviossa jako hoitotyöhön ja lääketieteelliseen sairaanhoitoon.



Kuvio 9. Erikoissairaala ammattikuntiin ja spesialiteetteihin perustuvien toimintojen muodostamana matriisina

Täten sairaalan kliinistä toimintaa voidaan tarkastella spesialiteettien ja ammattikuntien (lääkäri ja hoitaja) muodostaman matriisin avulla. Funktiot on organisoitu hierarkkisesti organisaatiokaaviossa esitetyllä tavalla. Rakenneanalyttiselta kannalta voidaan puhua matriisiorganisaatiosta tai matriisimaisesta organisaatiosta²²⁶.

Erikoissairaalaorganisaatioissa työskentelee lääkärien ja hoitajien lisäksi muihin ammattikuntiin kuuluvia henkilöitä, joita oman ammattialan edustaja johtaa. Esimerkiksi psykologeilla, sosiaalityöntekijöillä, fyysikoilla ja kemisteillä voi olla omia ammatillisia linjaorganisaatioita, mutta ne eivät tule tässä tutkimuksessa esille.

Dokumenttiaineisto ja haastattelut viittaavat siihen, että tätä tosiasiaa matriisimaista organisoitumista ei täysin tiedosteta, vaikka senmukaisesti toimitaankin. On myös mahdollista, että matriisimaista organisoitumista ei haluta esimerkiksi valtapoliittisista syistä korostaa tai edes tunnustaa²²⁷.

Tutkimuksessa tulee esille matriisiorganisaatiolle tyypillisiä jakaantuneen johtajuuden ongelmia. Ne ilmenevät erityisesti epäselvyyksinä

²²⁶ Todelliset organisaatiot ovat vain harvoin sellaisia, että ne vastaavat rakenteeltaan vain yhtä oppikirjoissa esitettyä rakennetyypä. Todellisuudessa niissä on piirteitä useista rakennetyypeistä ja siksi niitä voi kutsua *hybridiorganisaatioiksi*. Useimmat suuret organisaatiot ovat nykyisin hybridejä (Hatch ja Cunliffe 2006, 303).

²²⁷ Aineistossa viralliset organisaatiomääritykset noudattavat pääosin lääkärin ammattikunnan organisoitumista. Vastaavien rakenteiden nostaminen näkyviksi hoitajakunnan osalta voisi johtaa tilanteeseen, jossa molemmat ammattikunnat olisivat samanarvoisessa asemassa virallisissa organisaatiomäärityksissä. Tämä taas merkitsisi lääkärinkunnan aseman suhteellista heikkenemistä.

tilivelvollisuudesta ja esimiehisytydestä. Asiantilaa mutkistaa vielä epäselvyys ja ristiriitaisuudet esimiesaseman määräytymisessä (ks. alaluku 3.6.2.5).

Oman organisaation rakenteiden laadun tiedostamista saattaa vaikeuttaa osaltaan tapa, jolla organisaatioista sairaaloissa ja ehkä yleisemminkin puhutaan. Esimerkiksi “byrokraattialla” viitataan arkikielessä useammin byrokraattian dysfunktioihin, kuten kankeaan toimintatapaan²²⁸, kuin siihen, että asioita pyritään hoitamaan järkevästi, tehokkaasti, oikeudenmukaisesti ja ennustettavasti hyödyntämällä tietynlaista organisaatorakennetta.

“Byrokraattia” ei liene johtajien puheesta päätellen muodissa, ei ehkä “matriisiorganisaatioakaan”, mutta “projektiorganisaatio” saattaa olla. Tevameri ja Kallio (2009) totesivat, että heidän tutkimissa sairaalaorganisaatioissa²²⁹ oltiin toimintaa kehittämässä matriisiorganisaation pohjalta, vaikka haastateltavat itse puhuivat koko ajan projektiorganisaatiosta. Tutkijat katsoivat, että haastateltavat kokevat muodikkaammaksi puhua projektiorganisaatiosta kuin esimerkiksi matriisiorganisaatiosta. Myös Fältholm ja Jansson (2008) tulivat samankaltaiseen johtopäätökseen tutkiessaan prosessorientaation implementointia ruotsalaisessa sairaalassa.

Tämän tutkimuksen valossa sairaala näyttäytyy matriisiorganisaation lisäksi byrokraattisena organisaationa. Byrokraattinen organisointitapa perustuu vallankäytölle, jonka rationaalisuus legitimoit (Weber 1924/1968). Byrokraatialle on tyypillistä muun muassa kiinteä, asialliseen ja asteelliseen kompetenssiin perustuva työnjako, yhden esimiehen periaate, tapa ohjeistaa asiat kirjallisesti (korkea formalisaatioaste), ohjeistuksen ja sääntöjen tarkka noudattaminen ja yhdenmukainen, henkilön persoonallisuudesta riippumattoman käyttäytyminen (Walton 2005; Salminen 2002, 68). Kaikki nämä byrokraattisen organisaation piirteet tulevat tässä tutkimuksessa esille.

Haastatellut johtajat ovat ilmeisesti sisäistäneet monia byrokraattiseen organisaatioon liittyviä puhe- ja ajattelutapoja. Tähän viittaa esimerkiksi johtajien puhe toimenkuvistaan työnsä sisällön määrittäjinä (ks. alaluku 3.6.3) ja tasapäistämisenä ilmenevä kaikkien kohtelu samalla tavalla (ks. alaluku 3.4). Byrokraattisessa organisaatioissa tilivelvollisia ollaan vain yhdelle henkilölle, omalle esimiehelle (*unity of command*). Aineistossa jotkut haastateltavat ovat samanaikaisesti tilivelvollisia useammalle henkilölle, mikä saa heidät miettimään, kuka oikeasti on heidän esimiehensä. Johtajat näyttävät olettavan, että sairaalassa kuitenkin viime kädessä toimitaan byrokraattisen ideaalin mukaisesti, vaikka todellisuus ei olisikaan sellainen kuin sen byrokraatiassa oletetaan olevan²³⁰.

²²⁸ Englanniksi “red tape”.

²²⁹ TYKS:n T-sairaalahanke ja HUS-röntgen.

²³⁰ Hieman liioitellen: kun todellisuus ja byrokraatioletus ovat ristiriidassa, täytyy todellisuuden joustaa.

Tutkimuksessa esille tulevat byrokraattisen organisaation piirteet sekä havainto, että johtajat näyttävät pitävän itsestään selvinä edellä mainittuja byrokraattiseen organisaatioon liittyviä toimintatapoja, ei ole mielestäni yllättävää. Sairaaloita on kirjallisuudessa luonnehdittu byrokraattisiksi organisaatioiksi ainakin 1960-luvulta lähtien²³¹. Samankaltainen ajattelutapa lienee hyvin yleistä muillakin yhteiskunnan aloilla kuin julkisessa terveydenhuollossa. Andersson-Wallacen (2005, 169) mielestä tapa nähdä organisaatiot ensisijaisesti koneina²³² on vähintään vuosisatoja, ellei vuosituhansia vanha. Morganin (2006, 6) mielestä syvään juurtunut käsitys organisaatioista koneina on suurimpia haasteita modernille liikkeenjohdolle.

Weberin ideaalibyrokraattian mukainen organisaatio toimii kuten kone, jossa jokaisella osalla on paikkansa ja kaikki toimivat yhdenmukaisella tavalla. Byrokraatiassa henkilön ei oleteta toimivan yksilöllisesti siten, että hänen oman taustansa ja persoonallisuutensa näkyy ennustamattomalla tavalla hänen toiminnassaan.

Weberiläinen byrokraattinen kontrollin periaate on säilynyt myös meidän aikamme hyvin elinvoimaisena. Se osoittaa Waltonin (2005) mukaan byrokraattisen kontrollin suurta sopeutumispotentiaalia, joka on mahdollistanut ja mahdollistaa jatkossakin sen dominoivan aseman jatkumisen²³³. Myös Weber (1946, 229) ennusti, että byrokraattisesta organisaatiosta tulee yksi vaikeimmin hävitettävissä oleva sosiaalinen rakenne, mitä hän ei pitänyt vain hyvänä asiana²³⁴.

Toisaalta tutkimuksessa tulee esille seikkoja, jotka eivät ole ideaalibyrokraattian periaatteiden mukaisia. Ideaalibyrokraatiassa toimivaltasuhteet rakentuvat selkeiden vastuualueiden mukaan, kullakin toimijalla on yksi esimies, ja ohjeistus on kattavaa ja pääosin kirjallista. Näin ei tutkimusaineistossa ole asian laita. Toisin kuin johtajien puheesta voisi päätellä, byrokraattiselle organisaatiolle ei ole ominaista vallan keskittäminen. Byrokraatiassa valta on nimenomaisesti hajautettua²³⁵ (Hatc ja Cunliffe 2006, 114). Tämä perustuu asteellisen ja asialliseen kompetenssiin sekä formaaliseen ohjeistukseen nojautuvaan vastuuttamiseen.

²³¹ Esimerkiksi Snellman 2004; Kimberley ja Minvielle 2003; Wiili-Peltola 2000; Scott, Ruef, Mendel ja Caronna 2000; Tuulonen, Isolauri ja Paavilainen 2000; Enckell 1998; Mintzberg 1993; Etzioni 1970; Perrow 1965; Georgopoulos ja Mann 1962.

²³² "The primary lens through which we view organisations today – that is, in Morgan's (1986) terms, as a machine".

²³³ Eric J. Walton perustaa argumentaationsa tekemäänsä laajaan meta-analyysin vuosilta 1960–2000.

²³⁴ ... "the idea of eliminating these organizations becomes more and more utopian".

²³⁵ Byrokraattinen rakenne ei ole sama asia kuin mekanistinen rakenne. Byrokraatialle on tyypillistä korkea formalisaatio- ja matala sentralisaatioaste. Mekanistisessa organisaatiossa päätöksenteko on keskitettyä: sentralisaatioaste on korkea. Mekanistisesta ja orgaanisesta organisaatiosta ks. Burns ja Stalker (1961).

Mitzbergin (1983, 189–213) mukaan terveydenhuolto-organisaatiot, erityisesti suuret sairaalat, edustavat byrokraattisen organisaation alatyyppejä, jota hän kutsuu professionaaliseksi byrokratiaksi eli ammattilaisbyrokratiaksi. Siinä organisaation operatiivinen ydin, kuten lääkärit ja hoitajat, on keskeisessä asemassa. Professionaalinen byrokraatia perustuu asiantuntemuksen antamaan auktoriteettiin. Koordinaatio saavutetaan ensisijaisesti taitoja standardoimalla, mikä sairaalaorganisaatiossa näkyy esimerkiksi virkoihin ja toimiin liittyvinä koulutus- ja pätevyysvaatimuksina. Ammattilaisten työ on vaativaa ja perustuu tapauskohtaiseen harkintaan. Heidän työtään ei voi standardoida, kuten toisessa byrokratian tyypissä, jota Mintzberg (1983, 163–187) kutsuu konebyrokratiaksi. Siksi ammattilaisilla on suuri toimintavapaus, minkä takia ammattilaisbyrokratiassa valta on erityisen hajaantunut sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti. (Mintzberg 1983, 189–195.)

Ammattilaisbyrokratiassa professiot kontrolloivat itse itseään ja suhtautuvat kielteisesti ylhäältä tulevaan kontrolliin tai yrityksiin valvoa profession ulkopuolelta ammattilaisten tekemää työtä. Tästä syystä professionaalille byrokratialle on tyypillistä jännitteisyys organisaation hallintorakenteen ja ammattilaisten välillä. Ammattilaisbyrokraatia ei ole kovin innovatiivinen eikä erityisen herkkä asiakkaiden muuttuville tarpeille. Ammattilaisten tekemien virheiden käsittely voi olla ongelmallista. Muutokset organisaatiossa tapahtuvat hitaasti, koska ne edellyttävät ammattilaisten hyväksyntää. (Mintzberg 1983, 197–213.) Ammattilaisbyrokratian koordinaatio on täten erityisen vaativaa.

Tämä tutkimus vahvistaa näkemystä erikoissairaaloista ammattilaisbyrokratioina: Sairaalaorganisaation horisontaalinen jakautuminen lääketieteellisiä erikoisaloja käsittäviin kokonaisuuksiin korostaa specialistien professionaalista asemaa. Jakautuminen “lääkärien” ja “hoitajien asioihin” sekä specialiteetteihin tulevat tutkimuksessa selvästi esille (ks. alaluvut 3.5.2 ja 3.5.5). Ammattilainen on tilivelvollinen erityisesti potilaalle ja omalle ammattikunnalle. Potilaan paras on hänelle luonteva toimintaa ohjaava ydinarvo. Ammatillinen identiteetti ja ammattikunnan alakulttuuri selittävät laajasti hänen käyttäytymistään.

Koska professionaalissa byrokratiassa ammattilaisten taidot on erilaisin koulutus- ja pätevyysvaatimusten avulla standardoitu, ei ammattilaisella ole epäselvyyttä siitä, mitä hänen tulee sairaalassa tehdä. Siksi ammattilaisen perehdytystarve hänen substanssiosaamiseensa liittyvään työhön jää vähäiseksi. Silloin kun perehdytystarvetta esimerkiksi johtamistyöhön on, sitä ei ehkä ammattilaisbyrokratiassa tiedosteta. On myös mahdollista, että ammattilaiset katsovat johtajaksi perehtymisen tapahtuvan nimenomaan substanssiosaamisen kautta. Lisäksi perehdyttämisen toteuttaminen voidaan

katsoa hankalaksi suhteessa, joka koetaan ensisijaisesti kahden tasavertaisen professionaalien väliseksi (ks. alaluku 3.6.3).

Myös epäselvyydet esimies-alaisuudesta ja vastuualueista tulevat ymmärrettävämmäksi, kun ajatellaan sairaaloita ammattilaisbyrokratioina. Muodollinen ohjaus- ja valvontaketju ei ole organisaation toiminnan kannalta ammattilaisbyrokratiassa yhtä tärkeä kuin esimerkiksi konebyrokratiassa. Ammattilaiset tietävät, miten toimia. Esimiehellä ei siksi ole tarvettakaan kontrolloida ammattilaisia samassa määrin kuin jossakin toisenlaisessa organisaatiossa. Lisäksi ammattilaiset haluavat säilyttää ammatillisen autonomiansa ja nimenomaan välttää hallinnollista kontrollia oman professionensa ulkopuolelta (Harrison ja Pollitt 1995, 2–3). Erityisesti brittiläisessä terveydenhuollon johtamisen tutkimuksessa on viime vuosina merkittäväksi keskusteluksi noussut lääkärikunnan ja yleisjohdon keskinäinen suhde ja suhteeseen liittyvät jännitteet ja ongelmat (Edmonstone 2008; Davies ja Harrison 2003; Harrison ja Lim 2003; Ong 1997). Johtajien ja lääkäreiden suhteen ongelmien on katsottu olevan yksi lääkärikunnan kasvavan tyytymättömyyden syistä²³⁶ (Davies ja Harrison 2003; Smith 2001).

Suomalaisessa terveydenhuollon johtamisen tutkimuksessa ei keskustella lääkärikunnan ja yleisjohdon suhteesta, minkä oletan johtuvan siitä, että suomalaisessa palvelujärjestelmässä yleisjohdolla ei ole yhtä merkittävää asemaa kuin esimerkiksi brittiläisessä julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä NHS:ssä (National Health Service).

Sen sijaan suomalaisessa terveydenhuollon johtamisen tutkimuksessa managerialismi on ollut keskeisesti esillä (ks. alaluku 1.2). Managerialismi viittaa yksityiseltä sektorilta otettujen johtamisoppien ja käytäntöjen soveltamiseen julkisella sektorilla. Se on moniulotteinen käsite, jota Torppa (2007) tarkastelee ideologiana, reformina ja johtamisparadigmana. Torppa erottaa suomalaisessa julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa managerialistisen johtamisparadigman lisäksi kaksi perinteistä johtamisparadigmaa, byrokraattisen ja professionaalisen (Torppa 2007, 66–78). Johtamisparadigman muutoksena managerialismin tavoite on byrokraattisen ja professionaalisen vallan murtaminen ja resurssikeskeisen johtamisen muuttaminen tuloskeskeiseksi. Torppa toteaa, että managerialistinen johtamisparadigma ei ole Suomen erikoissairaanhoidossa syrjäyttänyt professionaalisen ja byrokraattisen johtamisen malleja. Hänen mukaansa sairaanhoitopiirien johtaminen on yhdistelmä byrokraattista, professionaalista ja managerialistista johtamista. (Torppa 2007, 199–200.)

²³⁶ Lääkärikunnan kasvanut tyytymättömyys on kuitenkin kansainvälinen ilmiö eikä rajoitu vain brittiläiseen palvelujärjestelmään (Edwards, Kornacki ja Silversin 2002).

Tässä tutkimuksessa managerialistinen johtamisparadigma tulee esille johtajien tavassa puhua tuloksesta, budjetista, tulosalueista ja tulosityksiköistä. Dokumenttiaineistossa se tulee esille organisaation rakenteiden niminä sekä joidenkin sairaanhoitopiirien tapana esittää arvoinaan managerialistisia toimintaperiaatteita (ks. alaluku 3.7.1). Tuloksella johtajat tarkoittivat tuotettuja palveluja. Tulosta seurattiin ja tuloksista puhuttiin erityisesti haastateltavien johtoryhmissä.

Tutkimusaineistossa osa haastateltavista on saanut sellaista johtamiskoulutusta, jossa myös managerialistinen näkökulma on keskeisesti esillä. Haastattelussa tulee esille myös johtajien halu palkita yksilöllisesti alaisiaan hyvin tehdystä työstä. Se ei kuitenkaan onnistu, koska byrokraattiselle johtamisparadigmalle tyypilliset ”pelisäännöt” ja professionaalisuudelle luonteenomainen professionsisäinen kontrolli estävät sen. Joidenkin keskijohtoon kuuluvien johtajien kokemaa oman vallan ja vastuun ristiriitaa (ks. alaluku 3.6.2.6) voi tarkastella managerialististen tavoitteiden (vastuu tuloksesta) ja byrokraattisen kontrollin (ylin johto ”nykäisee” vallan pois) välisenä ristiriitana.

Täten managerialistinen johtamisparadigma ilmenee tässä aineistossa lähinnä johtajien tavassa puhua, mutta vain niukasti sairaalaorganisaation managerialistista johtamisparadigmaa toteuttavan toiminnan kuvauksena. Managerialistinen näkökulma ei muuta tämän tutkimuksen antamaa kuvaa siitä, että sairaalat ovat ammatillisbyrokraatioita. Huolimatta 15 viime vuoden aikana erikoissairaanhoidossa tehdyistä mittavista uudistuksista, vanhat byrokraattis-hallinnolliset ja professionaaliset rakenteet ja toimintatavat näyttävät tämän tutkimuksen perusteella säilyneen.

Havainto on samansuuntainen joidenkin aikaisempien kotimaisten tutkimusten kanssa (esim. Torppa 2007; Wiili-Peltola 2005). Myös kansainvälisen tutkimuksen valossa sairaalat ammatillisbyrokraatioina näyttävät hyvin hitaasti muuttuvilta. Brittiläisessä julkisessa terveydenhuollossa on viime vuosikymmenien aikana toteutettu lukuisia rakenteellisia reformeja, esimerkiksi yleisjohdon lanseeraaminen sairaaloihin 1980-luvun puolivälissä. Näille uudistuksille on Andersson-Wallacen (2005) mukaan yhteistä, että haluttuja rakenteellisia muutoksia ei ole saavutettu tai niistä saavutettuja hyötyjä ei ole pystytty tutkimuksissa vahvistamaan. (Andersson-Wallace 2005, 167–168.) Ham ja Dickinson (2008) totesivat, että kaikista uudistuksista huolimatta lääkärien autonomia on säilynyt jokseenkin entisellään, ja brittiläiset terveydenhuolto-organisaatiot toimivat edelleen Mintzbergin kuvaaman ammatillisbyrokration tapaan. Muutokset, joihin lääkärikuntaa ei ole saatu sitoutumaan²³⁷ eivät ole johtaneet todellisiin,

²³⁷ Esimerkiksi laadunhallintaan liittyvät uudistukset.

tutkimuksella todennettuihin parannuksiin. Epäviralliset johtajat ja vanhat verkostot toimivat virallisten rakenteiden rinnalla (ibid.). Vanhojen käytäntöjen ja rakenteiden säilyminen uusien rinnalla on todettu myös amerikkalaisessa terveydenhuoltotutkimuksessa (Alexander ym. 2003; Scott ym. 2000).

Ammattilaisbyrokratian hidas muutosnopeus on teoreettisesti ymmärrettävää. Koska professionaalit ovat ammattilaisbyrokratiassa keskeisessä asemassa, ei todellinen muutos ole mahdollinen ilman heidän aktiivista myötävaikutustaan. Se edellyttää heiltä hyväksymistä, ja hyväksyminen puolestaan edellyttää, että suunniteltu muutos on heidän sisäistämänsä arvopohjan mukainen. Ylhäältä päin määrätyt reformit epäonnistuvat, jäävät näennäisiksi tai pinnallisiksi ilman ammattilaisten hyväksyntää. Täten muutos virallisissa organisaatiomäärityksissä tai johtamispuheessa ei vielä merkitse muutosta sairaalaorganisaation toiminnassa.

4.3 Johtopäätökset ja käytännön merkitys sairaalan johtamiselle

Esitän tämän tutkimuksen perusteella seuraavat johtopäätökset, jotka koskevat johtajan toimintakenttää julkisessa erikoissairaalassa lääkäri- tai hoitajataustaisen ylimpään johtoon tai keskijohtoon kuuluvan johtajan näkökulmasta:

1. Johtajan toimintakenttä on monimutkainen kokonaisuus, jolle ovat ominaisia muun muassa toisiinsa kietoutuvat arvot, kulttuurit ja yhteisölliset rakenteet. Arvot, kulttuuriset käytännöt ja käsitykset yhteisöllisistä rakenteista ovat suurelta osin yhteisesti jaettuja, mutta vain osittain tiedostettuja.
2. Tapa organisoida erikoissairaaloita heijastaa lääketieteen kehitystä, jolla on useiden vuosisatojen, jopa vuosituhansien perinteet. Erikoissairaalat toistavat samaa organisointitapaa kuin yliopistolliset sairaalat, jossa lääkäreitä ja muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä koulutetaan. Se voi palvella potilaan etua, mutta ei suoranaisesti perustu siihen.
3. Lääketieteen erikoisaloilla on erikoissairaaloiden johtamisessa ja toiminnassa erityisen keskeinen merkitys. Pääosin sairaalat organisoidaan toiminnallisesti, rakenteellisesti ja fyysisesti erikoisalakohteisesti. Samaan erikoisalaan kuuluvat ammatillaiset käyttäytyvät tai heidän oletetaan käyttäytyvän samantapaisella tavalla. Erikoisalojen välinen rajapinta voi olla erityisen suuri

psykiatrian, kirurgian ja sisätautien välillä. Keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat samastuvat erikoisalaansa enemmän kuin organisaatioonsa.

4. Jaetut kulttuuriset toimintatavat ovat sairaalayhteisöissä erityisen merkittäviä käyttäytymisen ohjaajia ja selittäjiä. Kulttuuriset käytännöt ankkuroituvat terveydenhuollon perinteiseen toimintatapaan.
5. Lääkärit ja hoitajat ovat keski- ja ylimpään johtoon kuuluville lääkäri- ja hoitajataustaisille johtajille keskeiset ammattikunnat. Molemmilla ammattikunnilla on oma linjaorganisaationsa siitä huolimatta, että niitä ei aina ole organisaatiokaavioon tai muihin virallisiin organisaatiomäärittäjiin selkeästi merkitty. Virallisiin organisaatiomäärittäjiin osoitettu sairaalan toiminnallinen ohjausjärjestelmä yhdistettynä professionaaliseen ohjaukseen kuuluvaan lääkärin ja hoitajien linjaorganisaatioihin merkitsee faktisesti matriisimaista organisoitumista, jonka olemassaoloa johtajat eivät kuitenkaan tiedosta.
6. Sairaaloiden johtajilla on perustavaa laatua olevia vastuuseen, valtaan, tilivelvollisuuteen ja esimiehisyyteen liittyviä epäselvyyksiä, joita he tunnistavat vain osittain.
7. Sairaaloissa vallitsee implisiittinen sekajohtamismalli, joka yhdistää byrokraattisen, professionaalisen ja managerialistisen johtamisen ja organisoinnin elementtejä. Managerialistiset uudistukset ja johtamisparadigma näkyvät virallisissa organisaatiomäärittämissä ja johtajien tavassa puhua tuloksesta ja taloudesta, mutta ilmenevät vain vähän toimintana. Toimintaa ohjataan erityisesti byrokraattisella kontrollilla ja professionaalilla johtamisella.
8. Aineiston erikoissairaalat ovat professionaalisia byrokraatioita. Rakenneanalyttisesti ne ovat hybridiorganisaatioita, joissa spesialiteettikohtaiset funktionaaliset piirteet ovat keskeisesti esillä. Niissä on myös kohdassa 5 mainitulla tavalla matriisiorganisaation ominaisuuksia.
9. Tutkimuksessa silmäänpistävä johtajien konsensushakuisuus, jopa konsensusvaatimus, saattaa heijastaa sairaalaorganisaation herkkää valtatasapainoa ja niin sanottua neuvoteltua sosiaalista järjestystä. Vaatimus konsensuksesta vaikeuttaa yhteisten ongelmien avointa käsittelyä sekä muutosten toteuttamista. Se on omiaan siirtämään vallankäyttöä pois näkyviltä, esimerkiksi asioiden valmistelutyöhön sekä areenoille, joille kaikilla toimijoilla ei ole pääsyä.

10. Potilaan parasta korostava arvopohja on johtajien toiminnan perusta. Se antaa monimutkaisessa ja ristiriitaisessa toimintakentässä suunnan, minne edetä.

Edellä esitetyistä johtopäätöksistä (erityisesti 1–4 ja 8–9) seuraa, että erityisesti muutoksen johtaminen on erikoissairaalassa vaativaa. Johtajan toimintakentässä sairaalassa vaikuttaa ilmiöitä, jotka ylläpitävät perinteisiä, olemassa olevia toimintatapoja²³⁸. Suuret ja nopeat, todelliset ja tavoitteidenmukaiset parannukset (“quick fix”) ovat erikoissairaaloiden johtamisessa ja organisoinnissa epärealistisia. Todennäköisempää on, että muutos jää näennäiseksi, osittaiseksi tai sen aikaansaaminen kestää huomattavasti kauemmin kuin oletetaan. Toiminnallisen muutoksen saavuttaminen tuskin onnistuu esimerkiksi vain niin sanottujen johtamisoppien tai organisaatiouudistusten avulla²³⁹. Muutoksen ja sen esteiden juuret nousevat syvemältä, kulttuureista, arvoista jopa koulutusjärjestelmistä. Muutoksen johtaminen edellyttää johtajan toimintakentän syvällistä ymmärtämistä ja siihen perustuvaa johtamista.

Mielestäni terveydenhuollon substanssiosaamisesta, kuten ammattitaustasta, voi olla johtajalle tässä suhteessa hyötyä. Suomalaisissa erikoissairaaloissa klinisen toiminnan johtajat, myös ylimpään johtoon kuuluvat, tulevat pääosin terveydenhuollon substanssiosaajista. Tämä merkitsee mahdollisuutta, joka on sairaaloiden johtamisessa hyödynnettävissä. Terveydenhuollon ammattitausta ei mielestäni anna valmiutta johtaa, mutta se antaa toimintakentän ymmärtämisen kannalta hyviä valmiuksia opetella johtamista. Toki substanssitaustaiseen johtajuuteen liittyy ongelmia, joita tulee esille myös tässä tutkimuksessa²⁴⁰. Niiden olemassaolosta, laadusta ja hoitamisesta löytyy tutkimustietoa. Esimerkiksi lääkäritaustaisten johtajien johtamiseen liittyvistä tyypillisistä ongelmista on olemassa runsaasti kansainvälistä tutkimustietoa (ks. yhteenveto Johnson 2009, 336–339). Sitä voitaisiin nykyistä enemmän hyödyntää sekä sairaaloita johdettaessa että johtajia koulutettaessa. Johtamiskoulutusta ei mielestäni tule rajoittaa vain johtavassa asemassa oleviin. Perustietämystä tulee antaa jo henkilöille, joista voi tulla johtajia, esimerkiksi hoitajille ja lääkäreille, joista voi tulla lähiesimiehiä.

Erikoissairaaloiden toiminta perustuu ammattilaisten osaamiseen. Ammattilaisia tulee mielestäni kouluttaa ymmärtämään, että johtaminen ei ole

²³⁸ Tutkimusaineistosta esille tulevien ilmiöiden lisäksi kirjallisuudesta on löydettävissä sellaisia lisää. Esimerkiksi psykodynaamisesta näkökulmasta tietyt samanlaisina toistuvat käytännöt saattavat olla merkityksellisiä sairaalan henkilöstön oman ahdistuksen hallinnassa (Roberts 2005; Menzies 1960).

²³⁹ En tarkoita, ettei niistä voisi olla apua.

²⁴⁰ Esimerkiksi johtajien epäselvät toimenkuvat ja perehdyttämisen puuttuminen (ks. alaluku 3.6.3).

“hallinto”, “käskyttämistä” tai ylipäätään joitakin yksittäisiä toimenpiteitä²⁴¹, vaan johtaminen tulisi nähdä johdonmukaisena toimintana, jolla sairaalaorganisaatiota viedään kohti yhteisiä tavoitteita. Siinä kaikki ovat ammattitautustaan ja hierarkkisesta asemastaan riippumatta vastuullisia. Hyödyntämällä suomalaisen erikoissairaalarajajärjestelmään kuuluvaa substanssijohtajuuden perinnettä sekä panostamalla laaja-alaiseen johtamiskoulutukseen voidaan mielestäni vähentää riskiä ammattilaisten ja ylimmän johdon ristiriitojen kärjistymisestä.

Matriisiorganisaatioiden ominaisuuksista on olemassa runsaasti tutkimustietoja 1970- ja 1980-luvuilta, ja niiden tutkimus on vilkastunut uudelleen tällä vuosikymmenellä. Myös terveydenhuollon matriisiorganisaatioista on olemassa jonkin verran ulkomaista tutkimustietoa (ks. yhteenveto Tevameri ja Kallio 2009). Tietoa matriisiorganisaatioista voi mielestäni käyttää hyväksi myös suomalaisia terveydenhuolto-organisaatioita johdettaessa ja uudistettaessa. Se kuitenkin edellyttää, että tiedostetaan ja tunnustetaan nykyisen organisoitumistavan samankaltaisuudet matriisiorganisaatioiden kanssa ja puhutaan organisaatioista mieluusti niiden oikeilla nimillä.

Erikoissairaaloille on tämän tutkimuksen mukaan tyypillistä voimakas horisontaalinen differentioituminen. Tällaisen erikoistuneen ja pirstaleisen kokonaisuuden johtaminen on vaativaa, mikä merkitsee haastetta kokonaisuudesta vastaavalle ylimmälle johdolle. Miten johtaa kokonaisuutta organisaatiossa, jossa ammattilaisten ja ylimmän johdon konfliktiriski on erityisen suuri (ks. alaluku 4.2.2)²⁴² ja jossa ammattilaisetkin ovat jakaantuneet keskenään kilpaileviin klikkeihin?

Erilaisuutta voi mielestäni tasapainottaa korostamalla asioita, jotka ovat toimijoille yhteisiä. Tämän tutkimuksen mukaan johtajien arvopohja on ammattitautustasta riippumatta terveydenhuollon perinteisen arvopohjan mukainen. Potilaan paras on yhteinen toiminnan ohjuri. Se viitoittaa toimintaa silloinkin, kun muu ohjaus on ristiriitaista. Potilaan parhaan edistäminen legitimoit koko sairaalainstituution olemassaolon. Näin tulee ollakin eikä tätä yhteistä arvopohjaa tule mielestäni vaarantaa, hämärtää tai liudentaa esimerkiksi nimittämällä sairaalan arvoiksi managerialistisia toimintaperiaatteita.

Mielestäni terveydenhuolto-organisaatioiden toimintaa ja johtamista tulee arvioida siitä näkökulmasta, miten hyvin ja järkiperäisesti ne edistävät potilaan parasta. Järkiperäisyyttä voidaan arvioida myös taloudellisuutta, tehokkuutta

²⁴¹ Ks. nuorten lääkärin käsityksiä johtamisesta ja lääkärijohtamisesta Nuori Lääkäri 12/2008.

²⁴² Suomessa paljon julkisuutta kesällä ja syksyllä 2008 saanut HUS:n organisaatiouudistus esitettiin tiedotusvälineissä ylimmän johdon ja ammattilaisten välisenä konfliktina.

ja vaikuttavuutta kuvaavien mittareiden avulla, mutta mittareista ei saa tulla itsetarkoitusta. Niiden tulisi olla saatavissa toiminnan oheistuotteina automaattisten tietojärjestelmien avulla.

Terveysthuollossa potilaan paras on mielestäni johtamisen kannalta vastaavassa asemassa kuin yritystoiminnassa arvo asiakkaalle. Sen tulisi näkyä kaikessa sairaalan toiminnassa, myös johtamisessa. Sairaaloitten johtamisessa tulisi mielestäni lähtökohtaisesti suhtautua kriittisesti kaikkiin sellaisiin toimintoihin, jotka eivät edistä potilaan parasta siitä huolimatta, että niitä voidaan perustella joistakin muista syistä²⁴³.

Koska ammatillisessa byrokratiassa ammattilaiset jo lähtökohtaisesti hallitsevat työnsä ja ovat tarkkoja omasta autonomiastaan, ei heitä mielestäni tulisi johtaa yksityiskohtaisesti ohjeistamalla tai antamalla määräyksiä. Mielestäni sairaalassa ylimmän johdon keskeinen tehtävä on toimia fasilitaattorina luomalla edellytyksiä ammattilaisten toiminnalle. Se edellyttää irrottautumista byrokraattisen ohjeistajan roolista. Viralliset palaverit ja sähköpostivaihto eivät korvaa henkilökohtaista, kasvokkaista vuorovaikutusta.

Kokonaisuuden johtamista voidaan tarkastella myös sairaalaorganisaation koordinaatiomekanismien näkökulmasta. Erilaistumisen vastapainoksi tarvitaan yhdistämistä ja kokonaisuuden hallintaa. Henry Mintzberg (1983, 3–9) erottaa viisi koordinaatiomekanismia, jotka ovat keskinäinen sopiminen, suora ohjaus sekä tietojen ja taitojen, työprosessin tai lopputuotteiden standardointi. Myöhemmin Mintzberg täydentää listaa vielä yhdellä koordinaatiomekanismilla, normien standardoinnilla (1989, 293–297).

Sholom Globerman ja Henry Mintzberg (2001a ja 2001b) tutkivat brittiläisiä terveydenhuolto-organisaatioita ja totesivat ne kompleksisiksi, voimakkaasti differentioituneiksi ja vaikeasti johdettaviksi organisaatioiksi²⁴⁴. Heidän mukaansa sairaanhoidossa tietojen ja taitojen standardointi toimi pääasiallisena koordinaatiomekanismina. Sen lisäksi tarvitaan avointa, epämuodollista ja hierarkioista riippumatonta toimijoiden välistä vuorovaikutusta (*mutual adjustment*) sekä yhteisiä arvoja, kulttuuria ja uskomuksia, joiden avulla kontrolli voidaan ulkoistaa (*enhancing culture*). He esittivät, että näin ulkoistettu kontrolli on viime kädessä pitänyt terveydenhuoltojärjestelmän toiminnassa²⁴⁵.

²⁴³ Toki ymmärrän, että sairaalan toimintaan vaikuttaa muitakin legitiimejä intressejä kuin potilaan etu, esimerkiksi yhteiskunnan tarve kontrolloida julkisia organisaatioita. Esittämälläni vertauksella haluan kuitenkin tuoda esille mielestäni hyödyllisen ja yksinkertaisen ajattelutavan, ”happotestin”, erityisesti johtajan oman toiminnan reflektointiseksi.

²⁴⁴ Globerman ja Mintzberg (2001 a) totesivat, että brittiläiset sairaalat ovat jakaantuneet neljään erilaiseen ”maailmaan” (community, control, cure, care), joiden välillä vallitsee jännite.

²⁴⁵ “Indeed, what has likely kept this system together so far are the shared norms of the providers: the plain, old-fashioned altruism of concerned physicians, committed nurses, and dedicated managers, among others” (Globerman ja Mintzberg 2001b, s. 73).

Tämä tutkimus puoltaa Globermanin ja Mintzbergin (2001b) argumentaatiota. Johtajien yhteinen, potilaan parasta korostava arvopohja merkitsee kontrollin ulkoistamista. Tutkimuksessa tulee esille erityisesti ylimpään johtoon kuuluvien johtajien spontaani ja epämuodollisiin tapaamisiin perustuva yhteistyö (ks. alaluku 3.6.4). Mielestäni se edustaa Mintzbergin (1983, 3–9) tarkoittamaa tapaa koordinoita organisaation toimintaa keskinäisen yhteistyön avulla. Lisäksi johtajat mainitsivat haastatteluissa runsaasti erilaisia toistuvia, kasvokkaisia vuorovaikutustapahtumia, kuten erinimisiä palavereja (ks. liite 14). Sairaalaorganisaation johtamisen kannalta ne voidaan katsoa koordinaatioareenoiksi, joissa toimijat voivat sovittaa tekemisiään yhteen (vrt. mutual adjustment).

Tämän tutkimusaineiston erikoissairaalat ovat monimutkaisia organisaatioita, joissa on paljon toimijoita. Toimijoiden väliset suhteet ovat niin ikään monimutkaisia ja eri tavoin toisiinsa kietoutuneita. Toiminnan ohjureita on useita, esimerkiksi arvot, kulttuuri ja virallinen ohjeistus. Erikoissairaalaorganisaatiot eivät tutkimuksen mukaan toimi konemaisesti lineaarista syy-seurauslogiikkaa noudattaen, vaikka niitä tutkimuksen mukaan sellaisella olettamalla johdetaankin.

Tutkimuksen välittämä kuva erikoissairaaloista sopii mielestäni hyvin myös kompleksiteettiteoreettiseen näkökulmaan terveydenhuolto-organisaatioista. Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa isojen terveydenhuolto-organisaatioiden on todettu olevan kompleksisia järjestelmiä: niissä on paljon toimijoita, joiden välinen vuorovaikutus pohjautuu kunkin omaan valintaan. Kompleksisessa järjestelmässä alkuarvot eivät determinoi lopputulosta, mahdollisia lopputuloksia on lukemattomia eikä niitä voida varmuudella ennustaa²⁴⁶. (Sweeney 2005.) Kompleksisissa järjestelmissä on kuitenkin sopeutumiskykyä, joka perustuu järjestelmän osasten vuorovaikutukseen.

Terveydenhuolto-organisaatioita on tarkasteltu kompleksisina sopeutumiskykyisinä järjestelminä (*complex adaptive systems*) 1990-luvulta alkaen. (Begun ym. 2003.) Kompleksiteettiteoriaan tukeutuva näkökulma terveydenhuolto-organisaatioiden johtamiseen painottaa toimijoiden välistä vuorovaikutusta, yhteisen suunnan korostamista sekä toiminnan luonteen ymmärtämistä. Deterministiseen syy-seurausajatteluun perustuva yksityiskohtainen johtaminen saattaa olla jopa haitallista, koska se heikentää organisaation kykyä sopeutua ja itseorganisoitua. Kompleksista organisaatiota johdetaan minimispesifikaatiolla, kuten sopimalla suunta, rajat, resurssit ja luvat (Plsek ja Wilson 2001). Johtajan tulisi ymmärtää, miten organisaatio

²⁴⁶ Esimerkkejä kompleksisista järjestelmistä ovat termiittikeko, immuunijärjestelmä, rahamarkkinat, ihmisyhteisö tai kompleksinen organisaatio.

käytännössä toimii (“how things work round here”) sekä tunnistaa ja puuttua odottamattomiin asioihin (Sweeney 2005). Toimijoiden väliset suhteet ovat johtamisessa avainasemassa. Verkostojen kehittäminen, kommunikaation ja vuorovaikutuksen edistäminen ja kollektiivisen työskentelyn kehittäminen ovat kompleksiteettiteoreettisesta viitekehyksestä relevanttia johtamista (Plsek ja Wilson 2001).

Tämän tutkimuksen pohjalta erikoissairaaloita voidaan perustellusti tarkastella sekä koordinaatiota vaativina professionaalisisina byrokratioina että kompleksisina, sopeutumiskykyisinä järjestelminä. Molemmista näkökulmista on perusteltua painottaa johtamisessa kahta asiaa: yhteisen suunnan näyttämistä ja toimijoiden välisen vuorovaikutuksen kehittämistä.

4.4 Tutkimuksen merkityksen arviointia

Kuten alaluvussa 1.2 totesin, terveydenhuollon johtamisen tutkiminen on monitieteistä, ja keskustelu jakaantuu useaan alakeskusteluun. Keskustelun hajaantuminen on ymmärrettävää, koska aihealue on laaja ja yhteiskunnallisesti hyvin merkittävä. Kansallisesti toisistaan eroavat terveydenhuollon palvelujärjestelmät luovat osaltaan moninaisuutta terveydenhuollon johtamisen keskusteluun.

Tämä tutkimus käsittelee suomalaisten lääkäri- ja hoitajataustaisten, keski- ja ylimpään johtoon kuuluvien johtajien toimintakenttää julkisissa erikoissairaaloissa. Johtajan toimintakentällä sairaalassa tarkoitan johtajan sairaalatyöhön liittyvää, ihmisistä, ihmisten välisistä suhteista ja niihin liittyvistä ilmiöistä sekä fyysisistä rakenteista, kuten rakennuksista, koneista ja laitteista koostuvaa toimintaympäristöä ja kontekstia. Täten tutkimuksen mielenkiinnon aihe on laaja, ja tutkimus liittyy useampaan alaluvussa 1.2 kuvamaani tieteelliseen keskusteluun.

Johtajan toimintakenttä erikoissairaalassa antaa mielestäni laaja-alaisen ja kokonaisvaltaisen kuvan johtajan toimintakontekstista sairaalassa. Sen avulla saadaan tietoa siitä, miten sairaalan johtamiseen liittyvät asiat ja ilmiöt käytännössä näkyvät johtajan näkökulmasta. Tutkimuksen avaama kuva johtajan toimintakentästä, hänen työstään ja sairaalan johtamisesta on mielestäni hyvin konkreettinen. Ilmiöt ja käsitteet nousevat johtajan arkipäivästä.

Osa tässä tutkimuksessa esille tulevista ilmiöistä on tunnistettu kirjallisuudessa jo aikaisemmin, ja niistä on käynnissä useita keskusteluja. Tämän tutkimuksen näkökulmasta tiettyjen keskustelujen relevanssi korostuu. Se ei riipu siitä, ovatko keskustelut “uusia” tai “vanhoja”, millä viitataan

johtamisen ja organisoinnin paradigmoissa havaittavissa olevaan historialliseen jatkumoon²⁴⁷. Laaja-alainen, aineistolähtöinen tarkastelu voi nostaa esille keskusteluja, jotka eivät juuri nyt “ole muodissa”. Mielestäni näin on käynyt tässä tutkimuksessa: tutkimus painottaa esimerkiksi rakenneanalyttisen ja kulttuurilähtöinen tarkastelun merkitystä. Edellinen “oli muodissa” terveydenhuollon johtamisen tutkimuksessa 1970–1980-luvuilla, ja jälkimmäisen kukoistusaika oli 1990-luvulla (Wiili-Peltola 2005, 22).

“Vanhatkaan” paradigmat eivät tutkimalla tyhjene. Ne kehittyvät tiedon kasvaessa. Tämä tutkimus lisää tietoa esimerkiksi sairaalan yhteisöllisistä ja rakenteellisista ulottuvuuksista. Se nostaa lääketieteen erikoisalat sairaalan johtamisen keskiöön. Lisäksi tutkimus osoittaa mielestäni rakenteisiin liittyviä ristiriitaisuuksia sekä selkeyttää ja monipuolistaa kuvaa hierarkkisuudesta sairaalayhteisössä²⁴⁸. Samalla se osoittaa, että managerialistisilla uudistuksilla on erikoissairaaloiden lääkäri- ja hoitajataustaisten, keski- ja ylimpään johtoon kuuluvien johtajien näkökulmasta tässä aineistossa melko vähäinen merkitys. Vanhat rakenteet säilyvät ja vanhat toimintakäytännöt jatkuvat, vaikka nimitykset vaihtuvat. Tällä tavoin kokonaisvaltainen tarkastelu mahdollistaa osallistumisen myös “uudempaan” managerialismikeskusteluun²⁴⁹.

Tarkastelemalla sairaalan johtamista johtajan toimintakentän kautta saadaan tietoa myös siitä, minkälaisessa suhteessa tietyt ilmiöt ovat toisiinsa nähden johtajan näkökulmasta. Tutkimusraportissa puhun toistuvasti kietoutuneisuudesta kuvatessani ilmiöiden välisiä suhteita. Kerron esimerkiksi, miten sairaalayhteisön yhteisölliset ja rakenteelliset ulottuvuudet kietoutuvat toisiinsa, vakiintuneisiin toimintatapoihin, fyysisiin rakenteisiin ja kulttuurisiin tapoihin toimia. Ilman johtajan toimintakentän mahdollistamaa laaja-alaista tarkastelutapaa se voisi jäädä huomaamatta. Tutkimalla samanaikaisesti lääkäri- ja hoitajataustaisten, keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien johtajien toimintakenttää saadaan tietoa siitä, miten tietyt ulottuvuudet eroavat toisistaan ja millainen on niiden keskinäinen suhde.

Johtajan toimintakentän tutkimisen antama kokonaisvaltainen kuva on mielestäni perusteltua myös tutkimuksen pragmaattisen kontribuution kannalta. Sairaaloiden johtamisen ja organisoinnin kehittäminen edellyttää laaja-alaista tietopohjaa. Johtajan toimintakenttää sairaalassa tutkimalla

²⁴⁷ Tiettyinä aikana toiset paradigmat ovat keskiössä ja toiset syrjemmällä (Seeck 2008; Handel 2003). Sama ilmiö on todettavissa suomalaisessa ja kansainvälisessä terveydenhuollon johtamisen tutkimuksessa (Johnson 2009; Wiili-Peltola 2005, 22).

²⁴⁸ Rakenneanalyttisen tarkastelun merkitys terveydenhuollon johtamisen ja organisoinnin tutkimuksessa on oman arvioni mukaan nousussa. On olemassa viitteitä siitä, että erikoissairaanhoidon yksiköiden toimintaa pyritään organisoimaan aidosti uudenlaisten rakenteiden avulla, mikä edellyttää yksiköiden rakenneanalyttistä tarkastelua (ks. Tevameri ja Kallio 2009).

²⁴⁹ Managerialismikeskustelu on ollut suomalaisen terveydenhuollon johtamisen keskustelun keskiössä erityisesti tällä ja osin edellisellä vuosikymmenellä (ks. alaluku 1.2).

hankittu tieto on mielestäni sairaaloiden kehittämistyön kannalta avaintietoa, koska se kertoo muutoksen avainhenkilöiden, sairaalan keski- ja ylimpään johtoon kuuluvien johtajien näkökulmasta. Ilman johtajan toimintakentän tutkimisen mahdollistamaa kokonaisvaltaista tarkastelua minun ei olisi mahdollista pohtia sairaaloiden johtamisen kehittämistä alaluvussa 4.3 esittämälläni tavalla.

Tieteellisen keskustelun kontribuoiminen edellyttää, että keskusteluun tuodaan jotain uutta. Tutkimuksessa tulee esille jonkin verran sellaista tietoa, jota ei ole ainakaan suomalaisessa terveydenhuollon johtamisen tutkimuksessa aiemmin raportoitu. Sellaisista esimerkkeinä mainitsen alaluvussa 3.4 esittämäni vakiintuneet toimintatavat, jotka ovat tutkimusaineistossa yhteisiä eri sairaaloissa työskenteleville johtajille. Mielestäni näiden nimettyjen, yksittäisten toimintatapojen osoittaminen ei erityisesti edistä teorian kehittämistä, vaikka niitä ei olisi aiemmassa tutkimuksessa mainittukaan. Kulttuurin ja kulttuuristen käytäntöjen merkitys suomalaisissa terveydenhuolto-organisaatioissa on ennestään tunnettu asia (Heino, Vuori, Taskinen ja Turpeinen 2005; Wiili-Peltola 2005; Kinnunen ja Vuori 2005, Viitanen ja Lehto 2005; Enckell 1998; Viitanen 1997; Vuori 1995; Kinnunen 1992 ja 1990). Niitä on epäilemättä löydettävissä tutkimuksella lisää. Täten tutkimuksessa esittämäni vakiintuneiden toimintatapojen osoittaminen ei mielestäni vielä kehitä teoriaa terveydenhuolto-organisaatioiden kulttuurista. Se korostaa kulttuurien merkitystä, mutta tulos jää mielestäni asiatiedon tasolle. Yksittäisten kulttuuristen ilmiöiden osoittamista merkittävämpänä pidän sen osoittamista, miten ne liittyvät laajempaan ilmiökenttään: Mikä niitä selittää ja mitä niistä seuraa? Esimerkiksi, mitä seuraa siitä, että suositaan konsensushakuista toimintakäytäntöä tai miten selittää toimintakäytäntöjä, jotka näyttävät johtavan tasapäistämiseen? Kokonaisuutena tutkimuksessa kulttuurin merkitys painottuu, koska kaikki tutkimuksessa esille tulevat ulottuvuudet kietoutuvat vahvasti kulttuuriulottuvuuteen. Kulttuuristen ilmiöiden laaja-alaisuuden ja kietoutuneisuuden konkreettinen esille tuominen sairaalakontekstissa tuovat mielestäni lisäarvoa myös terveydenhuollon johtamisen kulttuurikeskusteluun.

Mielestäni tutkimuksen merkittävin teoreettinen kontribuutio ja samalla "uutuusarvo" liittyy siihen, että se osoittaa millainen merkitys spesialiteeteilla, lääkärien ja hoitajien ammattikunnilla, sairaalayhteisön toimijoiden valta-, vastuu- ja tilivelvollisuussuhteilla sekä työnjakoon liittyvillä suhteilla on johtajan toimintakentässä sairaalassa. Lisäksi tutkimus korostaa terveydenhuollon perinteisen ja yhteisen arvopohjan merkitystä sairaaloiden johtamisessa ja toiminnassa.

Osa tutkimuksen tuloksista on yhteneväisiä tai samansuuntaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa. Esimerkkinä mainitsen lääkärijohtajuuteen

liittyvän ristiriidan lääkarintyön ja johtamisen välillä. Tuota ilmiötä on aikaisemmassa tutkimuksessa monipuolisesti kuvattu ja analysoitu (esimerkiksi Iedema ym. 2003; Tuomiranta 2002; Viitanen, Wiili-Peltola ja Lehto 2002; Östergren ja Sahlin-Andersson 1998). Tällaisten tutkimustulosten osalta tämän tutkimuksen uutuusarvo liittyy osaksi siihen, että jo aikaisemmin, muunkaltaisilla menetelmillä todettu ilmiö tulee esille myös tässä tutkimusasetelmassa. Täten metodi näyttää toimivan.

Lisäksi tutkimus antaa jotain uutta tietoa jo aikaisemmin tunnetusta ilmiöstä paljastamalla tunnettuun ilmiöön liittyviä, aikaisemmin raportoimatta tai vähäiselle huomiolle jääneitä asioita. Sellaisesti esimerkkinä mainitsen, että lääkärijohtajuuteen liittyvä ristiriita johtamisen ja lääkarintyön välillä koskee tässä aineistossa sekä keskijohtoon että ylimpään johtoon kuuluvia lääkärijohtajia.

Täten tällä tutkimuksella on mielestäni kolmenlaista kontribuutiota: Johtajan toimintakentän tutkimus tässä esitetyllä tavalla on mielestäni menetelmällisesti onnistunut ja uusi tapa tutkia sairaaloiden johtamista. Se antaa jonkin verran uutta tietoa erikoissairaaloiden toiminnasta, johtamisesta ja johtajista. Lisäksi se auttaa nostamaan esille runsaasti ajatuksia ja teorioita, jotka lisäävät ymmärrystä aihealueesta. Täten tutkimus tuottaa kontribuutiota kaikilla kolmella Easterby-Smithin ym. (2002, 153) mainitsemalla tavalla: tutkimus lisää substanssietämystä, kasvattaa teoreettista ymmärrystä ja hyödyntää tutkimusmenetelmien kehittämistä.

Toki tutkimuksessa soveltamaani tapaan tutkia johtajan toimintakenttää sairaalassa liittyy myös ongelmia. Tutkimuksen laajasta mielenkiintoalueesta ja pyrkimyksestä aineistolähtöisyyteen on seurauksena, että aineistosta tulee laaja. Sen analyysi on työlästä ja vaikeasti hallittavaa, mikä merkitsee riskiä tutkimuksen laadulle. Tulokset voivat jäädä pinnallisiksi. Kokonaisuuden raportointi on hankalaa, koska samoja ilmiöitä täytyy sivuta eri yhteyksissä, mikä merkitsee tasapainoilua luettavuuden ja turhan toiston välillä. Tulosten julkaiseminen voi myös tuottaa käytännön ongelmia, koska tutkimus kertoo vähän paljosta eikä päinvastoin. Terveystieteiden johtamisen keskustelun hajaantumisen johtuu, että saattaa olla vaikea löytää erityisesti kansainvälistä keskustelua, johon voisi osallistua.

4.5 Tutkimuksen menetelmällistä arviointia

Tässä alaluvussa arvioin tutkimustani menetelmälliseltä ja eettiseltä kannalta. Yksinkertaistaen sanottuna arvioin menettelytapoja ja aineistoja, jonka avulla olen päätenyt tutkimuksen tuloksiin²⁵⁰. Alaluvussa 4.4 arvioin, mikä merkitys (kontribuutio) tällä tutkimuksella on terveydenhuollon johtamisen keskustelulle ja sairaaloiden käytännön johtamiselle. Yhteistä menetelmiin ja merkittävyyteen liittyville näkökulmille on, että kumpikin on yhteydessä tutkimuksen laatuun.

Laadukkaan tutkimuksen on mielestäni oltava uskottava, vaikka uskottavuus ei olisikaan tieteellisen menetelmän päämäärä. Jari Ehrnroothin (1990, 36) mukaan “tieteellisen menetelmän päämääränä ei ole uskottavuus, vaan perusteltavuus”. Tällä Ehrnrooth viittaa siihen, että paras tieteellinen tutkimus on uskomusten vastaista eikä niitä tukevaa²⁵¹.

Haen tutkimukselle uskottavuutta luotettavuuden kautta. Laadullisen tutkimuksen laatua ja luotettavuutta voidaan arvioida useiden erilaisten kriteerien perusteella. Niiden käyttökelpoisuus on riippuvainen filosofisista ja metodologisista oletuksista, joille tutkimus perustuu (Eriksson ja Kovalainen 2008, 290–296). Tämä tutkimus rakentuu lähinnä realistisella ontologialle ja epistemologialle ja ilmentää täten lähtökohtaisesti faktanäkökulmaa, vaikei edustakaan sen “puhdasta” muotoa (ks. luku 2)²⁵². Siksi tämän tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida ensisijaisesti sen perusteella, miten pätevästi ja uskottavasti tutkimus toimii ikkunana todellisuuteen ja kuvaa johtajan toimintakenttää sairaalassa (Eskola ja Suoranta 1998, 212).

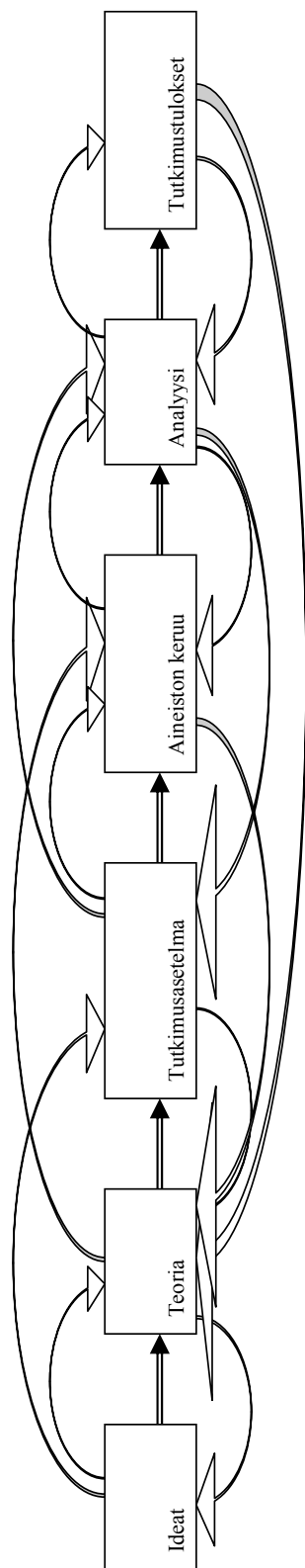
Tutkimuksen luotettavuuden arvioi viime kädessä lukija. Jotta se olisi mahdollista, tulee tutkimusraportista käydä selväksi, miten tutkija on tuloksiinsa päässyt. Tästä syystä esitän tutkimusraportissa eri luvuissa tutkimuksen lähtökohdat, kulun, taustaolettamani, aineiston laadun, keruun, käsittelyn ja analyysin, tulokset ja pohdin tulosten merkitystä. Perustelen sellaiset valintani, jotka arvioin merkittäviksi tutkimuksen luotettavuuden kannalta.

²⁵⁰ Seale (1999) puhuu metodeihin liittyvästä tietoisuudesta (*methodological awareness*): “Methodological awareness involves a commitment to showing as much as possible to the audience of research studies about the procedures and evidence that have led to particular conclusions, always open to the possibility that conclusions may need to be revised in the light of new evidence.” (Seale 1999, x).

²⁵¹ Ehrnrooth (1990, 34) puhuu *docta ignorata* eli opitusta tietämättömyydestä, jolla tarkoitetaan sellaista tiedon muotoa, johon ei sisälly sen omia periaatteita koskevaa tietoa. *Docta ignorata* voi vallita paitsi tutkijatasolla, myös tiedeyhteisön tasolla, jolloin tulosten toistettavuus voi johtua kollektiivisesta toistamispakosta eikä tutkijoiden pätevistä analyyseistä.

²⁵² Ymmärrän tiedon laajemmin kuin tiukasti faktanäkökulmaan pitäytyvä tutkija. Siinä suhteessa tutkimuksen ontologinen asemoituminen ei ole puhtaasti realistinen. Pysin ymmärtämään myös, miten haasteteltavat konstruoivat omaa näkemystään todellisuudesta. Lisäksi tuotan niistä omia tulkintojani. Täten tiedon hankinnassa sovellan myös konstruktivistista epistemologiaa.

Tutkimuksen etenemistä luonnehtii mielestäni spiraalimaisuus. Tutkimus ei rakennu toisiaan seuraavista vaiheista tai osista siten, että A:n jälkeen seuraa B ja sen jälkeen C. Sen sijaan eteneminen tapahtuu laaja-alaisesti useiden samaan aikaan tapahtuvien prosessien avulla siten, että B:n jälkeen palataankin A:han ja sitten uudelleen B:hen.



Kuvio 10. Spiraalimainen tutkimusprosessi (mukailtuna Berg 2007, 24)

Koko tutkimusprosessi koostuu oikeastaan kahdesta kuviossa 10 kuvatusta spiraalista, koska tätä tutkimusta edelsi esitutkimus. Spiraalimaisuuteen liittyy aineiston ja teorian vuorovaikutus koko tutkimusprosessin aikana. Eriksson ja Kovalainen (2008, 31–33) viittaavat samaan ilmiöön puhuessaan tutkimusprosessin kehämäisyydestä (circularity of research process). Täten tutkimuksessa soveltamani analyysi ei ole teorialähtöistä eikä puhtaasti aineistolähtöistä. Sitä voidaan mielestäni kutsua *teoriasidonnaiseksi*, jolla tarkoitetaan, että analyytiset ideat nostetaan aineistosta, mutta eivät ilman teoriaa. Aikaisempi tieto avaa uusia ajatuspolkuja ja toimii apuna analyysin etenemisessä. Teoreettisia käsitteitä ei luoda samalla tavoin tiukasti aineistoon pitäytyen kuin grounded theoryssa. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 98–99, 116–117.)²⁵³

Vastaavasti soveltamani päättely on abduktiivista. Termi abduktiivinen päättely liitetään ”pragmatismiin isään”, filosofi Charles S. Peirceen (1839–1914). Abduktio edustaa ”taaksepäin päättelyä” eli hypoteesien hakemista selittämään joitakin ilmiöitä Siinä yhdistyy induktiivinen ja deduktiivinen päättely. Sitä voi kutsua myös entäpä jos -päättelyksi. (Paavola ja Hakkarainen 2006, 270–272.) Hansonin (1958, 8–19) mukaan abduktiivisessa päättelyssä havainnoista saatuja vihjeitä käytetään tulkintojen perustana: Elävästä elämästä (tutkimusaineistosta) havaitaan yllättävä tosiasia. Havainnon tekijä pyrkii löytämään asialle selityksen (hypoteesin tai teorian), jota hän testaa vertaamalla hypoteesia ja aineistoa, kuten hypoteettis-deduktiiviseen päättelyyn perustuvassa tutkimuksessa. Erona hypoteettis-deduktiiviseen päättelyyn on, että hypoteesia ei johdeta teoriasta. Abduktiivisessa päättelyssä teoriaa verrataan aineistoon ja hypoteettis-deduktiivisessa aineistoa teoriaan. Toisaalta erona induktiiviseen tutkimusotteeseen on, että hypoteesit eivät synny aineistosta yleistämällä, vaan hakemalla mielenkiintoisia ilmiöitä ja kehittelemällä niille sellaisia selityksiä, jotka tekevät ne ymmärrettäviksi. Tutkija hakee yhteyttä havaintojensa ja käsitteiden, hypoteesien ja teorioiden välillä. Täten abduktiivinen päättely voidaan ymmärtää aineistosta teoriaan (bottom up) eteneväksi prosessiksi. (Paavola ja Hakkarainen 2006, 271–272.)

Peirceen mukaan hypoteeseja haetaan abduktiivisesti, niitä selvennetään deduktiivisesti ja lopuksi ne testataan induktiivisesti (CP6.469–473; CP 7.202–219). Kokonaisuutta voi kuitenkin kutsua abduktivistiksi, koska abduktiivisen päättely osuus siinä on korostunut (Paavola 1998).

²⁵³ Grounded theory –menetelmän (GT) ateoreettisuus on Gouldingin (2002, 107) mukaan yleinen väärinkäsitys, koska myös GT-tutkijan on hallittava aihealueeseen liittyvän teoria ja aikaisempi tutkimus. Hänen mukaansa GT-tutkija ei suinkaan mene kentälle ”tyhjällä päällä” (”blank sheet”), vaikka pyrkiiikin keräämään tutkimusaineistoa jo prosessin alkuvaiheessa, jotta tutkimuksesta ei tahattomasti tulisi jonkin teoreettisen ennako-oletaman testaamista (Goulding 2002, 55–56).

Tutkijalla ei ole varmuutta siitä, että hänen abduktiivisen päättelyn tuloksena kehittämä hypoteesi on paras mahdollinen ilmiön selittäjä. Voi olla mahdollista löytää toinen hypoteesi, joka selittää ilmiön vielä paremmin. Siksi tutkijan tulee hakea ilmiötä parhaalla mahdollisella, so. uskottavimmalla, tavalla selittäviä hypoteeseja (Kakkuri-Knuutila 1998, 303–313).

Luetettavuuteen pyrin myös johtajan toimintakentän monipuolisella, riittävän yksityiskohtaisella ja asioita kontekstiinsa liittäväällä kuvaamisella luvussa 3. Tulkintojeni läpinäkyvyyden lisäämiseksi esitän aineistosta runsaasti lainauksia sekä joitakin otteita laatimistani analyttisistä muistioista. Analysoin myös poikkeavia tapauksia ja esitän vaihtoehtoisia tulkintoja. Tavoitteenani on läpi koko tutkimusprosessin mahdollisimman suuri läpinäkyvyys, joka antaa lukijalle mahdollisuuden itse arvioida tulkintojani sekä halutessaan riitauttaa ne (Mäkelä 1990, 53).

Tutkimuksen arvioinnin kannalta on merkittävää, minkälaiseen aineistoon analyysi perustuu. Luvussa 2 esitin aineiston ja perustelut siitä, miksi päädyin teemahaastatteluihin ja sitä täydentävään dokumenttiaineistoon. Kerroin myös, että väljät haastatteluteemat selkeytyivät vähitellen lukemisen, esitutkimuksen ja varsinaisen tutkimuksen kuluessa. Mikä merkitys haastatteluteemoilla on tutkimustulosten kannalta? Koska analysoin koko haastatteluaineiston systemaattisesti, sain paljon tietoa sellaisistakin asioista, jotka eivät suoraan liittyneet mihinkään teemaan. Haastateltavat puhuivat paljon rahasta ja taloudesta, vaikka ne eivät kuuluneet haastatteluteemoihin²⁵⁴. Sama pätee spesialiteetteihin, joista sain paljon haastatteluaineistoa ja jotka ovat analyysissäni keskeisesti esillä. Olisinko saanut vielä merkittävämpää tietoa, jos olisin valinnut spesialiteetit yhdeksi teema-alueeksi? Tutkimusraporttia kirjoittaessani mietin usein, jäikö minulta saamatta jotain tärkeää tietoa johtajan toimintakentästä sairaalassa siitä syystä, että asia ei sisällynyt haastattelurunkooni eivätkä haastateltavat sitä itse ottaneet esille. Oletan, että kysymällä haastateltavilta esimerkiksi johtajien sukupuolen ja iän merkityksestä sairaalan johtamisessa, olisin saattanut saada sellaista tietoa, joka nyt ei tullut esille. Olisiko se muuttanut tutkimuksen antamaa kokonaiskuvaa johtajan toimintakentästä? Olisiko vastaavasti ollut riskinä, että rajoitetun haastatteluajan takia, olisin joutunut jättämään joitakin muita teemoja pois? Vaikka en pysty näihin kysymyksiin vastaamaan, mielestäni niiden tiedostaminen ja mahdollisesti ”puuttuvien teemojen” tunnistaminen on joka tapauksessa tärkeää jatkotutkimuksen kannalta.

Laadullisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse (Eskola ja Suoranta 1998, 210). Tutkijan persoona vaikuttaa

²⁵⁴ Tutkimustuloksissa raha ja talous ei ole kovin keskeisesti esillä. Tulin analyysissä siihen tulokseen, että keskustelu rahasta on osa laajempaa sairaalan toimijasuhteisiin liittyvää keskustelua.

todennäköisesti tutkimuksessa tehtyihin valintoihin ja tulkintoihin. Se voi selittää asioita, jotka ovat tutkimuksessa jääneet huomiotta. Tutkijan henkilöllä on myös merkitystä siinä vuorovaikutustilanteessa, jossa haastatteluaineistoa hankitaan. Koska kuitenkin itse tutkijana olen tutkimukseni keskeinen instrumentti, on omalla persoonallani merkitystä, kun lukija arvioi tutkimukseni luotettavuutta. Täten tutkimusprosessin läpinäkyvyys, luotettavuus ja viime kädessä uskottavuus edellyttävät tutkijan oman roolin arviointia. Sitä arvioin seuraavassa alaluvussa.

4.5.1 Tutkijan taustan ja roolin arviointia

Lääkärिताustani vaikuttanee tutkimukseeni monin tavoin. Vaikka en ole tehnyt kahteenkymmeneen viimeiseen vuoteen kliinistä lääkärintyötä, tunnistan itsessäni lääkärintiteetin²⁵⁵. Ilman henkilökohtaista terveydenhuollon taustaa olisin tuskin kiinnostunut johtajien toimintakentästä nimenomaan sairaalassa. Lääkäriys selittääni kielenkäyttöäni, esimerkiksi sitä, että puhun potilaista enkä niinkään asiakkaista (ks. alaviite 41). Lääkärिताustani on saattanut vaikuttaa myös metodologisiin valintoihini (ks. alaluku 2.1).

Lääkärijohtajien toimintakenttä sairaalassa oli minulle jo ennen tutkimukseni aloittamista tutumpi kuin hoitajajohtajien toimintakenttä. Tutkimuksessa pyrin tarkastelemaan asioita avarakatseisesti, ennako-olettamia ja ammattilähtöisiä arvostuksia välttäen. Tutkimusaineiston valinnassa en pyrkinyt ”puolueettomuuteen” esimerkiksi siten, että puolet haastateltavista olisi ollut hoitaja- ja puolet lääkärijohtajia (ks. alaluku 2.2).

Huomaan kyllä kirjoittaneeni enemmän lääkärijohtajista kuin hoitajajohtajista. Olen myös haastatellut useampia lääkäri- kuin hoitajajohtajia. Se ei kuitenkaan perustu mihinkään ennen haastattelujen aloittamista tekemääni valintaan. Analysoin aineistoa jo sitä hankkiessani, ja analyysiprosessi ohjasi edelleen aineiston hankintaa (vrt. Coffey ja Atkinson 1996, 6). Tästä syystä haastattelin ensimmäisen haastattelukierroksen jälkeen vielä uusia ylimpään johtoon kuuluvia johtajia – sekä lääkäreitä että hoitajia – koska se oli tulkintojeni kannalta perusteltua, eivätkä olemassa olevat haastattelut olleet johtaneet aineiston kylläntymiseen (Eskola ja Suoranta 1998, 62–63).

Tutkijan ammatillinen tausta voi vaikuttaa hänen kykyynsä havaita, ymmärtää ja analysoida sellaisia tutkimuskohteen piirteitä, jotka muuten

²⁵⁵ Olen säilyttänyt Suomen Lääkäriliiton jäsenyyden, kuulun Terveydenhuoltolääkärit ry:hyn, luen jonkin verran lääketieteellistä kirjallisuutta ja osallistun rajoitetusti lääkärien koulutuspäiville. Käyntikortissani mainitaan myös lääketieteellinen oppiarvoni.

voisivat jäädä vaille huomiota. Esimerkiksi osastonhoitajan ammattitaidon suoma ymmärryskyky saattaisi mahdollistaa keskijohtoon kuuluvien hoitajajohtajien haastattelujen tarkemman ja yksityiskohtaisemman analyysin. Sillä olisi ehkä vaikutusta aineiston hankintaan. Lopputulos voisi näkyä tutkijan tulkintojen rikkautena ja viime kädessä keskijohtoon kuuluvien hoitajajohtajien toimintakentän tarkempana kuvauksena kuin mitä olen tässä tutkimuksessa esittänyt.

Tutkijan taustalla tai tutkijan ja haastateltavien mahdollisilla aikaisemmilla henkilösuhteilla saattaa olla vaikutusta tutkimushenkilöiden käyttäytymiseen. Tuttujen haastatteluun liittyy tunnetusti tutkimuksen luotettavuuteen ja käytännön toteuttamiseen liittyviä ongelmia (Koskinen, Alasuutari ja Peltonen 2005, 112; Hirsjärvi ja Hurme 2004, 93–98). Siksi haastattelin mahdollisuuksien mukaan henkilöitä, joita en ennestään tuntenut.

Haastattelutilanteessa tutkijakollegani kertoi meidän tekevän tieteellistä tutkimusta sairaaloiden johtamisesta. Esittelin itseni ja kerroin tulevani Turun kauppakorkeakoulusta. Lisäksi mainitsin, että olen koulutukseltani lääkäri. Lääkäritaustani olin valmis tuomaan esille siitä syystä, että sen avulla pyrin osoittamaan sairaalan johtajille, että minulla on edellytyksiä ymmärtää heidän työtään ja heidän käyttämänsä kieltä. Se ei ole mielestäni itsestään selvää, jos tutkija sanoo tulevansa kauppakorkeakoulusta. Tutkimusraportin tulosluvussa olen useammassa yhteydessä arvioinut, miten oma taustani on saattanut vaikuttaa siihen, mitä haastateltavat jostakin asiasta ovat kertoneet²⁵⁶. Kauppakorkeakoulusta tuleva ja johtamisesta puhuva haastattelija voi herättää haastateltavissa lääkäreissä ja hoitajissa reaktiivisia odotuksia ja virittää heitä puhumaan toimintakentästään toisella tavalla kuin esimerkiksi lääketieteellistä tiedekuntaa tai hallintotieteitä edustava haastattelija tekisi. Haastateltavat saattavat kokea, että kauppakorkeakoulusta tulevalle johtamisen tutkijalle pitää puhua ”johtamisesta”²⁵⁷. Jos näin on, niin vastaavasti sellaiset johtajan toimintakenttään liittyvät ilmiöt, jotka eivät liity ”johtamiseen”, voivat jäädä haastattelupuheessa vähemmälle. Tällainen reaktiivisuus voi osaltaan selittää, miksi ammatillinen senioriteetti hierarkkisuuden lähteenä tuli haastatteluaineistossa heikosti esille (ks. alaluku 3.6.5.1 ja alaviite 178).

Olemme haastatteluihin osallistuneen tutkijakollegani kanssa samaa ikäluokkaa kuin haastateltavat johtajat. Oletan sen helpottaneen luottamuksen rakentumista ja yhteisen kielen löytämistä haastattelutilanteessa.

²⁵⁶ Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää tiedostaa ja minimoida tutkijasta itsestään aiheutuva vaikutus, esimerkiksi ns. observer-caused effect (McKinnon 1988). Koskinen ym. (2005, 52–57) kutsuvat *reaktiivisuudeksi* ilmiötä, jossa tutkija vaikuttaa tutkittaviin ihmisiin niin, että nämä muuttavat käyttäytymistään. Heidän mukaansa yksi keino hallita reaktiivisuutta on, että tutkimuksen tekijä korostaa tutkijan ja tieteentekijän rooliaan ja siten välttää omaan taustaan ja tiedonintressiin liittyviä odotuksia ja ennakkoluuloja.

²⁵⁷ ”Johtamisella” tarkoitan tässä haastateltavien näkemystä siitä, mitä johtamiseen kuuluu.

4.5.2 Tutkimuksen eettisyyden arviointia

Tämä tutkimus ei ole lääketieteellinen tai hoitotieteellinen. En tutki potilaita tai heidän saamaansa hoitoa. Siksi lääketieteellisiä ja hoitotieteellisiä tutkimuksia koskevaa eettisiä ohjeita ja määräyksiä ei voi tähän tutkimukseen soveltaa.

Mielestäni myös terveydenhuollon johtamisen tutkimuksessa potilas on eettiseltä kannalta tutkimuksessa aina mukana. Vaikka potilaasta puhutaan kollektiivisesti ja yleisesti yksilöön viittaamatta eikä potilas ei ole tutkimuksen kohde, potilas on olemassa ja hän antaa viime kädessä oikeutuksen terveydenhuollon tutkimukselle. Terveydenhuollon tavoite on eettinen. Etiikka legitimoit terveydenhuollon olemassaolon, ja eettisiä arvoja voidaan pitää terveydenhuollon perusarvoina (ks. alaluku 3.7.1). Täten terveydenhuollon johtamiseen liittyvällä tiedolla on jo substanssiinsa liittyen erityinen eettinen ulottuvuutensa. Se korostuu, kun puhutaan nimenomaan julkisesta terveydenhuollosta. Julkisen terveydenhuollon tulee turvata terveystaloudet jokaiselle riippumatta esimerkiksi palvelujen tarvitsijan maksukyvyistä tai muista henkilökohtaisista edellytyksistä niiden hankkimiseksi.

Tämä terveydenhuollon johtamisen eettinen ulottuvuus on minulle henkilökohtaisesti mieluinen. Koen tekeväni työtä oikean asian eteen. Tämä näkökulma lienee osaltaan vaikuttanut aiheenvalintaan, tutkimusasetelmaan ja ehkä niihin johtopäätöksiin, joita tutkimuksen pohjalta esitän sairaaloiden johtamisesta (alaluvussa 4.3).

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan arvioida erilaisista filosofisista ja tieteenfilosofisista lähtökohdista (Rolin 2006; Christians 2005). Normatiivinen filosofia pyrkii vastaamaan kysymykseen, minkälaisia eettisiä sääntöjä elämässä tulee noudattaa. Seuraavassa keskityn arvioimaan tutkimusta normatiiviseen filosofiaan kuuluvan tutkijoiden ammattietiikan näkökulmasta. Tutkijan ammattietiikka käsittää Kuulan mukaan (2006, 23) ”eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet, joita tutkijan tulisi noudattaa harjoittaessaan omaa ammattiaan”. Kuula (2006, 24) jakaa tutkimusetiikan normit ammattietiikan näkökulmasta kolmeen pääryhmään, jotka ovat

- totuuden etsimistä ja tiedon luotettavuutta ilmentävät normit
- tutkittavien ihmisarvoa ilmentävät normit
- tutkijoiden keskinäisiä suhteita ilmentävät normit.

Seuraavassa tarkastelen tutkimusta näistä näkökulmista.

Totuuden etsimisen ja tiedon luotettavuuden näkökulma

Opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä²⁵⁸ (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002). Turun kauppakorkeakoulu on sitoutunut tutkimusorganisaationa niitä noudattamaan, ja niitä olen yksittäisenä tutkijana noudattanut. Hyvää tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkimus on tehty rehellisesti, huolellisesti ja avoimesti ja että tutkimuksesta raportoidaan riittävän yksityiskohtaisesti tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.

Muiden tutkijoiden töihin olen viitannut käyttäen alkuperäisiä lähteitä aina kun ne ovat olleet kohtuudella saatavissa. Kun olen käyttänyt toissijaisia lähteitä, olen sen tekstissä tuonut esille. Lähteet olen merkinnyt huolellisesti sekä tekstiin että lähdeluetteloon. Verkkolähteisiin viitatessani olen maininnut lähdeluettelossa täsmällisen verkko-osoitteen sekä päivämäärän, jolloin olen verkkolähteeseen viitannut. Suoraan muiden tutkijoiden tekstejä lainatessani olen käyttänyt lainausmerkkejä.

Tutkimusraportissa pyrin esittämään lukijalle riittävän yksityiskohtaiset tiedot, joiden perusteella hän voi arvioida tutkimusta hyvän tieteellisen käytännön näkökulmasta. Alkuperäisen tutkimusaineiston, tietokoneavusteisen analyysimateriaalin ja tutkimukseen liittyvät muistiot olen arkistoinut ja voin tarvittaessa esittää tutkijayhteisölle.

Minulla ei ole taloudellisia tai muita merkittäviä sidonnaisuuksia, jotka liittyisivät julkisiin tai yksityisiin terveydenhuolto-organisaatioihin.

²⁵⁸ Englanniksi good scientific practice.

Tutkittavien ihmisarvoa ilmentävä näkökulma

Tutkittavien ihmisarvoa ilmentävää näkökulmaa olen toteuttanut noudattamalla tutkijan hyvään ammattietikkaan kuuluvia vapaaehtoisen osallistumisen, riittävän informaation, anonymisyyden, yksityisyyden ja luottamuksellisuuden periaatteita (Eriksson ja Kovalainen 2008, 70–74).

Tutkimusta varten tein 25 haastattelua. Tutkimukseen osallistuminen oli haastateltaville vapaaehtoista. Haastateltaville kerrottiin haastatteluja sovittaessa, että minä ja tutkijakollegani halusimme tulla tutustumaan heidän työhönsä ja samalla tehdä tieteellisen tutkimushaastattelun, joka liittyy heihin johtajina sekä sairaalan toimintaan²⁵⁹ (ks. tarkemmin alaluku 2.2). Haastateltavia ei tarvinnut erityisesti motivoida osallistumaan haastatteluihin. Suurimmalle osalle haastatteluihin osallistuminen vaikutti silminnähden mieluiselta. Yksi haastateltavista ei halunnut, että haastattelua nauhoitetaan, ja hänen toivettaan kunnioitettiin. Esittelimme itsemme ja kerroin, että tulen Turun kauppakorkeakoulusta. Haastateltaville kerrottiin myös, että heidän kertomansa pysyy luottamuksellisena emmekä tule esittämään tuloksia sellaisessa muodossa, että heidän henkilöllisyytensä kävisi tutkimusraporteista ilmi.

Näin olen tutkimusta tehdessäni menetellyt. Esitän liitteessä 3 haastateltavien ammatti- ja virkanimikkeen, hierarkkisen aseman (keskijohto tai ylin johto), ammattitaustan (lääkäri tai hoitaja), sukupuolen ja iän haastatteluhetkellä. Lisäksi mainitsen organisaatiot, joissa haastateltavat toimivat haastattelun tapahtuessa, mutta en liitä näitä tietoja toisiinsa. Tutkimusraportissa en esitä asioita sillä tavoin, että siitä voisi päätellä, keiden haastatteluun teksti perustuu. Kunnioitan myös niiden henkilöiden anonymisyyttä ja yksityisyyttä, joita haastateltavat haastatteluissaan mainitsivat. Lainatessani haastateltavia sananmukaisesti ilmoitan tekstissä ainoastaan haastateltavan hierarkkisen aseman ja ammattitaustan. Lainauksista olen poistanut myös suorat viittaukset nimeltä mainittuihin organisaatioihin tai henkilöihin.

Käyttämäni dokumenttilähdeaineisto on julkista ja pääosin internetin kautta hankittavissa olevaa.

²⁵⁹ Osa tutkimukseen osallistuneista sai saman käynnin aikana tutkijakollegaltani tietoa PD-koulutuksesta, johon he olivat ilmoittautuneet. Koulutuksen aloittaminen ei kuitenkaan edellyttänyt tutkimushaastatteluun osallistumista.

Tutkijoiden keskinäisiä suhteita ilmentävä näkökulma

Olen tehnyt tämän tutkimuksen itsenäisesti. Ideoita ja vaikutteita olen saanut vuosien kuluessa terveydenhuollon johtamisen tutkijayhteisöltä sekä ohjaajaltani. Niistä olen heille kiitollinen.

En ole ainakaan tietoisesti esittänyt ominani muiden tutkijoiden jo aiemmin esittämiä ajatuksia. En ole myöskään niitä tietoisesti vääristellyt tai vähätellyt. Suhtaudun arvostavasti toisiin tutkijoihin enkä aja tutkija- tai tutkijaryhmäkohtaisia intressejä.

4.5.3 Onko tutkimustuloksilla tutkimusaineistoa laajempaa merkitystä?

Tämä tutkimus rakentuu aineistosta, joka käsittää 25 haastattelua ja haastatteluaineistoa taustoittavaa dokumenttiaineistoa. Toisin kuin esimerkiksi kvantitatiivisessa lomaketutkimuksessa haastateltavat eivät edusta otosta jostakin perusjoukosta, josta tutkija on kiinnostunut, ja josta hän jollakin tilastollisella todennäköisyydellä voi kertoa. Tutkimusasetelmaa ei ole metodologisesti rakennettu tämänkaltaista yleistettävyyttä silmällä pitäen. Siitä johtuen yleistäminen otoksesta perusjoukkoon ei voi olla tapa osoittaa, että tutkimuksella on haastatteluaineistoa yleisempää merkitystä.

Kiinnostukseni ei kuitenkaan rajoitu vain haastateltujen johtajien toimintakenttään, vaan on sitä laajempi ja yleisempi. Tutkimuksen tulosten yleisempi merkitys ei perustu tilastollisen yleistämisen logiikkaan²⁶⁰.

Johtajan toimintakentällä sairaalassa osoittautui olevan kulttuurisia ulottuvuuksia. Lisäksi tutkimus paljastaa, miten muutkin johtajan toimintakentän ulottuvuudet kietoutuvat kulttuurisiin tapoihin toimia. Kulttuuritutkimus on kiinnostunut suurista linjoista. Keskimääräisyydet tai tilastollisesti havaittavissa olevat käyttäytymiserot vastaavat heikosti tuohon kiinnostukseen, koska näkökulma on liikaa mikrotasolla. Kulttuuritutkimuksen kannalta yleisesti tiedetyt, mutta huonosti tiedostetut ilmiöt ovat kiinnostavia. (Alasuutari 1999, 234–237.)

Yleisesti tiedetyt mutta huonosti tiedostetut ilmiöt ovat mielestäni keskeisesti esillä johtajan toimintakentässä sairaalassa. Esimerkkinä mainitsen lääketieteen erikoisalat eli specialiteetit sekä lääkärin ja hoitajien ammattiryhmät. Varsinkin specialiteettien laaja-alaista ja syvällistä merkitystä ei ole tuotu terveydenhuollon johtamisen kirjallisuudessa esille. Niiden

²⁶⁰ Tutkimuksessa analysoitu aineisto on lisäksi laajempi kuin vain 25 haastattelua. Taustoittava dokumenttiaineisto ei rajoitu vain haastateltujen organisaatioihin. Analyysiprosessin aikana kävin läpi muun muassa kaikki Suomen sairaanhoitopiirien internet-sivuilta löytyvät organisaatiokuvaukset, rakennekaaviot, kirjatut arvot, strategiat, kelpoisuusehdot ja johtosäännöt. (ks. alaluku 2.3).

merkitystä terveydenhuollon johtamisessa ei ole ehkä tiedostettu. Yleisesti kuitenkin tiedetään, että erikoissairaalat ja niissä työskentelevät lääkärit ja hoitajat edustavat eri erikoisaloja. Lisäksi esimerkiksi lääkärien keskuudessa yleiset ja laajemminkin suositut ja ymmärretyt specialisitivitsit (ks. esimerkki liite 13) viittaavat siihen, että oletus erikoisalakohtaisista käyttäytymiseroista on yleistä ja jaettua. Erikoisalojen perinteinen fyysinen sijoittelu siten, että tietyt erikoisalalat ovat lähellä toisiaan ja tietyt etäällä toisistaan on mielestäni myös yleisesti tiedossa.

Jos tämän tutkimuksen lukijat tunnistavat alaluvussa 3.5 kuvaamiani spesialiteetteihin liittyviä kulttuurisia ilmiöitä, on kyse Alasuutarin (1999, 234) tarkoittamista yleisesti tiedetyistä mutta huonosti tiedostetuista ilmiöistä. Niiden olemassaoloa haastatteluaineiston ulkopuolella ei ole tarpeellistakaan todistella, koska ne ovat lukijalle jo lähtökohtaisesti tuttuja²⁶¹. Ilmiön olemassaolon todistamisen asemasta tutkimuksen kannalta mielenkiintoisia voivat olla esimerkiksi syyt, jotka selittävät ilmiötä.

Viime kädessä kuitenkin lukija arvioi, voiko tutkimustuloksilla olla relevanssia laajemminkin kuin vain tutkimusaineistoon liittyen (Seale 1999, 108). Siksi on olennaista, miten rikkaasti ja osuvasti kuvaan lukijan tuntemaa ilmiötä ja miten hyvin pystyn sitä tekemään lukijalle ymmärrettäväksi. Tavoitteenani on aineiston riittävän tiheä kuvaus²⁶² (Eriksson ja Kovalainen 2008, 309). Siihen pyrin esittämällä paikoin runsaasti lainauksia johtajien puheesta, kertomalla lukijalle repliikkien taustoista ja asettamalla niitä laajempiin asiayhteyksiin.

Tulosten selittäminen, jolla tarkoitan niiden tekemistä lukijalle ymmärrettäväksi, ei tapahdu vain paikallisella haastatteluaineistosta peräisin olevan tekstikorpuksen tasolla. Olen analysoinut tekstiä aineistosta ja teoriasta esille nostamieni käsitteiden avulla. Tällainen analyttinen käsitteellistäminen merkitsee jo itsessään siirtymistä pelkästään raakahavainnoista yleisemmälle metahavaintojen tasolle (Alasuutari 1999, 237). Raakahavaintojen kehittäminen metahavainnoiksi abstrahoimalla käsitteitä ja teorioita hyödyntäen on itsessään yleistävä operaatio. Voidaan puhua teoreettisesta yleistämisestä: tietyissä olosuhteissa ja tutkimusasetelmassa saadut tulokset suhteutetaan²⁶³ osaksi laajempaa kokonaisuutta (Seale 1999, 109–113).

²⁶¹ Alasuutari (1999, 235–237) mainitsee esimerkkinä Robertsinkin (1982) antropologisen tutkimuksen hämäläisestä kylästä. Roberts kiinnitti huomiota siihen, että emännän kutsuttua kahvipöytään kukaan ei noudattanut kutsua, vaan kutsu tuli toistaa useita kertoja. Tälle suomalaisten yleisesti tuntemalle kahvipöytärituaaliin kuuluvalla kursailulle Roberts esittää tutkimuksessaan selityksen.

²⁶² *Thick description of data.*

²⁶³ Alasuutari (1999, 251) on sitä mieltä, että laadullisessa tutkimuksessa tulisi puhua yleistämisen sijasta *suhteuttamisesta*, kun on kyse siitä, että tutkija osoittaa analyysinsä kertovan muustakin kuin vain aineistostaan.

Tämän tutkimuksen asetelma ja aineiston kerääminen palvelevat tätä tarkoitusta. Kuten alaluvussa 2.5 kerroin, aineiston analysoinnin pohjalta kehittyvät teoreettiset tarpeet ja olemassa olevan aineiston kylläntyminen (saturaatio) ohjasivat lisäaineiston hankintaa. Analyyttinen prosessi on ohjannut haastatteluaineiston ja dokumenttiaineiston hankintaa. Dokumenttiaineiston hankinta on jatkunut koko kirjoitusprosessin ajan ja dokumenttilähteet liittyvät laajempaan kontekstiin kuin vain haastateltavien sairaaloihin. Tutkimustulokset liitän keskustelemaan kirjallisuudesta löytyvien teorioiden kanssa. Tutkimuksen mahdollisimman suuri läpinäkyvyys, aineiston rikas ja tiheä kuvaus, analyttisen prosessin avoimuus ja vaihtoehtoisten tulkintojen esittäminen antavat lukijalle työkaluja arvioida tutkimusta myös siltä kannalta, miten laajasti se on selitysvoimainen.

4.6 Jatkotutkimusaiheita

Tässä tutkimuksessa sovellettu tutkimusasetelma avaa mielestäni runsaasti mielenkiintoisia jatkotutkimusmahdollisuuksia. Minkälaisia ovat sairaaloiden lähijohtajien sekä potilas- ja hoitotyötä tekevien lääkärin ja hoitajien toimintakentät? Kahden uuden hierarkiatason tarkastelu lisäisi ymmärrystä sairaalan johtamisesta esimerkiksi valta- ja vuorovaikutussuhteiden näkökulmasta. Lisäksi se kertoisi johtajuuden kehittymisestä. Suomalaisessa järjestelmässähän erikoissairaanhoidon johtajiksi nousee yleensä substanssiosaamisen pohjalta. Tällainen tieto voisi olla hyödynnettävissä myös sairaaloiden johtamiskoulutuksessa.

Tässä tutkimuksessa lääketieteen erikoisalojen merkitys korostuu. Niiden olemassaolo toki tiedetään, mutta niiden merkitys sairaalaorganisaation johtamiseen ja toimintaan on aikaisemmassa tutkimuksessa heikosti tunnistettu. Merkitys ei rajoitu tämän tutkimuksen mukaan pelkästään lääkärijohtajiin, se ulottuu myös hoitajajohtajiin. Jakautuminen spesialiteetteihin merkitsee ylimmälle johdolle koordinaatiohaastetta.

Eri erikoisaloihin kuuluvat johtajat ovat haastateltavien mukaan erilaisia. Johtajan oma erikoisalan kerrottiin vaikuttavan hänen johtamiseensa, ja johdettavat arvostivat sitä, että heitä johtaa ”omaan leiriin” kuuluva johtaja. Mielestäni johtamisen ja lääketieteen erikoisalojen yhteydestä tarvitaan perustietoa. Sitä voidaan soveltaa myös käytännön johtamisessa. Tämä tutkimus viittaa siihen, tiettyihin erikoisaloihin kuuluviin ihmisiin liitetään sairaalassa omanlaisia piirteitä. Minkälaisia nuo piirteet ovat erikoisalakohtaisesti? Miten ne poikkeavat toisistaan? Miten ne ovat muodostuneet? Miten ne näkyvät sairaalan toiminnassa? Voidaanko niitä

hyödyntää sairaalan johtamisessa? Mikä merkitys erikoisalakohteisilla prestiisihierarkioilla on sairaaloiden resurssoinnille ja johtamiselle?

Tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaalan fyysisillä rakenteilla, kuten tilojen sijoittelulla, on merkitystä sairaalan toimintaan ja johtamiseen. Myös tämä mielenkiinnon alue näyttää terveydenhuollon johtamisen kirjallisuudessa jääneen heikosti tutkituksi. Tutkimus herätti kysymyksen siitä, miksi tietyt erikoisalat on tutkimusaineistossa sijoitettu lähelle toisiaan ja tietyt taas kauaksi toisistaan?

Tutkimuksesta ilmenee, että johtajat katsoivat itse pitämänsä johtoryhmäkokoukset itselleen kaikkein tärkeimmäksi oman johtamisen välineeksi. Sairaaloissa toimii johtoryhmiä useilla hierarkkisilla tasoilla. Niihin osallistuvat sekä lääkäri- että hoitajataustaiset johtajat. Sairaaloiden johtoryhmätyöskentelystä löytyy niukasti tutkimustietoa. Johtoryhmätyöskentelyn laatua ja merkitystä erikoissairaaloiden johtamisessa tulisi tutkia.

Johtoryhmien lisäksi johtajat nimesivät useita, säännöllisesti toistuvia palavereja, jotka ovat tärkeitä heidän johtamiselleen. Tämä herättää kysymyksen, mikä on tällaisten kasvokkaiseen kohtaamiseen liittyvien tapaamisten merkitys laajemminkin sairaalaorganisaation toiminnalle. Mitä sellaisia on olemassa, ja mitä niissä tapahtuu? Mikä on kasvokkaisten kohtaamisten merkitys sairaalan toiminnan koordinaatiossa? Jos sairaaloita tarkastellaan adaptiivisina kompleksisina organisaatioina, niin mihin niiden sopeutumiskyky perustuu? Tämä tutkimus antaa viitettä siihen suuntaan, että vastausta kannattaa hakea yhteistyö- ja vuorovaikutusareenoiden suunnasta.

Lopulta päädytään mielestäni kaikkein perimmäisimpään kysymykseen, jonka tämä tutkimus nostattaa: mikä näyttää johtajalle oikean suunnan tiheästi miinoitetulla, karikkoisella ja myrskyisällä ulapalla? Tämä tutkimus viittaa siihen, että jaettu terveydenhuollon perinteinen arvopohja voi toimia johtajien luotsina. Sairaaloissa työskentelevien arvojen tutkiminen on ongelmallista, mutta tarpeellista. Minkälainen on sairaalassa työskentelevien arvopohja ja mihin suuntaan se kehittyy, ovat nykyisten ja tulevaisuuden potilaiden – meidän kaikkien – kannalta elintärkeitä kysymyksiä.

SUMMARY

Being a manager at the hospital setting

Managerial environment in a public hospital providing specialized care from the perspective of physician and nurse managers in middle and upper management

The study focuses on the managerial environment of physician and nurse managers in middle and upper management in public hospitals providing specialized care. The research problems are as follows: What are the elements of the managerial environment in public hospitals providing specialized care and how are the elements interrelated? How is the managerial environment structured by the manager's professional background (nurse or physician) and hierarchic position (middle or upper management)?

The research data comprise 25 interviews and a set of documentary data serving as a backdrop to the interviews. The study was preceded by a pre-study. The interviews were analyzed through a data-driven research design using NVivo 7.

The hospital community's relationships of power and responsibility in the managerial environment are in part vague, fuzzy and inconsistent. Managers fail to recognize the difference between the managerial position and accountability. The content of managerial work is determined by an unwritten job description, which is often 'inherited' from the predecessor.

The division according to medical specialties is strict especially in the managerial environment of physician managers in middle management, but the same is true of nurse managers of the same level of management. This division manifested itself in official organizational charts and management systems, physical placement of the units, daily practices, mutual rivalry for shared resources, dearth of interest and collaboration outside one's specialty, and in the assumption that the specialty determines the conduct and management style typical of a manager.

The managerial environment is also divided between two professions, nurses and doctors. Both professions attend to their own duties and the managers usually do not interfere in the management activities of the other profession. Both have a line organization of their own irrespective of whether the hospital's official organizational charts specify one. In reality, the

existence of professional line organizations results in matrix-like organization, which, however, remains unidentified.

Cultural practices are evident in all the dimensions of the managerial environment. It is heavily guided by these cultures, even beyond official organizational charts and guidelines.

The patient's best interest is at the core of the managers' set of values regardless of their professional background or hierarchic position. Other central values in the managerial environment are fairness, impartiality, loyalty, confidentiality and openness.

The study showed that public hospitals providing specialized care can be characterized as a hybrid organization where specialty-based professional bureaucracy is coupled with matrix-like organization associated with the professional division of nurses and doctors.

Key words: hospital setting, managerial environment, public hospital providing specialized care, physician manager, nurse manager, upper management, middle management.

EPILOGI

Näin olen saattanut päätökseen prologista liikkeelle lähteneen tutkimuspurjehdukseni. Vieraita maita en ehkä löytänyt, mutta opin vanhoista maista ja mantereista kosolti uutta – sellaistaakin, jota en olisi kirjoista löytänyt.

Koen saavuttaneeni tutkimuksella sen, mitä alun perin lähdin hakemaan. Ymmärrän entistä paremmin julkisissa erikoissairaaloissa työskenteleviä johtajia ja todellisuutta, jonka he työssään kohtaavat. Heidän toimintakenttensä on mielestäni erittäin vaativa. Niin ounastelin ennen tutkimustani, mutta nyt pystyn perustamaan mielipiteeni tietoon. Ymmärrykseni johdosta kunnioitukseni julkisessa erikoissairaanhoidossa ja terveydenhuollossa työskenteleviä johtajia kohtaan on entisestään kasvanut.

Tutkimus on lisännyt ymmärrystäni paljon laajemmasta inhimillisten ilmiöiden kentästä kuin alun perin oletin. Silmissäni avautunut maailma osoittautui monimutkaiseksi, ongelmalliseksi ja haastavaksi. Tarve muuttaa ja kehittää asioita julkisessa terveydenhuollossa on kiistaton. Kaikesta monimutkaisuudestaan ja ongelmallisuudestaan huolimatta tutkijalle avautunut maailma sisältää itsessään tykötarpeet entistä parempaan. Niistä on syytä pitää kiinni.

LÄHDELUETTELO

- Abbot, Andrew (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division on Expert Labor*. The University of Chicago Press: Chicago.
- Ackroyd, Stephen (1992) Nurses and the prospects of participative management in the NHS. In: *Themes and Perspectives in Nursing*, ed. by K. Soothill – C. Henry – K. Kendrick, 310–330. Chapman & Hall: London.
- Adler, P.A. – Adler, P. (1994) Observational Techniques. In: *Handbook of Qualitative Research*, ed. by Norman K. Denzin – Yvonne S. Lincoln, 377–392. Sage Publications: Thousand Oaks, CA.
- Ackroyd, Stephen – Kirkpatrick, Ian – Walker, Rickhard M. (2007) Public management reform in the UK and its consequences for professional organization: a comparative analysis. *Public Administration*, Vol. 85, No. 1, 9–26.
- Airaksinen, Timo (1987) *Moraalifilosofia*. WSOY: Juva.
- Alasuutari, Pertti (2001) *Laadullinen tutkimus*. 3. uud. p. Vastapaino: Tampere.
- Album, Dag (1991) Sykkedommers og medisinske spesialiteters prestisje (The prestige of diseases and medical specialities). *Nordisk medicin*, Vol. 106, No. 8–9, 232–236.
- Album, Dag – Westin, Steinar (2008) Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, Vol. 66, No. 1, 182–188.
- Alexander, Jeffrey A. – D’Aunno, Thomas (2003) Alternative Perspectives on Institutional and Market Relationships in the U.S. Health Care Sector. In: *Advances in Health Care Organization Theory*, ed. by Stephen S. Mick – Mindy E. Wyttenbach, 1–22. Jossey-Bass: San Francisco.
- Allen, Davina (1997) The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, Vol. 19, No. 4, 498–520.
- Allen, T. – Gerstberger, P. (1973) A field experiment to improve communications in product engineering department: The non-territorial office. *Human Factors*, Vol. 15, 487–498.
- Ammattiluokitus 2001 (2001) Tilastokeskus. http://www.stat.fi/meta/luokitukset/ammatti/001-2001/koko_luokitus.html, noudettu 22.5.2009.

- Anderson-Wallace, Murray (2005) Working with structure. In: *Organisational Development in Healthcare*, ed. by Edward Peck, 167–186. Radcliffe Publishing Ltd: Abington, UK.
- Annellis, M. (1996) Grounded theory method: philosophical perspective, paradigm of enquiry, and postmodernism. *Qualitative Health Research*, Vol. 6, No. 3, 379–393.
- Anttila, Jorma (2007) *Kansallinen identiteetti ja suomalaiseksi samastuminen*. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 14. Yliopistopaino: Helsinki.
- Apker, Julie (2002) Communication: Improving RN's Organizational and Professional Identification in Managed Care Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, Vol 9, No. 2, 9.
- Ashford, B. E. – Mael, F. (1989) Social identity theory and the organization. *Academy of Management Review*, Vol. 14, 20–39.
- Asetus erikoislääkärin tutkinnosta 4.9.1998/678, muutos 30.12.2002/1343.
- Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 29.10.1999/986.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/564.
- Atkinson, P. – Hammersley, M. (1994) *Ethnography and Participant Observation*. In: *Handbook of Qualitative Research*, ed. by Norman K. Denzin – Yvonne S. Lincoln, 377-392. SAGE Publications: Thousand Oaks, CA.
- Baldacchino, K. – Armistead, C. – Parker, D. (2002) Information overload: It's time to face the problem. *Management Services*, Vol. 46, No. 4, 18-19.
- Bankauskaite, Vaida – Dubois, Hans F. W. – Saltman, Richard. D. (2007) Patterns of decentralization across European health systems. In: *Decentralization in health care*, ed. by Richard W. Saltman – Vaida Bankauskaite – Karsten Vrangbaek, 22–43. Open University Press: Maidenhead, England.
- Barnes, William – Gartland, Myles – Stack, Martin (2004) Old Habits Die Hard: Path Dependency and Behavioral Lock-in. *Journal of Economic Issues*, Vol. 38, No. 2, 371–377.
- Bate, S. Paul (1994) *Strategies for cultural change*. Butterworth-Heineman: Oxford.
- Bate, Paul (2000) Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration*, Vol. 78, No. 3, 485–512.
- Becker, Howard S. – Geer, Blanche – Hughes, Everett C. – Strauss, Anselm, L. (1961) *Boys in White. Student Culture in Medical School*. The University of Chicago Press.

- Begun, J. W. – Zimmerman, B. – Dooley K. J. (2003) Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems. In: *Advances in Health Care Organization Theory*, ed. By Stephen S. Mick – Mindy E. Wyttenbach, 253–288. Jossey-Bass, San Fransisco.
- Berg, Bruce L. (2007) *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Fifth Edition. Pearson Education, Inc: Boston.
- Berger, Peter – Luckmann, Thomas (1967) *The Social Construction of Reality – A Treatise in the Sosiology of Knowledge*. Penguin Books: Harmondsworth, England.
- Bhaskar, R. (1989) *Reclaiming reality: A critical introduction to contemporary philosophy*. Verso: London.
- Bhaskar, R. (1978) *A realist theory of science*. Leeds Books: Leed.
- Bloor, G. – Dawson, P. (1994) Understanding Professional Culture in Organizational Context. *Organizational Studies*, Vol. 15, No. 2, 275–295.
- Blumer, H. (1969) *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- Boden, Deirdre (1994) *The Business of Talk: Organizations in Action*. Polity Press: Cambridge.
- Bondas, Terese (2006) Paths to Nursing Leadership. *Journal of Nursing Management*, Vol. 14, No. 5, 332–339.
- Bourdieu, Pierre (1990) *The logic of practice*. Polity Press: Cambridge.
- Borum, Finn (1995) *Organisation, Power and Change*. Series A. Copenhagen Studies in Economics and Management. Handelshøjskolens Forlag: Copenhagen.
- Brorström, Björn – Nilsson, Viveka (2008) Does Organization Matter? A Study of Physicians' Ideal Organization. *Financial Accountability & Management*, Vol. 24, No. 2, 193–206.
- Bruni, Attila – Gherardi, Silvia – Poggio, Barbara (2004) *Gender and Entrepreneurship: An Ethnographic Approach*. Routledge: London.
- Buchanan, Dave – Jordan, Simone – Preston, Diane – Smith, Alison (1997) Doctor in process. The engagement of clinical directors in hospital management. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 11, No. 3, 132–156.
- Burns, Tom – Stalker, George M. (1961) *The management of innovation*. Tavistock Publications: London.
- Burrell, Gibson – Morgan, Gareth (1979) *Sociological Paradigms and Organizational Analysis*. Heinemann: London.
- Callan, Victor J. – Gallois, Cynthia – Mayhew, Melissa G. – Grice, Tim A. – Tluchowska, Malgorzata – Boyce, Rosalie (2007) Restructuring

- the multi-professional organization: professional identity and adjustment to change in a public hospital. *Journal of Health and Human Services*, Vol. 29, No. 4, 448–477.
- Campbell-Heider, Nancy (1987) Barriers to physician-nurse collegiality: an anthropological perspective. *Social Science & Medicine*, Vol. 25, No. 5, 421–425.
- Christians, Clifford G. (2005) Ethics and Politics in Qualitative Research. In: *The Handbook of Qualitative Research*, ed. by Norman K. Denzin – Yvonna S. Lincoln, 139–164. SAGE Publications: Thousand Oaks, CA.
- Clegg, Stewart R. – Hardy, Cynthia – Lawrence, Thomas B. (2006) (eds.) *The SAGE Handbook of Organization Studies*. Second edition. SAGE Publications: London.
- Clarke, J. – Newman, J. (1997) *The Managerial State, Power Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. Sage Publications: London.
- Coffey, Amanda – Atkinson, Paul (1996) *Making Sense of Qualitative Data. Complementary Research Strategies*. SAGE Publications: Thousand Oaks, CA.
- Conrath, C. W. (1973) Communication patterns, organizational structure, and man: Some relationships. *Human Factors*, Vol. 15, 459–470.
- Cooley, C. H. (1902) *Human Nature and the Social Order*. Scribner: New York.
- Daft, Richard L. (2001) *Organization Theory and Design*. 7. ed. South-Western College Publishing: Ohio.
- Dahl, Robert A. (1957) The concept of power. *Behavior Science*, Vol. 2, 201–215.
- Dalton, Melville (1959) *Men who manage*. Wiley: NY.
- Dansky, Kathryn H. – Gamm, Larry S. (2004) Accountability framework for managing stakeholders of health programs. *Journal of Health Organisation and Management*, Vol. 18, No. 4, 290–304.
- Davenport, T. H. – Prusak, L. (1998) *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Harvard Business School Press: Boston, MA.
- Davidson, D. – Peck, E. (2006) Organisational development and organisational design. In: *Healthcare Management*, ed. by K. Walshe – J. Smith, 343–363. Two Pen Plaza: New York.
- Davies, G. F. – Powell, W. W. (1992) Organization-environment relations. In: *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, ed. by M. D. Dunnett – L. M. 2nd ed. Consulting Psychologist Press: Palo Alto, CA.

- Davies, Huw – Harrison, Stephen (2003) Trends in doctor-manager relationships. *British Medical Journal*, Vol. 326, No. 22, 646–649.
- Devine, B. A. (1978) Nurse-physician interaction: status and social structure between two hospital wards. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 3, 287–295.
- Dewey, J. (1930) *Human Nature and Conduct*. Modern Library: New York.
- Dey, I. (1993) *Qualitative Data Analysis: A User-Friendly Guide for Social Scientists*. Routledge: London.
- DiMaggio, Paul J. –Powel, Walter W. (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, Vol. 48, 147–160.
- Duodecim (2000) *Priorisointi. Terveystieteiden valinnat*. Suomalaisen lääkäriseura Duodecim ry:n koolle kutsuman priorisointineuvottelukunnan kannanotto. Duodecim: Helsinki.
- Drucker, Peter F. (1964) *Käytännön liikkeenjohto*. Tammi: Helsinki.
- Drucker, Peter F. (1973) *Management: Tasks, Responsibilities, Practices*. HarperCollins Publishers: NY.
- Drucker, Peter F. (1998) The Coming of the New Organization. *Harvard Business Review on Knowledge Management*, 1–19. Harvard Business School Press.
- Dutton, J. E. – Dukerich, J. M. – Harquail, C. V. (1994). Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 39, No. 2, 239–263.
- Easterby-Smith, Mark – Thorpe, Rickhard – Lowe, Andy (2002) *Management Research. An introduction*. SAGE Publications: London.
- Edmonstone, John (2008) Clinical leadership: the elephant in the room. *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. No. 3, 16 s.
- Edmunds, Angela – Morris, Anne (2000) The problem of information overload in business organizations: A review on the literature. *International Journal of Information Management*, Vol. 20, No. 1, 17–28.
- Edwards, Nigel – Kornacki, Mary Jane – Silversin, Jack (2002) Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *British Medical Journal*, Vol. 324, No. 6, 835–838.
- Ehrnrooth, Jari (1990) Intuitio ja analyysi. Teoksessa: *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*, toim. K. Mäkelä, 30–41. Gaudeamus: Helsinki.
- Elomaa, Virpi – Isosaari, Ulla – Pekkarinen, Niina (2007) *Koulutuspolkua pitkin ammattiin: Suomen koulutusjärjestelmän historiallinen*

- tarkastelu esimerkkinä terveydenhuolto ja tekniikka*. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opettajankoulutuksen kehittämishanke. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/4347/TMP.objres.994.pdf?sequence=1>, haettu 19.3.2008.
- Enckell, Magnus (1998) *Organizational cultures of Finnish hospitals in change*. Ekonomi och samhälle, Skrifter utgivna vid Svenska handelshögskolan nr 71: Helsingfors.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.
- Eriksson, Päivi – Kovalainen, Anne (2008) *Qualitative Methods in Business Research*. SAGE Publication: London.
- Eriksson-Piela, Susan (2003) *Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus*. Acta universitatis Tamperensis 929. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino: Tampere.
- Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Henkilöstöstrategia 2007–2010, <http://www.ekshp.fi/upload/7zv0ny3.pdf>, haettu 21.1.2008.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Hallintosääntö 2004. Vastaanotettu 2.2.2007 sähköpostitse.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Organisaatio 2007, http://www.epshp.fi/yl_info/organisaatio2007.pdf, haettu 21.1.2008.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Tutkimus- ja kehittämistoiminta EPSHP:ssä vuosina 2000–2002, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin arvot, http://www.epshp.fi/yl_info/evo/tuketo.htm, haettu 18.1.2008.
- Etzioni, Amitai (1969) *The Semi-Professions and their Organization: Theachers, Nurses, Social Workers*. New York Free Press: NY.
- Etzioni, Amitai (1970) *Nykyajan organisaatiot*. 2. painos. Tammi: Helsinki.
- Etzioni, Amitai (1975) Alternative Conceptions of Accountability: The Example of Health Administration. *Public Administration Review*, Vol. 35, No. 3, 279–286.
- Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999.
- Fayol, Henri (1996, alkuperäinen 1916) *General Principles of Management*. In: *Classics of Organization Theory*, ed. by Jay M. Shafritz – Steven J. Ott, 52–65. Harcourt Brace College Publishers: Fort Worth.
- Feldman, M. – March, J. (1981) Information in organizations as signal and symbol. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 26, No. 2, 171–186.

- Ferlie, E. – Pettigrew, A. – Ashburner, L. – Fitzgerald, L. (1996) *The New Public Management in Action*. Oxford University Press: Oxford.
- Fineman, Stephen – Sims, David – Gabriel, Yiannis (2005) *Organizing and Organizations*. 3rd ed. SAGE Publications: London.
- Figueras, Josep – Saltman, Richard D. – Busse, Reinhard – Dubois, Hans F. W. (2004) Patterns and performance in social health insurance systems. In: *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, ed. by Richard D. Saltman – Reinhard Busse – Josep Figueras (2004). Open University Press: Maidenhead, England.
- Fleedwood, Stewe (2005) Ontology in Organization and Management Studies: A Critical Realist Perspective. *Organization*, Vol. 12, Iss. 2, 197–222.
- Flynn, R. (1999) Managerialism, professionalism and quasi-markets. In: *Professionals and new managerialism in public sector*, ed. by M. Exworthy – S. Halford, 20–30. Open University Press: Philadelphia.
- Folland, Sherman – Goodman, Allen C. – Stano, Miron (2010) *The Economics of Health and Health Care*. Sixth ed. Pearson: Boston.
- Forma, L. – Viitanen, E. – Lehto, J. (2004) Lähiesimiehenä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja* 2/2004: Tampere.
- Forsius Arno (1989 ja 2004) *Suomen terveydenhuollon murros 1880-luvulla*. Kirjoitus perustuu Forsiuksen Suomen Lääkärilehdessä 1989 julkaisuihin kirjoituksiin, jotka hän on tarkastanut v. 2004. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/terv1880.html>, noudettu 5.3.2008.
- Forsius, Arno (1993) Lääkärien koulutus Turun akatemiassa vuosina 1640–1827. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 48, No. 25, 2377.
- Forsius, Arno (1995) Lääkärien koulutus Helsingin Aleksanterin yliopistossa 1828–1918. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 50, No. 31, 3379.
- Forsius, Arno (1998) Parturit, välskärit ja kirurgit Ruotsissa ja Suomessa. Professori ja LKT Forsius on julkaissut artikkelin aikakauslehdessä Sukuviesti 6/1998. Haettu 2.1.2008 hänen kotisivuiltaan: <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/kirurgi1.html>.
- Forsius, Arno (1999) Parturit, välskärit ja kirurgit Euroopassa. Professori ja LKT Forsius on julkaissut artikkelin aikakauslehdessä Sukuviesti 1/1999. Haettu 2.1.2008 hänen kotisivuiltaan: <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/kirurgi2.html>.
- Forsius, Arno (2003) Lääkärin ammatillisen autonomian kehitysvaiheita. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 58, No. 25–26, 2887–2891.

- Freidson, Eliot (1970) *Profession of Medicine*. Dodd, Mead & Company: New York.
- Fältholm, Ylva – Jansson, Anna (2008) The implementation of process orientation at a Swedish hospital. *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 23, 219–233.
- Gabriel, Yiannis – Fineman, Stephen – Sims, David (2000) *Organizing & Organizations*. 2nd ed. SAGE Publications: London.
- Gagliardi, Pasquale (1986) The Creation and Change of Organizational Cultures: A Conceptual Framework. *Organizational Studies*, Vol. 7, No. 2, 117–134.
- Galbraith, Jay (1973) *Designing complex organizations*. Addison-Wesley Publishing: Massachusetts.
- Gamm, L. D. (1996) Dimensions of accountability for non-profit hospitals and health systems. *Health Care Management Review*, Vol. 21, No. 2, 74–86.
- Georgepoulos, B. – Mann, F. (1962) *The Community General Hospital*. The Macmillan Company: New York.
- Gibbs, Graham R. (2002) *Qualitative Data Analysis: Explorations with NVivo (Understanding Social Research)*. Open University Press: Buckingham.
- Ginsburg, Paul B. (2007) Hospital Relationships with Physicians. *Hospital & Health Networks*, Vol. 81, No. 5, 10.
- Girard, John P. (2006) Where is knowledge we have lost in managers? *Journal of Knowledge Management*, Vol. 10, No. 6, 22–34.
- Glaser, B. G. (1978) *Theoretical Sensitivity*. Sociology Press: Mill Valley, CA.
- Glaser, B. G. – Strauss, A. L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine de Gruyter: New York.
- Glouberman, Sholom – Mintzberg, Henry (2001a) Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, Vol. 26, No. 1, 56–69.
- Glouberman, Sholom – Mintzberg, Henry (2001b) Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II: Integration. *Health Care Management Review*, Vol. 26, No. 1, 70–84.
- Goulding, Christina (2002) *Grounded Theory. A Practical Guide for Management, Business and Market Researchers*. SAGE Publications: London.
- Goold, S. D. – Hofer, T. – Zimmerman, M. – Hayward, R. R. (1994), "Measuring physician attitude towards cost, uncertainty, malpractice and utilisation review", *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 9 No.10, 544–549.

- Goode, William (1957) Community within a Community. The Professions. *American Sociological Review* Vol. 22, No. 2, 194–200.
- Grönfors, M. (1988) *Kvalitatiiviset kenttätutkimukset*. WSOY: Juva.
- Grönroos, Eija – Perälä, Marja-Leena (2004) *Johtamistutkimus terveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus*. Stakes: Helsinki.
- Gullahorn, J. T. (1952) Distance and friendship as factors in gross interaction matrix. *Sociometry*, Vol. 15, 123–134.
- Haaparanta, Leila – Niiniluoto, Ilkka (1998) *Johdatus tieteelliseen ajatteluun*. Helsingin yliopiston filosofian laitoksen julkaisuja. Hakapaino Oy: Helsinki.
- Habermas, Jürgen (1968) *Erkenntnis und Interesse*. Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Halonen, Pirjo – Vehviläinen, Arto – Mäntyselkä, Pekka – Takala, Jorma – Lehto, Seppo – Kaitokari, Paavo – Kumpusalo, Esko (2006) Lääkäripalvelujen laatu väestön arvioimana. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 61, No. 15–16, 1739–1744.
- Ham, Chris – Dickinson, Helen (2008) *Engaging Doctors in Leadership: What we can learn from international experience and research evidence?* Academy of Medical Royal Colleges, University of Birmingham, NHS Institute for Innovation and Improvement. http://www.institute.nhs.uk/images/documents/BuildingCapability/Medical_Leadership/Engaging%20Doctors%20in%20Leadership%20What%20we%20can%20learn%20from%20international%20experience%20and%20research%20evidence.pdf, haettu 11.5.2009.
- Handel, Michael J. (ed.) (2003) *The Sociology of Organizations. Classic, Contemporary, and Critical Readings*. SAGE Publications: Thousand Oaks, CA.
- Hanson, Norwood Russell (1958) *Patterns of Discovery*. University Press: Cambridge.
- Hanka, R. – Fuka, K. (2000) Information overload and ‘just in time’ knowledge. *The Electronic Library*, Vol.18, No. 4, 279–284.
- Hardy, Cynthia – Clegg, Stewart (2006) Some Dare Call it Power. In: *The SAGE Handbook of Organization Studies*, ed. by Stewart R. Clegg – Cynthia Hardy – Thomas B. Lawrence – Walter R. Nord. Second edition, 757–770. SAGE Publications Ltd: London.
- Harré, R. – Secord, P. F. (1973) *The Explanation of Social Behavior*. Littlefield, Adams: Totowa, NJ.
- Harrison, Stephen – Lim, Jennifer N. W. (2003) The frontier of control: doctors and managers in the NHS 1966 to 1977. *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 8, No. 1, 13–18.

- Harrison, Stephen – Pollitt, Christopher (1995) *Controlling Health Professionals. The Future of Work and Organization in the National Health Service*. Open University Press: Buckingham.
- Hartman, Sandra J. – Crow, Stephen, M. (2002) Executive development in healthcare during times of turbulence. Top management perceptions and recommendations. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 16, No. 5, 359–370.
- Haslam, S. Alexander (2004) *Psychology in Organizations: The Social Identity Approach*. Second edition. SAGE Publications: London.
- Hatch, Mary Jo – Cunliffe, Ann L. (2006) *Organization Theory. Modern, symbolic, and postmodern perspectives*. Oxford University Press: Oxford.
- Havanto, A. M. – Iivonen M-L. – Lehtiharju R. – Määttänen R. – Sibenberg I. – Willman H. (Toim.) (1989) *Helsingin sairaanhoito-opiston vaiheita sata vuotta*. Helsingin sairaanhoito-opisto: Helsinki.
- Healy, Judith – McKee, Martin (2002) The evolution of hospital systems. In: *Hospitals in a changing Europe* ed. by Martin McKee – Judith Healy. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press: Buckingham.
- Heikka, Helena (2008) Sosiaali- ja terveystoiminnan työn sisältö ja kompetenssit. Acta Universitatis Ouluensis D 968. Oulu University Press: Oulu.
- Heino, Kirsi – Vuori, Jari – Taskinen, Helena – Turpeinen, Merja (2005) Kulttuuriset ilmentymät sairaalaorganisaatioiden yhdistämisessä. Teoksessa: *Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin*, toim. Juha Kinnunen – Kari Lindström, 138–163. Kuopion yliopisto: Kuopio.
- Heinänen, Tuula – Alho, Antti – Kanerva, Markku (2004) Tk-vastaanotto sujuvammaksi tuotantotalouden opeilla. *Kunnallislääkärilehti* 8/2004.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. *HUS-strategia 2006–2015*. HUS.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Strategia ja arvot. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2012>, HUS:n valtuuston 12.12.2007 hyväksymä arvopohja, haettu 18.1.2008.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. KVTES kelpoisuusehdot. Työsuhteisten tehtävien ja virkojen kelpoisuusehdot, julkaistu 17.7.2008. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,15173,15179,5644>, haettu 15.9.2008.

- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Lääkärien kelpoisuusehdot. Lääkäriin ja hammaslääkäriin virkojen kelpoisuusehdot. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,15173,15175,5658>, haettu 16.9.2008.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hallintosääntö. Astunut voimaan 1.1.2009. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,821,13021,1302>, haettu 12.6.2009.
- Hendel, T. – Steinman, M. (2002) Israeli nurse managers' organizational values in today's health care environment. *Nursing Ethics: an International Journal for Health Care Professionals*, Vol. 9, 651–662.
- Hennessy, Josephine – West, Michael, A. (1999) *Intergroup behaviour in organizations: A field test of social identity theory*. *Small Group Research*, Vol. 30, No. 3, 361–382.
- Henriksson, Lea (1998) *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka*. Tutkimuksia 88. Stakes: Helsinki.
- Henriksson, Marit (2008) Taskutilastot 2008 valmistuneet. Työkäisiä lääkäreitä Suomessa yli 17600. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 63, No. 9, 879.
- Henriksson, Lea – Wrede, Sirpa (2004) Hyvinvointityön ammattien tutkimus. Teoksessa: *Hyvinvointityön ammatit*, toim. Lea Henriksson – Sirpa Wrede, 9–17. Yliopistopaino: Helsinki.
- Hensher, Martin – Edwards, Nigel (2002) The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom. In: *Hospitals in a changing Europe*, ed. by Martin McKee – Judith Healy. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press: Buckingham.
- Hermanson, Terhi (1989) *Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa*. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 49. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto: Helsinki.
- Hinze, Susan W. (1999) Gender and the body of medicine or at least some body parts: (Re)constructing the prestige hierarchy of medical specialties. *The Sociological Quarterly*, Vol. 40, No. 2, 217–239.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena (2004) *Tutkimushaastattelu*. Yliopistopaino: Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula (1997) *Tutki ja kirjoita*. 6–9. p. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.
- Hoff, T. J. (1998) Physician Executives in Managed Care: Characteristics and Job Involvement across Two Career Stages. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 43, No. 6, 481–497.

- Huhtala, Hannele – Laakso, Aino (2007) Kirjallisuuskatsaus organisaatiokulttuuriteorioihin: mitä ne ovat ja miten niistä on keskusteltu kansainvälisissä ja suomalaisissa tieteellisissä jouluaikakauslehdissä? *Hallinnon tutkimus*, Vol. 26, No. 2, 13–32.
- Hunt, R. E. – Newman, R. G. (1997) Medical knowledge overload: A disturbing trend for physicians. *Health Care Management Review*, Vol. 22, No. 1, 70–75.
- Hyksin viisi vuosikymmentä.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,18156,19745,19673,19680,20857>, haettu 17.1.2008.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen* (2002). Tutkimuseettinen neuvottelukunta: Helsinki.
- Iedema, Rick – Degeling, Peter – Braithwaite, Jeffrey – White, Les (2003) “It’s an Interesting Conversation I’m Hearing”: The Doctor as Manager. *Organization Studies*, Vol. 25, No 1, 15–33.
- Isosaari, Ulla (2008) *Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta*. Acta Wasaensia No 188. Vaasan yliopisto: Vaasa.
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Strateginen suunnitelma, http://www.isshp.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=95, haettu 19.1.2008.
- Jackson, Sandra (2000) A qualitative evaluation of shared leadership barriers, drivers and recommendations. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 14, No. 3/4, 166–178.
- Jaffee, David (2001) *Organization Theory. Tension and Change*. McGraw-Hill Companies: Boston.
- Jenkins R (1996) *Social identity*. Routledge, London and New York.
- Jermier, John M. – Slocum, John W. – Fry Louis W. – Gaines Jeannie (1991) Organizational Subcultures in a Soft Bureaucracy: Resistance Behind the Myth and Facade of an Official Culture. *Organization science*, Vol. 2, No. 2, 170–194.
- Johnson, James A. (2009) *Health Organizations. Theory, Behavior, and Development*. Jones and Bartlett Publishers: Sudbury, Massachusetts.
- Järvelin, Jutta (2002) Health Care Systems in Transition. Finland. In: *European Observatory of Health Care Systems*, ed. by Ana Rico - Teresa Cetani. Vol. 7, No. 1.
- Järvi, Ulla (2008) Onko nainen erilainen lääkäri? *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 63, No. 45, 3848–3850.
- Kaakkuri-Knuutila, Mirja (2006) Kausaalisuhteet ja selittäminen tulkitsevassa tutkimuksessa. Teoksessa: *Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia*,

- toim. Kristina Rolin – Marja-Leena Kaakkuri-Knuuttila – Elina Henttonen, 54–87. Hakapaino Oy: Helsinki.
- Kalkas, Hertta – Sarvimäki, Anneli (1996) *Hoitotyön etiikan perusteet*. 5. uudistettu painos. WSOY: Juva.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi* (2002) Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Kanste, Outi (2005) *Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa*. Oulu University Press: Oulu.
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatio, <http://www.khshp.fi/index.asp>, haettu 19.1.2008.
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Sairaanhoitopiirin strategia, <http://www.khshp.fi/index.asp>, viimeinen päivitys 29.1.2004, haettu 18.1.2008.
- Katzman, E. M. – Roberts, J. I. (1988) “Nurse-physician conflicts as barriers to the enactment of nursing roles”, *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 10, No. 5, 576–590.
- Keating, Charles B. (2000) A systems-based methodology for structural analysis of health care operations. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 14, No. 3, 179–198.
- Keighley, T. (2003) Nursing a European perspective. *Nursing Management*, Vol. 10, No. 1, 15–21.
- Kennedy, C.W. – Garvin, B.J. (1988) Nurse-physician communication. *Applied Nursing Research*, Vol. 1, No. 3, 122–127.
- Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Talousarvio ja suunnitelma 2004–2006, <http://www.kpshp.fi/fi/hakutulos.asp?hae=1&query=arvot>, haettu 19.1.2008.
- Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viranhaltijaorganisaatio. <http://www.kpshp.fi/fi/default.asp?a=8&b=&c=128&d=keski/hallinto/organisaatiokaaviot.htm>, haettu 19.1.2008.
- Kimberley, John R. – Minvielle, Etienne (2003) Quality as an Organizational Problem. In: *Advances in Health Care Organization Theory*, ed. by Stephen S. Mick – Mindy E. Wyttenbach, 205–232. Jossey-Bass: San Francisco.
- Kinnunen, Juha (1990) *Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri*. Kuopion yliopiston julkaisuja 4. Kuopion yliopiston painatuskeskus: Kuopio.

- Kinnunen, Juha (1992) *Kysin johtaminen ja kulttuuri muuttuvassa toimintaympäristössä*. Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo: Kuopio.
- Kinnunen, Juha – Kivinen, Tuula – Lammintakanen, Johanna – Taskinen, Helena (2008) Henkilöstövoimavarojen johtamisen merkitys terveydenhuollon kehittämisessä. Teoksessa *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*, toim. Ulla Ashorn – Juhani Lehto. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Kinnunen, Juha – Myllykangas, Markku (2005) Suomen terveydenhuoltojärjestelmä. Teoksessa: *Sairaalafarmasia*, toim. S. Saano – T. Naaranlahti – M. Helin-Tanninen – E. Järviluoma, 15–51. Fortis: Kuopio.
- Kinnunen, Juha – Vuori, Jari (2005) Terveydenhuollon johtamiskulttuurin holistinen malli. Teoksessa *Terveys ja johtaminen*, toim. Jari Vuori, 192–217. WSOY: Helsinki.
- Kirpal, Simone (2004) Work identities of nurses. *Career Development International*, Vol. 9, No. 3, 274–304.
- Kitchener, M. (2000) The “Bureaucratization” of Professional Roles: The Case of Clinical Directors in UK Hospitals. *Organization*, Vol. 7, No. 1, 128–154.
- Kivimäki, M. (1994) *Johtaminen ja henkilöstön hyvinvointi sairaalassa*. Työsuojelurahaston loppuraportti. Työterveyslaitos: Helsinki.
- Kivinen, Tuula (2008) *Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa*. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158. Kopijyvä: Kuopio.
- Koivunen, Niina (2005) Miten kollektiivinen asiantuntijuus organisoituu? *Hallinnon Tutkimus*. Vol. 24, No. 3, 32–45.
- Koivuselkä, J. – Välimäki, M. (2002) Muutos omahoitajuuteen ja yksilövastuiseen hoitotyöhön – kirjallisuuskatsaus osastonhoitajan roolista. Teoksessa: *Minun hoitajani – näkökulmia omahoitajuuteen*, toim. T. Munnukka – P. Aalto, 108–123. Dark Oy: Vantaa.
- Kokkinen, Lauri – Konu, Anne – Viitanen, Elina (2007) Personnel management in Finnish social and health care. *Leadership in Health Services*, Vol. 20, No. 3, 184–194.
- Konttinen Esa (1991) *Perinteisesti moderniin: Professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa*. Vastapaino: Tampere.
- Koppell, Jonathan (2005) Pathologies of Accountability: ICANN and the Challenge of “Multiple Accountabilities Disorder”. *Public Administration Review*, Vol. 65, No. 1, 94–108.

- Korhonen, T. – Harisalo, R. (1992) lääkäri työyhteisön jäsenenä II. Työssä koetut ongelmat, työyhteisö henkisten resurssien kehittäjänä. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 47, No. 5, 417–422.
- Koskinen, Ilpo – Alasuutari, Pertti – Peltonen, Tuomo (2005) *Laadulliset menetelmät kauppatieteissä*. Vastapaino: Tampere.
- Kowalczyk, Ruth (2002) The effect of new public management on intensive care unit staff. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 15, No. 2, 118–128.
- Kumpusalo, Esko – Lääkäri 98 -tutkijaryhmä (2002) Lääkärien ammatti-identiteetistä. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 57, No. 35, 3395–3396.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos (2007) a. Tilastoja palkoista. KVTES:n keskimääräiset tehtäväkohtaiset palkat ja niiden desiilit lokakuussa 2007. http://www.kuntatyonantajat.fi/modules/page/show_page~id~F9841039059C4FFB8E6B4C36624106AB~itemtype~FA8EC480B952736C7B35926DC7AE9B84~tabletarget~data_1~pid~81722D7E223640E1AF556D5819F05364~layout~kt2006.asp#7924DF92B5EA42FDB8FE5836F7E67B65, haettu 15.9.2008.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos (2007) b. Tilastoja palkoista. Lääkärisopimuksen keskimääräiset tehtäväkohtaiset palkat ja niiden desiilit lokakuussa 2007. http://www.kuntatyonantajat.fi/modules/page/show_page~id~F9841039059C4FFB8E6B4C36624106AB~itemtype~FA8EC480B952736C7B35926DC7AE9B84~tabletarget~data_1~pid~81722D7E223640E1AF556D5819F05364~layout~kt2006.asp#7924DF92B5EA42FDB8FE5836F7E67B6, haettu 15.9.2008.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos (2008) Kunta-alan palkkoja ammattinimikkeittäin. <http://www.kuntatyonantajat.fi/static/keskiansiot2009/palkat/frameindex.html>, haettu 3.11.2009.
- Kunnat.net (2008) Palvelujen järjestäminen, luokitukset ja laatu. Kuntatiedon keskus. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;135218, haettu 12.11.2008.
- Kunnat.net (2008) Sairaanhoidopiirit. Kuntatiedon keskus. http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;553, haettu 12.11.2008.
- Kunnat.net (2008) Terveysthuoltolaki. Kuntatiedon keskus. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;139556, haettu 12.11.2008.
- Kuntalaki 17.3.1995/365.

- Kuopion yliopistollinen sairaala. Sairaanhoitopiirin hallinto.
<http://www.psshp.fi/index.asp?link=1389.935&language=1>,
 haettu 3.1.2008.
- Kuopion yliopistollinen sairaala. Teho-osasto. Toimintaa ohjaavat arvot.
<http://www.psshp.fi/index.asp?link=2119.2287&language=1>,
 päivitetty 15.6.2006, haettu 18.1.2008.
- Kuula, Arja (2006) *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*.
 Osuuskunta Vastapaino: Tampere.
- Kymenlaakson ammattikorkeakoulu (2007) *Sairaanhoitajan lupaus*.
<http://www2.kyamk.fi/lehti/800/sivu4.html#hippocrates>,
 haettu 18.10.2007.
- Laakkonen, Arja (2004) *Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu
 hoitokulttuurissa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen
 yliopistopaino Oy Juvenes Print: Tampere.
- Laaksonen, Hannele – Niskanen, Jouni – Ollila, Seija – Risku, Aija (2005)
Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita Publishing
 Oy: Helsinki.
- Lagoe, Ronald J. – Aspling, Deborah L. (1996) Enlisting physician support for
 practice guidelines in hospitals. *Health Care Management Review*,
 Vol. 21, No. 4, 61–67.
- Lahden ammattikorkeakoulu (2007) Sairaanhoitaja (AMK). Hoitotyön
 koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto.
<http://www.lamk.fi/stl/haku.html?action=nayta&kurssiid=99>,
 haettu 2.1.2008.
- Laine, Marjukka (2005) *Hoitajana huomennakin. Hoitajien työpaikkaan ja
 ammattiin sitoutuminen*. Turun yliopiston julkaisuja C 233. Turku.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä
 9.2.2007/159.
- Lapin sairaanhoitopiiri. Lapin sairaanhoitopiirin strategiaohjelma 2007–2012,
<http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=10530&contentlan=1>,
 haettu 21.1.2008.
- Layder, D (1994) *Understanding Social Theory*. SAGE Publications: London.
- Lehto, Juhani (1991) Professionaalisuuden ansa. *Sosiaalilääketieteellinen
 Aikakauslehti*, Vol. 28, No. 3, 181–185.
- Lehto, Juhani – Viitanen, Elina – Autio, Ville – Lääkäri 98 tutkimuksen ryhmä
 (2003) Minkälaiset lääkärit nousevat johtaviin aseisiin? *Suomen
 Lääkärilehti*, Vol. 58, No. 51–52, 5209–5213.

- Linkola, Antti (2002) Onko tuloksikköjen aika jo ohi? *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 57, No. 34, 3295–3296.
- Libowski, Z. (1975) Sensory and information inputs overload: Behavioral effects. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 16, No. 3, 199–221.
- Lillrank, Paul – Kujala, Jaakko – Parvinen, Petri (2004) Keskenäinen potilas. Terveystuotannon tuotannonohjaus. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Lillrank, Paul – Parvinen, Petri (2004) Omistaja, prosessi, potilas. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 59, No. 10, 1052–1055.
- Lillrank, Paul – Liukko, Matti (2004) Standard, routine and non-routine processes in healthcare. *Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17, No. 1, 39–46.
- Lintula, Paavo (2005) *Maakuntalehden toimittajan toimintatila teknis-ratonaalisessa ajassa*. Jyväskylä University Printing House: Jyväskylä.
- Llewellyn, Sue (2001) “Two-way Windows”: Clinicians as medical managers. *Organization Studies*, Vol. 22, No. 4, 593–623.
- Llewellyn, Sue – Eden, Ron – Lay, Colin (1999) Financial and professional incentives in health care. Comparing the UK and Canadian experiences. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 12, No. 1, 6–16.
- Locke, K. (2001) *Grounded Theory in Management Research*. SAGE Publications Ltd: London.
- Luoma, Pentti – Karjalainen, Timo P. – Reinikainen, Kalle (2006) Johdatusta tietokoneavusteiseen laadulliseen tutkimukseen – esimerkkinä NVivo 7. Teoksessa: *Laadullisen tutkimuksen käsikirjat*, toim. Jari Metsämuuronen, 416–470. International Methelp: Helsinki.
- Lähdesmäki, Kirsi (2003) *New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen*. Akateeminen väitöskirja. Acta Wasaensia No. 113. Hallintotiede 7. Vaasan yliopisto: Vaasa.
- Lämsä, Anna-Maija – Hautala, Taru (2005) *Organisaatiokäytännön perusteet*. Edita: Helsinki.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2007–2009,
<http://www.lpshp.fi/www/web/index.php?id=502>, haettu 21.1.2008.
- Löyttyniemi, Varpu (2004) *Auscultatio Medici: Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli*. Acta Universitatis Tamperensis: Tampere.
- Mackay, L. (1993) *Conflicts in Care: Medicine and Nursing*. Chapman and Hall: London.

- 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*, Vol. 13, No. 2, 103–123.
- Manninen, K. – Mertokoski M. – Sarvikas A. (1998) *Terveysthuollon koulutuksen vaiheita Etelä-Pohjanmaalla 1903–1995*. Seinäjoen terveydenhuoltooppilaitos: Seinäjoki.
- Martin, Joanne (1992) *Cultures in organizations: three perspectives*. Oxford University Press: New York.
- Martin, V. (2000) Managing value conflicts. *Nursing management*, Vol. 7, No. 6, 26–29.
- Mathie, Antonina Z. (1997) Doctors and change. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 11, No. 6, 342–356.
- McKinnon, Jill (1988) Reliability and Validity in Field Research: Some strategies and tactics. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol.1, N:o 1, 34–54.
- Mead, G. H. (1934) *Mind, Self, and Society*. University of Chicago Press: Chicago.
- Mead, G. H. (1938) *The Philosophy of the Act*. University of Chicago Press: Chicago.
- Meier, R. L. (1963) Communications overload. Proposals from the study of a university library. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 7, No. 4, 521–544.
- Mellett, H. – Marriott, N. (1995) Managerial objectives in the NHS. *Journal on Management in Medicine*, Vol. 9, No. 5, 6–13.
- Menzies, Isabel (1960) A Case-Study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety. A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. *Human Relations*, Vol.13, No.2, 95–121.
- Merkens, Barbara J. – Spencer, James S. (1998) A successful and necessary evolution to shared leadership: a hospital's story. *International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating Leadership in Health Services*, Vol. 11, No. 1, 1–4.
- Metsämuuronen, Jari (2001) *Laadullisen tutkimuksen perusteet*. International Methelp Ky: Viro.
- Mettiäinen, Sari – Laakso, Hilka. – Raatikainen, Ritva. (2003) Terveysthuollon osastonhoitajien pätevyys. *Hallinnon tutkimus*, Vol. 22, No. 1, 68–81.
- Mick, Stephen S. – Wyttenbach, Mindy E. (2003) Themes, Discovery, and Rediscovery. In: *Advances in Health Care Organization Theory*, ed. by Stephen S. Mick – Mindy E. Wyttenbach, 1–22. Jossey-Bass: San Francisco.

- Miles, M. B. – Huberman, A. M. (1994) *Qualitative Data Analysis*. 2nd ed. SAGE Publication: Thousand Oaks.
- Miles, Matthew B. – Weitzman, Eben A. (1994) Choosing Computer Programs for Qualitative Data Analysis. In: M. B. Miles – A. M. Huberman (1994) *Qualitative Data Analysis*. Second edition, 311–317, SAGE Publication: Thousand Oaks.
- Mintzberg, Henry (1979) *The structuring of organizations. A synthesis of a research*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- Mintzberg, Henry (1983) *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- Mo, Tone Opdahl (2008) Doctors as managers: moving towards general management. The case of unitary management reform in Norwegian hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22, No. 4, 400–415.
- Morgan, Gareth (2006) *Images of Organizations*. Updated edition, first edition 1986, SAGE Publications Inc: Thousand Oaks.
- Mulligan, Richard (2000) 'Accountability': An Ever-expanding Concept? *Public Administration*, Vol. 78, No. 3, 555–573.
- Mäkelä, Klaus (1990) Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa: *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*, toim. K. Mäkelä. Helsinki: Gaudeamus, 42 – 61.
- Narinen, Arja (2000) *Terveystieteiden osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa*. Helsingin yliopisto: Helsinki.
- Naschold, Frieder (1995) *The Modernization of Public Sector in Europe. A Comparative Perspective on the Scandinavian Experience*. Työministeriö, Hakapaino Oy: Helsinki.
- Niiniluoto, Ilkka (1984) *Tiede, filosofia ja maailmankatsomus*. Otava: Keuruu.
- Niiniluoto, Ilkka (1994) *Järki, arvot ja välineet*. Otava: Keuruu.
- Niiniluoto, Ilkka (2002) *Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen ja teorianmuodostus*. Nidotun laitoksen 3. painos. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu.
- Niiranen, Vuokko (2002) Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa: *Marginaalit ja sosiaalityö*, toim. K. Juhila – H. Forsberg – I. Roivainen, 63–80. SoPhi: Jyväskylä.
- Nkomo, Stella, M. – Stewart, Marcus, M. (2006) Diverse Identities in Organization. In: *The SAGE Handbook of Organization Studies*. Second edition, ed. by Stewart R. Clegg, – Cynthia Hardy – Thomas B. Lawrence – Walter R. Nord, 520–540. SAGE Publications: Thousand Oaks, CA.

- Norredam, Marie (2007) Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 30, No. 6, 655–661.
- Nurmi, Raimo (2000) *Johtaminen II. Johtaminen ja esimiestyö*. Tammer-Paino: Tampere.
- Nykysuomen sanakirja*. Lyhentämätön kansanpainos (1966) Valtion toimeksiannosta teettänyt Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. WSOY: Helsinki.
- OECD (2002) *Measuring Up. Improving health system performance in OECD countries*.
<http://213.253.134.43/oecd/pdfs/browseit/8102011E.PDF>, haettu 20.8.2008.
- Okko, Paavo – Björkroth, Tom – Koponen, Aki – Lehtonen, Annina – Pelkonen, Eija (2007) *Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat*. Kunnallisanalan kehittämissäätö. Vammalan kirjapaino Oy: Vammala.
- Ong, Bie Nio – Boaden, Margaret – Cropper, Stewe (1997) Analysing the medicine-management interface in acute trusts. *Journal of management in medicine*, Vol. 11, No. 2, 88–95.
- O’Toole, James – Galbraith, Jay – Lawler, Edward E. III (2002) When Two (or More) Heads are Better than One: The Promise and Pitfalls of Shared Leadership. *California Management Review*, Vol. 44, No. 4, 65–83.
- Paalumäki, Anni (2004) *Keltaisella johdetut. Artefaktit, johtaminen ja organisaation kulttuurinen identiteetti*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja A-5:2004: Raisio.
- Paavola, Sami (1998) Abduktivistinen salapoliisimetodologia – esimerkkinään Semmelweisin lapsivuodekuumetutkimukset. *Ajatus*, Vol. 55, 211–239.
- Paavola, Sami – Hakkarainen, Kai (2006) Entäpä jos...? Ideoiden abduktiivinen kehittäminen tutkimusprosessin olennaisena osana. Teoksessa: *Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia* (2006), toim. Kristina Rolin – Marja-Liisa Kaakkuri-Knuuttila – Elina Henttonen, 268–284. Hakapaino Oy: Helsinki.
- Pahlman, Irma (2000) Hoitotahto ja etiikka. Teoksessa Sundman, Eila (toim.) *Potilaan asema ja oikeudet*. Tammer-Paino Oy: Tampere.
- Pakarinen, Terttu (2007) *Tuloksellisuusarviointi ja henkilöstöjohtaminen muutosmekanismeina julkisissa tieto-organisaatioissa*. Teknillinen korkeakoulu. Kuntaliitto. Kuntatalon paino: Helsinki.

- Pakarinen, Terttu (2008) Realistinen arviointi ja organisaatiotutkimus – näkymätön näkyväksi? *Hallinnon Tutkimus*, Vol. 27, No. 4, 104–111.
- Parker, Martin (2000) *Organizational Culture and Identity. Unity and Division at Work*. SAGE Publications: London.
- Parks, R. (1915) *Principles of Human Behavior*. Zalaz: Chicago.
- Parsons, Talcot (1951) *The Social System*. Free Press & Routledge & Kegan Paul: New York.
- Parvinen, Petri – Savage, Grant (2005) Relevance of Health Care Access Systems. In: Emerald eBook series *Advances in Healthcare Management* Vol. 5 (2005), *International Health Care Management*, ed. By John Blair – Myron Fottler – Grant Savage.
- Parvinen, Petri – Lillrank, Paul – Ilvonen, Karita (2005) *Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta*. Talentum: Tampere.
- Pasternack, Amos (2007) Professionalismi ja lääkärin ammatillinen autonomia. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 62, No. 22, 4786–4788.
- Peirce, Charles S. (1931–1958) *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*. Vol. 1–6, ed. by Charles Hartshorne – Paul Weiss. Vol. 7–8 ed. by Arthur W. Burks. Harvard University Press: Cambridge Mass.
- Peck, Edward (2005) (ed.) *Organisational Development in Healthcare. Approaches, innovations, achievements*. Radcliff Publishing: Oxford.
- Perrow, C. (1965) *Hospitals: technology, structure and goals*. In: *Handbook of Organizations*, ed. by J. March. Rand McNally & Company: Chicago.
- Peräkylä, Anssi (1990) *Kuoleman monet kasvot. Identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa*. Vastapaino: Tampere.
- Pesonen, Niilo (1980) *Terveyden puolesta – sairautta vastaan: terveyden ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla*. WSOY.
- Pfeffer, Jeffrey (1982) *Organizations and organization theory*. Pitnam: Boston.
- Pihlainen, Aira (2000) *Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä*. Acta Universitatis Tamperensis 730: Vammala.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Johtosääntö. Voimassa 1.9.2004 alkaen. <http://www.tays.fi/default.aspx?nodeid=11106>, haettu 21.1.2008.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio, <http://www.pshp.fi/piiri/hallinto/index/htm>, haettu 28.11.2005.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2002–2008*.

- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia. Eettiset periaatteet lyhyesti, <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=703&contentlan=1>, haettu 18.1.2008.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Strategia 2007–2009, http://extra.pkshp.fi/HTML/shp/tiedostot/PKSSK_strategia_2007-2009.pdf, haettu 21.1.2008.
- Porter, R. (1997) *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. HarperCollins: London.
- Porter, S. (1991) A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 16, No. 6, 728–735.
- Porter, S. (1995) *Nursing's Relationship with Medicine: A Critical Realist Ethnography*. Avesbury: Aldershot.
- Porter-O'Grady, T. – Hawkins, M. – Parker, M. (1997) *Whole Systems Shared Governance*. Aspen Publication: Maryland.
- Plsek, P. E. – Greenhalgh, T. (2001) Complexity science. The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, Vol. 323, 625–628.
- Plsek, P. E. – Wilson, T. (2001) Complexity science. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *British Medical Journal*, Vol. 323, 746–749.
- Pugh, D. S. (1973) Does Context Determine Form? *Organizational Dynamics, Spring 1973*. Reprinted in: *The Sociology of Organizations* (2003), ed. by Michael J. Handel, 66–75. SAGE Publications: Thousand Oaks, CA.
- Puolijoki, Hannu – Tuulonen, Anne (2007) *Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärinkoulutuksen arviointi*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:47. Sosiaali- ja terveysministeriö, <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/09/pr1188983600128/passthru.pdf>, haettu 9.2.2008.
- Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Organisaatio, <http://www.phshp.fi>, päivitetty 31.8.2005, haettu 3.1.2007.
- Pylkkänen, Kari (2002) Erikoislääkäriprofession sata järjestäytymisen vuotta. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 57, No. 16, 1819.
- Raitoharju, Reetta (2007) *Information technology acceptance in Finnish social and health care sector. Exploring the effects of cultural factors*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja Sarja A-4, Esa Print: Tampere.
- Rantalaiho, Liisa (2004) Loppusanat. Teoksessa: *Hyvinvointityön ammatit*, toim. Lea Henriksson – Sirpa Wrede, 235–242. Yliopistopaino: Helsinki.

- Reed, Michael (2006) Organizational Theorizing: a Historically Contested Terrain. In: *The SAGE Handbook of Organization Studies*. Second edition, ed. by Stewart R. Clegg – Cynthia Hardy – Thomas B. Lawrence, 19–54. SAGE Publications Ltd: London.
- Riska, Elianne (2001) Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Social Science and Medicine*, Vol. 52, 179–187.
- Riska, Elianne (2006) Lääkärikunnan “naisistuminen”. Tiedekolumni. *Suomen Lääkärilehti*, Vol 61, No. 12, 1361.
- Riska, Elianne – Wrede, Sirpa (2004) Kuka on kestävä sairaanhoitaja? Teoksessa: *Hyvinvointityön ammatit*, toim. Lea Henriksson – Sirpa Wrede, 41–61. Oy Yliopistokustannus University Press Finland Ltd: Helsinki.
- Roberts, Fredric Marc (1982) *Under the North Star: Notions of Self and Community in a Finnish Village*. Ph.D. dissertation. The City University of New York: New York.
- Roberts, Vega Zagier (2005) Psychodynamic approaches: organisational health and effectiveness. In: *Organisational Development in Healthcare*, ed. by Edward Peck, 101–126. Radcliffe Publishing Ltd: Abington, UK.
- Rolin, Kristina (2006) Voiko soveltava yhteiskuntatiede olla arvovapaata? Teoksessa: *Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia*, toim. Kristina Rolin – Marja-Leena Kaakkuri-Knuuttila – Elina Henttonen, 16–35. Hakapaino Oy: Helsinki.
- Romzek, Barbara S. – Ingraham, Patricia Wallace (2000) Cross Pressures of Accountability: Initiative, Command, and Failure in the Ron Brown Plane Crash. *Public Administration Review*, Vol. 60, No. 3, 240–253.
- Rosoff, Stephen M. – Leone, Matthew C. (1991) The public prestige of medical specialties: overviews and undercurrents. *Social Science & Medicine*, Vol 32, No 3, 321–326.
- Rowitz, Louis (2003) *Public Health Leadership. Putting Principles into Practice*. Jones and Bartlett Publishers: Sudbury MA.
- Rushing, W.A. (1962) Social influence and the social psychological function of deference: a study of psychiatric nursing. *Social Forces*, Vol. 41, No. 2, 142–148.
- Ryan, Mandy (1994) Agency in Health Care: Lessons for Economists from Sociologists. *American Journal of Economics and Sociology*, Vol. 53, No. 2, 207–217.

- Ryynänen, Katja (2001) *Constructing physician's professional identity – explorations of students' critical experiences in medical education*. Akateeminen väitöskirja. Oulu University Press: Oulu.
- Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna (2006). KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (ylläpitäjä ja tuottaja). <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>, noudettu 06.08.2007.
- Salancik, Gerald R. – Pfeffer, Jeffrey (1974) The Bases and Use of Power in Organizational Decision-Making: The Case of University. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 19, 453–473.
- Salminen, Ari (2002) *Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Edita: Helsinki.
- Saranto, Kaija (2005) Tietojärjestelmät terveydenhuollon muutoksen johtamisessa. Teoksessa *Terveys ja johtaminen*, toim. Jari Vuori, 303–313. WSOY: Porvoo.
- Sarkio, Maria (2007) *Sairaanhoidajaksi kasvattaminen. Sairaanhoidajakoulutus ja siinä käytetyt oppikirjat Suomessa vuoteen 1967 asti*. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 208. Yliopistopaino: Helsinki.
- Sarvimäki, Anneli (2002) Terveydenhuollon arvot – ristiriitojen vai voiman lähde? Teoksessa *Eettisyyttä terveydenhuoltoon*. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998 – 2002, Etene julkaisuja 5. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Satakunnan sairaanhoitopiiri. Toiminta ja taloussuunnitelma vuosille 2006–2008 ja talousarvio 2006, <http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TILASTOT/TOIMINTA/TALOUSARVIO2006.PDF>, haettu 18.1.2008.
- Schein, Edgar. H. (1985) *Organizational Culture and Leadership*. Jossey-Bass: San Francisco.
- Schein, Edgar, H. (1987) *Organisaatiokulttuuri ja johtaminen*. Weilin & Göös: Espoo.
- Schein, Edgar, H (1999) *The Corporate Culture Survival Guide – Sense and nonsense about culture change*. Jossey-Bass Inc: San Francisco.
- Scholten, G. R. M. – van der Grinten, T. E. D. (1998) Between physician and manager: new co-operation models in Dutch hospitals. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 12, No. 1, 33–43.
- Scott, Colin (2000) Accountability in the Regulatory State. *Journal of Law & Society*, Vol. 27, No. 1, 38–60.
- Scott, C. R. – Connaughton, S. L. – Diaz-Saenz, H. R. – Maguire, K. – Ramirez, R. – Richardson, B. – Shaw, S. P. – Morgan, D. (1999) The impacts of communication and multiple identifications on

- intent to leave. *Management Communication Quarterly*, Vol 12, No. 3, 400–435.
- Scott, W. Richard (2001) *Institutions and Organizations*. Second edition. SAGE Publications: Thousand Oaks, CA.
- Scott, W. Richard – Ruef, M. – Mendel, J. – Caronna, C. (2000). *Institutional Change and Health Care Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. University of Chicago Press: Chicago.
- Seale, Clive (1999) *The Quality of Qualitative Research*. SAGE Publications Ltd: London.
- Seale, Clive (2005) Using Computers to Analyze Qualitative Data. In Silverman, David (2005) *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. Second ed. SAGE Publications: London.
- Seeck, Hannele (2008) *Johtamisopit Suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin*. Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus. Esa Print Oy: Tampere.
- Seedhouse, David (1998) *Ethics. The Heart of Health Care*. Second edition. John Wiley & Sons: Chichester, England.
- Seedhouse, David – Lovett, Lisetta (1992) *Practical Medical Ethics*. John Wiley Sons: Chichester, England.
- Shank, Gary D. (2002) *Qualitative Research. A Personal Skills Approach*. Merrill Prentice Hall: Columbus, Ohio.
- Sheridan, D. – Ferrell, W. (1974) *Man-Machine Systems: Information, Control and Decision Models of Human Performance*. MIT Press: Cambridge.
- Sherman, Eileen C. (1998) Effects of Role Variables on Job Satisfaction. *The Physician Executive*, Vol. 24, No. 5, 40–45.
- Shortell, Stephen M. (1974) Occupational prestige differences within the medical allied health professions. *Social Science & Medicine*, Vol. 8, No. 1, 1–9.
- Shortell, S.M. – Waters, T. M. – Clarke, K. W. B. – Budetti, P. P. (1998) Physicians as double agents: Maintaining trust in an era of multiple accountabilities. *JAMA*, Vol. 280, No. 12, 1102–1108.
- Shortell, Stephen M. – Rundall, Thomas G. (2003) Physician-Organization Relationships: Social Networks and Strategic Intent. In: *Advances in Health Care Organization Theory*, ed. by Stephen S. Mick – Mindy E. Wyttenbach, 141–173. Jossey-Bass: San Francisco, CA.
- Siehl, Caren – Martin, Joanne (1984) The role of symbolic management: How can managers effectively transmit organizational culture? In: *Leaders and managers: International perspectives on managerial*

- behaviour and leadership*, ed. by J. D. Hunt – D. Hosking, 227–239. Pergamon: New York.
- Sihvonen, Maarit (2006) *Neuvottelujen kautta toimeenpanoon. Sopimusohjauksen implementaatio erikoissairaanhoidossa*. Acta Universitatis Tamperensis 1154. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print: Tampere.
- Siivola, Ulla (1984) *Terveysisärs kansanterveystyössä* [The public health nurse in public health work]. WSOY: Porvoo.
- Silverman, David (2005) *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. Second ed. SAGE Publications: London.
- Simoila, Riitta (1994) *Terveystenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot* (The development, contradictions and work orientations of the work of the public-health nurse). Academic dissertation at University of Oulu, Department of nursing science. Stakes, Research Reports no. 48. Helsinki.
- Simoila, Riitta (1999) *Terveystenhoito johtamisen areenana*. Teoksessa *Hoitotyötä johtamaan*. Toim. Riitta Simoila – Riitta Kangas – Jouko Ranta, 9–16. Kirjayhtymä Oy: Helsinki.
- Sinkkonen, Sirkka – Taskinen, Helena (2002) *Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla*. *Hoitotiede*, Vol. 14, No. 3, 129–141.
- Sintonen, Harri – Pekurinen Markku (2006) *Terveystaloustiede*. WSOY: Porvoo.
- Smircich, Linda (1983) *Concepts of Culture and Organizational Analysis*. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 28, No. 3, 339–358.
- Smith, D. (1993) *The Rise of Historical Sociology*. Polity Press: Cambridge.
- Smith, A. J – Preston, D. (1996) *Communication between professional groups in an NHS trust hospital*. *Journal of management in medicine*, Vol. 10, No.2, 31–39.
- Snellman, Erna (2004) *Lääkärijohtaja ja postmodernismin haasteet*. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 59, No 43, 4153–4155.
- Sorvettula, Maija (1998) *Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan*. Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystalouden johtamiskoulutustyöryhmän muistio* (2004). Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30. Opetusministeriö: Yliopistopaino.
- Speier, C. – Valacich J. S. – Vessey, I. 1999. *The influence of task interruption on individual decision making: An information overload perspective*. *Decision Sciences*, Vol. 30, No.2, 337–359.
- Stahle, Wolfgang – Schirmer, Frank (1992) *Lower-level and Middle-level Managers as the Recipients and Actors of Human-Resource*

- Management. *International Studies of Management and Organization*, Vol. 22, No. 1, 67–89.
- Stein, L. (1967) The Doctor-Nurse Game. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 16, June 1967, 699–703.
- Stein, L. – Watts, D. T. – Howell, T. (1990) The doctor-nurse game revisited. *New England Journal of Medicine*, Vol. 323, No. 3, 201–203.
- Stevenson, William B. – Bartunek, Jean M. (1996) Power, Interaction, Position, and the Generation of Cultural Agreement in Organizations. *Human Relations*, Vol. 49, No. 1, 75–104.
- Strauss, A. L. (1987) *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Strauss, Anselm – Schatzman, Leonard – Ehrlich, Danuta – Bucher, Rue – Sabshin, Melvin (1963) The hospital and its negotiated order. In: *The hospital in modern society*, ed. by Elliot Freidson, 147–169. Free Press of Glencoe: London.
- Strauss, A. L. – Corbin, J. (1990) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. SAGE publications: Thousand Oaks, CA.
- Suomen Kuntaliitto (1998) Hoitohenkilöstön virkojen nimikkeet ja kelpoisuusehdot. Yleiskirje 37/98, 21.12.1998, http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;63;375;23856;23857;32222, haettu 15.9.2008.
- Suomen Lääkäriliitto (2003) Lääkärin perusarvot ja Suomen Lääkäriliiton tehtävät. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 58, No. 24, 2686–2687.
- Suomen Lääkäriliitto (2005) *Lääkärin etiikka*. 6. painos. PunaMusta Oy: Joensuu.
- Suomen Lääkäriliitto (2007) Ohjeet Suomen Lääkäriliiton erityispätevyyksistä. <http://www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyydet/ohjeet.html>, haettu 31.12.2007.
- Suomen Lääkäriliitto (2008) Erikoislääkäri, lisäkoulutettu vai erityispätevä? Ammatillisen jatko- ja täydennyskoulutuksen nimikkeiden käyttö. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 63, No. 23, 2172–2175.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry. (1996) Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/, haettu 18.10.2007.
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry. (2009) Tilastoja. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/viestinta/tilastoja/>, haettu 2.11.2009.

- Suonsivu, Kaija (2003) *Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin*. Acta Universitatis Tamperensis 926. Tampereen yliopistopaino: Tampere.
- Surakka, Tiina (2006) *Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla. Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähihoitajuudessa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopistopaino Juvenes Print: Tampere.
- Sveiby, Karl Erik (1990) *Valta ja johtaminen asiantuntijaorganisaatiossa*. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Sweeney, K. (2005) Emergence, complexity and organisational development. *Organisational Development in Healthcare. Approaches, innovations, achievements*, ed. by Edward Peck, 143–166. Radcliffe Publishing Ltd, Abington, UK.
- Tajfel, H. (1972) Social categorization, English version of La catégorisation sociale. In: *Introduction à la psychologie sociale*, Vol. 1, ed. by S. Moscovici, 272–302. Larousse: Paris.
- Tajfel, H. (1978) *Differentiation between social groups. Studies in the social psychology of intergroup relations*. London: Academic Press.
- Tajfel, H. – Turner, J. C. (1979) An integrative theory of intergroup conflict. In: *The Social Psychology of Intergroup Relations*, ed. by W. G. Austin – S. Worchel, 33–47. Brooks/Cole: Monterrey, Ca.
- Tajfel, H. – Turner, J. C. (1986) The social identity theory of intergroup behaviour. In: *Psychology of intergroup relations*, ed. by S. Worchel – W. G. Austin. Second edition, 7–24. Nelson: Chicago.
- Tallberg, M. (1983) *Sjuksköterskeutbildningens första 60 år i Finland 1867–1927*. Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut:Helsingfors.
- Tallberg, M. (1991) *Den sekulära sjuksköterskan i Fin land från 1700-talet till den enhetliga utbildningens början 1930: Vården och utbildningen speglade mot förhållandena i övriga länder*. Kuopion yliopisto: Kuopio.
- Tampsi-Jarvala, Tiina – Viitanen, Elina – Lehto, Juhani (2003) *Johtajana sosiaali- ja terveystoimessa 2003*. Stakes. Aiheita 7/2005. Helsinki.
- Tevameri, Terhi – Kallio, Tommi (2009) Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. *Hallinnon Tutkimus*, Vol. 28, No. 1, 15–32.
- Thompson, James (1967) *Organizations in action*. McGraw-Hill: New York.
- Tichy, N. M. – Fombrun, C. (1979) Network analysis in organizational settings. *Human Relations*, Vol. 32, No. 11, 923–965.

- Toiviainen, Hanna (2007) *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina*. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Tutkimuksia 160, Stakes. Gummerus kirjapaino Oy: Vaajakoski.
- Torkki, P. – Alho, A. – Peltokorpi, A. – Torkki, M. – Kallio, P. (2006): Managing urgent surgery as a process: Case study of a trauma center. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 22, No. 2, 255–260.
- Torppa, Kaarina (2007) *Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen*. Oulun yliopisto: Oulu.
- Torppa, Kaarina (2008). Sähköpostilla käyty kirjeenvaihto Kaarina Torpan kanssa 15.9.2008.
- Traynor, Michael (1999) *Managerialism and nursing. Beyond Oppression and Profession*. Routledge: London.
- Trice, Harrison M. (1993) *Occupational Subcultures in the Workplace*. ILR Press: New York.
- Trice, Harrison M. – Beyer, Janice M. (1993) *The Cultures of Work Organizations*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli (2002) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Jyväskylä.
- Tuomiranta, Mirja (2002) *Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa*. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print: Tampere.
- Tuomiranta, Mirja – Poutanen, Raija – Silvennoinen-Nuora, Leena – Hemminki, Heimo (2007) Terveysthuollon strategiat eivät ohjaa käytännön työtä. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 62, No. 51–52, 4775–4779.
- Turner, J. C. (1975) Social comparison and social identity: some prospects for intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology*, Vol. 5, No. 1, 1–34.
- Turner, J. C. (1982) Towards a cognitive redefinition of social group. In: *Social Identity and Intergroup Relations*, ed. by H. Tajfel, 15–40. Cambridge University Press: New York.
- Turner, Stephen P. (2006) The Philosophy of Social Sciences in Organizational Studies. In: *The SAGE Handbook of Organization*

- Studies*, ed. by Stewart R. Clegg – Cynthia Hardy – Thomas B. Lawrence. Second edition, 409–443. SAGE Publication: London.
- Turun yliopiston opinto-opas 2007–2009. Erikoislääkärikoulutus. Lääketieteellinen tiedekunta. http://www.med.utu.fi/opiskelu/opinto-opaat/utu_erikoislaakarikoulutuksen_opinto-opas_2007-2009.pdf, haettu 31.12.2007.
- Tuukkanen, Johanna – Tamminen, Antti (2007) Erikoislääkärikoulutuksen uudistus kadotti yleisosajat. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 62, No. 27, 2567–2572.
- Tuulonen, Anja – Isolauri, Jouko – Paavilainen, Heikki (2000) Muutosjohtamisen haasteet yliopistosairaalassa. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 55, No. 37, 3719–3723.
- Turun kaupunki. Turun terveystoimen organisaatiokaavio, <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=3162>, haettu 18.1.2008.
- Työterveyshuoltolaki 29.9.1978/743.
- Tähkäpää, Jarmo (2007) *Managing the information systems resource in health care. Findings from two IS projects*. Akateeminen väitöskirja. Turun kauppakorkeakoulu, sarja A1-2007. Esa Print: Tampere.
- Vaasan sairaanhoitopiiri. Strategia vuoteen 2010, <http://www.vshp.fi/www/fin/piiri/strategia.asp?leftnaviID=14>, haettu 21.1.2008.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) (2002) *Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. <http://www.etene.org/yleista.shtml>, haettu 18.10.2007.
- van Knippenberg, Daan – van Schie, Els, C. M. (2000) Foci and correlates of organizational identification. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol 73, 137–147.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Hallinto VSSHP:ssa, <http://www.vsshp.fi/fi/hallinto/hallinto>, haettu 21.1.2008.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Toimipaikat ja kartat. <http://www.tyks.fi/fi/osastoluettelo>, haettu 16.1.2008.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007–2015, <http://www.vsshp.fi/fi/asiakirjat/strategia>, haettu 21.1.2008.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Virkojen ja toimien kelpoisuusehdot 11.12.2006, www.vsshp.fi/fi/dokumentit/10539/vsshp-kelpoisuusehdot-Hall-2006-12-19.pdf, haettu 15.9.2008.

- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Yleisesittely. Päivitetty 2.1.2009. <http://www.vsshp.fi/fi/esittely>, haettu 22.7.2009.
- Viitanen, Elina (1997) *Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa*. Acta Universitatis Tamperensis ser. A. Vol. 577. Vammalan kirjapaino Oy: Vammala.
- Viitanen, Elina – Wiili-Peltola, Erja – Lehto, Juhani (2002) Osastonlääkäri lähiesimiehenä “Enemmän tämmönen seniorikonsultti”. *Suomen Lääkärilehti*, Vol.57, No. 38, 3755 – 3757.
- Viitanen, Elina – Lehto, Juhani (2004) Lähiesimiehet haluaisivat enemmän tukea ja vaikutusvaltaa. *Sairaala-lehti*, Vol. 67, No. 1–2, 16–17.
- Viitanen, Elina – Lehto, Juhani (2005) Lähijohtaminen ja johtajuus: uusi johtamisympäristö kulttuuriperinteen muokkaajana. Teoksessa *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti*, toim. Jari Vuori, 117–130. Werner Söderström Osakeyhtiö: Porvoo.
- Viitanen, Elina – Konu, Anne (2006) Jaetun johtajuuden ituja sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. *Premissi*, Vol. 1, No. 3, 33–39.
- Viitanen, Elina – Kokkinen, Lauri – Konu, Anne – Simonen Outi – Virtanen, Juha V. – Lehto, Juhani (2007) *Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Kunnallisanalan Kehittämissätiö, tutkimusjulkaisut nro 59: Vammala.
- Virtanen, Juha V. – Kovalainen, Anne (2006) Lääkäreiden ja hoitajien linjaorganisaatiot käytännön johtamisen näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 61, No. 33, 3247–3252.
- Vollmann, T. E. 1991. Cutting the Gordian Knot of Misguided Performance Measurement. *Industrial Management & Data Systems*, 1, 24–26.
- Vuori, Hannu (1979) *Lääketieteen historia – sosiaalishistoriallinen näkökulma*. Gummerus: Jyväskylä.
- Vuori, Jari (1995) *Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa*. Ankkurikustannus: Vaasa.
- Vuori, Jari (2005) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Teoksessa: *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti*, toim. Jari Vuori, 76–77. Werner Söderström Osakeyhtiö: Porvoo.
- Vuori, Jari – Kinnunen, Juha – Taskinen, Helena (2005) Johtamisen eri ulottuvuudet toimialojen vertailussa. Teoksessa: *Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin*, toim. Juha Kinnunen ja Kari Lindström, 115–135. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 129. Kuopio.

- Vuorinen, Riitta (2008) *Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana*. Acta Universitatis Tamperensis 1358. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print: Tampere.
- Walton, Eric J. (2005) The Persistence of Bureaucracy: A Meta-analysis of Weber's Model of Bureaucratic Control. *Organization Studies*, Vol. 26, No. 4, 569–600.
- Walton, Graham – Hall, Amanda (2004) Information overload within the health care system: a literature review. *Health Information and Libraries Journal*, Vol. 21, No. 2, 102–108.
- Weber, Max (1924/1968) Bureaucracy and Legitimate Authority. Reprinted from *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. Copyright 1968 by university of California Press. In *Sociology of Organizations. Classic, Contemporary, and Critical Readings*, ed. by Michael J. Handel (2003). SAGE Publications: Thousand Oaks, CA.
- Weber, Max (1947) *The theory of social and economic organization*. Translated by A. H. Henderson and Talcott Parsons, translation of original published 1924, ed. by Talcott Parsons. The Free Press: New York.
- Weiss, Yoram – Fershtman, Chaim (1992) On the Stability of Occupational Rankings. *Rationality & Society*, Vol. 4, No. 2, 221–233.
- Weitzman, Eben A. (2000) Software and Qualitative Research. In: *Handbook of Qualitative Research*, ed. by Norman K. Denzin – Yvonna S. Lincoln, 803–820. SAGE Publications: Thousand Oaks, CA.
- Weitzman, E. A. – Miles, M. B. (1995) *Computer Programs for Qualitative Data Analysis*. SAGE: Thousand Oaks, CA.
- Wicks, A. C. – Freeman, R. E. (1998) Organization Studies and the New Pragmatism: Positivism, Anti-positivism, and the Search for Ethics. *Organization Science* Vol. 9, No. 2, 123–140.
- Wiili-Peltola, Erja (2000) Sairaala sosiaalisena organisaationa: Uusia kuvia vanhoissa raameissa? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, Vol. 37, 122–133.
- Wiili-Peltola, Erja (2001) Sairaanhoidopiirin strategia sairaaloiden lähijohdon tulkintana. *Hallinnon tutkimus*, Vol. 20, No. 4, 384–397.
- Wiili-Peltola, Erja (2004) Sairaaloiden hallinnan muutos lähiesimiesten näkökulmasta. *Hallinnon tutkimus*, Vol. 23, No. 1, 3–14.
- Wiili-Peltola, Erja (2005) *Sairaala muutosten ristipaineessa. Hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa*. HAUS kehittämiskeskus Oy (Savion kirjapaino Oy): Helsinki.

- Willberg, Mirja – Valtonen, Hannu (2007) *Pohjoismaiden terveydenhuollon palvelu- ja rahoitusjärjestelmien vertailu*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007/36, <http://stm.fi/Rsource.phx/publishing/documents/11683/index.htm>, haettu 30.1.2008.
- Wilson, T. D. (2001) Information overload: implications for healthcare services. *Health Informatics Journal*, Vol. 7, No. 2, 112–117.
- Winblad, Ilkka – Reponen, Jarmo – Hämäläinen, Päivi – Kangas, Maarit (2006) *Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa 2006*. Raportteja 7/2006. STAKES: Helsinki.
- Wolcott, H. (1973) *Man in the Principal's Office. An Ethnography*. Holt, Rinehart and Winston: New York.
- Wolcott, H. (1994) *Transforming qualitative data: Description, analysis, and interpretation*. SAGE: Thousand Oaks, CA.
- Woodward, Joan (1958) *Management and technology*. Her Majesty's Stationery Office: London.
- Woodward, Joan (1965) *Industrial organization: Theory and practice*. Oxford University Press: London.
- Wrede, Sirpa (2001) *Decentering Care for Mothers. The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Service*. Åbo Akademis Förlag: Åbo.
- Wurman, Richard S. (2001) *Information Anxiety 2*. MacMillan Publishing: Indiana.
- Zhou, Xueguang (2005) The Institutional Logic of Occupational Prestige Ranking: Reconceptualization and Reanalyses. *American Journal of Sociology*, Vol. 111, No. 1, 90–140.
- Yrjälä, Ann (2005) *Public Health and Rockefeller Wealth. Alliance Strategies in the Early Formation of Finnish Public Health Nursing*. Akateeminen väitöskirja. Åbo Akademis Förlag: Åbo.
- Östergren, K. – Sahlin-Andersson, K. (1998) *Att hantera skilda världar: läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Landstingsförbundet: Stockholm.

LIITE 1: Esitutkimuksen tutkimuskysymykset, aineisto ja menetelmät

Esitutkimuksen tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Aiheutuuko lääkärien ja hoitajien erillisistä linjaorganisaatioista ongelmia käytännön johtamisessa?
2. Jos ongelmia aiheutuu, minkälaisia ne ovat luonteeltaan?
3. Miten näitä ongelmia aktiivisesti ratkotaan, niiden negatiivisia vaikutuksia minimoidaan ja niiden syntymistä estetään?
4. Onko terveydenhuollossa olemassa muita kuin johtamiseen ja organisointiin liittyviä asioita, jotka vähentävät erillisistä linjaorganisaatiosta aiheutuvien ongelmien vaikutusta? Mitä ne ovat?

Näihin kysymyksiin hain vastauksia tulosjohdetuissa julkisen terveydenhuollon yksiköissä. Viimeisellä tutkimuskysymykselläni hain tietoa, liittyykö julkisen terveydenhuollon ominaislaatuun yritystoimintaan verrattuna joitakin sellaisia seikkoja, joiden takia terveydenhuoltoyksikkö ei kärsi erillisten linjaorganisaatioiden aiheuttamista ongelmista yhtä paljon kuin samankokoinen liikeyritys niistä todennäköisesti kärsisi. Onhan mahdollista, että on olemassa seikkoja, joiden ansiosta organisaatio voi toimia kohtuullisen hyvin, vaikka osoittautuisikin epätarkoituksenmukaisesti organisoiduksi ja johdetuksi.

Tutkimusta varten haastattelin 13 esimiesasemassa julkisissa terveydenhuolto-organisaatioissa työskentelevää kokenutta henkilöä, jotka olivat taustaltaan joko lääkäreitä tai hoitajia. Viisi heistä kuului organisaationsa ylimpään johtoon. He olivat kaikki lääkärिताustaisia. Muista 8 haastateltavasta 3 oli lääkäri- ja 5 hoitajataustaisia. Haastateltavien ikää en kysynyt, mutta arvioni mukaan kaikki olivat haastatteluajankohtana 45–55-vuotiaita. Haastattelut olivat luonteeltaan avoimia²⁶⁴ ja ne tapahtuivat syksyllä 2003 ja keväällä 2004. Kerroin tutkivani lääkärien ja hoitajien linjaorganisaatioita ja terveydenhuolto-organisaatioiden toimintaa ja vältin ottamasta kovin ohjaavaa roolia, kunhan keskustelu pysyi terveydenhuolto-organisaatioiden toiminnassa. Haastattelut kestivät keskimäärin 55,8 min (ylimpään johtoon kuuluvilla 69 min). Nauhoitin haastattelut ja tein niistä samalla muistiinpanot. Nauhoitetut haastattelut kirjoitin puhtaaksi siltä osin, kun keskustelu liittyi terveydenhuolto-organisaatiossa tapahtuvaan toimintaan. Taustoittavasta puheesta (esim. oma ammatillinen ura ja organisaation perustiedot) kirjoitin tiivistelmät, ja sellaisen puheen, jolla ei ollut mielestäni mitään yhteyttä terveydenhuolto-organisaatiossa tapahtuvaan toimintaan, jätin

²⁶⁴ Perustelut avoimen haastattelutekniikan valintaan esitutkimuksessa esitän tarkemmin alaluvussa 2.1.

tyystin pois. Näin saadun materiaalin koodasin haastattelukohtaisesti aineistolähtöisiin teemoihin, kokosin teemat yhteen ja hain niistä erikseen ylimmän johdon ja muiden haastateltavien osalta yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia, kattavia tyypittelyjä ja selittäviä tulkintoja (Eskola ja Suoranta 2001, 154–160, 174–180; Coffey ja Atkinson 2001, 30–52). Aineistoa hankkiessani ja siihen perehtyessäni huomasin, että ylimpään johtoon kuuluvilla (5 henkilöä) oli aihepiiristä enemmän ja monipuolisempaa kerrottavaa kuin muilla. Siksi jaon aineiston kahteen osaan, joita kutsuin ylimmäksi johdoksi ja lähiesimiestasoksi²⁶⁵. Materiaalin pohjalta kirjoitin pro gradu –työni Turun kauppakorkeakoulun nimellä *Kohtaavatko lääketiede ja hoitotiede? Lääkärien ja hoitajien linjaorganisaatiot terveydenhuollon tulosjohtamisen kannalta*. Se valmistui elokuussa 2004. Saman aineiston pohjalta on kirjoitettu artikkeli: Juha V. Virtanen ja Anne Kovalainen (2006) *Lääkärien ja hoitajien linjaorganisaatiot käytännön johtamisen näkökulmasta*²⁶⁶

²⁶⁵ Esitutkimuksen haastateltavista kaksi henkilöä kuului keskijohtoon niiden kriteereiden mukaan, joita olen soveltanut tässä tutkimuksessa. Ks. jaottelun perusteet alaluvusta 1.3.

²⁶⁶ Suomen Lääkärilehti, Vol. 61, No. 33, 3247–3252.

LIITE 2: Haastatteluteemat ja niiden esittäminen haastattelutilanteissa

Haastattelujen teema-alueet olivat seuraavat:

1. Johtajuus
2. Organisaation rakenne
3. Asema organisaatiossa, työn pääasiallinen sisältö (toimenkuva) ja miten työn sisältö on muotoutunut nykyiseksi
4. Organisaation toiminta
5. Ammatit ja ammattikunnat
6. Tiedonkulku
7. Vastuu ja valta
8. Johtoryhmätyöskentely
9. Vertaisverkostot

Ensimmäinen teema, johtajuus, liittyi Tampereen yliopiston terveystaloustieteen laitoksen johtajuustutkimukseen, mutta kirjasin ja analysoin litteroidun aineiston myös tältä osin omien tutkimuskysymysteni kannalta. Johtajuuskysymykset olivat kaikille samat ja esitettiin samassa järjestyksessä. Jokainen haastateltava vastasi johtajuuskysymyksiin omin sanoin, ts. haastattelu alkoi selkeästi puolistrukturoituna. Johtajuusosio koostui seuraavista kysymyksistä, jotka tutkijakollegani esitti minun ollessani läsnä:

1. Kerro lyhyesti työhistoriasi. Miten päädyit nykyiseen tehtävääsi?
2. Mitä johtamisosaamista sinulle on vuosien aikana kertynyt?
3. Minkälainen johtaja olet omasta mielestäsi?
4. Mikä johtamisessa on vahvinta osaamistasi, missä pitäisi kehittyä ja mikä on vaikeinta tai haastavinta?
5. Onko sinulla johtajatyöparia? Miten parijohtajuus toimii? Mitä asioita jaatte? Miten se tapahtuu?
6. Kuuluuko tehtäviisi työskentely poliittisten päätöksentekijöiden kanssa?
7. Oletko kehittänyt "omia" johtamiskäytäntöjä? Miten niihin päädyit?
8. Miten sinua itseäsi johdetaan?

Organisaation rakenteen teema-alueesta alkaen haastatteluvastuu oli minulla. Selvittelin organisaation fyysistä ja sosiaalista rakennetta organisaatiokarttoja ja haastateltavan mukanaan tuomaa materiaalia apuna käyttäen. En esittänyt määrämuotoisia kysymyksiä, mutta hain tietoa seuraaviin asioihin: Minkälainen on kokonaisorganisaatio? Mistä osista se koostuu? Missä haastateltava sijaitsee rakenteellisessa organisaatiokartassa?

Kolmannella teema-alueella hain vastauksia seuraavankaltaisiin asioihin: Kuka on haastateltavan esimies? Minkälaiset asiat kuuluvat haastateltavan työtehtäviin? Miten haastateltavan työtehtävien sisältö on muotoutunut nykyisenkaltaiseksi? Tässä ja seuraavassa vaiheessa täydensin myös

ensimmäisen teema-alueen tietoja siltä osin, kun niitä omien tutkimuskysymysten kannalta oli mielekästä täydentää.

Neljäs teema-alue oli **organisaation toiminta**. Organisaation toiminta on hyvin laaja ja monivivahteinen käsite. Siihenhän kuuluu kaikki tieto, jonka haastateltavat antoivat koko organisaation tai sen jonkin osan toiminnasta. Myös teema-alueet no 5–8 kuuluvat organisaation toimintaan, ja teema-alue vertaisverkostot ainakin osittain. Perustelut tällaisen hyvin laajan teema-alueen esittämiseen haastattelun tässä vaiheessa esitän alaluvussa 2.4. Vein keskustelun tälle teema-alueelle joko jonkin aiemmin esille tulleen toimintaan liittyvän seikan avulla tai tiedustelemalla, miten sairaala kokonaisuudessaan tai haastateltavan oma yksikkö hänen mielestään toimivat. Tämän teema-alueen sisällä haastattelu kulki avoimen haastattelun periaatteita noudattaen. Jatko riippui täysin siitä, mitä haastateltava toi esille. Pyrin tietoisesti välttämään ohjaamasta haastattelun kulkua tämän teema-alueen sisällä millään ennalta päättämälläni tavalla.

Viides teema-alue oli **ammattikunnat**. Tälle teema-alueelle vein keskustelun viittaamalla johonkin aiemmin esille tulleseeseen seikkaan tai toteamalla, että terveydenhuolto-organisaatioissa työskentelee monen ammattikunnan edustajia ja kysymällä, miten se näkyy haastateltavan työssä. Kuten edellä, pyrin tietoisesti välttämään ohjaamasta keskustelua, kunhan se pysyi teema-alueen sisällä.

Kuudennessa teema-alueessa, **tiedonkulussa**, hyödynsin jälleen kysymyksiä. Kysyin haastateltavalta, minkälaisia tiedonkulkuun liittyviä ongelmia hän on työssään havainnut. Tein lisäkysymyksiä vastausten ohjaamina. Lisäksi kysyin, minkälaisia tiedonkulkuun liittyviä palaveria, tiedottamiskäytäntöjä ja -välineitä sairaalassa on käytössä.

Teema-alueetta **vastuu ja valta** pyrin lähestymään hienovaraisesti puhumalla ensin pelkästään vastuusta. Pääsin aihealueeseen kiinni joko jonkin aiemmin esille tulleen asian avulla tai kysymällä haastateltavalta, minkälaisia vastuita hän omassa työssään tunnistaa ja mistä asioista hän itse on vastuussa. En lähtenyt kyselemään, onko hänellä budjettivastuuta, henkilöstövastuuta tms. minun ennalta teorian pohjalta nimeämäni vastuutyyppejä, vaan pyrin saamaan haastateltavan oman kuvauksen vastuistaan. Aihealue osoittautui vaikeaksi ja jouduin täydentämään kuvauksia kysymyksillä. Kun vastuu oli käsitelty, vein keskustelun valtaan ja kysyin, minkälaista valtaa haastateltavalla on. Se osoittautui vastuutakin vaikeammaksi aihealueeksi, jossa keskustelu ei kulkenut spontaanisti, vaan sitä piti ylläpitää kysymyksillä. Kysyin muun muassa haastateltavan oman vallan suhdetta hänen vastuuseensa, keillä organisaatiossa on valtaa ja miten valta ja vallankäyttö organisaatiossa näkyvät.

Kahdeksas teema-alue oli **johtoryhmätyöskentely**. Selvitin kysymyksillä, minkälaisissa johtoryhmissä haastateltava on mukana, miten usein ne kokoontuvat, mitkä ovat johtoryhmätyöskentelyn funktiot, mikä on niiden asema valta-vastuu-hierarkiassa, mitä asioita ne käsittelevät, miten ne tekevät päätöksensä. Keräsin tarkoituksella jatkotutkimusta varten johtoryhmistä haastatteluaineistoa enemmän kuin oli tarpeen tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten kannalta. Tätä tutkimusta varten analysoin johtoryhmiin liittyvästä haastatteluaineistosta vain tutkimuskysymysten kannalta relevantin osan.

Yhdeksäs teema-alue, **vertaisverkostot**, ei kuulunut alkuperäiseen teema-aluerunkooni. En ollut tietoinen valtakunnallisten vertaisverkostojen olemassaolosta. Asia tuli esille, kun haastattelin ylimpään johtoon kuuluvaa hoitajajohtajaa, joka mainitsi valtakunnallisesta yhteistyöverkostosta, johon kuuluvat eri sairaanhoitopiirien vastaavassa virka-asemassa olevat hoitajajohtajat. Tämä teema tuli esille aineistolähtöisesti ja lisäsin sen jatko-haastatteluihin, koska aktiiviset vertaisverkostot näyttivät liittyvän johtajien toimintakenttään merkittävällä tavalla.

LIITE 3: Haastatteluaineiston esittely

Haastateltavien (syksyllä 2005 ja keväällä 2006) ammatti- ja virkanimikkeet, koulutustausta (lääkäri, hoitaja, muu), hierarkkinen asema (keskijohto, ylin johto) ja sukupuoli (M=mies, N=nainen) ja ikä.

1. Ylilääkäri, tulosityksikköjohtaja	Lääkäri	Keskijohto	M, 39
2. Ylilääkäri, tulosityksikköjohtaja	Lääkäri	Keskijohto	N, 46
3. Ylilääkäri, tulosityksikköjohtaja	Lääkäri	Keskijohto	M, 40
4. Talousjohtaja, tulosityksikköjohtaja	Muu	Keskijohto	M, 46
5. Ylihoitaja	Hoitaja	Keskijohto	N, 39
6. Ylilääkäri, vastuualuejohtaja	Lääkäri	Keskijohto	N, 56
7. Apul.ylilääkäri, tulosityksikköjoht.	Lääkäri	Keskijohto	N, 53
8. Ylilääkäri, tulosityksikköjohtaja	Lääkäri	Keskijohto	M, 42
9. Osastonylilääkäri	Lääkäri	Keskijohto	M, 48
10. Kehityspäällikkö	Hoitaja	Keskijohto	N, 53
11. Ylihoitaja, vastuualuejohtaja	Hoitaja	Ylin johto	N, 58
12. Osastohoidon ylilääkäri	Lääkäri	Keskijohto	N, 49
13. Professori, yksikköjohtaja	Lääkäri	Keskijohto	M, 37
14. Professori, vastuualuejohtaja	Lääkäri	Ylin johto	M, 52
15. Ylihoitaja	Hoitaja	Keskijohto	N, 55
16. Johtava lääkäri	Lääkäri	Ylin johto	N, 53
17. Hallintoylihoitaja	Hoitaja	Ylin johto	N, 56
18. Hallintoylihoitaja	Hoitaja	Ylin johto	N, 63
19. Johtajaylilääkäri	Lääkäri	Ylin johto	M, 50

Esitutkimusaineistoon kuuluvat haastattelut (syksyiltä 2003):

20. Johtajaylilääkäri	Lääkäri	Ylin johto	M, 49
21. Hallintoylilääkäri	Lääkäri	Ylin johto	M, 48
22. Hallintoylilääkäri	Lääkäri	Ylin johto	M, 50
23. Johtava ylilääkäri	Lääkäri	Ylin johto	N, 51
24. Ylihoitaja	Hoitaja	Ylin johto	M, 63
25. Ylilääkäri	Lääkäri	Keskijohto	M, 48

Organisaatiot, joissa haastateltavat toimivat haastatteluhetkellä johtajina²⁶⁷.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri
Raision kaupunki
Riihimäen seudun KTT:n kuntayhtymä
Turun kaupungin terveystoimi
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

²⁶⁷ Haastateltavien kertomat asiat eivät koskeneet pelkästään heidän haastattelunaikaisia työpaikkojaan, vaan he kertoivat myös aiemmista työpaikoistaan.

LIITE 4: Alustava käsitekartta koodauksen aloittamista varten

Kolmen haastattelun osa-aineistoa (ylihoitaja, ylilääkäri ja hallintoylihoitaja) on koodattu taulukossa lueteltujen käsitteiden avulla. Numerot osoittavat, miten monta kertaa kyseinen koodi esiintyy kussakin haastattelussa.

	Ylihoitaja	Ylilääkäri	Hallintoylihoitaja	Yhteensä
RAKENTEET	31	32	41	104
VALTA JA VASTUU	35	14	35	84
SPECIALITEETIT	3	2	7	12
AMMATTIKUNNAT	26	8	30	64
JOHTAMINEN	13	9	32	54
Oma johtaminen	22	54	30	106
Johdetuksi tuleminen	23	1	7	31
JOHTORYHMÄ	15	12	29	56
YHTEISTYÖ	11	3	19	33
TIEDONKULKU	11	10	6	27
ARVOPOHJA	5	1	4	10
RAHA	10	7	18	35
ORGANISAATION TUOTOS	1	3	11	15
MUUT	0	0	0	0

LIITE 5: Luettelo tietokoneavusteisen analyysin aikana perustetuista noodeista, nooiden perustamisajankohdista ja noodilla koodattujen analyysiyksiköiden lukumäärästä 30.11.2007

Ammattikunnat	26.06.2006	210
Arvopohja	26.06.2006	31
Johtaminen	26.06.2006	151
Johdetuksi tuleminen	26.06.2006	99
Oma johtaminen	29.06.2006	270
Johtamisen areenat	22.11.2006	58
Johtoryhmä	26.06.2006	225
Kulttuurinen tapa toimia	22.11.2006	59
Raha	26.06.2006	127
Rakenteet	26.06.2006	341
Fyysiset rakenteet	29.08.2006	23
Hierarkkiset rakenteet	29.08.2006	45
Johtosääntö	29.08.2006	21
Muutos rakenteissa	29.08.2006	53
Ohjaus- ja valvontaketju	29.08.2006	182
Poliittiset päätöksentekijät	29.08.2006	30
Työnjako	29.08.2006	81
Ulkoiset suhteet	24.08.2006	24
Spesialiteetit	29.06.2006	73
Spesialiteettien ominaisuudet	09.10.2006	15
Tiedonkulku	26.06.2006	109
Valta ja vastuu	26.06.2006	221
Vallan käyttö	27.09.2006	30
Valta versus vastuu	27.09.2006	22
Vastuu työstä	27.09.2006	98
Organisaation tuotos	26.06.2006	67
Yhteistyö	26.06.2006	112
Konflikti	30.08.2006	224
Organisaation koko	05.09.2006	19
Organisatoriset toimijat	17.08.2006	83
Päätöksenteko	18.09.2006	70

LIITE 6: Noodien sisällön määrittelyä koodausvaiheen aikana

Noodien nimet kirjoitin isolla alkukirjaimella erotuksena geneerisistä käsitteistä. Nimet ja rajaukset laadin siten, että käsitteisiin liittyvät asiat tulivat sisällytetyiksi käsitteen nimeä kantavaan noodiin.

NOODIN NIMI	NOODIN SISÄLTÖ
Ammattikunnat	Kaikki ammattikunnat. ²⁶⁸
Arvopohja	Omat, muiden tai kollektiiviset arvot ja arvostukset.
Johtaminen	Yleinen johtaminen: strategiseen, operatiiviseen, henkilöiden tai asioiden johtamiseen liittyvä asia, jota ei voi kohdistaa siihen, miten haastateltavaa itseään johdetaan tai miten hän itse johtaa,
Johdetuksi tuleminen	Miten haastateltavaa itseään johdetaan.
Oma johtaminen	Miten haastateltava itse johtaa ihmisiä tai asioita.
Johtamisen areenat	Sosiaaliset tapahtumakentät, erilaiset meetingit, kokoukset yms. yleensä säännölliset kasvokkaiset tapaamiset, jotka ovat merkittäviä johtajan omalle johtamiselle tai johdetuksi tulemiselle. ²⁶⁹
Johtoryhmä	Johtoryhmät ja niiden toiminta ²⁷⁰ .
Kulttuurinen tapa toimia	Organisaatiokulttuuriin tai johonkin ammattikulttuuriin liittyvät asiat.

²⁶⁸ Lääketieteellisiä spesialetteja en ole katsonut ammattikunnan rajaksi. Siten esimerkiksi kirurgit ja endokrinologit kuuluvat molemmat lääkärin ammattikuntaan.

²⁶⁹ Perustin tämän noodin havaittuani, että johtajan toimintakenttään kuuluu suuri määrä erilaisia säännöllisiä tapaamisia (esimerkiksi osastomeeting, keskiviikkopalaveri, ylläkärimeting, viestintäryhmämeeting, ylihoitajakokoukset, henkilöstöpalaveri, infopäivät, strategiapäivät, vastuuryhmäkokoukset ja osastokierrot), joissa konkreettinen johtamistyö suurelta osin tapahtuu. Liitteeseen 14 olen koonnut haastattelussa mainittuja säännöllisiä ja virallisia organisaationsisäisiä kokouksia, tilaisuuksia ja tapaamisia.

²⁷⁰ Johtoryhmät ovat, paitsi virallisia johtoryhmiä, niin myös muunnimisiä kokouksia (esim. johtotiimi, tulosaluejohtajien kuukausikokous), joissa yksiköiden johtajat suunnitellusti ja säännöllisesti keskustelevat työajalla yksiköiden asioista.

Noodien sisällön määrittelyä koodausvaiheen aikana

Raha	Raha ja taloudenpito.
Rakenteet	Organisaatiotason sosiaalinen ja fyysinen rakenne.
Fyysiset rakenteet	Toimitilat, rakennukset, tila, etäisyydet, ja toimitilojen varustus ja sisustus.
Hierarkkiset rakenteet	Organisatoristen yksikköjen rakenne, joka noudattaa vertikaalista hierarkiaa. ²⁷¹ Ylempänä olevalla yksiköllä on auktoriteettiasema alempana olevaan.
Johtosääntö	Johto-, hallinto- tai toimintosääntöön liittyvät asiat. Ovat luonteeltaan Johtamista pysyvämpiä. Niistä ei voi operatiivinen johto päättää ilman luottamusmiehiä.
Muutos rakenteissa	Mikä tahansa muutos organisaation sosiaalisessa tai fyysisessä rakenteessa.

²⁷¹ Hierarkkisiin rakenteisiin koodasin organisatoristen yksiköiden välisen hierarkian. Ohjaus- ja valvontaketjuun koodasin yksilötason auktoriteettihierarkian.

Noodien sisällön määrittelyä koodausvaiheen aikana

Ohjaus- ja valvontaketju	Eri tasoista koostuva vertikaalinen, henkilöistä muodostuva ketju, joka osoittaa henkilöiden asemaan perustuvan auktoriteetin keskinäisen suhteen. Ylempänä olevalla henkilöllä on auktoriteettiasema alempana olevaan. Ns. komentoketju. Vrt. Hierarkkiset rakenteet.
Poliittiset päätöksentekijät	Suhteet poliittisiin päätöksentekijöihin, kuten valtuustojen, lautakuntien ja hallitusten luottamushenkilöihin.
Työnjako	Kuka tai ketkä mitäkin työtehtävää organisaatiossa tekevät ²⁷² .
Ulkoiset suhteet	Suhteet organisaation ulkopuolisiin toimijoihin, jotka eivät kuulu poliittisiin päätöksentekijöihin. Esimerkiksi suhteet yliopistoihin, ammattikorkeakouluihin ja muihin sairaanhoitopiireihin.
Spesialiteetit	Lääketieteellisiin spesialiteetteihin liittyvät asiat ²⁷³ .
Spesialiteettien ominaisuudet	Ominaisuuksia, joita haastateltavat liittivät eri lääketieteellisiä spesialiteetteja edustaviin ihmisiin.

²⁷² Työnjakoon kirjasin laajasti työtehtävien jakamiseen eri tekijöiden välillä liittyvän asian riippumatta siitä, onko työnjako tilapäinen tai pysyvä, perustuuko se johtosääntöön, kirjalliseen ohjeistukseen tai suulliseen delegointiin. Myös henkilöstöryhmien välinen työtehtävien jakaminen on koodattu Työnjakoon.

²⁷³ Spesialiteetit pitää sisällään kaikenlaisen lääketieteellisiin spesialiteetteihin perustuvan jaottelun.

Noodien sisällön määrittelyä koodausvaiheen aikana

Tiedonkulku	Tiedonkulkuun, tiedottamiseen ja tiedonsaantiin liittyvät asiat.
Valta ja vastuu	Valtaan, vastuuseen tai molempiin liittyvät asiat riippumatta siitä, mihin valta ja vastuu perustuvat ²⁷⁴ .
Vallan käyttö	Tilanne, jossa vallan käyttäjä saa jonkun tekemään jotain, mitä hän ei muuten tekisi ²⁷⁵ .
Valta versus vastuu	Vallan ja vastuun keskinäinen suhde.
Vastuu työstä	Työhön tai työtehtävään liittyvä vastuu.
Organisaation tuotos	Organisaation toiminnan tulos arvioituna sen kykyä tuottaa terveyttä ja toimintakykyä asiakkaille, potilaille ²⁷⁶ .
Yhteistyö	Kahden tai useamman organisatorisen toimijan työskentely yhteisen tavoitteen edistämiseksi.
Konflikti	Erimielisyys, näkemusero, kiista, etujen ristiriita kahden tai useamman organisatorisen toimijan välillä.

²⁷⁴ Valta ja vastuu -koodin sisältö on laaja. Valta tai vastuu eivät käsitteinä ole yksiselitteisiä ja selkeästi määriteltävissä (Hardy ja Clegg 2006). Turvataakseni aineistolähtöisyyden koodasin noodiin Valta ja vastuu laajasti näihin käsitteisiin mahdollisesti liittyviä asioita. Siitä oli seurauksena, että Ohjaus- ja valvontaketjuun koodatuista asioista suuri osa koodautui myös Valtaan ja vastuuseen.

²⁷⁵ Alanoodin Vallan käyttö sisältöön olen koodannut sellaisen vallan konkreettista käyttämistä, jonka Robert Dahl (1957, 203) määritteli seuraavasti: A:lla on valtaa B:hen nähden siinä määrin, kun A saa B:n tekemään jotain, mitä B ei muutoin tekisi.

²⁷⁶ Organisaation toiminnan tuotokseen olen koodannut ainoastaan sellaiset asiat, jotka liittyvät organisaation tarkoituksen (terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, ks. alaluku 2.6) edistämiseen. Osa organisaation tuotoksesta ei edistä organisaation tarkoitusta.

Noodien sisällön määrittelyä koodausvaiheen aikana

Organisaation koko	Organisaation koko arvioituna henkilömääränä. ²⁷⁷
Organisatoriset toimijat	Johtajan organisatoriseen toimintakenttään kuuluvat toimijat. Ovat henkilöitä tai henkilöistä muodostuvia ryhmiä tai yksiköitä. Yksi henkilö voi kuulua moneen organisatoriseen toimijaan.
Päätöksenteko	Päätöksentekoon liittyvät asiat.

²⁷⁷ Perustin tämän vapaan noodin analyysivaiheessa siksi, että testasin ajatusta, liittävätkö haastateltavat puheessaan joitakin organisaation toiminnan ongelmia organisaation suureen kokoon.

LIITE 7: Kuvaus Rakenteet-noodin analyysistä

Noodiin Rakenteet koodasin organisaation sosiaalisiin ja fyysisiin rakenteisiin liittyviä ajatuskokonaisuuksia. Sellaisiksi katsoin myös sairaalayhteisön pysyvämpiin toimijasuhteisiin, kuten työnjakoon, ohjaus- ja esimiessuhteisiin ja viestintäjärjestelmiin liittyviä ajatuskokonaisuuksia. Rakenteisiin koodasin pysyvämpiä, yksittäisestä henkilöstä riippumattomampia asioita kuin Johtamiseen. Rajanvetoa noodiin Johtaminen kuvaa seuraava muistio:

Koodi Rakenteet sisältää fyysiset ja sosiaaliset rakenteet ja niihin liittyvät ongelmat esim. byrokratian dysfunktiot. Se sisältää työnjakoon liittyvät kysymykset (tyyppiä jonkun oikeus tai velvollisuus tehdä tiettyjä töitä), jotka toki voivat liittyä johtamiseenkin (tyyppiä delegointiin liittyvä työnjako) tai oma toimenkuva, joka liittyy omaan johtamiseen sekä rakenteisiin. Ohjeistus liittyy johtamiseen. Sen sijaan hallintosääntö ja johtosääntö ovat tavanomaista ohjeistusta pysyvämpiä ja liittyvät rakenteisiin. Rakenteisiin liittyy myös jako erikoissairaanhoido vs. perusterveydenhoito.

Mikäli rajanveto ei ollut selkeästi joko tai -tyyppinen, koodasin tekstin useampaan noodiin. Rakenteet-noodiin kertyi seitsemästä haastattelusta tekstisegmenttejä 222 kappaletta. Tekstistä erottuivat selvästi sellaiset analyysiyksiköt, jotka käsittelivät konkreettisia fyysisiä rakenteita, esimerkiksi eri rakennuksissa sijaitsevat toimitilat. Loin alanoodin Fyysiset rakenteet ja merkitsin sillä fyysisiin rakenteisiin liittyvän tekstin.

Totesin, että Rakenteet-noodiin oli kirjautunut runsaasti eri toimijoita ja niiden välisiä rajapintoja. Seuraavat katkelmat tutkimuspäiväkirjastani valaisevat pohdintaani:

14.8.06. Terveysthuolto-organisaatioissa näkyy monenlaisia jakolinjoja tai rajoja, joilla on vaikutusta niiden toimivuuteen. Sellaisia ovat 1. ammattikunnat (lääkärit/hoitajat/hallinto), 2. lääketieteelliset spesiaaliyksiköt (myös hoitajapuolella), 3. erikoissairaanhoidon perusterveydenhuolto, 4. maantieteellinen jakolinja saman sairaanhoitopiirin sisällä (kaupunki A:n sairaala vs. kaupunki B:n sairaala), 5. oma yksikkö vs. muu organisaatio ("kiristyksen") ja 6. oma yksikkö vs. muut yksiköt samassa organisaatiossa (mm. resurssikierrätykset).

17.8.06 Organisatoriset toimijat muodostavat sosiaalisia rakenteita. Sellaisia ovat yksiköt (osastot, klinikat, tulostyöyksiköt, tulosalueet,

sairaalat, shp:t, kuntainliitot ym.). Niissä työskentelee eri ammattikuntiin kuuluvia ihmisiä (esim. lääkärit, hoitajat, hallinto). Yksiköt kuuluvat joko perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon. Etenkin jälkimmäiset kuuluvat johonkin lääketieteelliseen spesialiteettiin. Kokonaisuutta ohjaa ylimpänä demokraattinen ohjausjärjestelmä (hallitus ja valtuusto). Kokonaisuus koostuu hyvin monenlaisista osista ja rajapintoja on paljon. Kokonaisuutta pyritään ohjaamaan ja koordinoimaan monimuotoisten ohjausjärjestelmien avulla (johtosäännöt, hallintosäännöt, hierarkia, auktoriteetti, työnjako). Toimijoiden intressit poikkeavat toisistaan.

Seuraavaksi perustin vapaan noodin nimeltä Organisatoriset toimijat ja koodasin kolmesta haastattelusta kaikki niissä mainitut eri toimijat. Kunkin toimijan koodasin vain kertaalleen. Organisatorisiksi toimijoiksi katsoin yksityishenkilöiden lisäksi kollektiiviset toimijat, kuten kunnat, hallituksen, johtoryhmät, tulosalueet ja osastot. Kolmessa haastattelussa eri toimijoita esiintyi 77 kappaletta. Tein toimijoista luettelon, vertailin toimijoita keskenään etsien yhdenmukaisuuksia ja eroavaisuuksia ja ryhmittelin toimijoita samankaltaisuuksista koostuviin ryhmiin. Hahmottelin, millaisia rakenteellisia kokonaisuuksia toimijat edustavat ja millaisia rakenteita ne muodostavat.

Osa tekstistä liittyy suhteisiin sairaalaorganisaation ulkopuolisiin toimijoihin, kuten kuntalaisiin, henkilöstövuokrausyrityksiin, ammattikorkeakouluihin ja yliopistoihin. Sellaisen tekstin koodasin alanoodiin Ulkopuoliset suhteet. Tekstistä erottuivat selvästi suhteet poliittikkoihin ja poliittisesti valittuihin luottamusmiehiin. Sellaisen tekstin koodasin alanoodiin Poliittiset päätöksentekijät. Jäljelle jäivät organisaation sisäiset toimijat²⁷⁸.

Kun haastateltavat nimesivät, erottivat ja ryhmittelivät sairaalansisäisiä toimijoita, he käyttivät apuna sairaalan organisaatiokaaviota, virkojen tai toimien nimikkeitä (esimerkiksi "hallintoylilääkäri"), ammatteja (esimerkiksi "lääkärikunta") ja spesialiteetteja (esimerkiksi "sydänkirurgia"). Toimijoista puhuessaan he käyttivät samanaikaisesti yhtä tai useampaa edellä mainituista tavoista spesifioida toimija (esimerkiksi "konservatiivisen tulosalueen ylihoitajat"). Täten johtajat nimesivät sairaalayhteisön toimijoita käyttäen rakenteellisia ja organisaatioasemaan perustuvia ilmauksia.

Mainitut toimijakategoriat eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan voivat esiintyä samanaikaisesti vaihtelevissa kombinaatioissa. Lisäksi johtajat haastatteluissa mainitsivat erinimisiä ryhmiä, jotka muodostuvat henkilöiden kokoontuessa yhteen (esimerkiksi lukuisat eri hierarkiatasojen johtoryhmät).

²⁷⁸ Kolmessa ensin analysoimassani haastattelussa viitataan yhteensä 77 eri toimijaan, eri haastatteluissa osittain samoihin. Näistä 14 toimijaa on oman organisaation ulkopuolisia ja 3 oman sairaalan poliittiseen hallintoon kuuluvia. Loput 60 ovat oman organisaation sisäisiä toimijoita.

Johtajien puheessa ne ovat sekä toimijoita että areenoita, joissa toimijoita kokoontuu.

Toimijoiden nimeämisen ja toimijoista koostuvien rakenteiden selvittämisen lisäksi olin kiinnostunut siitä, millaisia ovat toimijoiden keskinäiset suhteet. Täten pääsin kiinni esimerkiksi toimijoiden väliseen työnjakoon, auktoriteettisuhteisiin, ohjaus- ja koordinaatiojärjestelmiin. Seuraava ote tutkimuspäiväkirjasta kuvaa analyttistä pohdintaani:

*24.8.06 Yritän analysoida rakennepuhetta aineistolähtöisesti. Seuraavanlaisia kategorioita näyttäisi esiintyvän: suhde **tho:n ulkoisiin toimijoihin** (Ulk), suhde **poliittisiin päätöksentekijöihin** (Pol), **fyysiset rakenteet** kuten rakennukset ja toimitilat (Fyys), **hierarkia ja siihen liittyvät henkilöt** (Hier) (sisältää organisaation yksiköt ja yksiköitä edustavat henkilöt), **ohjaus- ja valvontaketju** (OhVa) organisaation dimensio, jonka alle kuuluu Lämsän ja Hautalan (2005) mukaan perinteisesti auktoriteetti (vrt. valta ja vastuu) ja yhtenäisyys (hierarkiaportaita ei saa ohittaa), **työnjako** (Työnjako), johtosääntö (JoSään), esiintyyköhän myös muita ohjaus- ja koordinaatiojärjestelmiä? Lisäksi tekstistä nousee vahvasti **rakenteiden muutos** (RakMuut).*

Jokin ylläkääririkokous ei kuulu Rakenteisiin vaan johtamiseen. Rakenteiden tulee olla pysyvämpiä.

Ohjaus- ja valvontaketjuun (OhVa) liittyy asemaan perustuva valta, auktoriteetti, tehdä jotakin. Siihen koodautuu paljolti samoja asioita kuin koodiin Valta ja vastuu. Lienee viisasta tyhjentää Valta ja vastuu -koodi päällekkäisestä materiaalista ja katsoa, mitä jää jäljelle. Todennäköisesti vastuu ja sellainen valta, joka ei perustu rakenteelliseen asemaan organisaatiossa eli "hankittu valta".

Tällaisen prosessin tuloksena päädyin muodostamaan seuraavat alanoodit: Fyysiset rakenteet, Hierarkkiset rakenteet, Poliittiset päätöksentekijät, Ulkoiset suhteet, Ohjaus- ja valvontaketju, Työnjako, Johtosääntö ja Muutos rakenteissa. Noodien keskinäisellä suhteella ei tässä vaiheessa ollut merkitystä (alanoodi tai vapaa noodi), koska niiden suhde oli muutettavissa helposti milloin tahansa. Noodit saivat mennä päällekkäin myös muiden noodien, kuten Valta ja vastuu sekä Spesialiteetit kanssa. Se oli luonnollistakin, koska vallan käyttö ja lääketieteelliset spesialiteetit liittyvät rakenteisiin sekä esitutkimuksen että teorian mukaan. Noodien yhteismitallisuudellakaan ei ollut merkitystä. Oleellista oli, että noodien avulla tekstiin voi liittää merkityksiä, jotka auttavat hahmottamaan johtajan toimintakenttää sairaalassa. Jos ne eivät osoittautuneet hyödyllisiksi, ne oli helppo muuttaa, jättää syrjään tai korvata muilla. Noodi Rakenteiden muutos toimi tekstinmerkitsijänä (vrt. noodi Konflikti), työkaluna, jonka avulla voin

helposti hakea koko aineistosta kaikki sellaiset analyysiyksiköt, jotka liittyivät johonkin rakenteiden muutokseen.

Näin muodostin noodirungon, jonka pohjalta koodasin seitsemän haastattelun Rakenteet-noodin sisällön. Kaiken alanoodeihin koodatun tekstin koodasin myös Rakenteet-noodiin. Huomasin, että Rakenteet-noodin sisällössä painoittui alanoodin Ohjaus- ja valvontaketjun osuus (ks. liite 5). Tulostin noodin sisällön ja tutustuin siihen lukemalla ja tekemällä marginaalimerkintöjä. Seuraavaksi tein matriisihaun, joissa katsoin mihin muihin noodeihin olin kirjannut samaa Ohjaus- ja valvontaketjuun liittyvän tekstiä²⁷⁹. Totesin, että samaa tekstiä olin kirjannut kaikkiin muihinkin noodeihin, mutta eniten Valtaan ja vastuuseen, sitten Konfliktiin ja kolmanneksi eniten Ammattikuntiin.

Jatkoin Ohjaus- ja valvontaketjut -noodin sisällön analysointia tekemällä erilaisia sisältöhakuja. Hauissa lähdin liikkeelle yhdistämällä sellaisia noodeja, joissa päällekkäisyys oli suuri, mutta seuraavia hakuja ohjasi analyttisen prosessin edistyminen. Hakujen avulla tulostamiani osa-aineistoja analysoin myös manuaalisesti kirjoittamalla analyysiyksiköiden sisältöjä ruutupaperiin, vertaamalla niitä keskenään ja ryhmittelemällä niitä loogisiin kategorioihin. Kirjoitin tutkimuspäiväkirjaan analyttisiä muistioita, muodostin käsitteitä ja hypoteeseja, joiden selityskykyä koettelin hakujen tuloksena saaduilla osa-aineistoilla. Mäpitiin hakujen tulokset sekä analyttiset muistiinpanoni.

Tulin analyysissa siihen tulokseen, että Rakenteilla on aineistossani yhteys erityisesti ammattikuntiin, lääketieteellisiin spesialiteetteihin, valta- ja vastuusuhteisiin ja talouteen. Siksi analysoin Ammattikunnat-, Spezialiteetit-, Valta ja vastuu- ja Raha-noodien sisällön vastaavalla tavalla. Siitä etenin edelleen muihin noodeihin. Aloin kirjoittaa ensimmäistä versiota analyysin alustavista tuloksista. Samaan aikaan koodasin seuraavat 9 haastattelua, jatkoin analyysia ja päivitin yhteenvedoa niin, että se kattoi koko siihen asti analysoimani haastatteluaineiston. Täten rakenteiden analyysi tapahtui vuorovaikutuksessa ja samaan aikaan muun sisällön analyysin kanssa, vaikka alkoikin Rakenteet-noodin sisällön analyysilla.

²⁷⁹ Matriisihakujen tekemistä en perustele siten, että jos sama teksti esiintyy kahdessa noodissa, niiden välillä on jokin riippuvuus tai että riippuvuus on sitä suurempi, mitä useammin sama tekstisegmentti tulee koodatuksi kyseisiin noodeihin. Jos niin olisi, voisin mitata riippuvaisuuksia numeerisesti, mitä en tee. Saman tekstin koodaaminen kahteen tai useampaan noodiin osoittaa vain, että haastateltava kertoi asioista, jotka minun tulkintani mukaan liittyvät samaan aikaan kahteen tai useampaan käsitteelliseen kokonaisuuteen. Näillä käsitteellisillä kokonaisuuksilla saattaa aineistossani olla keskinäinen riippuvuus tai jokin muu yhteys, mutta samanaikainen esiintyminen ei vielä riitä sellaisen perusteluksi. Tulkitsin noodien samanaikaisen esiintymisen mielenkiintoa herättäväksi viitteeksi siitä, että niihin liittämieni käsitteiden välillä saattaa olla jokin yhteys, jota tulee tarkemmin analysoida. Tällä tavoin matriisihaut suuntasivat analyysia ja vaikuttivat sen järjestykseen, mutta eivät toimi tulosten perusteluna.

Saatuani valmiiksi dokumenttiaineistoon ja kaikkiin 25 haastatteluun perustuvan alustavan tulosityhteenvedon aloin lukea sitä kokonaisuutena. Jatkoin samalla kirjallisuuden lukemista. Analysoin aineistosta esille nostamieni asioiden välisiä yhteyksiä keskenään ja teorian kanssa. Hain vastauksia esimerkiksi seuraaviin kysymyksiin: Liittyvätkö tulosityhteenvedoon kirjaamani asiat ja ilmiöt johtajan toimintakenttään sairaalassa? Mikä on niiden keskinäinen yhteys? Miten haastateltavien ammattitausta ja hierarkkinen asema näkyy aineistossa? Mistä yleisemmästä on kysymys? Mikä on alustavien tulosten suhde kirjallisuuteen? Mikä aineistossa on kaikkein oleellisinta?

Kirjoitin muistioita ja kokeilin erilaisia teoreettisia näkökulmia. Havaitsin, että tutkimusaineistosta tulee esille kaikille haastateltaville yhteisiä sairaalayhteisöön liittyviä rakenteita. Sellaisia näyttivät olevan esimerkiksi lääkärin ja hoitajan ammatit sekä lääketieteen erikoisalut. Niiden lisäksi aineiston analyysissä tuli esille muitakin sairaalayhteisön toimijoista koostuvia rakenteita sekä tietoa niiden keskinäisistä suhteista. Toimijoiden suhteissa valtaan, vastuuseen, työnjakoon ja yhteistyöhön liittyvät asiat näyttivät olevan keskeisiä.

Uudet analyttiset ideat saivat minut palaamaan alkuperäiseen aineistoon sekä päivittämään tulosityhteenvedoa useita kertoja. Sen seurauksena kirjoitin koko aineiston kattavan tulosityhteenvedon lisäksi suppeampia yhteenvedoja erityisesti sairaalayhteisön toimijoiden keskinäisistä suhteista. Tämä analysointi- ja käsitteellistämisen prosessi jatkui koko tutkimusraportin kirjoittamisvaiheen ajan.

LIITE 8: Lääkäriinvala ja sairaanhoitajan lupaus

Lääkäriinvala

Vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta pyrkiväni lääkärintoimessani palvelemaan lähimmäisiäni ihmisyyttä kunnioittaen. Päämääränäni on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.

Työssäni noudatan lääkärin etiikkaa ja käytän vain lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä. Tutkimuksia ja hoitoja suositellessani otan tasapuolisesti huomioon niistä potilaalle koituvan hyödyn ja mahdolliset haitat.

Pidän jatkuvasti yllä korkeaa ammattitaitoani ja arvioin työni laatua.

Suhtaudun kollegoihini kunnioittavasti ja annan heille apua, kun he potilaita hoitaessaan sitä pyytävät. Rohkaisen potilaitani kysymään tarvittaessa myös toisen lääkärin mielipidettä.

Kunnioitan potilaani tahtoa. Pidän salassa luottamukselliset tiedot, jotka minulle on potilaita hoitaessani uskottu. Täytän lääkärin velvollisuuteni jokaista kohtaan ketään syrjimättä enkä uhkauksestakaan käytä lääkärintaitoani ammattietiikkani vastaisesti (Suomen Lääkäriliitto 2005).

Sairaanhoitajan lupaus:

Lupaan kunniani ja omantuntoni kautta auttaa lähimmäistäni, tervettä ja sairasta, kaikissa niissä toiminnoissa, jotka tähtäävät terveyden säilyttämiseen ja sen saavuttamiseen, ihmisyyttä kunnioittaen, rotuun, uskontoon ja asemaan katsomatta, vaitiolovelvollisuutta unohtamatta. Pyrin edistämään yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa, samoin kuin jatkuvasti kehittämään ammattitaitoani.

(Kymenlaakson ammattikorkeakoulu 2007).

LIITE 9: Esimerkkejä sairaalaorganisaatioiden kirjaamista arvoista ja eettisistä toimintaperiaatteista

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Arvot

- Ihmisarvon kunnioittaminen
- Vastuullisuus
- Oikeudenmukaisuus (HUS-strategia 2006–2015).

HUS:n arvopohja

- Yhteistyöllä huipputuloksiin
- Tahto toimia edelläkävijänä
- Arvostamme asiakkaitamme ja toisiamme (HUS Strategia ja arvot 13.12.2007).

Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri

- Potilas/asiakaslähtöisyys
- Tasa-arvoisuus
- Vaikuttavuus
- Vastuullisuus (Henkilöstöstrategia 2007–2010).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

- Ihmisarvon kunnioittaminen
- Itsemääräämisoikeus
- Tasa-arvo
- Oikeudenmukaisuus (Tutkimus- ja kehittämistoiminta EPSHP:ssä vuosina 2000–2002).

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

- Ihmisarvo
- Oikeudenmukaisuus
- Vastuullisuus
- Itsemääräämisoikeus
- Asiakaslähtöisyys
- Laadukkaat palvelut (Strateginen suunnitelma 2008).

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

- Ihmisen arvostaminen
- Oikeudenmukaisuus
- Vastuullisuus (Sairaanhoitopiirin strategia 2006).

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

- Ihmisarvon kunnioittaminen
- Palveluhenkisyys
- Laadukkuus
- Aktiivisuus ja tuloksellisuus
- Turvallisuus ja jatkuvuus
- Kestävä kehitys (Talousarvio ja suunnitelma 2004–2006).

Lapin sairaanhoitopiiri

- Palvelujen saatavuus
- Yhteistyökyky
- Laadukkuus
- Taloudellisuus
- Potilaslähtöisyys (Lapin sairaanhoitopiirin strategiaohjelma 2007–2012).

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

- Toimimme vastuullisesti, tehokkaasti ja avoimesti.
- Arvostamme ja kunnioitamme toisiamme ja itseämme.
- Kunnioitamme potilaan itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta.
- Kehitämme toimintojamme asiakaslähtöisesti.
- Teemme tuloksellista ja tasa-arvoista yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. (Toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2007–2009).

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Eettiset periaatteet

- Hyvä hoito
- Ihmisen kunnioittaminen
- Osaamisen arvostaminen
- Yhteiskuntavastuullisuus (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia).

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

- Ihmisarvo
- Tasa-arvo
- Oikeudenmukaisuus
- Luottamus (Strategia 2007–2009).

Satakunnan sairaanhoitopiiri

- Potilaan kunnioittaminen ja osaava sekä vaikuttava hoito
- Henkilökunnasta välittäminen (Toiminta ja taloussuunnitelma vuosille 2006–2008 ja talousarvio 2006).

Vaasan sairaanhoitopiiri

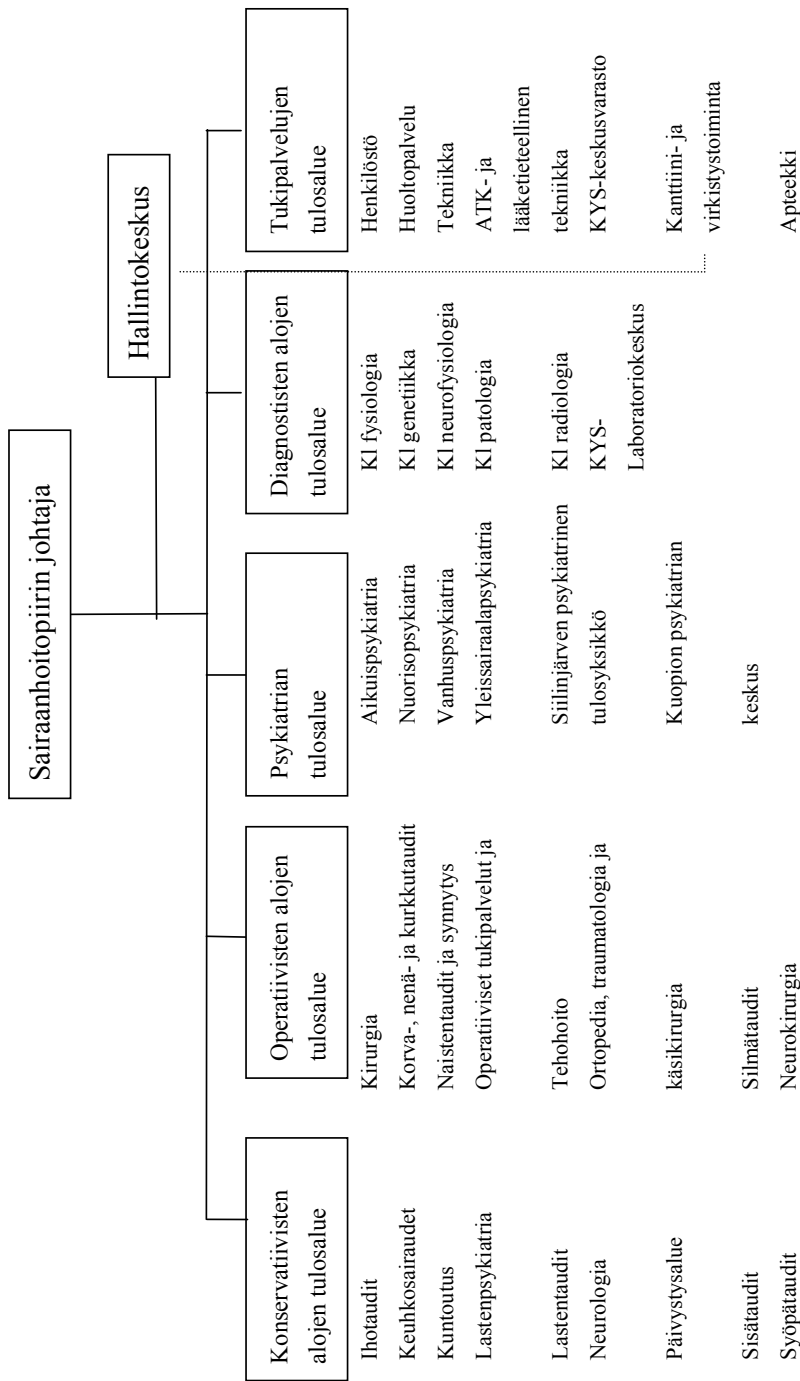
- Ihmisarvon kunnioittaminen
- Vastuullisuus
- Oikeudenmukaisuus (Strategia vuoteen 2010).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Perusarvot

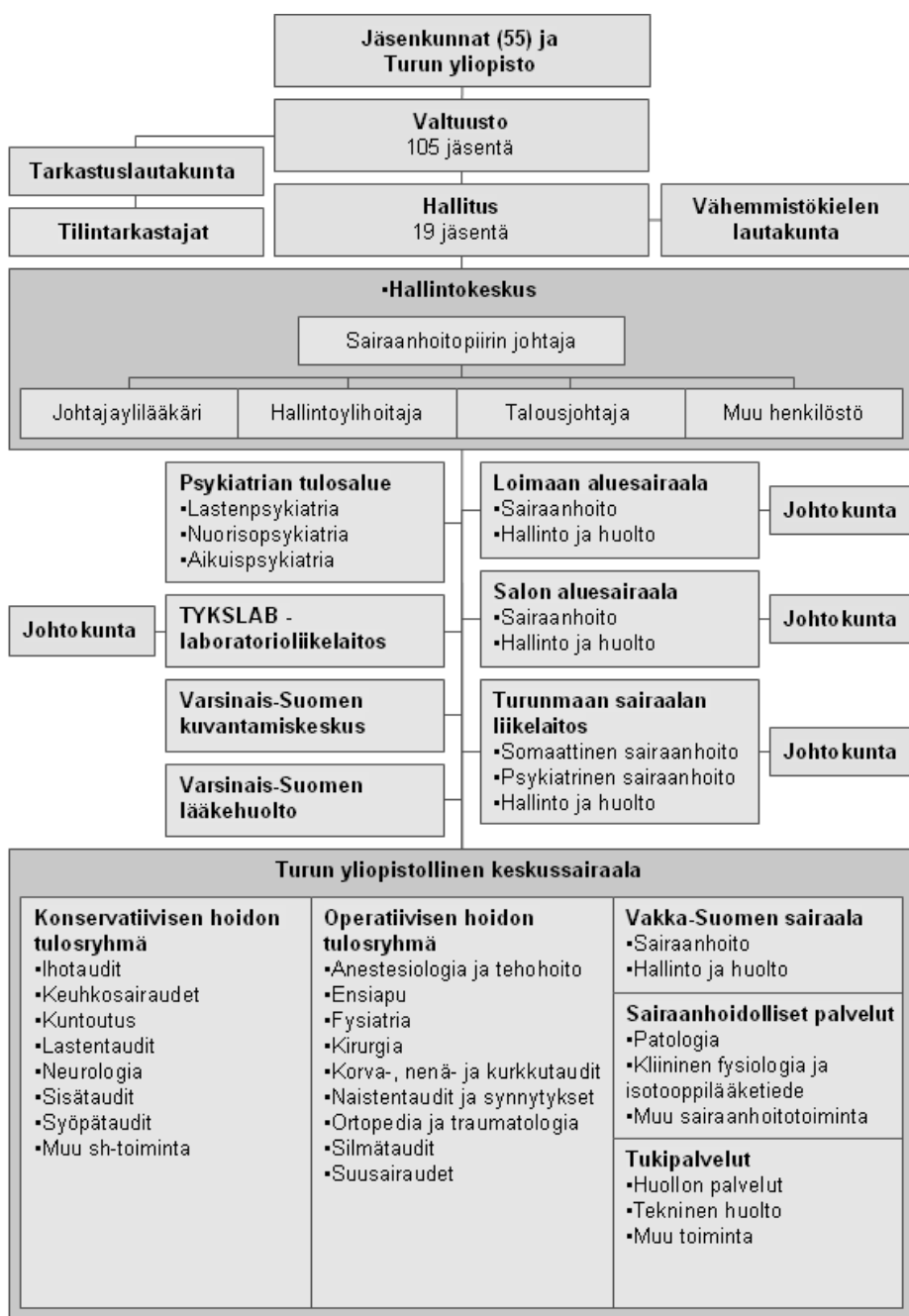
- Demokratia
- Potilaslähtöisyys
- Oikeudenmukaisuus
- Tehokkuus
- Henkilöstön hyvinvointi
- Jatkuva uudistuminen (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007–2015).

LIITE 10: Kuopion yliopistollisen sairaalan organisaatiokaavio 18.1.2006 ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin organisaatiokaavio 1.1.2008



(Kuopion yliopistollinen sairaala. Sairaanhoitopiiriin hallinto)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatiokaavio 1.1.2008

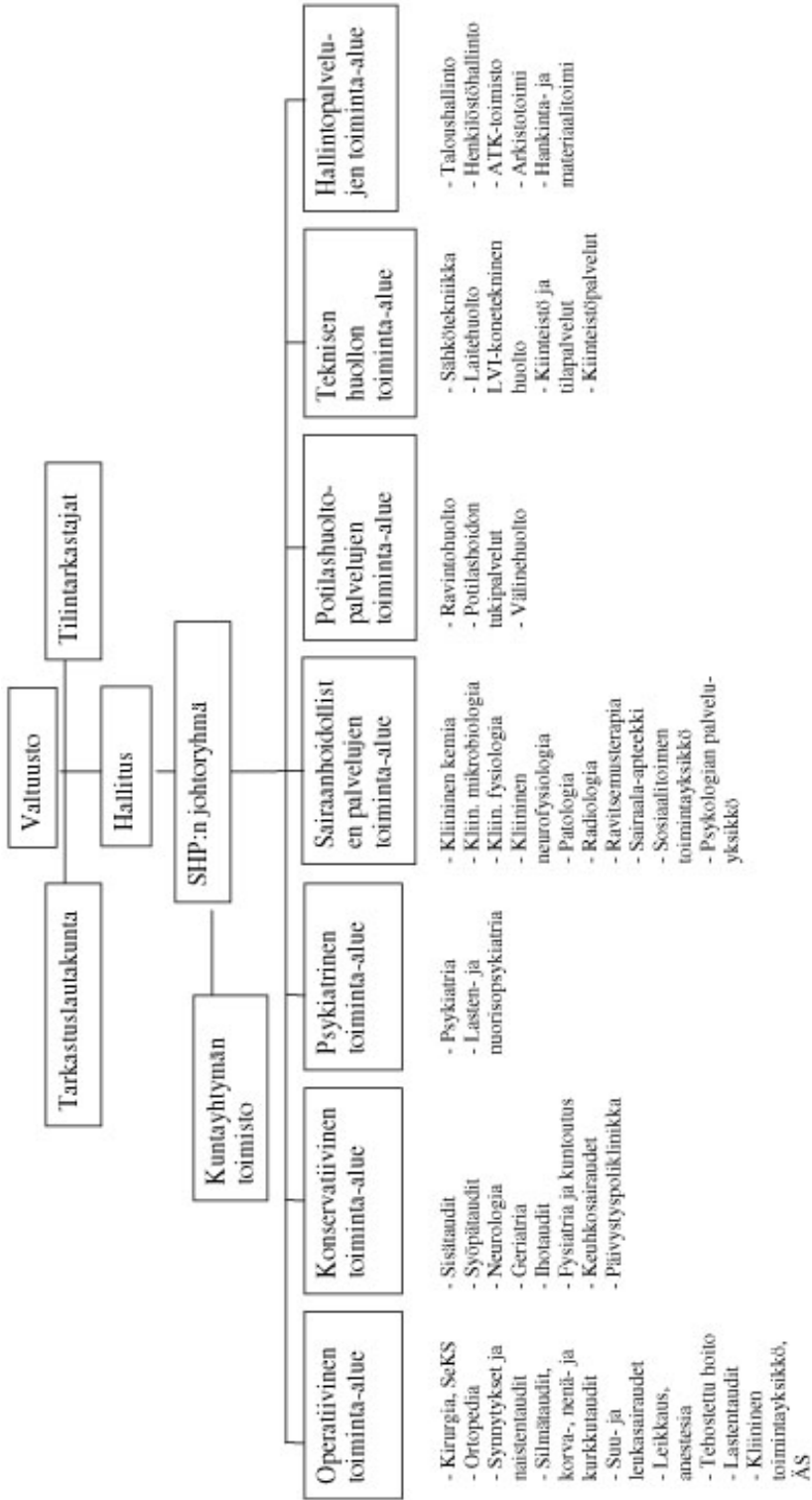


• = Tulosityksikkö

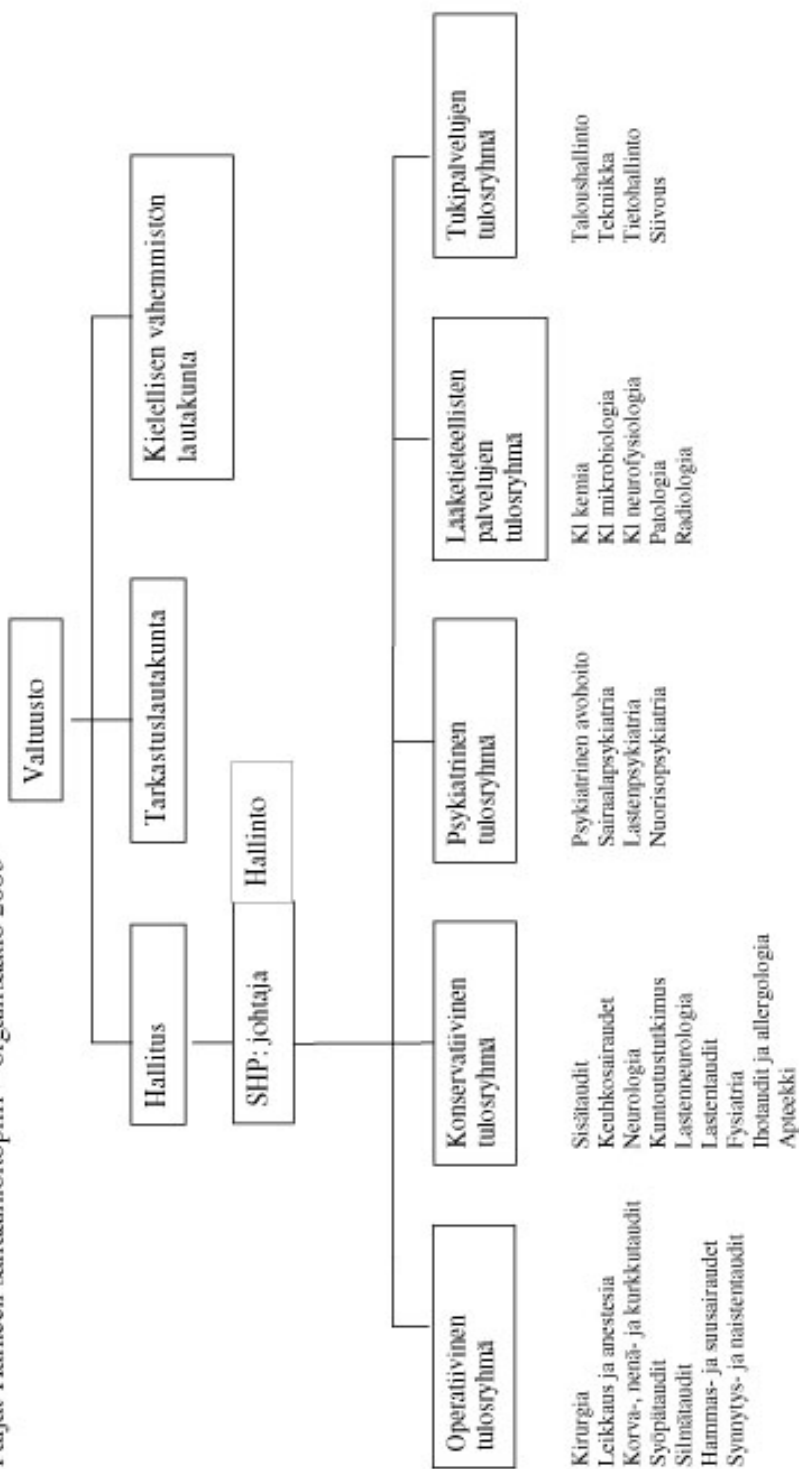
(Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Hallinto VSSHP:ssä)

LIITE 11: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä – organisaatio 2007, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri – organisaatio 2005, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatio 22.9.2006, Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä Viranhaltijaorganisaatio, Turun kaupungin terveystoimi – organisaatio

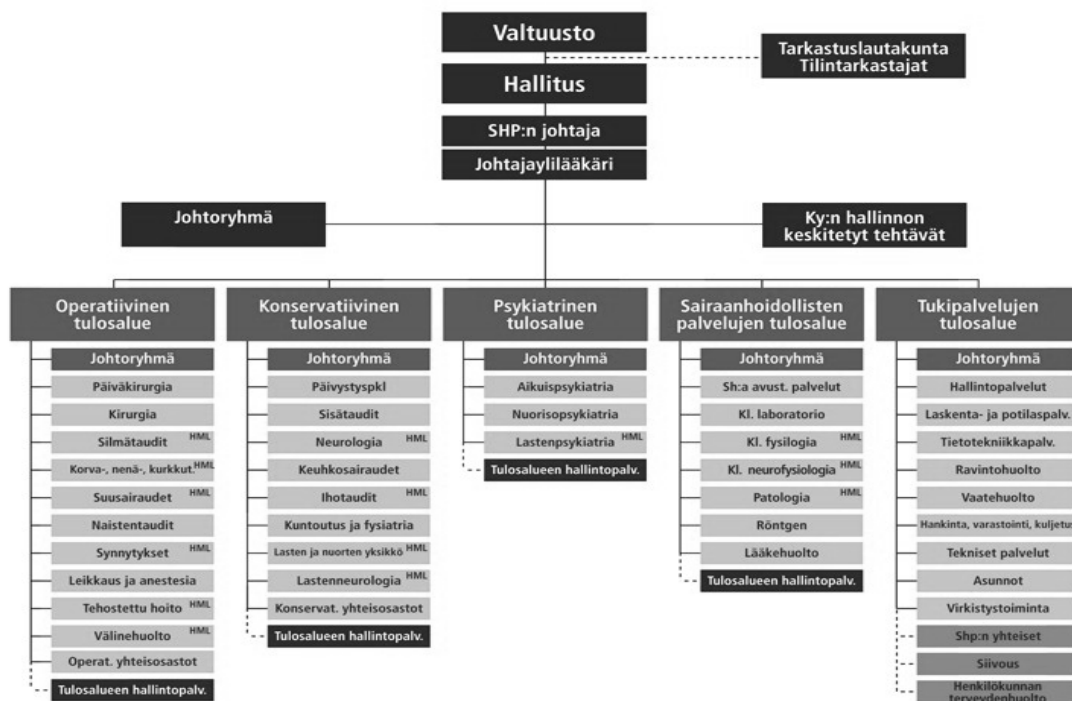
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä – organisaatio 2007



Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri – organisaatio 2005



Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatio 22.9.2006

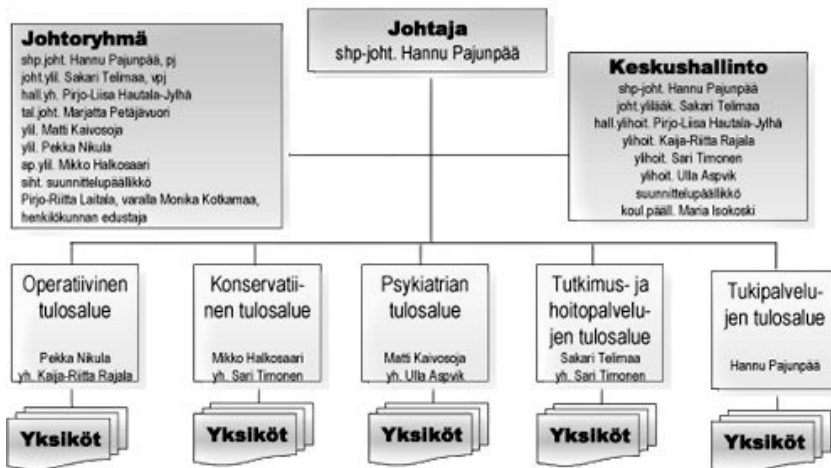


HML = toimintaa vain Hämeenlinnan yksikössä

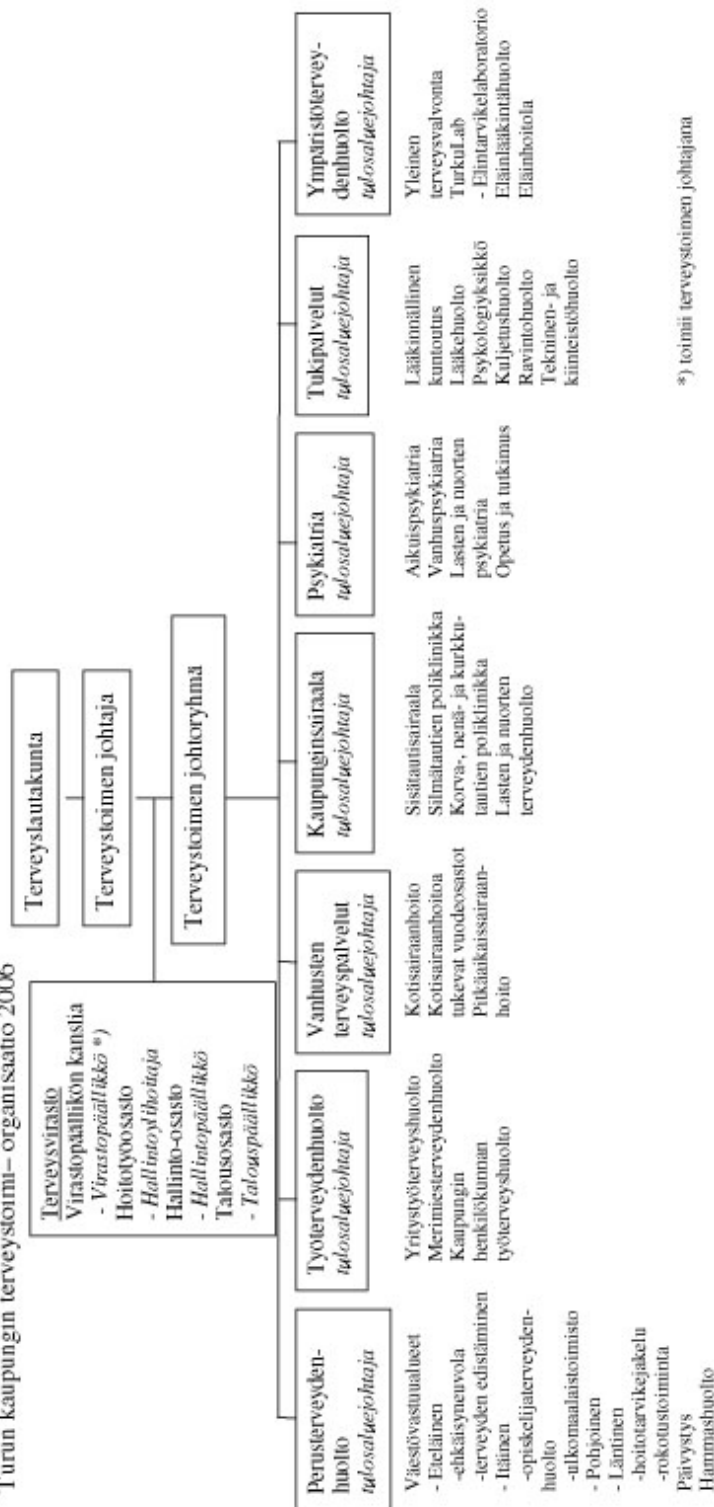
(Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin toimintaorganisaatio)



Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Viranhaltijaorganisaatio

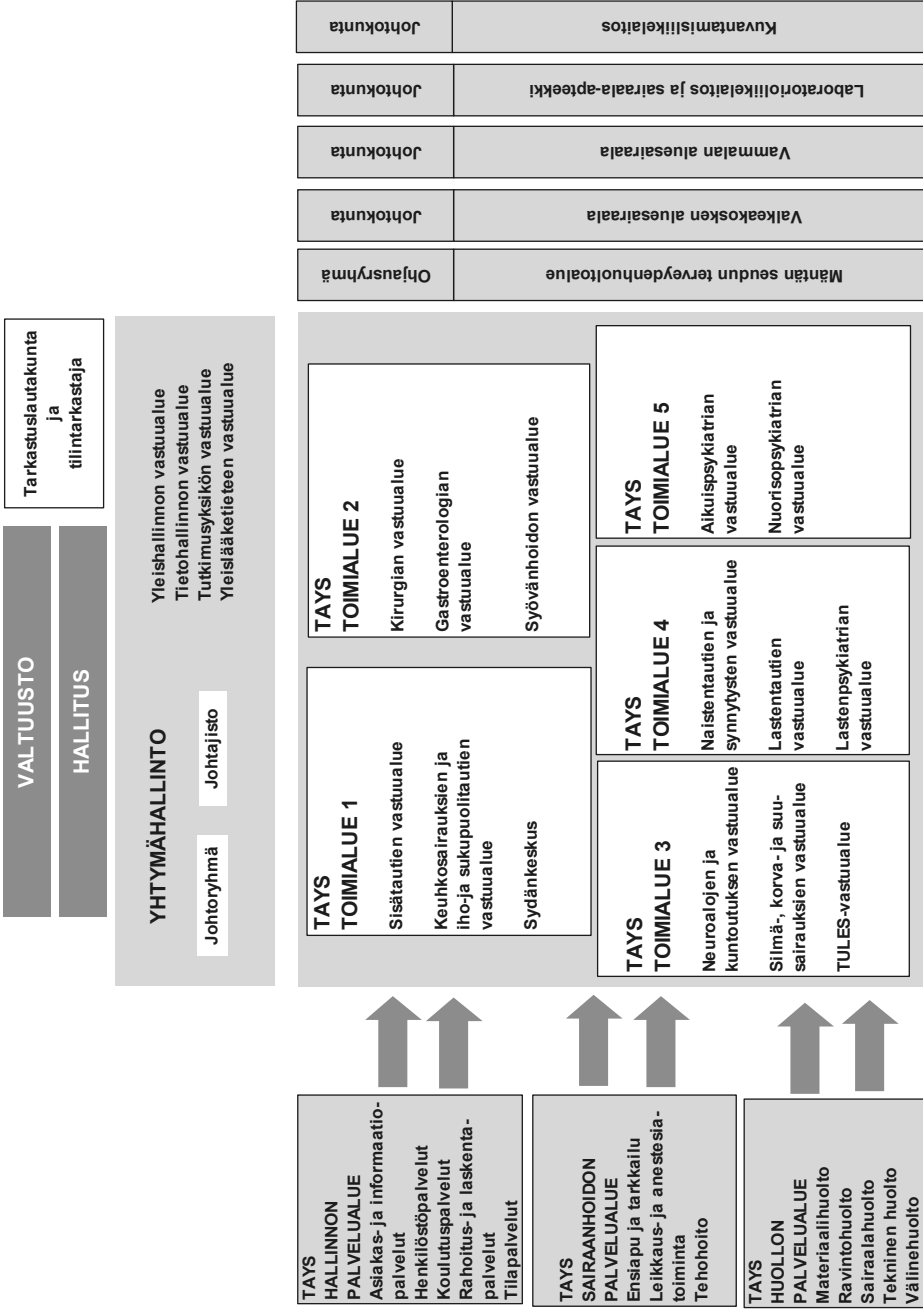


Turun kaupungin terveystoimi – organisaatio 2006



*) toimii terveystoimen johtajana

LIITE 12: Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin organisaatio



LIITE 13: Psykiatri, sisätautilääkäri, kirurgi ja patologi sorsajahdissa

Psykiatri, sisätautilääkäri, kirurgi ja patologi lähtivät yhdessä sorsastamaan. Passipaikalla ensimmäinen ampumavuoro annettiin psykiatrille. Sorsa lensi ylitse, psykiatri vain katseli sitä asettaan nostamatta. Toiset huusivat kiukkuisina: - Mitäs tuo nyt on, miksi et ampunut? - En voinut ampua, kun en ehtinyt analysoida, oliko sorsa tiedostanut olevansa sorsa, psykiatri sanoi partaansa haroen. Seuraavaksi oli sisätautilääkärin vuoro. Sorsa lensi yli, lääkäri tähtäsi, mutta ei ampunut. - Mikä sinulle sitten tuli? toiset tiukkasivat - Näin lyhyen tarkkailuajan puitteissa ja tutustumatta viimeaikaiseen tieteelliseen kirjallisuuteen, en voinut olla varma, oliko kysymyksessä heinä-vai sinisorsa tai joku täällä ennestään tuntematon alalaji, josta kenties voisi tehdä tapauselostuksen. Sitten oli kirurgin vuoro. Kaislikon reunassa rapsahti jonkin linnun siivenlyönti, kirurgi heittolaukauksella ampui linnun ja sanoi patologille: - Mene ja ota selvää, oliko se sorsa! (Huumoripalvelu, http://www.sunpoint.net/~toosatk/hupi/laakari_vitsi3.html, haettu 22.1.2008)

LIITE 14: Haastateltujen johtajien mainitsemia säännöllisiä ja virallisia organisaationsisäisiä kokouksia, tilaisuuksia ja tapaamisia:

Säännöllisiä kokouksia:

- Hoitajakokous
- Johtoryhmäkokous (monella hierarkkisella tasolla: sairaanhoitopiirin ylin johtoryhmä, tulosalueen, tulosyksikön, vastuuyksikön johtoryhmä, osa kokouksista laajennettuja, nimitykset vaihtelevat)
- Klinikkokous
- Koulutusmeeting
- Laadunhallintaan liittyvät palaverit (nimitykset vaihtelevat)
- Lääkärikokous (koko sairaalan)
- Lääkärimeting (oman tulosyksikön sisäinen, nimitykset vaihtelevat, esim. viikonpäivien mukaan “keskiviikkomeeting”)
- Osastonhoitajakokous
- Osastonlääkärikokous
- Osastokokous (lääkärijohtaja mukana)
- Osastopalaveri (vain hoitajia)
- Poliklinikkokokous
- Röntgenmeeting
- Seniorilääkärikokous
- Tutkimusmeeting (tutkimustyöhön liittyvä)
- Vastuuryhmäkokous
- Yhteispalaveri (tiettyjen erikoisalojen lääkärien yhteispalaveri)

Runsaasti erilaisiin projekteihin ja työryhmiin liittyviä kokouksia, joista osa on säännöllisiä, esimerkiksi tietojärjestelmiin tai hygieniaan liittyvät kokoukset.

Organisaationsisäiset tilaisuudet:

- Seminaarit
- Suunnittelupäivät

Kahdenkeskiset

- Kehityskeskustelut omien alaisten kanssa
- Kehityskeskustelu oman tai omien esimiesten kanssa

LIITE 15: Johtosäntöotteita

Ote Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallintosäännöstä vuodelta 2004

24 §

Sairaanhoitopiirin johtavien viranhaltijoiden tehtävät

Sairaanhoitopiirin johtaja, johtajaylilääkäri ja hallintoylihoitaja sen ohella, mitä tulostojen kuvassa sanotaan, kukin osaltaan vastaavat sairaanhoitopiirin suunnittelusta, toiminnan järjestämisestä sekä seurannasta ja valvonnasta valtuuston ja hallituksen päätösten mukaisesti.

Tässä tehtävässä

1. sairaanhoitopiirin johtaja johtaa sairaanhoitopiirin toimintaa sekä vastaa erityisesti yleis- ja taloushallinnosta
2. johtajaylilääkäri johtaa kuntayhtymän sairaanhoitotoimintaa
3. hallintoylihoitaja osallistuu sairaanhoitotoiminnan johtamiseen ja vastaa siinä tehtävässä erityisesti hoitotyön kehittämisestä.

Hallitus määrää tarvittaessa tarkemmin sairaanhoitopiirin johtajan, johtajaylilääkärin ja hallintoylihoitajan tehtävistä.

25 §

Toiminta-alueen toiminta

Toiminta-alueen tehtävänä on tuottaa sellainen toiminnallinen, laadullinen ja taloudellinen tulos, jonka valtuusto tai valtuuston määräämien periaatteiden pohjalta hallitus on toimintayksikölle asettanut tavoitteeksi. Tulostavoitteiden saavuttamiseksi on toiminta-alueelle osoitettava riittävät voimavarat.

Toiminta-alueen toiminnassa on noudatettava hallituksen ja asianomaisen hallituksen esittelijänä

toimivan viranhaltijan sekä sairaanhoitopiirin johtoryhmän antamia yleisiä ohjeita ja määräyksiä.

26 §

Toiminta-alueen johtaja

Toiminta-alueen johtaja vastaa toiminta-alueelle asetettujen tulostavoitteiden saavuttamisesta. Tässä tehtävässä sen ohella, mitä tulostoitokuvassa on sanottu, toiminta-alueen johtaja

1. seuraa toiminta-alueensa toimialueen yleistä kehitystä sekä toiminnan kehittämiseen liittyviä yleisiä odotuksia
2. vastaa toiminta-alueen toiminnan kehittämisestä
3. valmistelee esityksen toiminta-alueen talousarvioksi ja toimintasuunnitelmaksi
4. vastaa voimavarojen tehokkaasta käytöstä toiminta-alueella
5. antaa tarpeelliset toiminta-alueen sisäiset ohjeet talousarvion ja toimintasuunnitelman täytäntöön panosta sekä toiminnan järjestämisestä
6. vastaa toiminta-alueen yhteistyöstä muiden toiminta-alueiden kanssa sekä toiminta-alueen sisäisestä ja ulkoisesta tiedottamisesta.

29 §

Toimintayksikön johtaja

Toimintayksikön johtaja vastaa toimintayksikölle asetettujen tulostavoitteiden saavuttamisesta. Tässä tehtävässä sen ohella, mitä tulostoitokuvassa on sanottu, toimintayksikön johtaja

1. seuraa toimintayksikkönsä toimialueen yleistä kehitystä sekä toiminnan kehittämiseen liittyviä yleisiä odotuksia

2. vastaa toimintayksikön toiminnan kehittamisestä
3. valmistelee esityksen toimintayksikön talousarvioksi ja toiminta toimintasuunnitelmaksi
4. vastaa voimavarojen tehokkaasta käytöstä toimintayksikössä
5. vastaa siitä, että toimintayksikön uudet viranhaltijat ja työntekijät saavat riittävän perehdytyksen
6. vastaa toimintayksikön henkilöstön ammattitaidon ylläpitämisestä ja kehittämisestä
7. antaa tarpeelliset toimintayksikön sisäiset ohjeet talousarvion ja toimintasuunnitelman täytäntöönpanosta sekä toiminnan järjestämisestä
8. vastaa toimintayksikön yhteistyöstä muiden toimintayksiköiden kanssa sekä toimintayksikön sisäisestä ja ulkoisesta tiedottamisesta.

Ote Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän 1.9.2004 voimaan tulleesta johtosäännöstä

3 § Sairaanhoitopiirin johtavien viranhaltijoiden tehtävät Sairaanhoitopiirin johtaja

1. johtaa sairaanhoitopiiriä,
2. vastaa yliopistollisen sairaalan johtamisesta,
3. vastaa sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelman sekä talousarvion valmistelusta ja toteuttamisesta,
4. vastaa korkeakoulu yhteistyöstä,
5. osallistuu terveydenhuoltoalan valtakunnalliseen yhteistyöhön
6. vastaa kansainvälisistä asioista ja
7. suorittaa muut hallituksen määräämät tehtävät.

Johtajaylilääkäri

1. johtaa, kehittää ja yhteen sovittaa sairaanhoitopiirin sairaanhoitotoimintaa ja osallistuu terveydenhuoltoalan valtakunnalliseen yhteistyöhön,
2. vastaa lääketieteellisen tutkimuksen ja opetuksen kehittamisestä ja toteuttamisesta yhteistyössä Tampereen yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kanssa ja
3. toimii yliopistollisen sairaalan johtavana lääkäriinä,
4. toimii sairaanhoitopiirin johtajan varahenkilönä ja
5. suorittaa muut hallituksen määräämät tehtävät.

Johtajaylilääkäri on hallinnollisissa asioissa sairaanhoitopiirin johtajan alainen.

Hallintoylihoitaja

1. johtaa ja kehittää sairaanhoitopiirissä hoitotyötä sairaanhoitotoiminnan osana ja osallistuu terveydenhuoltoalan valtakunnalliseen yhteistyöhön,
2. vastaa hoitotieteellisen tutkimuksen ja opetuksen kehittamisestä ja toteuttamisesta sairaanhoitopiirissä,
3. johtaa hoitotyötä yliopistollisessa sairaalassa ja
4. suorittaa muut hallituksen, sairaanhoitopiirin johtajan ja johtajaylilääkäriin määräämät tehtävät.

Hallintoylihoitaja on hallinnollisissa asioissa sairaanhoitopiirin johtajan alainen.

Talousjohtaja

1. huolehtii sairaanhoitopiirin rahoituksesta ja riskienhallinnasta sekä vastaa sairaanhoitopiirin ulkoisesta ja sisäisestä laskentatoimesta,
2. vastaa yliopistollisen sairaalan taloudesta yhteistyössä sairaanhoitopiirin johtajan kanssa,
3. huolehtii sairaanhoitopiirin valtionosuus- ja valtionavustusasioista ja
4. suorittaa muut sairaanhoitopiirin johtajan määräämät tehtävät.

4 § Yliopistollisen sairaalan toimialuejohtaja ja palvelualuejohtaja

1. johtaa, yhteen sovittaa ja kehittää toimi- tai palvelualueensa toimintaa ja taloutta, sairaanhoitopiirin kliinisillä toimi- ja palvelualueilla yhteistyössä varahenkilön kanssa ja
2. suorittaa muut sairaanhoitopiirin johtajan määräämät tehtävät.

Toimialuejohtaja ja palvelualuejohtaja on kliinisillä toimi- ja palvelualueilla sairaanhoitotoimintaan liittyvissä asioissa johtajaylilääkäriin alainen.

5 § Terveydenhuoltoalueen johtaja

1. johtaa ja kehittää terveydenhuoltoalueen toimintaa ja taloutta ja
2. suorittaa muut sairaanhoitopiirin johtajan määräämät tehtävät.

6 § Aluesairaaloiden johtavien viranhaltijoiden tehtävät Hallintojohtaja

1. johtaa vastuualuettaan ja
2. suorittaa muut johtokunnan määräämät tehtävät.

Johtava lääkäri

1. johtaa ja kehittää aluesairaalan sairaanhoitotoimintaa sekä yhteen sovittaa sitä perusterveydenhuoltoon ja
2. suorittaa muut johtokunnan määräämät tehtävät.

Johtava ylihoitaja

1. johtaa hoitotyötä osana sairaanhoitotoimintaa,
2. vastaa hoitotyön kehittämisestä, opetuksesta ja tutkimuksesta ja
3. suorittaa muut johtokunnan ja johtavan lääkärin määräämät tehtävät.

7 § Muiden johtavien viranhaltijoiden tehtävät

Sairanhoitopiirin muiden johtavien viranhaltijoiden tehtävistä määrää tarvittaessa sairaanhoitopiirin johtaja ja aluesairaaloiden viranhaltijoiden osalta johtokunta.

**TURUN KAUPPAKORKEAKOULUN JULKAISUSARJASSA A OVAT
VUODESTA 2009 LÄHTIEN ILMESTYNEET SEURAAVAT JULKAISUT**

- A-1:2009 Teppo Rakkolainen
Essays on optimal control of spectrally negative Lévy diffusions
in financial applications
- A-2:2009 Murat Akpınar
Understanding primary stakeholders of a firm response to
market integration in the European Union – Volkswagen, 1960-
2005
- A-3:2009 Johanna Österberg-Högstedt
Yrittäjänä ammatissaan sosiaali- ja terveystalalla – yrittäjyyden
muotoutuminen kuntatoimijoiden ja yrittäjien näkökulmasta
- A-4:2009 Samil Aledin
Teenagers' brand relationships in daily life – a qualitative study
of brand meanings and their motivational ground among
teenagers in Helsinki and London metropolitan areas.
- A-5:2009 Kati Antola
Customer-supplier integration in the forest industry
- A-6:2009 Harri Lorentz
Contextual supply chain constraints in emerging markets –
Exploring the implications for foreign firms
- A-7:2009 Pekka Koskinen
Supply chain challenges and strategies of a global paper
manufacturing company
- A-8:2009 Tuomo Kuosa
Towards the dynamic paradigm of futures research – How to
grasp a complex futures problem with multiple phases and
multiple methods
- A-9:2009 Hannu Makkonen
Activity based perspective on organizational innovation
adoption. A contextual approach to five adoption processes
within the food industry
- A-10:2009 Svein Bergum
Management of teleworkers – Managerial communication at a
distance
- A-11:2009 Vili Lehdonvirta
Virtual consumption
- A-12:2009 Helena Turunen
The internationalisation of location-bound service SMEs –
Resources and networks in Finnish tourism companies

- A-13:2009 Markus Granlund
On the interface between accounting and modern information technology
- A-14:2009 Laura Heinonen
On the pursuit of growth in technology-based companies – The role of public financing in the start-up process of Finnish drug development companies
- A-15:2009 Mélanie Raukko
Key persons' organisational commitment in cross-border acquisitions
- A-16:2009 Essi Saru
Sewn as a patchwork – How bits and pieces from the HRM, HRD and OL perspectives can improve performance in small enterprises
- A-17:2009 Eriikka Paavilainen-Mäntymäki
Unique paths. The international growth process of selected Finnish SMEs
- A-18:2009 Jukka Siren
Pienen suuresta johtajasta suuren pieneksi johtajaksi – Organisaatioiden integraation johtajan identiteettitarina
- A-1:2010 Pikka-Maaria Laine
Toimijuus strategiakäytännöissä: Diskurssi- ja käytäntöteoreettisia avauksia
- A-2:2010 Juha V. Virtanen
Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta

Kaikkia edellä mainittuja sekä muita Turun kauppakorkeakoulun julkaisusarjoissa ilmestyneitä julkaisuja voi tilata osoitteella:

KY-Dealing Oy
Rehtorinpellonkatu 3
20500 Turku
Puh. (02) 481 4422, fax (02) 481 4433
E-mail: ky-dealing@tse.fi

All the publications can be ordered from

KY-Dealing Oy

Rehtorinpellonkatu 3

20500 Turku, Finland

Phone +358-2-481 4422, fax +358-2-481 4433

E-mail: ky-dealing@tse.fi

