

# LÄÄKÄRIJOHTAJAN TYÖN STATUS PRAESENS

**Jyväskylän yliopisto  
Kauppakorkeakoulu**

**Pro gradu -tutkielma**

**2017**

**Tekijä: Sari Huikko-Tarvainen  
Oppiaine: Johtaminen  
Ohjaaja: Pasi Sajasalo**



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

## TIIVISTELMÄ

Tekijä Sari Huikko-Tarvainen	
Työn nimi Lääkärijohtajan työn status praesens	
Oppiaine Johtaminen	Työn laji Pro gradu -tutkielma
Aika (pvm.) 3.12.2017	Sivumäärä 112
<p>Tiivistelmä – Abstract</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia esimiesasemassa toimivien lääkäreiden eli lääkärijohtajien työtä ja heidän näkemyksiä työstään. Tutkimuksen tehtävänä oli lisätä ymmärrystä lääkärien johtamistyön erityispiirteistä. Tutkimuskohteena olivat ison keskussairaalan ylilääkärit sekä toimialueiden ja vastuualueiden johtajina toimivat lääkärit. Tutkimus suoritettiin laadullisena puolistrukturoituna haastattelututkimuksena, jonka analysointi suoritettiin sisällönanalyysinä teemoitteluperiaatteella. Haastateltavakseni suostui kohderyhmästä yhteensä 9 nais- ja mieslääkäriä, jotka olivat myös erikoislääkäreitä. Tutkimustuloksissa lääkärijohtaja kuvautui akateemisesti pitkälle koulutettuna lääkärinä, jonka ammatti-identiteetti ja työmoraali ovat vahvasti lääkäriydessä, johon johtaminenkin pitkälti tukeutuu. Potilastyöllä ja sen osaamisella on lääkärijohtajien mielessä vahva arvostus johtamistyön jäädessä ajoittain potilastyön varjoon. Lääkärijohtajien kokemuksen mukaan myös työympäristö odottaa heiltä potilastyöhön osallistumista. Työajastaan lääkärijohtajat käyttivät keskimäärin puolet potilastyöhön ja puolet ei-potilastyöhön, kuten lääkärijohtajat usein johtamis- ja hallintotyötä kutsuivat. Työkuvan jakautumisessa näiden osa-alueiden kesken tuli esille variaatioita tilapäisestä pysyvämpiin ratkaisuihin. Erikoisala, lääkärijohtajan toimialue ja hierarkia-asema vaikuttavat työkuvan jakautumiseen. Riippumatta työnkuvan jakautumisesta lääkärijohtajana toimimiseen näyttää edelleen liittyvän aiemman kirjallisuuden tapaan moniroolisuus, rooliristiriita sekä johtajaroolissa koettu aika- ja arvotuspula. Lääkärijohtajantyössä onnistuminen vaatii sekä luopumista että antamista. Lääkärin on luovuttava ainakin osasta potilastyöstä voidakseen keskittyä johtamistyöhön ja työnantaja voi tukea johtajuudessa kasvamista ja onnistumista varaamalla johtamistyöhön riittävästi aikaa ja resursseja. Valtaosa lääkärijohtajista viihtyi esimiesasemassa ja halusi johtaa kollegakuntaansa esikuvana. Työ koettiin haastavana itsenäisten asiantuntijoiden johtamistyönä, jossa potilastyön osaaminen koettiin varmimmaksi tavaksi säilyttää arvostus kollegakunnan edessä. Lääkärijohtajat olivat hankkineet johtamistyöhön lisävalmiuksia ja -varmuutta johtamiskoulutuksista, joista osa koki hyötynensä, mutta osa koki ne näennäiskoulutuksina, joiden sisältö ei ollut vastannut tarvetta. Lääkäreille suunnattuun johtamiskoulutukseen ehdotettiin tarvelähtöisiä parannuksia.</p>	
Asiasanat: lääkäri, lääkärijohtaja, lääkärien johtaminen, physician leadership, physician executive, physician leader.	
Säilytyspaikka	Jyväskylän yliopiston kirjasto

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
1.1	Tutkimuksen rakenne.....	7
2	TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	8
2.1	Vastuu ja valta terveydenhuollon organisaatiossa.....	10
2.2	Terveydenhuollon resurssit.....	13
3	JOHTAMINEN.....	15
3.1	Johtajuusteoriat.....	16
3.2	Asiantuntijaorganisaation johtaminen.....	18
3.3	Terveydenhuollon johtaminen.....	21
4	LÄÄKÄRI / JOHTAJA.....	26
4.1	Lääkärinammatin erityispiirteitä.....	26
4.2	Lääkärijohtaja – sekä että vai joko tai.....	29
4.3	Moniroolisuus.....	34
4.4	Lääkäreiden johtamiskoulutus.....	38
4.5	Lääkäreiden esimiestyö aiemman tutkimuksen valossa.....	41
4.6	Lääkäreiden asennoituminen johtamiseen aiemman tutkimuksen valossa..	48
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	52
5.1	Kohdeorganisaation esittely.....	52
5.2	Tutkimusote.....	54
5.3	Aineistonhankinta.....	55
5.4	Aineiston analyysi.....	56
5.5	Tutkimuseettiset kysymykset.....	58
5.6	Tutkimuksen luotettavuus.....	59
6	TULOKSET.....	61
6.1	Lääkärin urapolku lääkärijohtajaksi.....	61
6.1.1	Lääkäreiden johtamiskoulutus ja kokemukset johtamiskoulutuksista	64
6.2	Lääkärijohtajan työ.....	68
6.3	Lääkärijohtajien kokemukset työstään.....	79
6.4	Lääkärijohtajatyön tukeminen.....	86
6.4.1	Lääkärijohtajatyön ja muun elämän yhdistäminen.....	89
7	YHTEENVETO JA POHDINTA.....	92
	LÄHTEET.....	98
	LIITE 1.....	109
	LIITE 2.....	111
	LIITE 3.....	112



# 1 JOHDANTO

Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on tutkia esimiesasemassa toimivien lääkäreiden eli lääkärijohtajien<sup>1</sup> työtä ja heidän näkemyksiä työstään. Tutkimustehtävänä on lisätä ymmärrystä lääkäreiden johtamistyön erityispiirteistä osana terveydenhuollon johtamista. Tutkimustehtävään haetaan lisävaloa vastaamalla seuraaviin kysymyksiin:

- millainen on lääkärin urapolku lääkärijohtajaksi
- mistä lääkärijohtajan työ muodostuu
- miten lääkärijohtajat kokevat työnsä
- miten lääkärijohtajan työtä voitaisiin tukea

Vaikka johtamista (ks. esim. Yukl 1989; Takala 2001; Peltonen 2007; Grint 2011; Hiller, DeChurch, Murase, ja Doty 2011) on tutkittu paljon, on kotimaista yksinomaan lääkäreiden johtamistyöhön joko johtajana tai johdettavana keskittyvää laajempimittaisempaa tutkimusta vähemmän (ks. esim. Tuomiranta 2002, 17, 28; Vuori 2005, 32; Sinkkonen ja Taskinen 2005, 79). Syyksi tähän on ajateltu sitä, että johtavassa asemassa olevat lääkärit on mielletty ensisijaisesti kliinisessä työssä meritoituneiksi lääkäreiksi eikä johtajiksi (Tuomiranta 2002, 17). Kuitenkin jo pelkästään lääkärirooliin näyttää liittyvän johtajuusodotus, ja lääkärijohtajien puheessa lääkäreitä pidetään johtajina ammattivastuunsa puolesta hierarkia-asemasta riippumatta. Lääkärin myös odotetaan ottavan johtajan asema ja ymmärtävän, että kieltäytyminen johtovastuusta ei ole hyväksyttävää. (Kaukoranta 2012, 67.) Kliininen johtajuus on perusta, jolle lääkärit rakentavat johtamisensa (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto 2007, 30–31; Kaukoranta 2012, 68, 80). Toisaalta lääkäreillä itsellään on ollut usein asenne, ettei johtaminen ole työtä lainkaan (Järvi 2000, 4175) ja toisaalta johtamistehtävät voidaan leimata muuksi kuin lääkäreiltä varsinaisesti odotetuksi työksi (Kaukoranta 2012, 69). Orientaatoristiriita ei ole yllättävä, koska lääkärijohtajat useimmiten tekevät pääasiassa potilastyötä eivätkä johtamistyötä, mikä asetelma on omiaan tukemaan lääkärijohtajuudessa kliinikon työorientaatiota eikä

---

<sup>1</sup> Käsitteiden lääkärijohtaja ja lääkärijohtaminen sisältöön paneudutaan seikkaperäisemmin alaluvuissa 4.1 ja 4.2

johtajan työorientaatiota (Aira, Mäntyselkä, Myllykangas ja Kumpusalo 2006, 1888; Viitanen, Tampus-Jarvala ja Lehto 2006, 1000; Kaukoranta 2013, 68). Välttämättä ei ehkä olekaan kyse siitä, etteikö johtamista ja lääkäriyttä voisi sovittaa yhteen, vaan siitä, että johtajuudelle ei anneta tarpeeksi aikaa (Lehto, Viitanen ja Autio 2003, 5213).

Johtaminen puhututtaa lääkäreitä vilkkaasti (Suomen Lääkäriliitto 2016d, 4, 24). Suomen Lääkäriliiton selvityksen mukaan suurin osa lääkäreistä haluaa, että kliinistä työtä tekevillä lääkäreillä on esimiehenä lääkäri, eivätkä lääkärit näe mahdollisena, että muun ammattikunnan edustaja toimisi lääkärin esimiehenä rajoitetulla toimivallalla (Ahlblad 2014, 691). Suomen Lääkäriliiton Verkkoaiivorihi 2016 -selvityksen tuloksissa johtaminen oli toiseksi tärkein ja toiseksi puhutuin laaja kokonaisuus, ja esimiestyöllä nähtiin olevan keskeinen vaikutus työyhteisön työhyvinvointiin (Suomen Lääkäriliitto 2016d). Lääkärin johtamistyön tärkeys on nähty myös maailmalla (Hernandez 2016, 52):

Physician leadership has never been more important.

Suomalaisten lääkäreiden suhtautuminen lääkärijohtajan työhön näyttää vuosikymmenten saatossa muuttuneen toissijaisena pidetystä asiasta kiinnostavampaan ja tavoitellumpaan suuntaan (vrt. Hermanson 1989; Tuomiranta 2002; Virtanen 2010; Kaukoranta 2012; Pulkka 2013). Käytössä olevan kirjallisuuden perusteella lääkärijohtajan työ on asiantuntijaorganisaation johtamistyötä, ja näihin asiantuntijaorganisaatioihin erottamattomasti liittyviksi erikoispiirteiksi kuuluvat: 1) elämän säilyttämisen johtoajatus ja työn vahva eettinen pohja, 2) toimintaa säätelevät lait, ohjeistukset, arvot ja odotukset, 3) vahva lääkärin ammatti-identiteetti 4) kliinisen työn ja johtamistyön monirooliristiriita sekä 5) kollegiaalisuus (ks. esim. Finlex 1992; Finlex 1994; Finlex 2009; Tuomiranta 2002, 17; Kinnunen ja Vuori 2005, 198–199; Vuori 2005, 5; Kaukoranta 2012, 69; Lääkäriliitto 2013b, 205, 211; Lääkäriliitto 2014, 6). Näitä erikoispiirteitä tukevat myös tämän pro gradu -tutkimuksen tulokset kuten jäljempänä käy ilmi.

Suomen terveydenhuolto ja koko sosiaali- ja terveystalouselämys ovat nyt suurempien muutosten keskellä ja edessä kuin koskaan ennen (Saastamoinen 2016, 2093). Resurssien niukentumisesta johtuen ei ole realistisesti mahdollista hoitaa kaikkia ihmisiä kaikilla mahdollisilla tavoilla, mikä tekee lääkärin työstä eettisesti entistä haastavampaa (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 168). Lääkäreiden työllä on terveydenhuollon kokonaiskustannuksissa iso merkitys, koska lääkärit sitovat hoitoratkaisuillaan noin 70 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Alarotu 2012, 524). Lääkärin ammatti on yksi vanhimmista profesioista (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 14), ja muuttuvassakaan maailmassa lääkärin ammatti tuskin koskaan katoaa.

Vaikka sairaaloiden toiminnallisissa perustoissa on yhteneväisyyksiä globaalisti, poikkeavat eri maiden terveydenhuollon palvelujärjestelmät toisistaan. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä sekä organisaatio- ja hoitokulttuurissa on omia erityispiirteitä. Näistä syistä johtuen ulkomaisten tutkimustulosten sovellettavuus suomalaiseen terveydenhuollon johtamistyöhön on rajallista. (Wiili-Peltola 2000, 130; Virtanen 2010, 33–34.) Myös suomalainen käsitys johtamisesta eroaa monien eurooppalaisten johtamiskulttuurien painotuksista

(Peltonen 2004, 202). Johtamiseen liittyvien osa-alueiden tunnistaminen ja määrittely ovat tärkeitä myös sen vuoksi, että tulosten avulla johtajat pystyvät arvioimaan ja kehittämään johtamistaitojaan sekä käyttämään saatuja tuloksia taitojensa kehittämisen seurannassa ja arvioinnissa nyt ja tulevaisuudessa (Sinkkonen ja Taskinen 2005, 104). Oman työn hallinta edellyttää omaan työhön liittyvän tiedon vapaata saantia sekä työn jatkuvaa kriittistä kehittämistä (Lönnqvist 2002, 11), mitä johtamistyössä voidaan tukea johtamistutkimuksesta saadulla tiedolla.

Näiden tekijöiden vuoksi suomalaisen lääkärijohtajatyön tutkiminen on juuri nyt ajankohtaista ja tärkeää.

## 1.1 Tutkimuksen rakenne

Tämä pro gradu -tutkimus koostuu seitsemästä pääluvusta. Ensimmäinen luku on johdanto, jossa kerrotaan tutkimuksen tarkoitus, tutkimustehtävä, tutkimuksen tavoitteet, aihevalinnan perustelu ja alustava katsaus aiempaan kirjallisuuteen. Toinen, kolmas ja neljäs luku ovat teoreettista viitekehystä, jossa kuvataan aiheeseen liittyvää tieteellistä kirjallisuutta, tutkimuksia ja teorioita sekä muita asiaa koskevia julkaisuja mahdollisimman monipuolisesti ja määritellään keskeiset käsitteet. Toisessa luvussa kuvataan terveydenhuollon toimintaympäristöä. Kolmannessa luvussa käydään yleisellä tasolla läpi johtamiseen sekä asian-  
tuntijaorganisaation ja terveydenhuollon johtamiseen liittyviä asioita. Neljännessä luvussa käydään läpi lääkärijohtajien työhön liittyvät ja vaikuttavat asiat, jotka on kuvattu laajasti, jotta lääkärijohtajan toimintaympäristö avautuisi terveydenhuollon ulkopuolisille henkilöille helpommin ja realistisemmin kuin miten sairaalaorganisaatio on Wiili-Peltolan (2000, 130) mukaan aiemmin todettu avautuvan. Näiden pohjalta luodaan tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukainen teoriapohja tutkimustehtävän ja konkreettisten tutkimuskysymysten tarkasteluun sekä ratkaisuun.

Viidennessä luvussa kuvataan tutkimuksen toteutus. Kuudennessa luvussa kuvataan tutkimustulokset sekä tehdään teemoitellen laadullinen sisällönanalyysi haastatteluin informanteilta hankitusta informaatiosta, jota arvioidaan myös teoriaosuuden tietoon verraten sekä vastataan tutkimusongelmana olleisiin kysymyksiin. Seitsemännessä luvussa tehdään yhteenveto ja pohdintaan, mitkä ovat saatujen tutkimustulosten merkitykset. Lisäksi käydään läpi ajatuksia, joita tutkimus on tutkijassa herättänyt sekä pohditaan jatkotutkimusaiheita.

## 2 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Julkisen sektorin johtamista tutkineen Nakarin mukaan kokonaisuudessaan johtaminen olisi helppoa, jos esimiehellä olisi riittävästi resursseja (rahaa ja henkilöresursseja), valtaa (pakkovaltaa, legimitettä ja organisatorista järjestyvaltaa), oikeaa informaatiota sekä staattinen ja selviä kehityssuuntia omaava ympäristö (Nakari 1988, 256). Vielä 1980-luvulla näitä kaikkia oli riittävästi jopa julkisella sektorilla (Tuomiranta 2002, 16). Nykyisin terveydenhuollon toimintaympäristössä nämä tekijät eivät koskaan kohtaa yhtä aikaa. Terveydenhuollon toimintaympäristö ei ole koskaan staattinen eikä varmuudella ennustettavissa. Tulevaisuudessa terveydenhuollon johtamiseen kohdistuvat odotukset lisääntyvät johtuen terveydenhuollon rakenteiden muutoksista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014), väestön ja terveydenhuoltohenkilökunnan ikärakenteen muutoksista, työurien pidentämisvaateista, kansainvälistymisestä sekä monikulttuurisuudesta (Harmoinen 2014, 15). Lääkärin työn perustana oleva lääkärietiikan arvopohja ei kuitenkaan ole muuttumassa, mutta etiikan soveltaminen käytäntöön kohtaa uusia haasteita (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 168).

Suomen terveydenhuolto ja sosiaali- ja terveystalouselämyssektori (sote) ovat suurempien muutosten keskellä kuin koskaan ennen. Suomen Lääkäriliiton toiminnanjohtajana 1.10.2017 aloittanut yleislääketieteen erikoislääkäri Kati Myllymäki pitää sote-uudistusta isompana muutoksena kuin kansanterveyslaki aikoinaan (Soininen 2017). Sosiaali- ja terveystaluelämyksien uudistuksen projektinjohtajana toiminut, valtioneuvoston alivaltiosihteeri Pöysti on todennut, että tuleva sote-uudistus on Suomen historian suurimpia hallinnon mullistuksia (Saastamoinen 2016, 2095):

Sitä voi huoletta verrata vuoden 1634 hallitusmuotouudistukseen, jossa Ruotsi-Suomen valtakunnankansleri Axel Oxenstierna modernisoi hallintoa ja nosti samalla itsensä kuningaskunnan holhoojahallitsijaksi tai vuoden 1865 kunnallisasetukseen, joka siirsi kirkkopitäjien hallussa olleet maalliset asiat maalaiskunnille ja hengenjutut seurakuntien hoteisiin.

Mintzbergin (1983, 189–213; Mintzberg 1979, 348–349, 477) mukaan sairaalat, ja Eklundin (1992, 70) mukaan myös terveyskeskukset ovat esimerkkejä professionaalista byrokratiasta. Helanderin mukaan byrokraattisesti organisoitu



hallintoyksikkö pohjautuu hierarkkiseen ja ylhäältä johdettuun, esimiesalaisyjärjestelmään ja sen suuntaiseen ohjaus- ja kontrolliperiaatteeseen (Helander 1993, 112). Wiili-Peltolan mukaan hierarkia liittyy kiinteästi byrokraatiaan tehden näkyväksi byrokraattisen järjestelmän valta- ja vastuusysteemin. Professionaalinen organisaatioluonne taas pyrkii murentamaan ja peittämään hierarkian rakenteita. (Wiili-Peltola 2000, 128.) Sairaaloiden luonne muodostuu useista toiminnallisista yksiköistä, jotka voivat olla toisiinsa nähden hyvinkin erilaisia, minkä vuoksi sairaalat hierarkkisina järjestelminä saattavat avautua terveydenhuollon ulkopuoliselle vaikeasti ja joskus jopa harhaanjohtavasti (Wiili-Peltola 2000, 130).

Sairaalaorganisaatioissa johtajan toiminta-alueella on sellaisia kulttuuris-kognitiivisia ilmiöitä, joista ei aina löydy kirjoitettua tietoa organisaation virallisista papereista. Tällaisia ovat muun muassa henkilöstön arvopohja ja ammattikulttuurit, professionaalisuus, epäviralliset organisaatiot ja valtarakenteet. (Virtanen 2010, 21; Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto 2007, 12.) Vuoren (2005, 18) mukaan terveydenhuollon strategioita saatetaan valmistella virkamiestyönä ymmärtämättä työyhteisötasolla olevien toimintakulttuurien ristiriitaisuuksia. Ruotsalaisen Sveibyn mukaan julkisella sektorilla esimiehenä olemisen on vaikeaa, eivätkä monet ongelmat johdu esimiehestä, vaan järjestelmästä. Esimiehen työn julkisella sektorilla tekevät elinkeinoelämää vaikeammaksi ja erilaisemmaksi moniselitteinen ja poliittisesti leimautunut ympäristö sekä julkisuusperiaate. (Sveiby 1990, 216–217.)

Kivisen (2008, 81) mukaan terveydenhuollossa vallitsee virheettömyyden vaatimus, koska virhe voi pahimmillaan johtaa potilaan kuolemaan. Virheet henkilöityvät ja niitä pelätään, mikä voi johtaa siihen, että virheitä ei ehkä haluta käydä läpi avoimesti ja julkisesti. Tämä vuoksi virheistä saattaa olla vaikea oppia, mikä voi vaikeuttaa tiedon ja osaamisen johtamista. (Kivinen 2008, 81; Vuori 2005, 51–52.)

Terveydenhuollon ammattikuntien edustajilta edellytetään siis ammattieettisten periaatteiden ja sääntöjen hyväksymistä sekä noudattamista, koska terveydenhuollon organisaatioissa ollaan koko ajan tekemisissä ihmiselämän peruskysymysten kanssa tähdäten terveyden edistämiseen, kärsimysten lievittämiseen sekä sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Tässä kohtaa on huomioitava, että terveydenhuollon käytännön työhön ja rakenteisiin vaikuttavat myös monet muut kuin välittömässä potilastyössä olevat tahot, eikä kaikilla näillä muilla toimijoilla ole kirjoitettuja eettisiä ohjeistoja. (Törmänen ja Paasivaara 2009, 392.)

Koska terveydenhuollon organisaation tehtävä, ihmiselämän säilyttäminen, on inhimillinen, ei tähän tehtävään välttämättä sovi voiton tavoittelemisen, kuten yritystoiminnassa yleensä (Kujala 2015, 28). Julkisessa terveydenhuollossa paraneminen eli tuote on epävarmaa ja kysyntääkin on vaikea ennustaa, mikä tekee tulosohjauksen ongelmalliseksi (Valtonen 1993, 103–104; Tuomiranta 2002, 22). Tuomirannan mukaan lääkärin eli palvelun tarjoajan rooli on erikoinen; palvelujen tarjoajan tulisi tehdä itsensä tarpeettomaksi, mikä lienee vastoin kaikkia yritystalouden periaatteita (Tuomiranta 2002, 22).

Terveydenhuollon palveluiden tuottajien välisen kilpailun ajatellaan usein tuovan vain hyötyjä. Huomioitavaa kuitenkin on, että kilpailu tuo mukanaan

myös kaikkia tuottajia koskevia erityisongelmia, mihin syynä on terveystalvelujen erityinen luonne. Lääkäriliitto on listannut syyt, miksi terveystalveluja ei voi ongelmitta rinnastaa muihin vapailla markkinoilla liikkuviin tuotteisiin. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 213.):

1. Potilaan luottamus lääkäriin perustuu siihen, että lääkäri sitoutuu moraalisesti käyttämään ammattitaitoaan potilaan parhaaksi eikä ensisijaisesti omaksi tai edustamansa organisaation eduksi.
2. Terveystalvelut ovat palveluita, jotka voivat olla ihmisille elintärkeitä ja joiden voidaan katsoa kuuluvan ihmisoikeuksiin.
3. Terveystalveluiden kustannuksista osa katetaan julkisista varoista.
4. Terveystalvelut ovat turvallisuuskriittinen toimiala, jossa huonolaatuisilla palveluilla voi olla potentiaalisesti hyvin negatiivinen vaikutus potilaiden terveyteen.
5. Hoitoprosessit ovat monesti pitkiä ja vaativat useiden tuottajien välistä saumatonta yhteistoimintaa.

## 2.1 Vastuu ja valta terveydenhuollon organisaatiossa

Lääkärit käyttävät kliinisessä työssään hallinnollista valtaa (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 8), ja sairaalassa esimiesasemassa toimivat lääkärit ja lääkärijohtajat edustavat ja käyttävät julkista valtaa (Tuomiranta 2005, 110). Johtaminen julkisyhteisössä on päätösten tekemistä virkavastuulla (Haapiainen 2016, 2211). Lääkäreillä ja lääkärijohtajilla on esimiesasemaansa liittyvä niin sanottu direktio-oikeus eli valtaoikeus, mutta myös viranhaltija-asemaan liittyvä kuuliaisuusvelvollisuus (Finlex 2003).

Mintzbergin mukaan omaan työhön liittyvällä vallalla tarkoitetaan, että ammattilainen työskentelee melko itsenäisesti suhteessa kollegoihinsa, mutta läheisessä yhteydessä asiakkaisiin, kuten esimerkiksi lääkärit ovat hoitaessaan potilaitaan (Mintzberg 1983, 190). Mintzbergin mukaan iso osa operatiiviseen työhön liittyvästä vallasta on operatiivisen ytimen ammattilaisilla eli rakenteen pohjalla (Mintzberg 1983, 198). Toisaalta Mintzberg korostaa, että tilanteissa, joissa ammattilaisen täytyy valita ammatinharjoittamisen ja hallintotyön välillä, valta siirtyy hallinnolliseen työhön keskittyville ammattilaisille. Valta ei tällöinkään ole kuitenkaan itsestänselvyys, koska hallintohenkilö säilyttää valtansa vain niin kauan kuin ammattilaiset kokevat hänen palvelevan tehokkaasti ammattilaisten etuja. (Mintzberg 1983, 200.)

Mintzberg määrittelee vallan myös kykynä vaikuttaa organisaation tulokseen. Toisaalta valta voidaan nähdä yksilön kykynä muuttaa yksilön käytöstä, jolloin tärkeintä ei ole se, mitä saadaan tehtyä, vaan se kenet saadaan vakuuttaneeksi. (1983, 4–5.) Mintzbergin (1983, 198) mukaan ammatillisessa hierarkiassa asiantuntemus tuo valtaa. Tietoa on nykyisin valtavasti ja tieto on vallan lisäksi myös vastuuta. Kaikki lääkärin työhön liittyvät valinnat edellyttävät tietoa diagnostiikka- ja hoitomuotojen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Täten Lääkäriliitto suosittaakin, että vastuu kliinisestä toiminnasta ja valta tehdä kliiniseen työhön vaikuttavia päätöksiä tulee olla samalla johtavalla lääkäriellä. (Lääkäriliitto 2014, 5.)

Ylilääkäri Suvi-Sirkku Kaukorannan (2012, 115) mukaan johtavilla lääke-reillä on sairaalaorganisaatioissa merkittävästi tosiasiallista valtaa ja monenlaisia vuorovaikutussuhteita, minkä vuoksi Kaukoranta arvioi pro gradu -tutkimustulostensa viittavan siihen, että organisaation muiden toimijoiden olisi tärkeä ymmärtää lääkärijohtajien tuottamaa johtajuutta.

Valtakeskustelu ei näytä vuosikymmenten saatossa muuttuneen, sillä jo vuonna 1989 Hermanson totesi väitöskirjatyössään kollegakunnastaan, että lääkäreiden virallinen asema ei aina vastaa heidän todellista vaikutusvaltaansa. Lääkäreiden asema on kuitenkin vahva, koska lääkärit vaikuttavat kliinisten päätösten kautta taloudellisiin voimavaroihin ja kaikkiin henkilökuntaryhmiin. (Hermanson 1989, 20; Alarotu 2012, 524.)

Kauppätieteen tohtori, lääkäri Juha V. Virtanen tutki väitöskirjatyössään lääkäri- ja hoitajataustaisten, keski- tai ylimpään johtoon kuuluvien johtajien toimintakenttää julkisissa erikoissairaaloissa ja totesi sairaalayhteisön valta- ja vastuusuhteiden olevan johtajan toimintakentässä osin epämääräisiä, epäselviä ja epäjohtamukaisia (Virtanen 2010, 3). Tutkimuksen perusteella johtajien käsitykset vastuusta olivat moninaisia, eikä esimiesaseman tunnusmerkistö ollut yksiselitteinen. Johtajien toimenkuva määrittyi lähinnä ammattitaustan, erikoisalan ja organisaatioaseman perusteella edeltäjältä periytyen. Kirjallista toimenkuvaa ei ollut kellään, eikä myöskään perehdytystä tehtäviin juuri saatu tai pyydetty. Työnjako perustui johtajille ilmeisimmin itsestään selvinä oleviin toimenkuviin, eikä työnjakoa erityisemmin kyseenalaistettu. (Virtanen 2010, 140–154.) Johtajat vähätelivät henkilökohtaista valtaansa sairaalayhteisössä (Virtanen 2010, 187). Vaikeinta johtajille oli puhua vastuusta ja vallasta. Puhuminen pelkästään vastuusta, ja erityisesti omaan työhönsä liittyvistä vastuualueista, oli helpompaa. Haastateltavat ilmeisimmin kokivat helpommaksi kertoa olevansa vastuunkantaja kuin vallankäyttäjä. (Virtanen 2010, 70–71.)

Torpan managerialismin soveltamista ja soveltuvuutta erikoissairaanhoidon johtamiseen ja toimintaan käsitelleessä väitöstutkimuksessa tuli esille johtamisen ongelmana sekä vallan ja vastuun välinen epäselvyys, mutta myös asenteet, kateus ja näennäisvalta sekä kuilu ylimmän ja operatiivisen johdon välillä (Torppa 2007, 173).

Asiantuntijaorganisaatioissa esiintyy vallan lisäksi myös piilovaltaa. Kujalan (2015, 27) mukaan asiantuntijoiden kykyyn hallita tietoa sisältyy piilovaltaa ohjata toimintaa, mihin myös Haapiainen (2016, 2203) viittaa:

Asiantuntijaorganisaatioissa on aina lukuisia, vailla virallista valta-asemaa olevia mielipidevaikuttajia, joiden huomiotta jättäminen on tuhoisaa.

Terveystieteiden huollossa valtaa ja vastuuta voi olla vaikea erottaa ilman ongelmia. Terveystieteiden organisaatioissa, joissa toimii johtotehtävissä terveystieteiden ulkopuolisia ammattiryhmiä, näyttäisi kuitenkin olevan lisääntyvä trendi eriyttää valta ja vastuu siirtäen valta pois potilaidenhoidosta vastuunottavilta lääkäreiltä. Terveystieteiden ja sosiaalialan esimiesten ammattijohtamisvalmiuksia väitöskirjatyössään tutkinut Kujala on todennut vallasta (2015, 15):

Valta on vaarallista väärissä käsissä, siitä on vaikea luopua ja siitä ollaan taisteltu koko ihmiskunnan historian ajan.

Eettisten näkökulmien pohtimisen merkitys korostuu, kun yksityisiä terveyspalveluita tarjoavia yrityksiä siirtyy lääkärin omistuksesta kansainvälisten sijoittajien omistukseen (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 212). Modernin lääketieteen isähahmoksi kutsuttu, reilu sata vuotta sitten vaikuttanut kanadalainen lääkäri Sir Osler on kiteyttänyt lääkäriyden ja bisneksen eroavaisuutta (Golden 1999, 2256; Osler 1907):

You are in this profession as a calling, not as a business; as a calling which exacts from you at every turn self-sacrifice, devotion, love and tenderness to your fellow-men. Once you get down to a purely business level, your influence is gone and the true light of your life is dimmed. You must work in the missionary spirit, with a breadth of charity that raises you far above the petty jealousies of life.

Lääkäriliitto pitää tärkeänä kiinnittää huomiota siihen, että lääkärin, lääkärin työnantajan tai muiden sidosryhmien taloudelliset intressit eivät saa ohjata hoitoprosessia epätarkoituksenmukaisesti. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 212.):

Lääkärin tehtävän luovuttamaton lähtökohta on, että lääkärille asetettujen velvollisuuksien on oltava sopuosoinnussa lääkärin etiikan perimmäisten päämäärien kanssa. Sen paremmin julkinen valta, kaupalliset toimijat kuin yksittäiset potilaatkaan eivät voi sanella, mitä lääkärin on tehtävä.

Suomen Lääkäriliitto on pohtinut (2010, 5) vallan ja vastuun suhdetta seuraavasti:

Valtaa halutaan, vastuun kantaminen ei niinkään houkuttele. Jaettu vastuu tarkoittaa vastuuttomuutta. Valta ei ole itsetarkoitus, mutta lainsäädännössä lääkärille asetetaan vastuu johtaa ja valvoa terveydenhuollon toimintayksiköiden palvelutuotantoa ja päättää potilaan hoidon järjestämisestä.

Suomen Lääkäriliitto suosittaa terveydenhuollon toimintayksiköiden johtamismalliksi yksijohtajamallia, jonka mukaan johtajalla on jakamaton vastuu ja valta alaisten toiminnasta, taloudesta sekä henkilöstöstä. Lisäksi Lääkäriliitto suosittaa vastaavan ja johtavan lääkärin asemaa sellaiseksi, että hänellä on lainsäädännön määräysten sekä toimintayksikön poliittisen johdon laatimien linjausten mukaisesti valta päättää terveyden ja sairaanhoidon toteuttamisesta sekä yksittäisen potilaan hoidon järjestämisestä. (Suomen Lääkäriliitto 2010, 5.)

Myös lääkärit itse ovat olleet aidosti huolissaan päätösvallan etäntymisestä kauemmaksi lääkäreistä. Vuonna 2008 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä uudistettiin johtamisjärjestelmää, mikä toi sairaanhoitopiiriin tilaaja-tuottajamallin. Siinä palvelujohtaja tilaa henkilökunnan, tilat ja resurssit resurssijohtajalta. Tämä tarkoittaa, että sairaalan klinikoiden johtaminen on jaettu palvelujohtaja-ylilääkärin ja resurssijohtajan kesken. Tämän koettiin heikentävän ylilääkäreiden mahdollisuuksia päättää potilaiden hoidosta, koska henkilökunnasta, leikkaussaleista ja välineistä vastasi uudessa johtamisjärjestelmässä resurssijohtaja, jonka pätevyysvaatimukseen ei kuulu lääkärintutkinto. Tämä johtamisjärjestelmä koettiin esimerkkinä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin johdon tavasta valmistella muutoksia ja päättää niistä huomioimatta lääkäreiden mielipiteitä. Suomen Lääkäriliitto otti kantaa tähän tilanteeseen. Kannanoton mukaa ylilääkäreiden tulisi jatkossakin vastata potilaiden hoitami-

sen lisäksi myös henkilökunnasta, tiloista ja välineistä. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan vastuiden jakaminen vaarantaa hoidon toteutuksen lisäksi talouden hallinnan ja lisää byrokratiaa hoidon järjestämisessä. (Honkanen 2008, 2974–2976.)

Myös poliittiset tavoitteet yrittävät ajoittain valjastaa lääkärin toiminnan ensisijaisesti yhteiskunnallisten päämäärien toteuttajaksi ohittamalla lääkärin velvollisuuden yksittäistä potilasta kohtaan, mikä saattaa johtaa ristiriitaan lääkärin työn perusarvojen kanssa. Ettei näin pääsisi käymään Lääkäriliitto suositaa, että lääkärin on ammattikuntana pidettävä julkisesti esillä työtään kannattelevaa etiikkaa ja keskusteltava siitä sekä omissa piireissään että yhteiskunnallisella tasolla. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 24.)

Terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon emeritusprofessori Martti Kekomäki (2010, 580) on korostanut, että vastuullisen johtajan on pystyttävä arvioimaan kliinisen päätöksenteon rationaalisuutta, minkä vuoksi lääkärinkunta ei voi suhtautua välinpitämättömästi terveydenhuollon johtamisen asettamiin uusiin haasteisiin ja jättää johtamistoimea esimerkiksi pelkästään puoluepolitiikassa tai liike-elämässä ansioituneille.

## 2.2 Terveydenhuollon resurssit

Resurssien kannalta terveydenhuoltoa voidaan tarkastella monesta näkökulmasta. Julkisuudessa on viime vuosina keskusteltu toistuvasti muun muassa lääkäripulasta (Pohjanpalo 2012). Todellisuudessa Suomen lääkärimäärä on kasvanut voimakkaasti; Suomen Lääkäriliiton 2016 tilaston mukaan lääkärimäärä on kymmenkertaistunut 50 vuodessa. Maassamme on 262 asukasta yhtä työkäistä lääkäriä kohden ja laillistettuja lääkäreitä oli 1.1.2016 yhteensä 28 565 (Suomen Lääkäriliitto 2016b, 2). Näistä noin 21 000 on työkäisiä lääkäreitä, joista lähes 90 prosenttia on töissä (Suomen Lääkäriliitto 2016c, 7, 23, 25). Täten lääkäreitä on nykyisin enemmän kuin koskaan. Lääkärikunnan rakenne on kyläkin muutoksessa; viime vuosisadan alussa lääkärit olivat enimmäkseen miehiä, mutta 2010-luvulla yli puolet lääkäreistä on naisia. Naislääkärien määrä on Suomessa noussut 2000-luvulla yli 50 prosentilla. (Suomen Lääkäriliitto 2016c, 7.)

Lääkäriasiantuntijoiden lisääntyminen ei johda terveydenhuollon kokonaisresurssien lisääntymiseen. Terveydenhuollon palvelujen tarjonta luo kysyntää, mutta kaikki kysyntä ei aina perustu lääketieteelliseen tarpeeseen. Terveydenhuollon johtajan tehtävänä on arvioida, mitkä ovat ne terveystaloudelliset palvelut, joita todella tarvitaan, ja voisiko ihmisten elämän hallintaa ja hyvinvointia paremmin edistää jollain toisilla toimilla. Lääkäriliitto kehottaa välttämään turhaa medikalisaatiota sekä yksilö- että organisaatiotasolla. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 179.) Medikalisaatiolla tarkoitetaan lääketieteellistymistä eli sairauden ja terveyden leiman sekä lääketieteellisen hoidon ulottumista yhä uusiin ja arkipäiväisiin ilmiöihin (Lahelma 2003, 1863). Hoitojen kaupallistuminen pakottaa arvioimaan, onko lääkärin tehtävä kaikki, mitä maksava potilas haluaa (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 22, 213). Näihin kysymyksiin lääkärit ja lääkärijohtajat

joutuvat ottamaan kantaa jo nyt, mutta mahdollisesti vielä enemmän tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalouden uudistuksen tuoman valinnanvapauden myötä. Tulevaisuuden uhkana saattaisi olla esimerkiksi kaupallisuuteen pyrkivien tahojen yritys muuttaa terveydenhuolto terveysbisnekseksi. Ettei näin kävisi, lääkäreiden on osattava ammattietiikkansa tuella erottaa terveydenhuollolla kaupankäynti todellisesta lääketieteestä (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 212).

Muun väestön tavoin terveydenhuoltohenkilökunta vanhenee ja eläköityy. Poistuvan henkilökunnan korvaaminen nuorilla työntekijöillä on koko Euroopassa ajankohtaista, eivätkä terveydenhuollon kaikki ammatit ole nuorten mielestä vetovoimaisia. (Harmoinen 2014, 15; Euroopan yhteisöjen komissio 2012.)

Suomalaisen terveydenhuollon perustana on kansalaisten perustuslakiin kirjattu oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 13, 49). Suomalainen terveydenhuolto on pääosin julkisesti rahoitettu. Vuonna 2015 terveydenhuoltomenojen julkisen rahoituksen osuus oli 74,6 % ja yksityisen rahoituksen osuus 25,4 % (Suomen virallinen tilasto 2017a). Terveydenhuollon työkenttä kasvaa koko ajan, koska väestö vanhenee ja elää pidempään. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä (Suomen virallinen tilasto 2017b). Väestön vanhetessa potilaiden ongelmat käyvät mutkikkaammiksi (Kekomäki 2010, 580). Mitä iäkkäämpi ihminen on, sitä suurempaa on sairauksien todennäköisyys. Väestön vanhetessa terveys- ja sosiaalipalvelujen kysyntä kasvaa suuremmaksi kuin palveluja on mahdollista tuottaa. (Kujala 2015, 16.)

Täten resurssit niukkenevat koko ajan eikä tulevaisuudessa ole realistisesti mahdollista hoitaa kaikkia ihmisiä kaikilla mahdollisilla tavoilla, mikä tekee lääkäreiden työstä eettisesti entistä haastavampaa (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 170). Lääkäreiden työllä on terveydenhuollon kokonaiskustannuksissa iso merkitys, koska lääkärit sitovat hoitoratkaisuillaan noin 70 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Alarotu 2012, 524). Päävastuu julkisen terveydenhuollon resursseista on kuitenkin kuntien poliittisilla päättäjillä (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 171).

Suomen terveydenhuoltomenot kasvavat vuosi vuodelta ja olivat 19,8 miljardia euroa vuonna 2015. Erikoissairaanhoidon (6,9 miljardia euroa) ja perusterveydenhuollon (3,7 miljardia euroa) menot muodostivat hieman yli puolet vuoden 2015 terveydenhuoltomenoista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Ajoittain terveydenhuolto saa yhdistyksiltä ja yksityisiltä henkilöiltä huomattaviakin rahalahjoituksia, joilla on oleellinen merkitys sekä terveydenhuollon taloudellisiin resursseihin, että myös asiantuntijaresursseihin. Esimerkiksi juukalainen Juhani Lehikoinen lahjoitti Itä-Suomen yliopistolle miljoona euroa viisivuotisen sydän- ja rintaelinkirurgian professorin rahoittamiseksi Kuopion yliopistolliseen sairaalaan kiitoksena omakohtaisen sydänkirurgialeikkauksen vaikutuksista omaan elämäänsä. Tällaisilla lahjoituksilla on huomattava merkitys myös koko Suomen terveydenhuollolle; esimerkiksi tämän kyseisen professorin myötä Kuopion yliopistollisesta sairaalasta tulee yksi alan merkittävistä keskuksista Suomessa. (Koskinen 2017.)

### 3 JOHTAMINEN

Suomen kielessä johtamisella on vain yksi sana. Käytännössä johtaminen on jaettu englanninkielen mukaan ihmisten (leadership) ja asioiden (management) johtamiseen, jolla luodaan mahdollisuudet tavoitteiden saavuttamiseen. Johtamiseen liittyy vaikuttamisen mahdollisuus sekä pyrkimys saada ihmiset ajattelemaan ja toimimaan tavoitteiden saavuttamisen suunnassa. (Eklund 1992, 82.)

Kirjallisuudesta johtajuudelle löytyy useita toisistaan hieman poikkeavia määritelmiä ja Stogdillin (1974) mukaan johtajuus-käsitteelle on olemassa lähes yhtä monta eri määritelmää, kuin on ihmisiä, jotka ovat yrittäneet johtajuutta määritellä. Suurin osa määritelmistä perustuu joka tapauksessa ajatukselle, jonka mukaan johtaminen käsittää prosessin, jossa ihminen pyrkii tarkoituksellisesti vaikuttamaan muihin ihmisiin organisoimalla, opastamalla ja helpottamalla toimintaa ja ihmistenvälisiä suhteita organisaatiossa tai ryhmässä. (Yukl, 1989, 252; Yukl 2010, 3.)

Seeck (2008, 18) kuvaa johtamisen auktoriteetin oikeuttamiseksi sekä toiminnaksi, jossa tietyn tavoitteen saavuttamiseksi tehokkaasti hyödynnetään, hankitaan ja kohdennetaan ihmisten fyysisiä voimavaroja ja työpanosta. Koska yhteistoiminta on välttämätöntä tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta, on johtamisen tarkoituksena saada eri lailla vaikutusvaltaiset ja eri asemassa olevat henkilöt toimimaan organisaation arjessa.

Kotter (1990) määrittelee asioiden johtamisen selviytymisenä monimutkaisuuden kanssa ja johtajuuden selviytymisenä muutoksen kanssa. Ihmisten johtaminen täydentää asioiden johtamista sen sijaan, että se korvaisi sen kokonaan. Kotterin mukaan ihmisten johtajat osoittavat visioita luomalla suunnan tulevas-ta, minkä jälkeen johtajat ohjaavat ihmisiä tähän suuntaan kommunikoinnin avulla ja auttavat ihmisiä pääsemään esteiden yli. (Kotter 1990, 4–5; Kotter 1989, 43) Kotterin mukaan management-johtamisen tehtävä on auttaa pitämään kompleksiset organisaatiot aikataulussa ja budjeteissa (Kotter 1990, 4). Management-johtamiseen kuulu suunnittelu, budjetointi, organisointi, henkilöstöhallinto, kontrollointi ja ongelmanratkaisu. Leadership-johtamiseen kuuluvat suunnan näyttäminen, ihmisten toiminnan suuntaaminen motivoiminen ja innostaminen. (Kotter 1990, 5; Kotter 1989, 31.) Sekä leadership- että management-johtaminen sisältävät sekä päätöksen siitä mitä pitää tehdä, että ihmisten

välischen verkostoiden ja suhteiden luomisen, minkä avulla suunnitelmat saadaan toteutettua niin, että ihmiset saavat lopulta työnsä tehtyä (Kotter 1990, 5). Leadership auttaa läpiviemään hyödyllisen muutoksen, kun taas management luo tuloksia, jolla saadaan toiminta tehokkaaksi (Kotter 1990, 7).

Peltosen (2007) mukaan leader-johtaja on innovatiivinen ja riskejä kaihtamaton. Ihmisten kohtaamisessa häntä kuvaa suoruus sekä persoonallinen johtamistyyli. Manager-johtaja sen sijaan on persoonaton, pitää etäisyyttä ihmisiin, välttää riskejä ja korostaa oikeanlaista toteutustapaa ja rakenteita. (Peltonen 2007, 123.) Menestyvän johtajan ominaisuuksiin kuuluu osata käyttää näitä molempia taitoja hallitakseen sosiaalisia ja strategisia tilanteita (Peltonen 2007, 152).

Johtajuuden varhaisimpia tutkijoita ovat muun muassa Taylor (1914), Stogdill (1948, 1974) sekä Mayo (1945). Johtajuutta on tutkinut laajasti myös Yukl (1989, 2010). Taylor kuvasi 1900-luvun alussa käsitteen tieteellinen liikkeenjohto (taylorismi), joka on yksi tunnetuimmista sen ajan johtajuuden tutkimuksista. Taylorin mukaan hyvän johtajuuden lähtökohtana oli tiukka kontrolli ja hyvä johtajuus perustui selkeään työnjakoon, selkeästi määriteltyihin käskyvaltasuhteisiin ja työntekijöiden erikoistumiseen. Johdon tehtävänä oli suunnitella ja valvoa toimintoja. Työntekijöiden tehtävänä oli suorittaa annetut tehtävät mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti, mihin motivoiminen perustui materiaalistien palkkioiden antamiseen. (Taylor 1914.)

Mayon näkemys oli päinvastainen Taylorin näkemykselle. Mayon mukaan johtajan tuli keskittyä ihmisten välisiin suhteisiin saavuttaakseen tehokasta johtajuutta. Mayo edusti ihmissuhteiden koulukuntaa, jossa huomio johtamisessa kiinnitetään ihmisten välisiin suhteisiin. (Mayo 1945, 161–169.)

Vuoren mukaan perinteinen luokittelu ihmisten johtamiseen (leadership) ja asioiden johtamiseen (management) ei tee enää oikeutta todellisuudelle, koska todellisuus harvoin on selkeästi kahteen työalueeseen jakautuva. Ennenmin on kyse siitä, että johtajan ja johdettavan välille muodostuu sopimus johtajuudesta. (Vuori 2005, 20.)

### 3.1 Johtajuusteoriat

Johtajuus yhdistetään usein organisaation kulttuurin johtamiseen. Peltosen mukaan johtajuuden teoreettisessa keskustelussa voidaan erottaa viisi erilaista johtajuuden dynamiikan näkökulmaa: luonne-, tyyli-, tilanne- ja johtaja-alaisuhdeteoriat sekä uuden johtajuuden koulukunta. (Peltonen 2007, 123–124.) Erilaiset näkökulmat ovat olleet vallalla eri aikakausina.

Luonneteoriat voidaan jakaa suurmiesteoriaan ja piirreteoriaan. Suurmiesteoriat ovat varhaisimpia teorioita johtajuudesta, joissa suurmiehet ovat nousseet sankareiksi toiminnallaan ja erottuvat massasta pystyen ottamaan johtajuuden yhteisön selviytymisen kannalta kriittisinä hetkinä. Näiden johtajien toiminta perustuu synnynnäisiin vahvuuksiin, eikä sitä ole koulutuksen tai työkokemuksen kautta kehitettävissä. Piirreteoriat korostavat myös yksilötason ominaisuuksia, mutta tässä voidaan suurmiesteoriasta poiketen tieteellisesti



tutkia johtajayksilön psykologisia taipumuksia. Piirreteoreettisen tutkimuksen mukaan johtajalta vaadittavia ominaisuuksia ovat älykkyys, itseluottamus, päättäväisyys, rehellisyys ja sosiaalisuus. (Peltonen 2007, 124–125.) Piirreteorian suosio kesti 1940-luvun loppupuolelle (Bryman 1996, 277).

Piirreteoriaa seurasi 1960-luvun loppupuolelle vaikuttanut tyyliteoria (Bryman 1996, 277). Siinä pelkän yksilön sijaan tarkastellaan johtajuutta toimintana tietyssä ympäristössä ja huomio kiinnittyy johtajan yksilöllisistä ominaisuuksista käyttäytymistyyliin. Tyyleissä voidaan nähdä kaksi ääritapaa, jolla johtaja lähestyy alaisiaan: ihmisiin keskittyvä johtajuus ja työtehtävien asiakysymyksiin keskittyvä johtavuus. Tyyliteoriassa olennaista kuitenkin on, että johtajat käytännössä käyttävät molempia tyyliä. (Peltonen 2007, 125.)

Tilanneteoriat jaetaan situationaaliseen teoriaan ja kontingenssiteoriaan. Situationaalisen eli tilanneteorian mukaan eri kypsyystasolla olevat alaiset tarvitsevat kypsyystasoonsa sopivan johtamistyylin. Mitä kypsempiä alaiset ovat toimimaan itsenäisesti, sitä vähemmän tarvitaan johtajan tehtäväopastusta ja motivointia. Kontingenssiteorian tarkoituksena on yhdistää tilanne ja yksittäisen johtajan johtamistyyli. (Peltonen 2007, 125–126.) Kontingenssiteorian huippuaikakausi sijoittuu ajanjaksolle 1960–1980 (Bryman 1996, 277).

Johtaja-alaissuhdeteoriat vievät johtajuusajattelua kohti johtajan ja alaisen välistä vuorovaikutusta. Ne jaetaan johtajan ja alaisen vaihtosuhteeseen (*Leader-member exchange theory, LMX*) sekä suhdenäkökulmaan. LMX pitää tärkeänä johtajan ja alaisen vuorovaikutuksen merkitystä johtajuuden muokkaantumisessa. Suhdenäkökulmassa lähtökohtana on johtajan ja alaisen tavoitteista ja toiminnasta irrallinen suhdemekanismi ja sen kehittyminen. (Peltonen 2007, 126–127.)

Uusi johtajuus jaetaan transformationaaliseen ja jaettuun johtajuuteen (Peltonen 2007, 128). Uusi johtajuus -näkökulma alkoi vaikuttaa 1980-luvun alusta (Bryman 1996, 277). Transformationaalinen johtajuus tutkii johtajuutta voimana, joka muuttaa organisaation kulttuuria, tunneilmastoa sekä henkilöstön suhtautumista. Jaettu johtajuus tarkoittaa johtajuuden esiintymistä muualla kuin pelkästään muodollisten johtaja-alaisuusteiden yhteydessä. (Peltonen 2007, 128–130.)

Syväjärvi ja Pietiläinen pohtivat yleisten johtajuusteorioiden toimivuutta nykyisessä ja tulevaisuuden sosiaali- ja terveysjohtamisessa. Johtaminen muuttuu substanssiasiantuntijuudesta kohti erilaisten asiantuntijuusalueiden rajapintojen hallintaa. Tällöin johtaja ei voi enää hallita usean eri alan substanssia, mutta hän voi tunnistaa niistä olennaisen sisällön, mikä auttaa eri asiantuntijoiden osaamisen verkostomaista johtamista. Verkostojen johtamisen moniulotteisuus asettaa kyseenalaiseksi yleisten johtamisteorioiden toimivuuden, ja Syväjärvi ja Pietiläinen toteavatkin, että sosiaali- ja terveydenhuollossa valmiiden ja yksiselitteisten johtamisoppien aika on jo ohi. (Syväjärvi ja Pietiläinen 2016, 326–327.)

### 3.2 Asiantuntijaorganisaation johtaminen

Johtamiskirjallisuuden valossa terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita (Mintzberg 1979, 84, 109; Kekomäki 2004, 258). Sipilän (1991, 29) mukaan asiantuntija on kuin pienen yrityksen, jossa työtä tehdään samanaikaisesti monella työtasolla ja monessa työvaiheessa. Asiantuntijaorganisaatiot Sipilä määrittää uutta tuottaviksi, henkilöstöstä vahvasti riippuvaisiksi organisaatioiksi, joissa työhön liittyy paljon analysointia, ongelmanratkaisua sekä suunnittelua. Henkilöstön korkea osaamis- ja peruskoulutustaso ovat tyypillisiä piirteitä, jotka luonnehtivat myös terveydenhuollon organisaatioita asiantuntijaorganisaatioissa. (Sipilä 1991, 23.)

Eklundin (1992, 63) mukaan asiantuntijaorganisaatiot: 1) tuottavat uutta tietoa ja uusia ratkaisuja, 2) organisaatioiden antamat neuvot ja ohjeet ovat yksilöllisiä, 3) henkilökunnan keskeinen osa koostuu akateemisesti pitkälle koulutetuista ihmisistä eli professionaaleista, jotka ovat vaikeasti korvattavissa, 4) asiantuntijaorganisaatossa henkilökuntamenot ovat yleensä selvästi suuremmat kuin pääomamenot ja 5) organisaation riippuvuus henkilöstöstä on suuri. Pesosen (2007, 25–29) mukaan asiantuntijaorganisaatio on aivotyöhön perustuva palveluorganisaatio, joka ratkaisee asiakkaansa vaikeita ja monimutkaisia ongelmia ja jonka tarkoitus on tuottaa asiakkaalle tietoa tai osaamista, jota siltä puuttuu.

Mintzbergin mukaan sairaalat ovat esimerkki ammattilaisbyrokratioista (*professional bureaucracy*), joissa korostuu vallan professionaalinen luonne ja joi- sa rakenne on hyvin hajautettu niin vertikaalisesti kuin horisontaalisesti. Ammattilaisbyrokratiassa, toisin kuin konebyrokratiassa (*machine bureaucracy*) diagnosoiminen on keskeinen tehtävä. Eklundin (1992, 70) mukaan kokeneen professionaalisen työn voi muuttua professionaalissa byrokratiassa konebyrokratian työn kaltaiseksi; työ on pitkälle ositettuja, monotonisia, toistuvia tehtäviä, joissa edellinen työvaihe laukaisee automaattisesti seuraavan. (Mintzberg 1983, 189–213; Mintzberg 1979, 348–349, 477.) Tyypillistä ammattilaisbyrokrati- alle on demokraattinen rakenne; ammattilaiset eivät valvo vain omaa työtään, vaan pyrkivät myös yhdessä valvomaan heihin vaikuttavia hallinnollisia päätöksiä. Ammatillisissa byrokratioissa operatiivisen työn tekijöillä on paljon val- taa, minkä vuoksi niitä joskus kutsutaan ”kollegiaalisiksi” organisaatioiksi. (Mintzberg 1983, 197.) Sveibyn (1990, 149) mukaan asiantuntijayritys saattaa muistuttaa enemmän biologista organismia kuin teollisuusyritys, koska se muodostuu vain ihmisistä.

Asiantuntijat eli professionaalit työskentelevät organisaatiossa jokseenkin autonomisesti, muodostavat organisaation ytimen ja voivat olla omalle ammat- tikunnalleen uskollisempia kuin työnantajalleen. Asiantuntijalle professionaalinen byrokratia on yleensä miellyttävä ja demokraattinen työpaikka, ja asiantun- tijat ovat hyvin motivoituneita työskentelemään. Toisaalta Eklundin mielestä tällaisen työyhteisön ongelma on sen hankaluus; kukaan ei johda tällaista työ- yhteisöä tehokkaasti, eikä kukaan saa asiantuntijoita järjestykseen. Lisäksi jou- kossa on myös laiskoja ja saamattomia asiantuntijoita, ja professionaalisen kol-

legiaalisuuden vuoksi on väärinkäytöksiin vaikea puuttua. (Eklund, 1992, 70–72.)

Asiantuntijoita ei voi määrätä; he antavat työpanoksensa vapaaehtoisesti ja sitoutuvat sydämellään (Wiik 2016, 2206). Asiantuntijuus on alati liikkeessä olevaa, koska yhteiskunnan haasteiden muuttuessa, muuntuu myös puhe asiantuntijuuden sisällä (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto 2007, 32). Sipilän mukaan asiantuntijaa on vaikea käskyttää, eikä asiantuntija pidä neuvomisesta alueilla, joilla hän kokee olevansa esimiestään osaavampi. Usein onkin niin, että asiantuntija osaa erikoisalansa esimiestään paremmin. (Sipilä 1991, 66.) Asiantuntijan on vaikea hyväksyä yläpuolelleen esimiestä, jota hän ei koe voivansa arvostaa ammatillisessa mielessä. Asiantuntijaorganisaatioissa tärkein auktoriteetti on asiantuntija-auktoriteetti. (Sipilä 1991, 59, 69). Sipilän mukaan asiantuntija voi kuitenkin mieltää johtotehtäviin siirtymisen jälkeenkin varsinaiseksi ammatikseen entisen klinikon asiantuntijatyön. Asiantuntija voi pitää johtamista riesana tai vain tehtävänä, joka pitää vain hoitaa ja johon ei ainakaan haluaisi pelkästään keskittyä. (Sipilä 1991, 58.) Mintzbergin mukaan ammatilainen usein kammoaa hallintotehtäviä ja haluaa vain rauhassa harjoittaa ammattiaan. Ammatillaiset muuttuvat passiivisiksi, jos eivät voi hallita omaa työtään. (Mintzberg 1983, 200, 212.)

Sveibyn (1990, 60, 62) mukaan asiantuntijat liittoutuvat mielellään ammatikunniksi pitääkseen ammattietiikan lipun korkealla ja puolustaakseen ammatikuntaansa ulkopuolisten hyökkäyksiltä, eivätkä he niinkään välitä organisaatiosta, johon heidät on palkattu. Asiantuntijat eivät pidä yksilönvapautta rajoittavista säännöistä, eivätkä rutiinistöistä ja johtamista asiantuntijat pitävät vain sivutoimena (Sveiby 1990, 62, 71). Asiantuntijaorganisaatossa kannattaa pohtia, mitkä voimat ohjaavat ja vaikuttavat toimintaan ja mitä asioita johdon on kyettävä hallitsemaan. Asiantuntijat sekä asiantuntijoiden erikoispiirteet ja käyttövoimat määräävät, miten asiantuntijaorganisaatio käyttäytyy, jos organisaatiota ei johdeta oikein. (Sveiby 1990, 57, 63.) Asiantuntijaorganisaatioissa asiantuntijat eivät tyydy mihin tahansa esimieheen, ja esimiehen on ennen kaikkea itsekin oltava alan ammatilainen, jonka ammattitaitoa tarvitaan luomaan oikea suhde esimiehen ja alaisen välille. Asiantuntijaorganisaation johtajan on tunnettava työntekijät ja osattava asettaa tehtävät tärkeysjärjestykseen. (Sveiby 1990, 79.)

Eklundin mukaan asiantuntijaorganisaation johtaminen vaatii paljon vuorovaikutusta, jonka avulla johtaja oppii organisaationsa toimintatavat ja kulttuurin. Asiantuntijaorganisaatioissa osa asiantuntijoista voi tarvita enemmän kannustusta ja perustelua kuin toiset eli asioita voidaan hoitaa yksilöllisesti. (Eklund 1992, 87.)

Rytilän väitöskirjatutkimuksen mukaan tietointensiivisessä asiantuntijaorganisaatioissa asiantuntijoita johdetaan mahdollistaen sosiaalisesti avoimia yhteistyöverkostoja, joissa tietoa voidaan muodostaa, jakaa ja konvertoida kollektiivisesti, minkä tuloksena sitten voidaan muodostaa yhteisöllisesti hyväksyttyä tietoa, joka implementoidaan edelleen toiminnan tasolle. Rytilä korostaa, että tietoa ei sinällään voi johtaa ja yhä enemmän tarvitaan laaja-alaista ja monipuolista tiedon hallintaa sekä ymmärrystä, minkä vuoksi johtamistyön tulee olla mitattavaa ja tarkoituksellista toimintaa. (Rytilä 2011, 3.)

Asiantuntijoiden johtamisen on todettu aiemmissa tutkimuksissa olevan haasteellista. (Ikola-Norrbacka 2010, 1746; Kujala 2015,13; Simoila 1999, 10–13; Sveiby 1990, 56–63; von Knorring, Riik ja Alexanderson 2010, 5). Sipilän mukaan asiantuntijaorganisaation esimiehelle ei riitä, että hän on esimiehenä hyvä. Asiantuntijat odottavat voivansa kunnioittaa esimiestään myös ihmisenä. (Sipilä 1991, 69.) Mikäli asiantuntijaorganisaatiossa ei ole todellista johtajaa, organisaatio alkaa ohjautua sisäisen valtarakenteen mukaan epävirallisen organisaation ottaessa vallan (Sveiby 1990, 57). Ikola-Norrbacka kuvaa syitä, minkä vuoksi terveydenhuollon yksiköt ovat vaikeasti johdettavia asiantuntijaorganisaatioita (Ikola-Norrbacka 2010, 1746):

Terveydenhuollossa on kyse monien ristiriitaisten intressien kamppailusta, mutta eettisyys on koko toiminnan keskeinen lähtökohta. Lääkärijohtajan on aina punnittava, toimitaanko tavoitteisiin pyrittäessä eettisesti ja ovatko tavoitteet eettisesti hyväksyttäviä. Johtamiseen kuuluu arvojen ja etiikan säätelyä resurssien hallintaa sekä ihmisten ohjaamista. Eettisten näkemysten tulisi ohjata ihmisten johtamista. Arvomaailmojen intressiristiriidat ovat osa terveydenhuollon johtamisen arkipäivää.

Myös Suomen Lääkäriliitto korostaa, että osaamisen johtaminen asiantuntijaorganisaatiossa on vaativaa. Osaamisen johtamisen pitää olla suhteessa työntekijän kykyihin, haluun kehittyä sekä työyhteisön muuttuviin tarpeisiin, mikä edellyttää terveydenhuollossa esimiehellä lääketieteellistä asiantuntemusta ja tietoa ymmärtää, mitä osaamista mikäkin tehtävä vaatii. Tämän vuoksi Lääkäriliitto näkee tärkeänä että, lääkärin koulutuksista ja lääkärin osaamisen kehittämisestä vastaava hallinnollinen esimies on lääkäri. (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 6.)

Kirurgian dosentti, professori Reijo Haapiainen (2016, 2209) mukaan asiantuntijaorganisaation johtaminen perustuu neljään osa-alueeseen ja näiden osa-alueiden välisten riippuvuussuhteiden tunnistamiseen. Osa-alueita ovat: 1) organisaation historian ja kulttuurin tuntemus (*culture*), 2) organisaation rakenne (*structure*), 3) johtaminen (*management*) ja 4) johtajuus (*leadership*). Erittäin tärkeä lähtökohta toimivan kokonaisuuden rakentamisessa on organisaation kulttuurin ja historian ymmärrys. Organisaation rakenteen Haapiainen suosittaa muodostettavan siten, että lähimmiksi työtovereiksi ja alaisiksi tulee henkilöitä, jotka kompensoivat johtajan omia heikkoja osaamisalueita ja joilla on kyky tulla toimeen toistensa kanssa myös ristiriitatilanteissa. Erikoissairaanhoidon johtamisessa talouden luvut ohjaavat toimintaa ja budjetin on pidettävä eikä tuotavuus saa laskea. Samanaikaisesti useat viranomaiset valvovat hoidon laatua ja saatavuutta sekä potilasturvallisuutta. Haapiaisen mukaan liike-elämään soveltuvat muutosjohtamistoimintatavat eivät ole asiantuntijaorganisaatiossa mahdollisia, koska asiantuntijat tietävät arvonsa ja keinot toimia yhteiskunnassa. Neljäs osa-alue eli johtajuus (*leadership*) on Haapiaisen mukaan tärkein ja vaikein. Sillä hankitaan tai menetetään arvostus työyhteisössä, jonka vaikeuksia ja ongelmatilanteita johtaja ei voi ulkoistaa muille. Asiantuntijaorganisaation jäseniä kuuntelemalla muodostuu kokonais käsitys organisaatiosta, ja sen johtaminen vaatii organisaatiossa näkymistä ja liikkumista. (Haapiainen 2016, 2209–2211.) Haapiaisen mukaan asiantuntijaorganisaatioiden johtamiseen ei sovellu aina yhdellä ja samalla tyylillä toistuva johtaminen, koska asiantuntijaorgani-

saatiot muodostuvat erityyppisistä ja eri tavoin reagoivista ihmisistä. Organisaation valmiustilasta riippuen Haapiainen näkee viisi erilaista johtamistyyliä käyttökelpoisimmaksi. Puheenjohtajan rooli kannattaa valita, jos organisaation valmiusrooli on alhainen tai vastahakoinen. Valmentajan rooli on järkevä muutostilanteissa, joissa on riittävästi aikaa. Jos muutostilanteeseen on käytettävissä vain niukasti aikaa ja organisaation valmiusaste asiaan on korkea, voi johtaja valita katalysaattorin roolin toimien työnjohtajana. Yllättäen eteen tulevat haasteet Haapiainen näkee vaativimpina johtamistehtävinä ja tällöin johtaminen tapahtuu komentajaotteella. Viidennen johtamistyylivaihtoehdon Haapiainen luonnehtii emeritusarkkipiispa Wikströmiä mukaillen (Haapiainen 2016, 2011–2012):

Johtaminen on paimenen työtä. Kun aurinko paistaa ja kaikki sujuu hyvin, kuljet lauman keskellä. Kun tulee vaikeuksia ja pitää valita reitti, siirryt lauman eteen. Kun taival on raskas, kuljet viimeisten joukossa ja autat niitä, jotka ovat uupumaisillaan.

Syväjärven, Vakkalan ja Stenvallin mukaan julkisen terveydenhuollon työelämän ja henkilöstöjohtamisen on huomioitava aiempaa herkemmin ihmisten moninaisuus sekä työelämän inhimillisyys ja tehokkuus ymmärtämällä ihmisten autenttiset tavat toimia työelämässä ja muodostamalla tasapaino tietoperustaisten tapojen ja tilanteiden välille (Syväjärvi, Vakkala ja Stenvall 2013, 178).

### 3.3 Terveydenhuollon johtaminen

Terveydenhuolto on aina ollut alati muuttuva toimintaympäristö. Kirjallisuuden mukaan johtamisessa ovat viime vuosikymmenen aikana korostuneet järjestelmien ja organisaatioiden ohella moniammatillisen asiantuntijatyön ja osaamisen johtaminen sekä tuloksellisuusvaatimukset. Terveydenhuollon johtamistehtävissä vaaditaan asiantuntija-, henkilöstö-, laatu- ja talousjohtamisen sekä verkostojohdamisen osaamista. (Viitanen, Tampus-Jarvala ja Lehto 2006, 997; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2002.) Terveydenhuollon johdon tehtävä on kehittää palvelujen saatavuutta, terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamista, hoidon tasoa ja asiakaspalvelua. Siihen liittyy eettinen haaste tasapainottaa ja tulkita toisilleen erilaisia terveydenhuollossa kohtaavia arvojärjestelmiä siten, että terveydenhuoltojärjestelmä toimii mahdollisimman hyvin potilaiden parhaaksi. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 177.)

Terveydenhuollon johtamisosaamisessa on monia erilaisia tilannetekijöitä eli kontingensseja, joista keskeisimpiä ovat: 1) toimialue (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidto), 2) organisaatiotyyppi ja 3) johtajan asema (lähi- ja keski-johto sekä ylin johto). Nämä kaikki vaikuttavat siihen, millaista johtamisosaamista tarvitaan. (Sinkkonen ja Taskinen 2005, 82.)

Julkisyhteisössä johtaminen on päätösten tekemistä virkavastuulla (Haapiainen 2016, 2211). Kaukorannan (2013, 83) mukaan erikoissairaalan johtamisessa liikemaailman vahva johtajuus on nähty tarpeettomana, koska siihen liitetään kielteisiä ulkoisvaikutuksia, kuten esimerkiksi sopimattoman henkilöstöjohtamisen seurauksia. Keuhkosairauksien ylilääkäri Timo Keistisen (1995,

3217) mukaan julkishallinnon johtaminen ei kuitenkaan paljon eroa muiden organisaatioiden johtamisesta, vaan samat lainalaisuudet pätevät kaikessa johtamisessa. Keistinen painottaa johtamisen ydintehtävien olevan samoja niin julkishallinnossa kuin yritystoiminnassa: ihmisten ja organisaation yhdistäminen toimivaksi kokonaisuudeksi, talouden lait, pyrkimys tehokkaaseen tuottamiseen, ympäristön ja sen muutosten aistiminen sekä tulevaisuuden strategian asettaminen. Kinnusen ja Vuoren (2005, 198) mukaan asia on toisin:

Väitteet siitä, että terveydenhuollon johtaminen ei poikkea muiden organisaatioiden johtamisesta, on pidemmälle ajateltuna kestävä. Terveydenhuollon erityispiirteiden ymmärrys on nähdäksemme välttämätöntä alan johtamisen ja johtajuuden kehittämisessä ja ymmärtämisessä.

Kinnunen ja Vuori perustelevat näkemyksen terveydenhuollon keskeisillä erityispiirteillä. Ensinnäkin terveydenhuolto on isolta osin julkisen sektorin rahoittamaa ja ohjaamaa, ja lisäksi poliittiset päätökset valtion ja kuntien tasolla ohjaavat julkisen terveydenhuollon johtamista merkittävästi. Toisena erityispiirteenä on huomioitava, että ihmisten terveystarpeiden kysynnän ja odotusten luonne erottaa terveydenhuollon organisaatiot muista organisaatioista terveystarpeen ”hyödykkeenä” ollessa rajaton. Etiikka ja terveydenhoidon päämäärä toiminnan lähtökohtana muodostavat kolmannen erityispiirteen. Kinnusen ja Vuoren mukaan nämä kaikki seikat johtavat siihen, että terveydenhuollosta rakentuu muista aloista poikkeava toimintaympäristö, jonka johtamisessa nämä ominaispiiret on huomioitava. (Kinnunen ja Vuori 2005, 198–199.) Myös Virtasen (2010, 230) mukaan terveydenhuollon tavoite on eettinen, ja eettisiä arvoja voidaan pitää terveydenhuollon perusarvoina.

Isosaaren (2008, 11) mukaan terveydenhuoltoalan erityispiirteisiin kuuluu terveyteen ja sairauteen liittyvä epävarmuus; yksittäisen ihmisen sairastumista on hankala ennakoida, vaikka joitakin sairauksia voitaisiinkin jossain määrin ennustaa. Vuoren (2005, 51) mukaan terveydenhuollon johtajuuden taidon tärkeässä korostuu se tosiasia, että mitkään lait eivät poista terveydenhuoltoon liittyvää epävarmuutta. Professori Jouko Lönnqvistin mukaan terveydenhuoltoorganisaation toiminnan pohjautuessa keskeisesti inhimillisten voimavarojen hyödyntämiseen on organisaatioiden järjestelmien ja johtamisen psykologian ymmärtäminen erityisen tärkeää (Lönnqvist 1991; ks. myös Aira, Mäntyselkä, Myllykangas ja Kumpusalo 2006, 1883). Virtasen (2010, 221) väitöskirjatutkimuksen mukaan terveydenhuollon perinteisen ja yhteisen arvopohjan merkitys korostuu sairaaloiden johtamisessa ja toiminnassa. Vuori (2005, 5) nimittää terveydenhuollon organisaatioita ”kuoleman ja elämän” organisaatioiksi, jotka luovat johtajille ja työntekijöille muuttuvia haasteita, joissa johtajat joutuvat johtajaroolin sijaan omaksumaan alansa asiantuntijaroolin.

Virtasen, Kokkisen, Konun, Simosen, Virtasen ja Lehdon (2007, 9–10) mukaan keskeinen sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvä asia on johtamisen muutos, joka on näkynyt monessa asiassa:

- 1) Sosiaali- ja terveydenhuollon perinteiseen poliittis-byrokraattis-professionaaliseen malliin on tullut mukaan managerismi, joka korostaa johtamisen suuntausta.
- 2) Erikoissairaanhoidossa aiempi vahva ammatillinen senioriteetti on vaihtumassa kohti ammatillisen senioriteetin ja managerismin yhdistelmää. Perusterveydenhuol-

lon johtajille johtaminen on myös managerismin suuntaan kehittyvä, mutta kuitenkin edelleen myös kliinisestä työstä erottuva sekä hallintoon ja poliittiseen päätöksenteon valmisteluun painottuva.

3) Keskijohdossa tapahtuu merkittävää sukupolvenvaihdosta, missä on huomioitava väistyvän johtajapolven hiljaisen tiedon arvo ja sen siirtyminen seuraaville johtajille sekä uuden johtajapolven tukeminen.

4) Verkostojohtamisen oppiminen vaatii johtajilta uudentyyppistä johtamisorientaatiota.

5) Kehittämistyön systemaattisuutta ja tuloksellisuutta on parannettava.

6) Johtajille pitäisi mahdollistaa riittävä tuki ja mahdollisuus kehittää omaa johtajuuttaan voidakseen olla hyviä henkilöstöjohtajia.

Kirurgian erikoislääkäri Heikki Wiikin (2016, 2203) mukaan terveydenhuollon johtamisessa ei ole enää aikoihin voinut erottaa arjen johtamista ja muutosjohtamista toisistaan. Samaan viittaa myös Heikka sosiaali- ja terveystoimen johtajan työn sisältöä ja työhön liittyviä kompetensseja käsitelleessä väitöskirjassaan toteamalla, että perustehtävän johtaminen on pääasiassa muutoksen johtamista. Muutoksessa myös valtarakenteet uusiutuvat. Mikäli epävarmuus omasta asemasta jatkuu liian kauan, voi keskijohdon ja lähiesimiesten sitoutuminen vaarantua. (Heikka 2008, 136.)

Lääketieteen tehtävästä ja rajoista terveydenhuollossa on alati keskusteltu julkisesti. Keskusteluun osallistuvat niin poliittiset päätöksentekijät, talouden asiantuntijat kuin myös potilaiden edustajat. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 25.) Pro gradu -työssään Pulkka (2013, 111) kysyy retorisesti, onko poliitikoilla riittävästi ammattitaitoa ja tietoa terveydenhuoltoon koskevien päätösten tueksi. Tuomiranta, Poutanen, Silvennoinen-Nuora ja Hemminki tutkivat strategiaa ja sen merkitystä eteläpohjalaisen terveydenhuollon lääkäreille ja muille terveydenhuollon työntekijöille. Vastaajia oli 250, joista erikoissairaanhoidon lääkäreitä oli 31 ja Seinäjoen terveyskeskuksen lääkäreitä oli 11. Poliittisiin päättäjiin vastasi luottavansa terveyskeskuslääkäreistä 18 %, mutta erikoissairaanhoidon lääkäreistä ei kukaan. Sen sijaan enemmistö sekä erikoissairaanhoidon (65 %) että perusterveydenhuollon (54 %) lääkäreistä ilmoitti luottavansa omiin esimiehiinsä. (Tuomiranta, Poutanen, Silvennoinen-Nuora ja Hemminki 2007, 4775.) Terveydenhuoltoon kouluttamaton johtaja joutuu tukeutumaan jokapäiväisissä tiedon tarpeissaan alan ammattilaisiin, mitä terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon emeritusprofessori Kekomäki on pohtinut myös mahdollisten lisäongelmien valossa (Kekomäki 2004, 258):

Onko siis lopulta helpompaa ja tehokkaampaa kouluttaa johtaja toimintatiedon ja toimintakäytännön asiantuntijasta kuin palkata manageeraaja markkinoilta ja luoda samalla yksi uusi potentiaalinen ongelma organisaation sisään?

Terveydenhuollon organisaatiossa johtamisen jättäminen ammattijohtajille on ongelmallista (Sumanen, Viitanen, Virjo, Hyppölä, Halila, Kumpusalo, Kujala, Isokoski, Vänskä ja Mattila 2006, 4242). Moniammatillisen työyhteisön on voitava edellyttää johtajaltaan sekä alan asiantuntemusta, että terveydenhuollon arjen pidempiaikaista ja erilaisista ympäristöistä kertynyttä kokemustaustaa. Terveydenhuollossa tehokas johtaminen edellyttää johtamistaitojen lisäksi myös harvinaisen suurta tietomäärää. (Kekomäki 2004, 258.) Pystyäkseen toimimaan oikein, on ymmärrettävä suomalaisen terveystalouden järjestelmän ra-

kenne ja toimintaperiaatteet sekä poliittisen ja hallinnollisen päätöksenteon tasot. Lisäksi on tunnettava terveydenhuollon eri ammattiryhmien koulutusohjelmien sisällöt ja vahvuudet voidakseen työskennellä moniammatillisen työryhmän jäsenenä ja sen johtajana (Kekomäki 2010, 580). Johtamisen ja organisaation professori Tuomo Peltonen on todennut, että suomalainen käsitys johtamisesta korostaa suoruuutta, rehellisyyttä ja tavoitepainotteisuutta (Peltonen 2004, 202; Syväjärvi, Vakkala ja Stenvall 2013, 170).

Kaukorannan pro gradu -tutkimuksen perusteella hyvään terveydenhuollon johtajuuteen vaaditaan edes jonkinlaista ymmärrystä lääketieteellisen toiminnan arkipäivästä; substanssin hallinta on kyseenalaistamaton ehto ainakin hierarkian matalampien tasojen lääkärijohtajien johtajuudelle (Kaukoranta 2012, 84). Myös Pulkan lääkärijohtajuutta käsittelevän pro gradu -tutkimuksen mukaan lääkäreiden kapasiteetti ja ymmärrys terveydenhuolto-organisaatioiden logiikasta kannattaa hyödyntää saavuttamaan organisaation tavoitteet ja parantamaan kuntien terveydenhuoltoa. Tutkimustulostensa perusteella Pulkka näkee toivottavana, että lääkärikoulutuksen aikana korostettaisiin enemmän sitä tosiasiaa, että lääkärit toimivat usein johtajina. Pulkka korostaa, että pitkä kliininen koulutus ja erikoisalanosaaminen eivät riitä, kun samaan aikaan työhön kuuluu henkilöstön johtaminen, motivointi, kannustaminen, ristiriitojen selvittely sekä budjetin hallinta. (Pulkka 2013, 102, 109.)

Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri. Vastaavan lääkärin on johdettava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. (Finlex 2010, 57§.) Suomen Lääkäriliitto (22.8.2014, 4) on antanut suosituksen terveydenhuollon johtamisesta:

Paitsi päätösten suoria lääketieteellisiä vaikutuksia, myös poliittisten päätösten pitkän tähtäimen vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta arvioimaan tarvitaan lääkäreitä. Iso osa terveydenhuollon kustannuksista syntyy lääkärin kliinisistä päätöksistä. Kehittämisessä ja muutosjohtamisessa tulee olla tieto siitä, millainen toiminta on väestön kannalta tarkoituksenmukaista, millaisista päätöksistä kustannukset syntyvät, ja miten niitä päätöksiä on järkevä ohjeistaa. Lääketieteellistä osaamista tarvitaan erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämisessä, hoidon porrastuksessa ja palveluvalikoiman lääketieteellisen laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa.

Suomen Lääkäriliitto (2010, 6) on linjannut lääkärin asemaa terveydenhuollon johtamisessa:

Vain lääkärintyötä tehnyt voi tietää lääkärintyön sisällön, ongelmat ja haasteet. Vain lääkärikoulutuksen saanut voi arvioida alaistensa lääkärin osaamisen, työn laadun, onnistumisen ja jatko- ja täydennyskoulutustarpeet. On siis luonnollista ja johdonmukaista, että kliinistä työtä tekevän lääkärin esimies on lääkärikoulutuksen saanut ja lääkärintyötä tehnyt henkilö.

Suomen Lääkäriliitto (2014, 5) toteaa, että lääkäritaustaiselta ammattijohtajalta harvoin häviää taito nähdä yksittäisten päätösten merkitys potilaalle ja terveydenhuollon käytännön työlle. Suomen Lääkäriliiton hallituksen 8.12.2016 kokouksen päätösten pohjalta Lääkäriliitto suosittaa, että terveydenhuollon johtajan pitää ymmärtää lääketieteellisestä päätöksenteosta, sen taloudellisista vaikutuksista ja hänellä pitää olla työvälineet hoidon laadun ja toiminnan seuran-



taan. Terveydenhuollon laadun kehittäminen ei tapahdu ilman lääkärin ammattitaitoa ja lääkärijohtajuutta. (Suomen Lääkäriliitto 2016e.) Lääkäriliitto suosittelee, että terveydenhuollon korkeimmassakaan johdossa ei saa unohtaa suurten linjausten vaikutusta yksittäisten potilaiden saamaan hoitoon, vaikka näkökulma on väestötasolla, eikä enää yksittäisen potilaan parhaassa. (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 5, 9.)

Xirasagarin (2009, 334) mukaan ymmärrys siitä, miten monet lait, velvoitteet ja muut ohjeet säätelevät lääkärin toimintaa, auttaa ymmärtämään, miksi korkealaatuista terveydenhuoltoa ei voi tuottaa pelkästään taloudellisilla ohjeistuksilla ja miksi tarvitaan lääkärijohtajia (*physician leaders*) terveydenhuollon toivotun tason saavuttamiseksi.

Amerikkalaisen Guthrien selvityksen mukaan monet terveydenhuollon organisaatioiden asiat vaativat lääkäreiden mukanaoloa, lääkärin ymmärrystä asioista, hyväksymistä, rakentavaa kritiikkiä sekä suunnittelua, mikä voidaan toteuttaa lääkärijohtajan (*physician executive*) avulla. Lääkärijohtajat (*physician leaders*) voivat toimia informaation välittäjänä lääkäreiden ja organisaation johdon välillä, parantaa ymmärrystä ja yksimielisyyttä sekä vähentää asioiden väärinymmärrystä. (Guthrie 1999, 3, 5.)

Amerikkalaisen Evanston Northwestern Healthcare -yhtiön toimitusjohtaja ja Mark Neaman on todennut, että he haluavat lääkäreitä kaikille organisaationsa johtamistasoille, koska lääkärijohtajat (*physician leaders*) tuovat mukanaan parhaita käytäntöjä (Casanova 2003, 26). Johtamistutkija Warren Bennisin mukaan kaikki parhaat medisiiniset periaatteet toimivat muussakin johtamisessa (Smith 1992, 137). Terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon emeritusprofessori Kekomäen mukaan kansainvälinen kehitys näyttöä siltä, että parhaisiin tuloksiin ovat päässeet ne toimintayksiköt ja maat, jotka ovat vastuuttaneet lääkärikuntansa johtamaan terveydenhuollon muutosta (Kekomäki 2010, 581).

## 4 LÄÄKÄRI/JOHTAJA

### 4.1 Lääkärinammattin erityispiirteitä

Koska jokainen lääkärijohtaja on peruskoulutukseltaan lääkäri (Virtanen 2010, 36) ja valtaosa esimiesasemassa työskentelevistä lääkäreistä tekee sekä potilastyötä että johtamistyötä (Aira, Mäntyselkä, Myllykangas ja Kumpusalo 2006, 1888; Viitanen, Tampusi-Jarvala ja Lehto 2006, 1000; Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto 2007, 20–21; Kaukoranta 2012, 68), on lääkärijohtajan työn ymmärtämiseksi ymmärrettävä myös lääkärin työhön ja lääkäriyteen kiinteästi liittyviä seikkoja. Amerikkalaisen Guthrien (1999, 3) mukaan ymmärtääkseen lääkärijohtamista (*physician leadership*) ja selvittääkseen lääkärijohtamisen haasteita, täytyy ymmärtää myös lääkäreiden ajattelutapaa.

Lääkäri on terveydenhuollon ammattihenkilö (Finlex 1994). Lääkärin oikeudet ja velvollisuudet on Suomen lainsäädännössä määritelty selkeämmin kuin muissa Pohjoismaissa (Brommels 2010, 470). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittää terveydenhuollon ammattihenkilöksi henkilön, joka tämän lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö); sekä henkilön, jolla tämän lain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. (Finlex 1994, 2§.) Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto myöntää hakemuksesta henkilölle, joka on suorittanut yliopistolaisissa (558/2009) tarkoitettussa yliopistossa lääketieteen lisensiaatin tai hammaslääketieteen lisensiaatin tutkinnon, oikeuden harjoittaa lääkärin tai hammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Lääkäri on täten henkilö, joka on tämän lain nojalla saanut oikeuden käyttää lääkärin nimikettä ja harjoittaa lääkärin ammattia. (Finlex 2014.) Lain mukaan lääkäreillä on vain lääkäreille kuuluvia oikeuksia: oikeus tehdä diagnoosi, määrittää potilaan hoito, ottaa potilas sairaalaan ja kotiuttaa potilas sairaalasta. Lääkärit ovat täten

vastuussa työstään paitsi potilailleen myös yhteiskunnalle. (Suomen Lääkäriliitto 2013a.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden viranomaisvalvonta kuuluu aluehallintovirastolle (AVI) ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastolle (Valvira), jotka valvovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa (AVI 2017; Valvira 2017). Lääkärin toiminnan lainmukaisuutta sääteleviä lakeja on lukuisia (liite 1), mutta keskeisiä säädöksiä ovat laki (559/1994) ja asetus (564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja asetus (298/2009) potilasasiakirjoista (Finlex 1992; Finlex 1994; Finlex 2009). Lisäksi Suomen Lääkäriliiton jäsenet sitoutuvat noudattamaan yhteisesti hyväksytyjä ohjeita kuten Suomen Lääkäriliiton eettiset ohjeet, ohje lääkärintodistusten kirjoittamisesta sekä kollegiaalisuus- ja markkinointiohjeet. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 205, 214.) Terveydenhuollossa eettinen velvollisuus ylittää kuitenkin usein sen minimin, mitä laki edellyttää (Lindqvist 2001, 5).

Terveydenhuoltoyksiköillä on lisäksi omia yksiköiden toimintaa ohjaavia säädöksiä. Tämän pro gradu -tutkimuksen kohteena olevien lääkärijohtajien toimintaa ohjaa edellä mainittujen lakien, asetusten sekä ohjeistuksien lisäksi muun muassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallintosääntö soveltamisohjeineen. Sairaanhoitopiirin hallintoluvun mukaan johtajaylilääkäri johtaa sairaanhoidotoimintaa sekä raportoi sairaanhoidotoiminnan osalta hallitukselle ja muilta osin sairaanhoitopiirin johtajalle. Muu kuin vastuualueen johtajana toimiva ylilääkäri johtaa ja valvoo erikoisalansa sairaanhoitoa sekä raportoi toiminnasta vastuualueen johtajalle. Ylilääkärin velvollisuus on toimeenpanna sisäistä valvontaa ja riskienhallintaa johtamassaan toiminnassa sekä vastata riskien raportoinnista. Ja edelleen hallintosääntönsä hallintoluvun mukaan sairaanhoitopiirin johtaja, johtajaylilääkäri, hallintoylihoitaja, toimialueen johtaja, vastuualueen johtaja ja vastuuyksikön johtaja tekevät kukin johtamaansa toimintaa koskevat, hallituksen ohjeissaan tarkemmin yksilöimät päätökset. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallintosääntö soveltamisohjeineen 1999, päivitetty 8.6.2016, 4–8.)

Kaikkien lääkäreiden työn perustana on hyvä ammattietiikka. Tämän vuoksi lääkäriksi valmistuessaan lääkäri opiskelee myös etiikkaa, mikä valmistaa lääkäriä tunnistamaan eettisesti haastavat tilanteet ja toimimaan mahdollisimman rationaalisesti ja ammattimaisesti. Lääkäreiden eettiset periaatteet edustavat kaikkia etiikan kolmea perussuuntausta: hyve-etiikkaa, hyötyetiikkaa ja velvollisuusetiikkaa. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 27, 212.)

Yritys- ja johtamisetiikkaa laajasti tutkinut professori Tuomo Takala toteaa väitöskirjassaan hyve-etiikan olevan suotuisa lähtökohta johtamisen ja johtajuuden etiikalle (Takala 2012, 58). Hyve-etiikka kuvaa ominaisuudet, jotka moraalisella toimijalla tulee olla pystyäkseen tekemään vaikeissakin tilanteissa oikeita ja hyviä ratkaisuja. Hyötyetiikan mukaan toiminnan moraalinen arvo perustuu yksinomaan siihen, kuinka paljon hyviä seurauksia sillä on suhteessa haittoihin. ”Hyödyllä” tarkoitetaan teorian versiosta riippuen hyvin erilaisia asioita kuten esimerkiksi hyvinvointia sekä kivun ja tuskan puuttumista. Velvollisuusetiikan mukaan toiminnan moraalinen hyvyys ei perustu toiminnan seurauksiin vaan siihen, toimitaanko moraalisuuden vaatimuksen vuoksi. Moraali-

nen vaatimus esiintyy tavallisesti jonkin periaatteen tai säännön muodossa, jota ei saa rikkoa oman edun tavoittelun vuoksi eikä edes sillä perusteella, että siitä olisi yleisesti hyödyllisiä seurauksia. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 27, 212.)

Lääkäriksi valmistuessaan lääkäri vannoo Lääkärinvalan, joka perustuu Hippokrateen valaan sekä vuonna 1949 hyväksytyyn Geneven julistukseen. Lääkärivalassa sitoudutaan noudattamaan lääkärin eettisiä sääntöjä. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 199; Suomen Lääkäriliitto 2013c.):

Vakuutan kunniani ja omantuntoni kautta pyrkiväni lääkärintoimessani palvelemaan lähimmäisiäni ihmisyyttä ja elämää 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 apuani, 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 uhkausestakaan käytä lääkärintaitoani ammattietiikkani vastaisesti.

Lääkäreitä sitoo myös lääkäreiden keskinäinen kollegiaalisuus (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 199):

Kollegiaalisuutta on arvostettu antiikin ajoista saakka, ja alkuperäisessä Hippokrateen valassa ammattitoverit rinnastetaan perheenjäseniin. Tämän valan mukaan lääkärin tulee pitää opettajiaan vanhempiensa arvoisena ja hänen poikiaan veljinään, joille lääkäri sitoutuu opettamaan lääkärin taidon. Lääkäri lupautuu alkuperäisen Hippokrateen valan mukaan antamaan kaikkea tarvittavaa opetusta niille, jotka ovat sitoutuneet kirjallisesti ja valallisesti lääkärilakiin.

Lääkäri 2013 -kyselytutkimuksen perusteella lääkäreiden kokemaa kollegiaalisuutta on Suomessa edelleen hyvällä tasolla ja tulevaisuudessa kollegiaalisuuden kehittymistä suuntaavia tekijöitä ovat moniammatillisen työskentelyn lisääntyminen sekä lääketieteen kehittyminen ja monimutkaistuminen. Kyselytutkimuksen perusjoukon muodostivat alle 70-vuotiaat Suomessa asuvat ja laillistetut lääkärit (n = 21 501), joista kyselyyn satunnaistettiin joka toinen syntymäpäivämäärän perusteella (n = 10 600). Vastausosuus oli 51 %. (Saloranta, Kosunen, Sumanen, Virjo, Heikkilä, Hyppölä, Halila, Kujala, Vänskä ja Mattila 2016, 2575.)

Eri järjestelmissä toimivien lääkäreiden eettiset velvoitteet ovat samat (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 211), ja näin ollen lääkärille koulutuksen ja profession myötä tulevat velvoitteet eivät poistu lääkärin siirtyessä lääkärijohtajaksi. Terveystieteiden ongelmien esiintyvyys ei myöskään välttämättä vähene lääkärinkokemuksen ja uran etenemisen myötä. Jos toiminnalla ei ole vahvaa eettistä pohjaa, kasvaa lääkärin vaara uupua tai kyynistyä työssään (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 13).

Sipilä pitää lääkäreitä kiinteimpänä ammattikuntana Suomessa (Sipilä 1991, 59). Professio tarkoittaa ammattia, jonka harjoittajia yhdistää vaativa teollinen koulutus ja ammatinharjoittamiseen liittyvä vankka moraaliarvopohja; lääkärin ammatissa lääkärin etiikka. Lääkäriprofessio on enemmän kuin am-

mattikunta. (Suomen Lääkäriliitto 2013a.) Lääkäreistä 94,6 % kuuluu Lääkäriliittoon (Suomen Lääkäriliitto 2017b). Kun lääkäri sitoutuu yhteiskunnan arvostamaan etiikkaan, professiolla on oikeus odottaa tulevansa kuulluksi terveydenhuollon päätöksenteossa. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 16.)

## 4.2 Lääkärijohtaja - sekä että vai joko tai

Amerikkalainen johtamistutkija professori Warren Bennis on todennut, että ajatuksena lääkärijohtaja (*physician-manager*) on oksimoroni, jolla tarkoitetaan kahden vastakkaisen tai toisensa kieltävän käsitteen yhdistämistä. Bennis toteaa ajatusristiriidan tulevan siitä, että lääkärit haluavat olla itsenäisiä ja riippumattomia, mikä on juuri syy, miksi lääkärit ovat kouluttautuneet lääkäreiksi. Lääkärit ovat koulutettuja etsimään oikeita vastauksia ja tekemään päätöksiä empiiriseen näyttöön perustuen. Bennisin mukaan lääkärit ovat itsekeskeisiä ja tottuneet tekemään työtä mieluummin itsenäisesti kuin tiimityönä. Lääkäreillä on myös vaikeuksia johtamisen kanssa, eivätkä he osaa voimaannuttaa muita ihmisiä. Toisaalta Bennisin mukaan lääkärit oppivat lääketieteen kautta havainnoimaan tilanteita, välttämään vääriä yleistyksiä ja puuttumaan tilanteisiin aiheuttamatta vahinkoa. Lisäksi Bennisin mukaan parhaiden lääketieteen toimintaperiaatteiden pitäisi toimia myös johtamisessa. Bennis ei pidä lääkärijohtaja-asetelmaa täysin mahdottomana, koska on todennut, että osa hänen tapoistaan parhaista johtajista on koulutukseltaan lääkäreitä. (Smith 1992, 137-138; Tuomiranta 2005, 113.)

Vaikka jo antiikin Kreikassa kreikkalaisten hallitsijoiden henkilölääkärillä oli toisinaan arvonimenä arkheiatros eli arkkiatri, jonka merkitys oli yllilääkäri tai hallitsijan henkilöläkäri (Forsius 1998, 4143), ei lääkärijohtajalle ole lakiin pohjautuen samanlaista yhtä ja ainoaa yhdenpitävää määritelmää kuten on lääkäriille. Lääkärijohtaja-termiä käytetään kuitenkin kirjallisuudessa laajasti. Tuomirannan (2002, 62) mukaan lääkärijohtajalle ei ole olemassa myöskään muuta virallista tai muutoinkaan yleisesti hyväksyttyä määritelmää, ja kansainvälisesti tilanne näyttää samalta. Schneller, Greenwald, Richardson ja Ott (1997) tutkivat lääkärijohtajien (*physician executive*) roolia amerikkalaisessa lääketieteessä ja heidän mukaan lääkärijohtaja-termi ei ole yksiselitteisesti määritelty. He ehdottavat kirjallisuuskatsauksensa perusteella, että lääkärijohtaja (*physician executive*) termiä käytettäisiin henkilöistä, jotka ovat: 1) virallisissa johtotehtävissä, 2) antavat neuvoja kliinisissä tai ei-kliinisissä strategisissa toiminnoissa, tai 3) neuvottelevat tai tekevät sopimuksia (Schneller et al. 1997, 90-96). Tässä pro gradu -työssä lääkärijohtajalla tarkoitetaan esimiesasemassa toimivaa lääkäriä ja lääkärijohtamisella tarkoitetaan esimiesasemassa toimivan lääkärin lääkärin johtamistyötä.

Patologian ja valtion lääketieteen professorina vuosina 1858-1885 toimineen ja arkkiatriksi vuonna 1885 nimitetyn Otto E.A. Hjeltin mukaan Suomen ensimmäisinä hallintolääkäreinä voidaan pitää piirilääkäreitä, joiden tehtävät ensimmäisen kerran määriteltiin vuonna 1739 (Hermanson 1989, 24; Hjelt 1892, 11-12; Suomen Lääkäriliitto 2014b). Vuoteen 1832 asti piirilääkäreiden pääteht-

tävänä oli potilaiden hoito (Hermanson 1989, 24). Vuonna 1832 piirilääkärijohtosäännöksellä piirilääkäreiden tehtävät muuttuivat siten, että päätehtävänä oli yleinen terveydenhoito (Hermanson 1989, 24; Soininen 1943) ja potilaiden sairaudenhoito kuului heille vain, mikäli se ei ollut esteenä muiden virkatehtävien suorittamiselle (Hermanson 1989, 24; Koskimies 1943). Hermanson (1989, 27) määrittelee väitöskirjassaan hallintolääkärillä tarkoitettavan niitä lääkäreitä, jotka käyttävät työajastaan puolet tai enemmän hallinnollisiin tehtäviin ja/tai toimivat koko organisaatiossa, eivätkä pelkästään yhden osastoryhmän tai klinikan johdossa. 1970-luvulle asti sairaalan johtavana lääkärinä toimiminen ei Hermansonin mukaan merkinnyt valintaa kliinisen eli potilastyöuran ja hallintotyön välillä, koska johtava lääkäri teki erikoisalansa ylilääkärinä aina myös potilastyötä. Johtavan lääkärin toimi oli tuolloin myös määräaikainen eli toimikauden jälkeen oli mahdollisuus palata takaisin pelkkään potilastyöhön. (Hermanson 1989, 27.) Suomessa kokopäivätoimista johtavia lääkäreitä ehdotettiin ensimmäisen kerran vuonna 1961, koska ylilääkärin kliinisten tehtävien suorittaminen johtamistyön rinnalla oli muuttunut liian raskaaksi (Hermanson 1989, 51; Klossner 1961). Käytännössä päätoimisuuteen alettiin siirtyä vasta 1970-luvun lopussa (Hermanson 1989, 63).

Lääkärijohtaja-termiä käytetään kirjallisuudessa kuin se olisi lähes yhtenäinen käsite, jota se ei todennäköisesti kaikilta osin kuitenkaan ole (Virtanen 2010, 32; Xirasagar 2009, 335–338). Xirasagarin mukaan lääkärijohtajalla (*physician executive*) voidaan tarkoittaa kahta eri asiaa. Lääkärijohtajalla voidaan tarkoittaa lääkäreitä, jotka toimii kliinisenä johtajana terveydenhuollon toiminnan muutoksissa tai johtajaa, joka johtaa organisaatiota ja sattuu samalla olemaan koulutukseltaan lääkäri. (Xirasagar 2009, 335.) Xirasagar toteaa, että suurin osa lääkärijohtamiskirjallisuudesta ja useimmat terveydenhuollon organisaatiot eivät määrittele kumpaa lääkärijohtajaa tarkoittavat (Xirasagar 2009, 337–338). Virtanen pitää perusteltuna oletuksena, että Suomessa lääkärijohtajan toimialue sairaalassa poikkeaa riippuen siitä, kuinka monesta osastosta hän vastaa tai kuuluko hän ylimpään johtoon (Virtanen 2010, 32). Virtanen tutki väitöskirjatyössään julkisissa erikoissairaaloissa työskennelleen keski- ja ylimpään johtoon kuuluneiden lääkäreiden ja hoitajien toimintakenttää sekä sitä, miten koulutustausta ja hierarkkinen asema siihen vaikuttivat. Tämän tutkimusaineiston mukaan johtajan toimintakenttä sairaalassa muodostuu sekä aineellisesta eli fyysisestä ulottuvuudesta ja ihmisten välisestä eli yhteisöllisestä ulottuvuudesta että myös teknologisesta, kulttuurisesta, rakenteellisesta ulottuvuudesta ja arvoulottuvuudesta. (Virtanen 2010, 67–68.) Potilaan parasta korostava arvopohja on johtajan toiminnan perusta, mihin johtaja pyrkii edistämällä oikeudenmukaisuutta, tasapuolisuutta, lojaalisuutta, luottamuksellisuutta ja avoimuutta (Virtanen 2010, 188, 215).

Suomalaisessa terveydenhuollossa lääkärijohtajina voidaan pitää esimiesasemassa olevia lääkäreitä kuten johtajaylilääkäreitä, ylilääkäreitä, apulaisyllilääkäreitä, hallintoyllilääkäreitä, osastonyllilääkäreitä, piiriylilääkäreitä ja johtajalääkäreitä. Usein myös sairaalan johtajat, vastuualueen johtajat sekä toimialueen johtajat ovat lääkäreitä. Myös vastaava lääkäri voidaan rinnastaa lääkärijohtajaksi ja toisinaan myös tulosyksikön johtajat ovat lääkäreitä. Joskus lääkärijoht-

tajalla voidaan ymmärtää samaa asiaa kuin johtajalääkärillä, mutta suomalaisessa terveydenhuollossa ne useimmiten tarkoittavat eri positiota.

Suomen Lääkäriliiton linjauksen mukaan terveydenhuollossa käytettävät tehtävä- ja virkanimikkeet tulevat olla tehtävää sekä ammatillisia koulutusvaatimuksia selkeästi kuvaavia. Täten johtamisessa lääkäreillä perinteiset ylilääkärinimikkeet ovat suositeltavia. (Suomen Lääkäriliitto 2010, 3.) Suomen Lääkäriliitto (1998, 7) on määritellyt lääkärijohtajan lääkäriksi, joka toimii terveydenhuollon hallinnon keskeisenä vastuullisena viranomaisena. Kansainvälisesti asiassa on ollut eroja; esimerkiksi Ruotsissa erikoislääkärit ovat toimineet sairaaloissa lähes yksinomaan ylilääkärin nimikkeellä (Henriksson 1998, 4125).

Tammisen mukaan suomalaisissa yliopistosairaaloissa on ollut käytäntö, jossa ylilääkärien ja osastonylilääkärien virkoihin on pätevyysvaatimuksena dosenttuuri, joka perustuu tieteellisessä julkaisutoiminnassa meritoitumiseen. Dosenttuurin pätevyysvaatimukset ovat kaikissa suomalaisissa lääketieteellisissä tiedekunnissa lähes samanlaiset. (Tamminen 2014, 726.) Tämä Tammisen vuonna 2014 kuvaama pätevyysvaatimuskäytäntö on edelleen käytössä: 7.10.2016 julkaistun Helsingin yliopistollisen sairaalan johtavan ylilääkärin haakuilmoituksen mukaan viran kelpoisuusehtona on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa 559/94 säädetty laillistus tai lupa toimia lääkärin tehtävissä sekä erikoislääkärin pätevyys virkaan soveltuvalla erikoisalalla ja riittävä kokemus alansa hallinto- ja johtotehtävissä. Lisäksi vaaditaan lääketieteellisen tiedekunnan toteama dosentin pätevyys virkaan soveltuvalla erikoisalalla. Kielitaitovaatimuksena on kotimaisen kielen hyvä kirjallinen ja suullinen taito sekä ruotsin kielen tyydyttävä suullinen ja kirjallinen taito. (HYKS 2016.)

Suomen Lääkäriliiton vuosittain julkaiseman tilaston mukaan Suomen sairaaloissa työskenteli vuonna 2016 noin 8050 lääkäriä, joista 32 % toimi tehtävänimikkeellä johtajaylilääkäri, ylilääkäri tai apulaisyylilääkäri (*medical director, chief physician, deputy chief physician*). Heistä 99 % oli erikoislääkäreitä ja 46 % oli naisia. Terveyskeskuksissa työskenteli 3950 lääkäriä, joista 14 % toimi tehtävänimikkeellä ylilääkäri tai johtava lääkäri (*chief physician, director of health services*) ja 6 % toimi tehtävänimikkeellä apulaisyylilääkäri (*deputy chief physician*). Ylilääkäreistä ja johtavista lääkäreistä 82 % oli erikoislääkäreitä ja 58 % oli naisia. Apulaisyylilääkäreistä 84 % oli erikoislääkäreitä ja 59 % oli naisia. Yksityis-sektorilla työskenteli 5500 lääkäriä, joista 12 % toimi tehtävänimikkeellä johtava lääkäri, johtaja, ylilääkäri tai apulaisyylilääkäri (*medical director, director, chief physician, deputy chief physician*). Heistä 79 % oli erikoislääkäreitä ja 39 % oli naisia. (Suomen Lääkäriliitto 2016c, 28–30.)

Lääkärijohtajalla voi olla asemastaan riippuen satoja alaisia tai ei yhtään suoraa alaista. Terveydenhuollossa lääkärien viran tai toimen nimestä ei välttämättä voi tulkita, mille hierarkkiselle tasolle lääkäri työnkuvansa puolesta kuuluu. (Virtanen 2010, 34; Lehto, Viitanen ja Autio 2003, 5212). Isosaaren mukaan johtavan lääkärin virkanimike ei kerro tarkasti asemasta organisaatiossa, vaan perustuu enemmän palkkaustekniikkaan kuin asemaan (Isosaari 2008, 45). Sen sijaan koulutustaustan perusteella lääkärijohtajan määrittäminen on yksinkertaista, koska he kaikki ovat peruskoulutukseltaan lääkäreitä (Virtanen 2010, 36).

Suomen Lääkäriliiton hallituksen puheenjohtaja, yleislääketieteen erikoislääkäri Parkkila-Harju on todennut kaikkien lääkärin osallistuvan terveydenhuollon johtamiseen järjestelmän eri tasoilla. Esimerkiksi kliinisen työn johtamista on potilaan hoitotavoitteiden edistäminen, hoitojärjestelmän palvelutehtävän toteuttaminen ja sisällön jatkuva kehittäminen. Näin ollen terveydenhuollossa ei voida ajatella johtamisen kuuluvan vain perinteisesti johtajaksi mielletyille johtajille. (Parkkila-Harju 2014, 2305.) Saman totesi Hermanson jo 1980-luvulla väitöskirjatyössään todeten, että johtamisajattelu on pystyttävä opettamaan koko lääkärikunnalle, koska kaikkien lääkäreiden tulisi toimia työryhmänsä johtajina (Hermanson 1989, 161). Rivilääkärikin on siis työssään myös johtajan roolissa, vaikka virkanimike on lääkäri. Kaukorannan pro gradu -tutkimuksessa tuli esille, että lääkärijohtajien puheessa lääkäreitä pidetään johtajina ammattivastuunsa puolesta hierarkia-asetuksesta riippumatta (Kaukoranta 2012, 67). Kaukorannan mukaan lääkärirooliin liittyvä johtajuusodotus säilyy ja lääkärin odotetaan ottavan johtajan asema ja ymmärtävän, että kieltäytyminen johtovastuusta ei ole hyväksyttävää (Kaukoranta 2012, 67). Pulkan (2013, 8) mukaan lääkärijohtajan roolin voi liittää myös ammatti-identiteettiin, ja Brommelsin (2010, 470) mukaan vastuu tekee lääkäristä johtajan. Amerikkalaisen professori Greenblattin mukaan johto kuuluu lääkäreille, koska heillä on (Greenblatt 1983; Hermanson 1989, 11):

yleisön ainutlaatuinen kunnioitus pitkän muodollisen koulutuksen, elämän ja kuoleman kysymyksiä koskevan vastuun ja potilaan hyvinvoinnille omistautumisen vuoksi ja kyky perustaa päätöksensä tieteen ja kokemuksen kautta tapahtuneelle valtavalle kehitykselle.

Amerikkalaisen Guthrien selvityksen mukaan lääkäri ei lääkärijohtajana voi unohtaa lääkäriarvoja, mutta joutuu jättämään joitakin aiempia käytösmaalleja taakseen. Tullakseen vastuulliseksi johtajaksi lääkärin on voitava haastaa ja muokata asiantuntijan ajattelutapaa ja käyttäytymistä. Erityisesti lääkärijohtajien on vältettävä virheellistä uskoa, että ihmiset seuraavat johtajaa vain siksi, että ihmiset olettaisivat johtajien olevan oikeassa. Hyvät johtajat osallistavat muita, luovat mahdollisuuksia tehokkaaseen osallistumiseen, osaavat hyödyntää muiden erityisosaamisia ja delegoida. Näitä taitoja voi oppia ja harjoitella. (Guthrie 1999, 14.) Xirasagarin mukaan lääkärin siirtyessä lääkärijohtajaksi hänen on oltava psykologisesti valmis siirtymään kliinikon vaivalla ansaitusta autonomiasta epämuokkaan johtajan muista riippuvaiseen rooliin, koska suoritusta ja menestymistä ei enää mitata lääkärijohtajan henkilökohtaisen kliinisen asiantuntemuksen kautta vaan muiden johdettavina olevien lääkäreiden suoritusten kautta. Lääkärillä on lääkärin identiteetti ja lääkärin ylpeys on potilaiden hoidon onnistuminen. Lääkärin siirtyessä lääkärijohtajaksi hänen pitää omaksua johtajan identiteetti ja keskittyttävä johtamansa organisaation tai yksikön kokonaistoimintaan. (Xirasagar 2009, 336.)

Eri järjestelmissä toimivien lääkäreiden eettiset velvoitteet ovat samat (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 211). Lääkäriys ei häviä mihinkään nimekkeen muuttuessa; lääkärijohtaja on peruskoulutukseltaan ja eettiseltä arvomaailmaltaan lääkäri. Tuomirannan (2005, 115) mukaan tärkein lääkärijohtajan työtä ohjaava tekijä tulee olla potilaiden luottamuksen säilyttäminen. Pulkka määrittää



pro gradu -työssään lääkärijohtajuuden ylilääkäreiden toiminnaksi asiantuntijaorganisaatiossa. Hyvällä johtajalääkärillä on riittävästi oikeanlaista auktoriteettia ja lääkärijohtajuus perustuu koulutukseen, ammattitaitoon sekä johtamistaitoihin. Lääkärijohtajuus nähdään tärkeäksi nykyaikamme tehokkuusyhdistyksessä, jossa työn tuottavuudella ja tuloksellisuudella on yhdenmukaisesti iso merkitys. Pulkan tutkimuksessa lääkärijohtajaksi oppimisessa korostuivat koulutuksen ja kollegiaalisuuden merkitys. (Pulka 2013, 77, 102.)

Kaukoranta toteaa pro gradu-tutkimuksessa, että johtajana toimiminen vaatii lääkäriltä erikseen haluamista, koulutusta, uuden roolin pohdintaa sekä kykyä nähdä, että lääkärijohtaja voi toteuttaa myös lääkäriyttään ollessaan johtajana. Kaukorannan tutkimus osoitti lääketieteellisen osaamisen olevan lääkärijohtajan ensisijainen taito, minkä myötä johtamisvalmiuksien ajateltiin kehittyvän. Toisaalta lääkärijohtajilla oli myös näkemys erillisen johtamisosaamisen tarpeellisuudesta ja johtamiskoulutuksen merkityksestä. Kaukorannan mukaan lääkärin valinta johtamisen ja kliinisen työn välillä ei ole ongelmatonta; lääkärin siirtyminen pois potilastyöstä tai johtajatyöhön on lääkärille riski menettää ammattiotteensa ja uskottavuutensa kollegojen silmissä. Lääkärijohtajan kaksoisroolilla on mahdollisuus onnistua, jos ensin on vakuuttanut muun lääkärikunnan, sillä perinteisesti johtamisasemaa on lääkärikunnan piirissä tarjottu kliinisesti taitavalle lääkärille. (Kaukoranta 2012, 68–69.)

Quinn ja Perelli (2016, 718–719) totesivat amerikkalaisessa tutkimuksessa lääkäreiden kokevan itsensä ensisijaisesti lääkäreiksi työnkuvasta riippumatta. Lääkärit kokivat myös lääkärin roolin vahvasti sisäistetyksi identiteetissään. Tutkimukseen haastateltiin yhteensä 25 lääkärinä, joista osa oli pelkästään potilastyötä tekeviä lääkäreitä ja osa oli joko koko- tai osa-aikaisia hallinnollista johtamistyötä tekeviä lääkäreitä (*physician leaders*). Kokoaikaiset lääkärijohtajat sisäistivät osa-aikaisia lääkärijohtajia paremmin johtamisen ja ymmärsivät paremmin roolinsa sairaalaorganisaatiossa sekä muodostivat siltoja sairaalahierarkian kahdella tasolla vaihtamalla identiteettiä eri tilanteissa ja konteksteissa. Lisäksi todettiin sairaalaorganisaation yhdistävien lääkäreitä lääkäreinä riippumatta organisaatiossa olevasta roolistaan tai statuksesta. (Quinn ja Perelli 2016, 714–719.)

Johtaviksi lääkäreiksi ovat useimmiten kohonneet oman alansa tieteellisesti meritoituneimmat potilastyötä tekevät lääkärit eli klinikot (Sumanen, Viitanen, Virjo, Hyppölä, Halila, Kumpusalo, Kujala, Isokoski, Vänskä ja Mattila 2006, 4241; Virtanen 2010, 235). Viitanen, Kokkisen, Konun, Simosen, Virtasen ja Lehdon tutkimuksen (2007, 30–31) mukaan kliininen johtajuus on perusta, jolle lääkärit rakentavat johtamisensa. Myös Hermanson (1989, 159) totesi väitöskirjassaan, että hallinnollinen työ on lääkärille enemmän työkokemuksen kautta vähittäin kehittyvä taito kuin teorian ja opiskelun kautta opeteltava ammatti. Kirurgian erikoislääkäri Wiikin mukaan esimiehen substanssiosaamisen hyviä puolia on, että hän tietää, mitä työpaikalla oikeasti tehdään. Lisäetuna on "katuuskottavuuden" saavuttaminen, mikä terveydenhuolto-organisaatioissa edellyttää sitä, että esimies hallitsee tai on ainakin joskus hallinnut hyvin jonkin asiantuntijatehtävän alalla. (Wiik 2016, 2205.)

Ammatillisen urakehityksen myötä lääkärit ovat perinteisesti siirtyneet johtavaan asemaan usein ilman johtamiskoulutusta (Aira, Mäntyselkä, Mylly-

kangas ja Kumpusalo 2006, 1887; Lehto, Viitanen ja Autio 2003, 5209). Kirurgian dosentti, professori Reijo Haapiaisen mukaan lääkärin koulutus ja ihmistunte-  
mus antavat hyvät perusvalmiudet myös johtamiseen ja osa kirurgeista katsoo  
olevansa synnynnäisiä johtajia. Profession omassa ympäristössä varttuneille ja  
sen eri portaat nousseille lääkärijohtajille tarjoutuu merkittävä etulyöntiasema.  
(Haapiainen 2016, 2209.) Lehdon, Viitasen ja Aution (2003, 5209–5213) selvityk-  
sen mukaan lääkärijohtajiksi päätymistä lisäsivät johtamiseen liittyvä täyden-  
nyskoulutus, nopea erikoistuminen sekä miessukupuoli. Suomen Lääkäriliiton  
näkömyksen mukaan lääkärin peruskoulutus antaa hyvän pohjan ymmärtää  
terveydenhuollon palvelutoiminnan logiikkaa, tehdä valintoja vaihtoehtojen  
välillä ja saavuttaa asiantuntija-alaisten luottamus, mutta se ei suoraan valmen-  
na johtajaksi (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 178).

Kirurgian erikoislääkäri Wiikin mukaan asiantuntijasta lääkäriesimieheksi  
siirtyminen voi johtaa ongelmiin, jos lääkäriesimies ei osaa erottaa asiantuntijan  
ja esimiehen roolia toisistaan. Ongelmia voi syntyä tarpeettomasta puuttumista  
asiantuntijoiden työsuorituksiin tai vetäytymistä asiantuntijatyöhön, silloin kun  
tarvitaan toimista esimiehen roolissa ja paneutumista kokonaisuuksiin. Esimie-  
hen työskentelyyn kentällä kliinisessä potilastyössä suhtaudutaan työyhteisössä  
yleensä myönteisesti, kunhan se ei häiritse tai aja varsinaisen johtamistehtävän  
edelle. (Wiik 2016, 2203–2205.)

Xirasagarin mukaan lääkärin siirtyminen lääkärijohtajaksi on erilainen ti-  
lanne kuin bisnesmaailmassa johtajiksi siirtyminen. Bisnesmaailmassa hierarki-  
assa yleneminen on luontainen hyväksytty kehitys. Lääkärijohtajat sen sijaan  
kohtaavat usein lääkäreiden taholta kritiikkiä professionsa arvoista luopumisesta  
ja kakkosluokan (*second-class*) lääkärinä olemisesta. (Xirasagar 2009, 338.)

Lehdon, Viitasen ja Aution (2003, 5209) mukaan lääkärin ammatti-  
identiteetin ja -kulttuurin perspektiivistä katsoen lääkäri voi myös kokea orga-  
nisaation johdon tehtäviin siirtymisen ammattikunnan ”ulkopuolisen ohjauk-  
sen ja kontrollin puolelle” siirtymisenä. Orientaatoristiriitaa ei voida pitää yl-  
lättävänä, koska lääkärijohtajat tekevät pääasiassa potilastyötä eivätkä johtamis-  
työtä, mikä asetelma vahvasti tukee lääkärijohtajuudessa klinikon työorientaa-  
tiota eikä johtajan työorientaatiota. Välttämättä kyse ei siis olekaan siitä, etteikö  
johtamista ja lääkäriyttä voisi yhteen sovittaa, vaan siitä, että johtajuudelle ei  
anneta tarpeeksi aikaa. (Lehto, Viitanen ja Autio 2003, 5213.) Xirasagarin (2009,  
337) mukaan työn haasteellisuus lisääntyy entisestään lääkärijohtajan työnku-  
van sisältäessä sekä kliinistä työtä että johtamistyötä. Englantilaisen Llewellyn-  
nin (2001, 593) tutkimuksen mukaan lääkärijohtajat (*clinical directors*) pystyvät  
kuitenkin melko helposti yhdistämään lääketieteellisen työn ja johtamistyön.  
Ainoastaan heidän talousosaamisen heikkous tekee heidän työstään haavoittu-  
vaisen.

### 4.3 Moniroolisuus

Lääkärin rooliksi mieltäisi helposti vain diagnostikon ja klinikon roolin, koska  
lääkäri on peruskoulutettu diagnosoimaan ja hoitamaan potilaiden sairauksia.

Lääkäriin tuleekin etiikkaansa perustuen toimia ensisijaisesti potilaan edun mukaisesti ilman taloudellisia tai hallinnollisia pakotteita (International Code of Medical Ethics of the World Medical Association 1949). Toisaalta kunnallisella sektorilla työskentelevän lääkärin on virkamiehenä myös sitouduttava työnantajan ja kuntien terveystoimintaan ja taloudellisiin normeihin sekä lainsäädäntöön (Tuomiranta 2002, 17). Toimintaympäristön muutokset, kuten vuonna 2020 alkavaksi kaavailtu sosiaali- ja terveystalouden (sote) -uudistus, vaativat esimiehiltä lisäksi hyviä ammattijohtamisvalmiuksia (Kujala 2015, 17).

Terveydenhuollossa työtä tekevät yhdessä ja erikseen monen eri terveys- ja sosiaalisektorin asiantuntijat. Näissä moniammatillisissa tiimeissä lääkärit toimivat samanaikaisesti sekä johtajina että tiimin jäseninä. (Viitanen, Tampsi-Jarvala ja Lehto 2006, 997.) Lääkäreiden tulevaisuuden työkuva selvittäneen Suomen Lääkäriliiton Verkkoaiivorihi 2016 -selvityksen mukaan lääkärin nähdään myös tulevaisuudessa työskentelevän osana moniammatillista hoitotiimiä, jossa päätäntävalta kuuluu lääkärille (Parmanne 2016, 2825). Terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon emeritusprofessori Kekomäen (2004, 257) mukaan terveydenhuollon monimutkaisten työyhteisöjen johtajalta odotetaan ja edellytetään asiantuntemuksen lisäksi terveydenhuollon arjen monipuolista omakohtaista kokemusta.

Suurin osa johtavassa asemassa olevista lääkäreistä tekee johtamistyönsä ohella perinteistä potilastyötä ollen samanaikaisesti kaksoisroolissa (Viitanen, Tampsi-Jarvala ja Lehto 2006, 1000; Kaukoranta 2012, 68). Johtavien lääkäreiden asemaa terveyskeskuksessa Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella tutkineen Airan, Mäntyselän, Myllykankaan ja Kumpusalon (2006, 1885) mukaan useat johtavat lääkärit tekivät johtamistyön lisäksi perinteistä kliinistä työtä eli potilasvastaanottotyötä, mutta sen lisäksi toimivat myös lääkärinpuolan aikana puuttuvien rivilääkäreiden sijaisina. Tutkijat totesivat terveyskeskusten johtavien lääkäreiden olevan myös ratkaisevassa roolissa suorittavan tahon ja suorittavasta tahosta etäälle etääntyneiden hallinnollisten päättäjien välillä väärinkäsitysten välttämiseksi ja yhteisten päämäärien aikaansaamiseksi. (Aira, Mäntyselkä, Myllykangas ja Kumpusalo 2006, 1888.)

Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto selvittivät kolmella erillisellä tutkimuksella vuosina 2001–2005 kysely- ja haastattelututkimuksella sosiaali- ja terveydenhuollon keski- ja lähijohdon tehtävissä työskentelevien henkilöiden ominaisuuksia, johtamisosaamista ja johtamisympäristön muutosten vaikutusta johtamiskäytäntöihin. Erikoissairaanhoidossa ja terveyskeskuksissa keskijohdon tehtävissä työskentelevät olivat suurimmaksi osaksi lääkäreitä, ja tutkimuksen mukaan lähes puolet heidän työajasta kului potilastyöhön. Lähijohtajina toimivien lääkäreiden työajasta 80 % kului potilastyöhön. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto 2007, 16–24, 30–42.)

Kaukorannan jaettua johtajuutta ja lääkärijohtajien puhetta johtamisesta selvittäneessä pro gradu -tutkimuksessa lääkärijohtaja kuvautui vastuuntuntoisena ja tavoitteellisena henkilöstönsä toimintaedellytysten luojana, joka ajattelee potilaan parasta. Lääkärijohtajan arkityö sisälsi hallinnollista työtä, henkilöstöhallinnollisten päätöksiä, laskujen hyväksymistä ja kokouksissa istumista, mitä tärkeämpänä lääkärijohtajat olisivat usein nähneet tulevaisuuteen tähtäävän osan. (Kaukoranta 2012, 71.) Kaukoranta totesi lääkärijohtajien olevan merkit-

tävä toiminnallinen ja tiedollinen resurssi erikoissairaanhoidon organisaation johtamisessa ja muutoksessa (Kaukoranta 2012, 114). Lisäksi havaittiin, että lääkärijohtajien omaksumat tavoitteet tähtäsivät muun muassa terveydenhuollon noudattamiseen, varautumiseen terveyshuollon muutoksiin, parempaan kokonaisuuksien hallintaan sekä tehokkuuteen (Kaukoranta 2012, 69). Johtamista ja johtajuutta lääkärijohtajat jäsensivät johtamiskulttuurin, hallintosäännön, sairaalan sisäisen yhteistyön sujuvuuden sekä omalla vastualueella vaikuttavien tilanteiden ja toimijoiden kautta (Kaukoranta 2012, 70). Kaukorannan tutkimus viittaisi myös siihen, että lääkärijohtajat tunnistavat uudempia johtajuuskäsityksiä sekä vallan ja rakenteiden roolin väistymisen johtajuuden määrittäjinä (Kaukoranta 2012, 111).

Suomessa päätoimisesti yksinomaan johtamistyötä ilman potilastyötä tekeviä lääkäreitä on edelleen vähän. Suomen Lääkäriliiton vuosittain julkaiseman tilaston mukaan vuonna 2016 Suomen sairaaloissa tehtävänimikkeellä johtajaylilääkäri, ylilääkäri tai apulaisyllilääkäri (*medical director, chief physician, deputy chief physician*) toimivista lääkäreistä 63 % osallistui päivystykseen ja terveyskeskuksissa tehtävänimikkeellä ylilääkäri, johtava lääkäri tai apulaisyllilääkäri (*chief physician, director of health services, deputy chief physician*) toimivista lääkäreistä 23 % osallistui päivystykseen (Suomen Lääkäriliitto 2016c, 31). Potilastyön vahva rooli lääkärijohtajien työnkuvassa näyttää vuosikymmenten aikana säilyneen; jo Hermanson (1989, 26) totesi väitöskirjassaan pelkästään hallintotyötä tekeviä lääkäreitä olevan harvassa.

Tuomirannan (2002, 17) mukaan johtavassa asemassa oleviin lääkäreihin kohdistuu rivilääkäriäkin enemmän toisistaan poikkeavia, jopa ristiriitaisia ammatillisia, eettisiä ja taloudellisia odotuksia. Pulkan mukaan tämä monirooliisuus tuo mukanaan lääkärijohtajien osaamiselle isoja vaatimuksia sekä ristipaineita, ja ylilääkäreiden monet eri roolit johtavat ylikuormittumiseen. Tämän tilanteen ratkaisemiseksi ei auta töiden delegointi, koska muutkin terveydenhuollon työntekijät ovat runsaasti työllistettyjä. Tästä johtuen lääkärijohtajat joutuvat usein tilanteeseen, jossa on helpompi tehdä työt itse, kuin jakaa niitä. (Pulka 2013, 107–108.)

Amerikassa Hoffin laajan tutkimuksen mukaan johtajakoulutuksen omaavat johtavana lääkärinä (*physician executives*) työskentelevät lääkärit tekivät vähemmän kliinistä työtä kuin muut johtavat lääkärit. Kysely lähetettiin 598 lääkärijohtavalle lääkärille, joista noin puolet vastasi kyselyyn. (Hoff 1999, 54.)

Amerikkalainen Quinnin ja Perellin tutkimus käsitteli lääkäreiden hallinnollista- ja johtamisroolia amerikkalaisissa sairaaloissa, ja siihen oli haastateltu 25 sekä kliinistä että hallinnollista työtätekevää lääkäreitä. Tutkimuksen mukaan kokoaikaisten lääkärijohtajien hallinnollista roolia pidettiin organisaatiossa hyvänä ja kannattavana suhteessa osa-aikaisiin. Lisäksi hallinnollisen rooli-identiteetin ja tehokkuuden välillä nähtiin kausaalinen yhteys, ja lääkärin kaksoidentiteetin hyväksyminen toi etua lääkärijohtajana menestymisessä. Kokoaikaiset lääkärijohtajat sisäistivät osa-aikaisia lääkärijohtajia paremmin johtamisen ja ymmärsivät paremmin roolinsa sairaalaorganisaatiossa sekä muodostivat siltoja sairaalahierarkian kahdella tasolla vaihtamalla identiteettiä eri tilanteissa ja konteksteissa. Lisäksi todettiin sairaalaorganisaation yhdistävän lääkäreitä lääkäreinä riippumatta organisaatiossa olevasta roolistaan tai statuksesta.

(Quinn ja Perelli 2016, 714–721.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa selvitettiin 18 lääkäreitä johtavan toimitusjohtajan mielipiteitä lääkäreiden johtamisesta. Toimitusjohtajien kuvauksen mukaan lääkäreitä voi kuvata korkean statuksen asiantuntijoina, jotka toimivat organisaatossa haluamallaan tavalla ymmärtämättä kuitenkaan toimipaikkansa kokonaissysteemiä. (Von Knorring, Riik ja Alexanderson 2010, 1.)

Duodecim-seuran 127. vuosipäivän symposiumissa 2008 puhuneen, usean kymmenen vuoden ajan terveystieteiden ylilääkärinä ja johtajana sekä sittemmin kuntayhtymän johtajana toimineen Markku Puron mukaan lääkärin ja johtajan roolin yhdistämiseen liittyvistä ristiriidoista huolimatta lääkärijohtajuus ja sen puolustaminen terveydenhuollon organisaatioissa on korvaamattoman tärkeää. Hän korostaa, että on järkevämpää kouluttaa asiantuntijasta ammattijohtaja kuin päinvastoin. (Syrjäläinen 2008, 2863–2864; Hämeen Liitto 2014.)

Lääkäreille ja lääkärijohtajille lankeaa lisäksi muita, hyvin erilaisia rooleja, joista osa tulee tiedostettuina ja odotettuina koulutuksen ja ammattiaseman kautta, mutta osa tulee kylkiäisinä potilaiden ja yhteiskunnan odotuksista (Lehto 1991, 79–84). Hurley (1986, 76; Lehto 1991, 80) ja Tuomiranta (2002, 43–44) ovat pohtineet lääkärin moninaisia rooleja, jotka on koottu yhteen taulukkoon 1.

TAULUKKO 1 Lääkärin moniroolisuus (Hurley 1986; Lehto 1991; Tuomiranta 2002).

Lääkärin rooli	Tehtävä
Asiakaspalvelija	Ottaa huomioon potilaan aseman ja oikeudet.
Asiamies	Edustaa potilasta suhteessa viranomaisiin.
Asianajaja	Auttaa potilasta hänen sairautensa liittyvissä oikeudellisissa kysymyksissä.
Diagnostikko	Diagnosoi potilaan sairaudet.
Hankintapäällikkö	Lääkärin määräämät potilaan hoitoratkaisut määrittävät hoitoon tarvittavat laitteet.
Hoivaaja	Tukee potilasta selviämään sairautensa kanssa.
Kasvattaja	Opettaa potilaalle itsehoitoa ja sairauksien ennaltaehkäisyä.
Kehittäjä	Kehittää ja hallitsee uusia työ- ja hoitotekniikoita ja -sovelluksia.
Kliinikko	Tekee potilaalle kliinisiä toimenpiteitä.
Neuvonantaja	Neuvoo potilasta sairautensa aikana elämään liittyvissä asioissa.
Opettaja	Ohjaa ja kouluttaa työntekijöitä.
Opiskelija	Pitää ammattitaitonsa ajan tasalla jatko-opiskellen työn ohella.
Palvelujen evaluoija	Arvioi potilaan tarvitsemien hoito- ja tutkimusmenetelmien sekä terveystieteiden palvelujen luotettavuutta ja hyötyä voidakseen ohjata potilaan jatkohoitoon.
Parantaja	Kohdistaa huomion potilaaseen, millä potilaan paranemista tukeva vaikutus.

Portinvartija	Priorisoi hoitopäätöksiä.
Professionaali	Vaalii kollegiaalisuutta.
Resurssien allokoiija	Ratkaisee hoitopäätöksillään mihin resursseja käytetään.
Rippi-isä	Lääkäri kuuntelee potilaan vaikeimmatkin asiat.
Riskienhallinnan asiantuntija	Kykenee valitsemaan oikean hoidon tarjolla olevista riskit huomioiden.
Ristiriitojen sovittelija	Omaa hyvät vuorovaikutus- ja henkilöstöjohtamistaidot ja kehittää niitä lisää.
Sijoitusneuvoja	Osa suositella kustannushyötytehokasta hoitovaihtoehtoa.
Taluspäällikkö	Huomioi yksittäisten hoitopäätösten vaikutuksen kokonaistalouteen.
Terapeutti	Tukee potilaan paranemista keskustelemalla hänen sairauteensa ja parantamiseen liittyvistä asioista.
Tilintarkistaja	Valvoo hoito-ohjeiden noudattamista myös talousvaikutusten kannalta.
Tutkija	Tekee työstään tieteellisiä johtopäätöksiä ja suhtautuu työhönsä tutkijan innolla.
Työnantaja	Kannattelee työyksikkönsä positiivista mainetta ja rekrytoi uusia työntekijöitä.
Valtuutuksien antaja	Tuntee terveydenhuollon lait, säädökset sekä asetukset ja noudattaa niitä.
Välittäjä	Ohjaa potilaan tarvittaessa hoitoon toiseen paikkaan.

Edellä kuvatun kirjallisuuden valossa näyttää siltä, että lääkäreillä hierakia-asemasta riippumatta on monenlaisia vastuita ja velvollisuuksia potilaita ja yhteiskuntaa kohtaan. Kirjallisuuden valossa näyttää myös siltä, että rivilääkärikin ei ole vain lääkäri; hänen oletetaan olevan samanaikaisesti monien roolien kantaja ja yksi näistä rooleista on johtajan rooli myös ilman varsinaista johtajan positiota. Lääkärijohtaja ei myöskään ole vain johtaja. Hän on lääkäri, lääketieteellisen asiantuntijuuden, etiikan, johtamis- ja ihmissuhdetaitojen sekä yhteiskunnan asettamien lakien ja odotusten multitasking-toimija.

#### 4.4 Lääkäreiden johtamiskoulutus

Nykyisin lääkärit opiskelevat johtamista erikoislääkärikoulutukseen kuuluvana osana. Tämän lisäksi lääkärit voivat opiskella muita vapaaehtoisia johtamiskoulutuksia. Suomen Lääkäriliiton ohjeistuksen mukaan lääkärin peruskoulutus antaa hyvän pohjan ymmärtää terveydenhuollon palvelutoiminnan logiikkaa, tehdä valintoja vaihtoehtojen välillä ja saavuttaa asiantuntija-alaisten luottamus, mutta se ei suoraan valmenna johtajaksi (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 178). Suomen Lääkäriliitto järjestää lääkäreille Erikoislääkärien johtamiskoulutusta (ELJ), jolla halutaan tukea lääkäreitä johtamaan suomalaista terveydenhuoltoa paremmin. Koulutus vastaa opetusministeriön sosiaali- ja terveystieteiden johtamis-

koulutustyöryhmän (2004:30) määrittelemää keskijohdon 30 opintopisteen koulutusta. (Suomen Lääkäriliitto 2017a.)

Vuonna 2011 Lääkäriliiton Max Oker-Blom -tunnustuspalkinnolla lääkärijohtajuudesta palkittu Helsingin yliopistollisen sairaalan toimitusjohtaja Lindén on korostanut, että lääketieteen koulutuksessa pitäisi opettaa nykyistä enemmän johtamista ja hallintoa. Lindénin mukaan tiedekunnan tarjoamat johtamisopinnot eivät riitä ja johtamiskoulutusta täytyy hankkia perus- ja erikoiskoulutuksen ulkopuolelta. (Suomen Lääkäriliitto 2011.)

Erikoislääkäriksi erikoistuville lääkäreille suunnattu johtamiskoulutus ei ole maailmalla itsestänselvyys. Monissa maissa johtamiskoulutusta ei ole tarjolla erikoistuville lääkäreille lainkaan tai se pitää itse hankkia omakustanteisesti. Saksassa erikoistuva lääkäri maksaa johtamiskoulutuksen itse ja Alankomaissa erikoistuville lääkäreille tarjotaan kuuden tunnin vapaaehtoinen johtamiskoulutus. (Puurunen 2015, 583.)

Pulkka haastatteli pro gradu -tutkimuksessaan lääkärijohtajia, joilla kaikilla oli tutkimuksen mukaan positiivinen suhtautuminen johtamiskoulutukseen, jota pidettiin myös tarpeellisena. Johtamiskoulutetut lääkärit kokivat hyötynensä johtamiskoulutuksesta ja arvostivat sitä. Kaikki haastatellut kokivat, että kokonaisvaltaiseen johtamiseen ei riitä pelkkä perus- ja erikoislääkärikoulutuksen aikana saatu johtamiskoulutus. (Pulkka 2013, 103–104.)

Brommelsin ja Mäntyrannan lääkärijohtajien suhtautumista johtajakoulutukseen selvittäneen kvantitatiivisen tutkimuksen mukaan lääkärijohtajan tärkeimpinä ominaisuuksina nousivat esille työyhteisön ja sen ristiriitojen hallintaan liittyvät taidot, julkisen sektorin pelisääntöjen tuntemus ja yrityksen johtamiseen liittyvät taidot. Lisäksi hyvin tärkeänä koettiin tietoiskut ajankohtaisista aiheista ja kokemustenvaihtoa tukevat tilaisuudet. Tutkimuksessa erot sairaaloiden ja terveyskeskusten lääkärijohtajien vastauksissa olivat pieniä. 27 % tutkimukseen vastanneista lääkärijohtajista oli kiinnostunut henkilökohtaista kasvua ja kehittymistä tukevasta koulutuksesta ja 53 % olisi ollut valmis suosittelemaan sellaista alaisilleen tai työkavereilleen (Brommels ja Mäntyranta 1994, 3868.)

Tammilaakson pro gradu -tutkimuksen (2016, 2) mukaan lääkäriesimiehille mieluisin koulutusmuoto oli mentorointi ja he osallistuisivat mielellään koulutukseen, jos sellaista olisi saatavilla. Johtamiskoulutus sekä oman esimiestyön ja johtamisosaamisen kehittäminen kiinnostivat lääkäriesimiehiä, mutta ongelmaksi koettiin ajan riittävyys.

Warrenin ja Carnallin mukaan hyvä lääketieteellinen johtajuus on entistä tärkeämpää korkealaatuisen terveydenhuollon tarjoamisessa, minkä vuoksi johtamisen kehittäminen pitäisi olla oleellinen osa koulutusta. Lääkäreillä täytyy olla sekä vahva akateeminen ja kliininen osaaminen, mutta myös taitoja, joilla he pystyvät sitoutumaan monimutkaisten ja nopeasti muuttuvien olosuhteiden johtamiseen. Nämä taidot eivät ilmaannu sattumalta, vaan on jokaisen omalla vastuulla valita itselleen sopivia tapoja oppi johtamistaitoja. Hyviä keinoja oppia johtamista ovat muun muassa mentorointi, vahvat ammatilliset verkostot ja kokemuksellinen oppiminen. (Warren ja Carnall 2011, 31.)

Erikoislääkärikoulutuksen johtamiskoulutusvaatimukset muuttuivat Suomessa vuonna 2009, minkä myötä erikoislääkärikoulutukseen liitettiin pa-

kollinen ja aiempaa laajempi lähijohtajakoulutus. Muutos koskee 1.8.2009 opinto-oikeuden saaneita. Ennen muutosta Suomen Lääkäriliitto perusti lääkäreiden johtamiskoulutuksen tulevaisuuden suunnittelemiseksi työryhmän, ja suunnitelmien pohjaksi tehtiin kysely aiemman johtamiskoulutuksen eli niin sanotun hallinnon pätevyyden suorittaneille lääkäreille. Vastausten mukaan lääkärit toivoivat johtamiskoulutuksen painopisteen siirtyvän hallinnosta johtamistaitoihin ja nimenomaan asiantuntijaorganisaation johtamiseen. (Järvi 2001, 3677.)

Nykyisen pakollisen johtamiskoulutuksen laajuus vaihtelee riippuen yliopistosta siten, että Helsingin yliopistossa opiskelevilla on 30 opintopisteen (op) laajuinen pakollinen kokonaisuus osana erikoislääkäritutkintoa ja Tampereen, Turun, Itä-Suomen ja Oulun yliopistossa opiskelevilla on pakollisena 10 opintopisteen kokonaisuus, minkä lisäksi voi vapaaehtoisesti opiskella 20 opintopisteen verran lisää. (Vierula 2016, 2223; Parviainen, Viitanen, Leinonen, Hakkarainen, Ohranen ja Mattila 2013, 1739.) Koulutuksen tarkoitus on antaa valmiudet lähiesimiehenä toimimiseen. Tavoitteena on, että erikoistuvat lääkärit hallitsevat henkilöstöjohtamisen ja johtamisen perusteet sekä osaavat edistää potilasturvallisuutta. (Puurunen 2015, 583.)

Helsingin yliopistossa 30 opintopisteen kokonaisuuteen sisältyy kolme erikseen suoritettavaa kahden päivän lähiovetusta ennako- ja jälkiovetävien (6–10 op), kehittämistehtäviä, joita voivat olla muun muassa perehdytyskansion luominen, hoitopolun tekeminen, hoidon laadun arviointi (6–10 op) sekä johtamiskirjallisuuden lukeminen ja raportointi (3–5 op). Lisäksi kokonaisuuteen kuuluu oma johtamisen portfolio (5 op), ja kaikista koulutuksista sekä tehtävistä tehdään kirjallinen reflektio. Itä-Suomen yliopistossa lähijohtajaopinnot sisältävät kahdeksan lähiovetuspäivää ja niihin liittyvät jälkiovetävät. Näihin opintoihin voi osallistua myös muita terveydenhuollon ammattilaisia. Tampereen yliopistossa koulutus (Mojop) järjestetään kuuden teeman ympärille. Ne ovat yhden päivän mittaisia lähiovetuksia neljällä eri paikkakunnalla. Lähiovetuksiin kuuluu ennakkoetehtäviä tai -lukemistoa ja joskus jälkiovetäviä. Turun yliopistossa johtamiskoulutus (moniammatillinen johtamiskoulutus, MoJo) toteutetaan yhdessä Turun Kauppakorkeakoulun kanssa (MediMerck-koulutus). Osa koulutuksesta on yhteistä muiden terveydenhuollon ammattilaisten johtamiskoulutuksen kanssa. Opinnot käsittävät 3–6 op laajuiset teoreettiset kurssimuotoiset opinnot, jotka opiskelija valitsee MediMerck-kursseista oman mielenkiinnon mukaan, 2–5 op laajuisen projektityön sekä 2–5 op laajuisen portfolion. Oulussa johtamiskoulutus (EJO) muodostuu pääasiassa lähiovetuksista. Johtamiskoulutus käsittää viisi kahden päivän seminaaria ja jokaiseen seminaariin tehdään kirjallisia etetehtäviä. (Seppälä, 2016.)

Nuorilääkäriyhdistyksen (NLY) teettämän selvityksen mukaan erikoistuvista lääkäreistä 54 % koki lähijohtajakoulutuksesta olleen hyötyä, 28 % ei kokenut hyötyneensä koulutuksesta ja 18 % ei osannut sanoa. Tutkimukseen vastasi 535 erikoistuvaa lääkärinä ja vastaukset olivat samansuuntaisia kaikkialla maassa. Käytännönläheisiä tehtäviä ja aiheita oli kiitetty, ja omaan työpaikkaan integroitavat tehtävät oli koettu hyödyllisiksi. Lähijohtajakoulutuksen oli koettu auttaneen hahmottamaan lääkärin omaa johtajuutta, terveydenhuollon prosesseja ja kasvattaneen alustaitoja. (Seppälä, 2016.)



Myös Parviainen, Viitanen, Leinonen, Hakkarainen, Ohranen ja Mattila (2013, 1739, 1743) ovat selvittäneet erikoistuvien lääkärien johtamiskoulutuksen hyödyllisyyttä ja tarpeellisuutta Tampereen yliopistossa vuosien 2008–2012 aikana pakolliseen johtamiskoulutukseen osallistuneilta. Selvityksen mukaan lääkärit tarvitsevat kliinisen osaamisen lisäksi entistä monipuolisempia johtamistaitoja ja valtaosa erikoistuvista lääkäreistä oli kokenut johtamiskoulutuksen tarpeelliseksi.

Parviainen, Hyppölä, Heikkilä, Sumanen, Halila, Vänskä, Kujala, Kosunen, Virjo ja Mattila (2016, 1694) tutkivat Suomen Lääkäriliiton suorittaman Lääkärit 2013 -kyselyn tuloksia lääkäreiden johtamiskoulutuksen muutoksien vaikutuksia ja totesivat, että muutoksella on ollut myönteinen vaikutus lääkäreiden lääkärijohtamiskoulutukseen suhtautumiseen. Lisäksi he totesivat, että nuoremmat lääkärit ovat vanhempia kollegoja tyytyväisempiä erikoistumisopintovaiheessa saamaansa johtamiskoulutuksen määrään. Silti merkittävä osa lääkäreistä piti johtamiskoulutusta liian vähäisenä. Kyselyyn vastanneista lääkäreistä 70 % (n = 2 847) ilmoitti saaneensa liian vähän koulutusta hallintoon ja 74 % (n = 3 016) johtamiseen, mutta vain 13 % (n = 527) vastasi saaneensa liian vähän koulutusta kliiniseen lääkäriin työhön.

Osa lääkäreistä suorittaa johtamisen lisäpätevöitymisenä MBA (*Master of Business Administration*) - tai eMBA (*Executive Master of Business Administration*) -opinnot, jotka ovat Suomessa yleisin kauppatieteellinen täydennyskoulutuksen muoto. Suomen Ekonomit -järjestön mukaan näitä opintoja voi opiskella Åbo Akademia lukuun ottamatta kaikissa kauppatieteellistä opetusta antavissa yksiköissä sekä lisäksi muutamissa muissa koulutusinstituutioissa kuten esimerkiksi eräissä ammattikorkeakouluissa. Yleensä MBA-koulutus on täysipäiväinen ja eMBA-koulutus on työn ohessa suoritettava koulutuskokonaisuus. Koulutusyksiköiden internet-sivujen tietojen perusteella eri koulutuspaikoissa opintojen laajuus noin 100 opintopistettä ja koulutuksen hinta useita kymmeniä tuhansia euroja. MBA- ja eMBA-ohjelmien suuntautumisvaihtoehdot ja painopisteet vaihtelevat eri koulutuspaikkojen mukaan. Osa ohjelmista on yleisiä johtamisen ja liiketaloustieteen kokonaisuuksia, osassa on ala- tai teemaspesifejä painotuksia. (Suomen Ekonomit 2017.) Näihin koulutuspaikkoihin helmikuussa 2017 lähettämäni sähköpostikyselyn vastausten perusteella tarkkoja tilastoja MBA- tai eMBA-opinnot suorittaneista lääkäreistä ei ole, mutta koulutuspaikoista saatujen vastauksien mukaan Suomessa olisi yhteensä muutamia satoja MBA- tai eMBA-opinnot suorittanutta lääkäriä. Myöskään kauppatieteen maisterin (KTM) tutkinnon johtamisen täydennyskoulutuksena suorittaneista lääkäreistä ei ole rekisteriä, mutta suusanallisten tietojen mukaan heitä on muutamia.

#### 4.5 Lääkäreiden esimiestyö aiemman tutkimuksen valossa

Johtaminen on aina puhututtanut lääkäreitä. Suomen Lääkäriliitto teetätti lääkäreillä 23.8.–24.9.2016 Verkkoaiivoriihi 2016 -selvityksen lääkärintyön muuttamisesta ja työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Verkkoaiivoriiheen osallistui 2054 lääkäriä. Tuloksissa johtaminen oli toiseksi tärkein ja toiseksi puhutuin

laaja kokonaisuus eri toimijoiden välisen yhteistyön ollessa tärkeimmäksi koettu kokonaisuus. Esimiestyöllä nähtiin olevan keskeinen vaikutus työyhteisön työhyvinvointiin. (Suomen Lääkäriliitto 2016d, 4, 24.) Myös Suomen Lääkäriliiton puheenjohtaja, yleislääketieteen erikoislääkäri Parkkila-Harju (2017, 93) näkee hyvän johtamisen ja työteon sujuvuuden parantavan lääkäreiden työhyvinvointia ja työssäjaksamista.

Hernandez toteaa, että lääkärien johtamistyö ei ole koskaan ollut yhtä tärkeää kuin nyt ja siinä tarvitaan rauhallista, rohkaisevaa ja tosiasioihin perustuvaa johtamista. Johtajan pitää korvata epävakaisuus visiolla, epävarmuus ymmärryksellä, monimutkaisuus selkeydellä ja epäselvyys ketteryydellä. Lääkärijohtajat voivat toteuttaa tämän kuuntelemalla hyvin, kommunikoimalla tehokkaasti, kääntämällä tilastot käyttökelpoiseksi informaatioksi, lopettamalla pysyvien ratkaisujen etsiminen, tulevaisuuteen katsoessakin pysymällä perusasioissa, ajattelemalla laaja-alaisesti, olemalla joustava, kouluttamalla huomisen johtajat nyt, puolustamalla lääkäreitä ja ymmärtämällä lääkäreiden näkökulmia ja vahvistamalla heidän käsityksiä. (Hernandez 2016, 51–52). Hyvällä johtamismotivaatiolla on nähty olevan yhteyttä työn tuloksellisuuteen (Tuomiranta 2002, 120).

Kaukorannan pro gradu -tutkimuksen mukaan hyvänä johtajuutena lääkärijohtajat näkivät toiminnan, joka luo selkeyttä ja mahdollisuuksia toimia tavoitteellisesti sekä tarjoaa tilaa osallistua toimintaympäristön edellytysten määrittämiseen ja muokkaamiseen (Kaukoranta 2012, 115). Hyvä keskusteluyhteys oli yksi edellytys vahvan yksilöjohtajuuden onnistumiselle. Pelkästään kykenevä johtaja ei lääkäreiden mielestä ole hyvä johtaja; hyvällä johtajalla on vaikutusvaltaa, jolla hän saa alaisensa toimimaan toivotulla tavalla. (Kaukoranta 2012, 83–84.) Johtajalla pitää olla myös ymmärrys alaisten tarpeista, kyky ja halu vastata niihin sekä antaa palautetta työstä. Lisäksi johtajalle tarpeellisia vuorovaikutustaitoina koettiin kuunteleminen, tukeminen, keskusteleminen, kannustaminen, tiedottaminen, osallistumisen mahdollistaminen ja yhteisten tilaisuuksien järjestäminen. (Kaukoranta 2012, 85.) Hyvä johtajuus edellyttää Kaukorannan mukaan vuorovaikutteista johtajuutta myös tukea vaille jääneen henkilökunnan kanssa sekä vahvaa yksilöjohtajuutta passiivisten tai yhteisiin tavoitteisiin yhtymättömien alaisten kanssa. Hyvään vuorovaikutteiseen johtajuuteen sisältyy kiitoksen antaminen palautteena hyvin tehdystä työstä. (Kaukoranta 2012, 91–93.) Vuorovaikutuksen merkitys on todettu myös laajassa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tulosjohtamisen onnistumista koskevassa tutkimuksessa, jossa todettiin yhdeksi keskeiseksi ongelmaksi puutteellinen vuorovaikutus esimiehen kanssa sekä epäselvät vastuukysymykset (Pahkala, Pahkala, Puolijoki ja Laippala 2001, 322).

Paskert on listannut ohjeita menestyvään lääkärijohtamiseen. Hänen mukaan menestyäkseen lääkärijohtajana on otettava huomioon, että ihmiset eivät välttämättä muista mitä heille on sanottu, mutta muistavat aina minkälaisen tunteen sanominen heihin aiheutti. ”Joko-tai” -johtamistapa ei useinkaan johda parhaimpaan lopputulokseen. Lääkärijohtajan pitää oppia luomaan työilmapiiri, jossa ihmiset ovat parhaimmillaan. Hänen pitää oppia tuntemaan johdettavat lääkärit, heidän työkuultuuri ja kuinka lääkärit viihtyvät siinä. Pitää pyrkiä rakentamaan ”win-win” -ratkaisuja, välttämään keskusteluiden dominointia sekä

pyrkiä ennen kaikkea avoimuuteen. Päätöksissä pitäisi pyrkiä saamaan suurin osa lääkäreistä päätöksen taakse, ja pyrkiä ennen päätöksiä selvittämään vastakkain ajattelevien ajatukset ja niihin vaikuttavat tekijät. Lääkärijohtajan kannattaa olla osallistuva kuuntelija ja pitää oma esimies ajan tasalla tapahtumista. Sähköpostitekstit suositellaan pitämään kohteliaina ja käyttämään sähköpostia harkiten sekä harkitsemaan, onko ihmisen fyysinen tapaaminen sähköpostia sopivampi kommunikaatiomuoto. Paskertin mukaan kliiniseen työhön kouluttamattomista johtajista ei koskaan tule hyviä klinikoita, mutta klinikoista voi tulla hyviä johtajia. (Paskert 2014, 38–43.) Stollerin amerikkalaisen yleiskatsauksen (2008, 311) mukaan lääkärijohtajan tarvitsemia taitoja terveydenhuollon organisaation johtamiseen ovat tekniset tiedot ja taidot, terveydenhuollon toimintaympäristön tuntemus, ongelmanratkaisutaidot, emotionaalinen älykkyys, kommunikaatiokyky sekä sitoutuminen elinikäiseen oppimiseen. Xirasagarin (2009, 342) mukaan transformationaalinen johtaminen (*transformational leadership*) näyttäisi sopivan parhaiten lääkäreiden kliiniseen johtamiseen.

Nämä Paskertin (2014) ja Stollerin (2008) listaamat ohjeet menestyvään lääkärijohtamiseen eivät näytä eroavan yleismaailmallisista onnistuvan johtamisen perusohjeista, joista Yuklin (1989, 258–262) mukaan ovat ilmaisun sujuvuus, vakuuttavuus, sosiaalinen taitavuus, hallinnolliset taidot, yhteisten tavoitteiden hahmottaminen, älykkyys, käsitteellisyys, luovuus ja tahdikkaus. Goodnightin (2004, 820) mukaan 2000-luvun johtajien on pystyttävä tekemään arvio tulevaisuudesta ja pystyttävä itsekin sitoutumaan arvioonsa sekä kannustettava ja motivoitava ihmiset säilyttämään parhaat suoritustasonsa. Nirenbergin (2004, 850) mukaan onnistuakseen tehokkaassa johtamisessa (*leadership effectiveness*) johtajan on muun muassa tunnistettava oman organisaation arvot ja toimittava itsekin niiden mukaisesti, osattava kehittää iteluottamusta ja -arvostusta, pidettävä sovituista sopimuksista kiinni, oltava aito oma itsensä, kommunikoidava totuuden mukaisesti, osattava käyttää luovaa, kokonaisvaltaista ja monitieteistä ajattelua, osattava antaa ja vastaanottaa positiivista sekä negatiivista palautetta, osattava kuunnella aktiivisesti ja oltava empaattinen, osattava arvostaa ja ylläpitää vuoropuhelua, jaettava tietoa muillekin, vähennettävä stressiä, ahdistusta sekä pelkoa, oltava kekseliäs, luova ja sopeutuva, osattava tarjota riidanratkaisua sovittelemalla, tarjottava vertaisohjausta ja valmennusta, osattava säilyttää kyky havainnoida prosessia, osattava käyttää rooliharjoituksia ja itsearviointia, osattava tiimityöskentely sekä osattava luovan ongelman tunnistaminen ja ongelmanratkaisu.

Suomen Lääkäriliitto järjestää vuosittain lääkäreille Erikoislääkärin johtamiskoulutusta (ELJ), johon 18.3.2015–18.2.2016 osallistuneet (n=30) olivat määritelleet lääkäreiden ideaalijohtajan ominaisuuksia, jotka on listattu taulukkoon 2.

TAULUKKO 2 Lääkäreiden ideaalijohtajan ominaisuudet (Suomen Lääkäriliitto 2016a).

Ominaisuus	Määritelmä
Arvostus ja luottamus	- Hyvä johtaja on substanssiosaaja, joka tuntee asiantuntijoiden työalaa. - Johtajan ei välttämättä tarvitse olla lääkäri, mutta luontevinta on, että johtaja on tehnyt kliinistä työtä ja tietää sen perusteet.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä johtaja tuntee toimintaympäristön, työpaikkansa ja työntekijänsä.</li> <li>- Hän luottaa ihmisiin, vastuuttaa heitä ja antaa heidän loistaa. Vastavuoroisesti häneen voi luottaa.</li> <li>- Arvostettavalla johtajalla on liuta muutakin kuin kliinistä osaamista: hän osaa strategista ajattelua, tuntee taloutta ja juridiikkaa, tietää poliittisen päätöksenteon, osaa vaikuttaa työhyvinvointiin ja hän osaa johtaa ihmisiä.</li> </ul>
Jämäkkyys	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä johtaja on määrätietoinen ja jämäkkä.</li> <li>- Hän rakentaa asiantuntijoiden kanssa yhteiset tavoitteet, selkeät työnkuvat ja pelisäännöt ja huolehtii, että niissä pysytään.</li> <li>- Hyvä johtaja ei häröile. Hän osaa priorisoida ja hänellä on paineensietokykyä.</li> <li>- Hänellä on myös malttia, hyvä stressinsietokyky ja hyvät itsensä johtamisen taidot.</li> <li>- Hän on rohkea ja kunnianhimoinen – joskin kunnianhimon on kohdistuttava enemmän työyhteisöön kuin omaan CV:hen.</li> </ul>
Oikeudenmukaisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä johtaja on tasapuolinen ja avoin eikä suosi ketään.</li> <li>- Hän pitää lupauksensa ja kantaa vastuun, on rehellinen ja reilu.</li> <li>- Hän varmistaa alaisilleen riittävät resurssit työntekoon.</li> <li>- Tarvittaessa hän puolustaa alaisiaan ja yksikköään; tiimin yksittäisen jäsenen etu ei saa mennä tiimin edun edelle.</li> <li>- Hyvä johtaja uskaltaa olla tarvittaessa ikävä ja tehdä vaikeita päätöksiä. Kaikkia ei aina voi miellyttää, vaikka kaikkien kanssa pitää tulla toimeen.</li> </ul>
Innostus ja sitoutuminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä johtaja on innostunut ja kiinnostunut johtamistyöstä sekä sitoutunut.</li> <li>- Hän haluaa johtaa ja kantaa vastuun hyvinä ja huonoina päivinä.</li> <li>- Hän haluaa kehittää.</li> <li>- Hän inspiroi myös muita organisaation toiminnan hyväksi. Huumorintajukin on tärkeää.</li> </ul>
Yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä johtaja osaa kuunnella.</li> <li>- Hyvää johtajaa on helppo lähestyä, ja hän on aidosti kiinnostunut työntekijöistään.</li> <li>- Hän on arvostava, kannustava, läsnä oleva ja välittävä.</li> <li>- Hän luo avoimen, rauhallisen ja ystävällisen ilmapiirin sekä saa työntekijöiden erilaiset taidot yhteiseksi voimavaraksi.</li> <li>- Hän osaa hoitaa suhdetoimintaa ja kiperätkin tilanteet eri yhteistyötahojen kanssa.</li> </ul>
Palautteenanto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiantuntijat haluavat saada palautetta työstään.</li> <li>- Hyvä johtaja antaa riittävän usein positiivista palautetta onnistumisista mutta uskaltaa antaa myös korjaavaa palautetta.</li> <li>- Palaute on tärkeä oppimisen ja kehittämisen keino: rakentavalla tavalla annetut keuhut ja kritiikit antavat suuntaa ja voimaa.</li> </ul>
Oppiminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä johtaja huolehtii omasta oppimisestaan sekä ammattiosaimisensa ja johtamistaitojensa kehittämisestä.</li> <li>- Hänen pitää pystyä tuomaan esiin uudenlaisia näkemyksiä ja kyseenalaistaa vanhaa.</li> <li>- Hyvä johtaja on visionääri, joka mahdollistaa myös alaistensa jatkuvan oppimisen.</li> </ul>
Ihminen ihmiselle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tärkeintä on, että olemme ihmisiä toisillemme.</li> <li>- Töissä kuitenkin työkeskeisesti ja työtavoitteisiin pyrkien. Joillain on enemmän vastuuta ja valtaa kuin toisilla.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä johtaja käyttää niitä viisaasti – vaikei myöskään väsyä itseään.</li> <li>- Hyvällä johtajalla on muutakin kuin työelämää.</li> </ul>
--	---

Myös näissä ideaalilääkärijohtajan piirteissä voidaan nähdä joitakin yhtäläisyyksiä jo Kotterin (1983, 46) tutkimuksessa esille tulleisiin menestyvien johtajien piirteisiin. Kotterin mukaan menestyvä johtaja on emotionaalisesti vakaa ja tasapainoinen, optimistinen, miellyttävä, hyvä verkostoitumaan, intuitiivinen, kunnianhimoinen ja hänellä on hyvät kognitiiviset ja analyttiset taidot. Hän tuntee oman alansa ja organisaationsa hyvin ja hänellä on myös laajat yhteistyöverkot omalla alallaan. Menestyvä johtaja pitää kuitenkin myös vallasta ja korostaa aikaansaannoksiaan, mikä eroaa ideaalilääkärijohtajan piirteistä.

Von Knorring, Riik ja Alexanderson selvittivät ruotsalaisessa tutkimuksessa ohjeita lääkäreiden johtamisesta haastatteleamalla 18 lääkäreitä johtavaa toimitusjohtajaa, joista osalla oli myös lääkärikoulutus. Tutkimuksen mukaan lääkäreille pitää järjestää työyhteisöstä erilliset kokoukset, jotta lääkärit saadaan ottamaan osaa kokouksiin. Lääkäreihin ei tehoa sääntöjen kertominen tavalliseen totuttuun tapaan, vaan lääkäreiden kanssa joutuu toistuvasti kertaamaan (*nagging and arguing*), mitkä heidän vastuut työntekijöinä ovat ja mitä lääkäreiden pitäisi tehdä. Lääkäreiden kompensatiivkeinoina kannattaa mieluummin käyttää lääkäreitä kiinnostaviin aktiviteetteihin tai kokouksiin osallistumismahdollisuuksia kuin normaalipalkkaan liittyviä tai neuvoteltuja etuoikeuksia. Lääkäriyttä kannattaa hyödyntää lääkäreiden johtamisessa, millä tutkijat tarkoittavat kahta asiaa: 1) johtajien, joilla on myös lääkärin koulutus, on helpompi hallita johdettavana olevien lääkäreiden käytöstä ja 2) uusien asioiden aloitus lääkäriyhteisössä on helpompaa, jos asian aloittajana on lääkärikoulutuksen saanut johtaja, koska tällöin lääkärit lähtevät uuteen asiaan helpommin mukaan. (Von Knorring, Riik ja Alexanderson 2010, 5–7.)

Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto selvittivät kolmella erillisellä tutkimuksella vuosina 2001–2005 kysely- ja haastatteluaineistolla sosiaali- ja terveydenhuollon keski- ja lähijohdon tehtävissä työskentelevien henkilöiden ominaisuuksia, johtamisosaamista ja johtamisympäristön muutosten vaikutusta johtamiskäytäntöihin. Tutkitut näkivät tärkeimpinä johtamisominaisuuksina vuorovaikutustaidot, kyvyn hahmottaa kokonaisuuksia ja oman ammatillisen pätevyyden. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto 2007, 16–24, 30–42.)

Viitanen, Tampsi-Jarvala ja Lehto tutkivat ylilääkäreiden käsityksiä johtamisesta vuonna 2003 postitetulla kyselyllä (n=205) Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen sosiaali- ja terveystoimen kuntien ja kuntayhtymien alueella. Ylilääkärit näkivät itsensä kuuntelevina ja neuvottelevina tiimi-johtajina ja kokivat että, heillä on hyvä mahdollisuus vaikuttaa organisaation johtamiseen sekä omaan johtamistoimintaansa. Ylilääkärit arvioivat omat johtamistaitonsa erinomaisiksi, mutta tutkimuksen mukaan puolet tutkimukseen vastanneista ylilääkäreistä koki, että heitä ei joko johdettu ollenkaan, johdettiin epämääräisesti tai johdettiin vanhojen johtamiskäytäntöjen mukaisesti. Ylilääkärit pitivät tärkeimpinä johtamisominaisuuksinaan kykyä sietää epävarmuutta, vuorovaikutustaitoja, kokonaisuusien hahmottamiskykyä sekä omaa am-

matillista pätevyyttään. He kokivat tarvitsevansa johtamisen tueksi osaavia ja kannustavia esimiehiä. Lisäksi he toivovat esimiehiltään enemmän arvostusta, tukea, palautetta ja parempaa esimiestyötä, joiden puute koettiin heikentävän yllilääkäreiden johtamismotivaatiota. (Viitanen, Tampsi-Jarvala ja Lehto 2006, 997–999.)

Pulkka näkee pro gradu -tutkimuksensa perusteella ideaalisena, että organisaatiossa olisi kaksi yllilääkäreitä, joista toinen keskittyisi hallinnollisiin tehtäviin ja toinen klinikkatason johtajuuteen. Hallinnollisiksi tehtäviksi Pulkka luonnehtii henkilöstöstä välittämisen, potilaiden kanssa työskentelevien henkilöiden toiveiden kuuntelemisen sekä muutoksen läpiviennin. Ongelmana tällaisessa järjestelyssä Pulkka näkee resurssien niukkuuden ja mainitsee lääkäri- ja hoitajapuolen tarkan rajauksen vähentävän organisaation tehokkuutta. (Pulkka 2013, 108–109.)

Kaukorannan pro gradu -tutkimuksessa tuli esille, että erikoissairaanhoidossa lääkäreillä esiintyy johtajuutta parijohtajuuden muodossa omien lääkärialaisten kanssa, mutta myös tilanteissa, joissa yhteisen päämäärän tavoittamiseksi saman hierarkiatason hoitaja ja lääkäri vastasivat pääasiassa erikseen omista tehtävistään. Lääkärijohtajat tunnistavat siis tarpeen myös kollektiivisemmalle johtajuudelle, joka poikkeaa perinteisestä yksilöjohtajuudesta. (Kaukoranta 2012, 111–112.) Lääkärijohtajat määrittivät johtamisen juttuna, jolla 1) saadaan ihmiset toimimaan, 2) mennään eteenpäin ja 3) johdetaan organisaatiota haluttuun suuntaan (Kaukoranta 2012, 72). Lääkärijohtajat myös halusivat saada tietoa vastualueensa asioista, tulla itsekin kuulluiksi ihmisenä ja saada yksilöllistä huomiota sekä tulla kohdelluksi rehellisesti ja avoimesti (Kaukoranta 2012, 93).

Suomen Lääkäriliiton hallituksen puheenjohtaja, yleislääketieteen erikoislääkäri Parkkila-Harju on todennut lääkäreiden tarvitsevan osaavia, innostavia ja yhteistyökykyisiä lääkärijohtajia (Parkkila-Harju 2014, 2305). Kirurgian erikoislääkäri Wiik on todennut esimiehen välittämän optimismin ja positiivisen suhtautumisen tulevaisuuteen heijastuvan myös työntekijöihin (Wiik 2016, 2206). Suomen Lääkäriliiton ohjeistuksen mukaan organisaation ja johtajan tulee kannustaa lääkäreitä tekemään työnsä potilaan kannalta mahdollisimman hyvin ja välttämään kannustimia, jotka ohjaavat hoitamaan potilaita liikaa, liian vähän tai huonosti (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 180).

Kirurgian dosentti, professori Reijo Haapiaisen mukaan lääkärijohtajat haluavat lähimmiksi työtovereikseen ja alaisiksikseen johtajan omia heikkoja osaamisalueita täydentäviä henkilöitä sekä niitä, joilla on kyky tulla toimeen toistensa kanssa myös erimielisyystilanteissa. Oman johtotiimin yhteishengen luomiseen on uhrattava aikaa ja vaivaa. Keskinäinen lojaalius ja toisten kunnioittaminen ovat tärkeitä, koska luottamuksen voi menettää vain kerran. Kokonaiskäsityksen ihmisten johtamisesta saa kuuntelemalla ihmisiä ja olemalla itse näkyvä organisaation sisällä. (Haapiainen 2016, 2210–2211.)

Torpan managerialismin soveltamista ja soveltuvuutta erikoissairaanhoidon johtamiseen ja toimintaan käsittelevän väitöskirjatutkimuksen perusteella yleisesti tarpeellisiksi koettujen yhteistyötaitojen lisäksi johtamiseen toivottuja asioita olivat rohkeus, innovatiivisuus, uudet johtamisen välineet, eettisyys sekä suunnittelu ja arviointi prosessijohtamisessa (Torppa 2007, 177).

Professori, kirurgi Eero Hirvensalo on todennut, että lääkäreiden on vaikea sulattaa palvelujohtajaa, jonka meriitit palvelualueen erikoisaloista ovat vähäisemmät kuin tämän alaisilla. Hän on myös todennut, että terveydenhuollossa johtajaksi kasvaminen on hidasta kasvamista ja kypsymistä. Harvoin terveydenhuollossa hyväksi johtajaksi osoittautuu heikon substanssiosaamisen omaava johtaja. (Honkanen 2008, 2974–2975.) Myös terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon emeritusprofessori Martti Kekomäen mukaan toiminnan substanssin omakohtainen osaaminen on välttämätön edellytys oikean johtajanaseman luonastamiselle (Kekomäki 2004, 258).

Tikka tutki pro gradu -työssään lääkäreiden kokemuksia johtamisesta haastatellen viittä lääkäriä, jotka olivat työskennelleet lääkärinä 2–51 vuotta. Tutkimuksen mukaan hyvältä lääkäreiden johtajalta odotettavia ominaisuuksia ovat tavoitehakuisuus, määrätietoisuus, tietty napakkuus ja luotettavuus, mutta niin sanotusti pilkunviilaaja-johtajaa ei pidetty toivottavana. Pidempään lääkärinä olleet lääkärit toivat esille sosiaalisten taitojen tärkeyden. Ylilääkäreille toivottiin apua budjetointiin kaupallisen kokemuksen omaavalta henkilöltä. Tikan tutkimuksen tulokset vahvistivat aiempien tutkimusten näkemystä siitä, että lääkärit vaativat esimieheltään vahvaa substanssiosaamista lääketieteen alalta. Kaikkien haastateltujen vastuksista tuli esille se yhtäläisyys, että lääkäreiden luottamus esimieheen tulee asiantuntemusauktoriteetin kautta. (Tikka 2015, 39.)

Suomen Lääkäriliiton Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin lääkäreille 2014 teetämän jäsenkyselyn perusteella lähes kaikki vastanneista 748 lääkäristä (vastausprosentti 34) halusivat kliinistä työtä tekevillä lääkäreillä olevan esimiehenä lääkäri. Kyselyyn vastanneet eivät nähneet mahdollisena, että muun ammattikunnan edustaja toimisi lääkärin esimiehenä rajoitetulla toimivallalla. (Ahlblad 2014, 691.) Vuonna 2006 Helsingin vastuualueen lääkäriluottamusmiehet pohtivat lääkärin työhön liittyviä kysymyksiä todeten, että lääkärille paras johtaja on lähes poikkeuksetta toinen lääkäri ja että hyvä lääkärijohtaja on paitsi halukas, myös kyvykäs johtamaan (Hannus 2006, 2273).

Lääkäriliiton politiikkatoimialan johtaja, lääkäri Heikki Pärnäsen mukaan kliinistä työtä tekevän lääkärin esimiehen tulee pystyä ymmärtämään lääkärin työtä, mihin tarvitaan lääkärin koulutus ja kokemus, joilla varmistetaan toiminnan laatu ja osaamisen taso. Oleellista Pärnäsen mukaan on, että lääketieteellisestä toiminnasta vastaava johtaja pystyy kantamaan lakisääteisen vastuunsa toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidosta ja että johtaja voi johtaa toimintaa koko linjassa, ylhäältä alas asti. Pärnäsen mukaan johtaja, joka joutuu delegoimaan lain mukaiset vastaavan lääkärin tehtävät jollekin toiselle taholle, on rampa. (Ahlblad 2014, 690.)

Aira, Mäntyselkä, Myllykangas ja Kumpusalo (2006, 1883) selvittivät johtavan lääkärin asemaa, häneen kohdistuvia odotuksia sekä johtavan lääkärin omaa kokemusta asemastaan perusterveydenhuollossa. Kuudesta terveyskeskuksesta kerättiin terveyskeskuslääkärien (n = 32), johtavien lääkärin (n = 6) ja muiden hallinnon edustajien (n = 13) temahaastatteluaineisto, jonka analyysissä tuli esille, että johtavaan lääkäriin kohdistuu paljon odotuksia sekä hallinnon että lääkärin taholta. Molemmat osapuolet toivoivat johtavan lääkärin olevan ”yksi meistä”.

Suomen Lääkäriliiton ja Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen yhteistyönä vuonna 2016 toteutetun autonomiasa ja ammatillisuutta käytännön lääkäreiden näkökulmasta selvittäneen tutkimuksen mukaan lähes kaikki vastaajat pitivät esimiehenä olemisen edellytyksenä lääkäriyden erityisosaamisen tuntemusta. Tutkimuksessa haastateltiin 38 kliinistä työtä tekevää lääkäriä ja siinä tarkasteltiin myös kokeneiden lääkäreiden ja nuorten lääkäreiden välisiä näkemyseroja näissä kysymyksissä. (Wrede, Olakivi, Fischer ja Sigfrids 2016, 46.)

Vuosikymmenten saatossa lääkäreiden mielipiteet lääkärin johtajasta eivät näytä muuttuneen; jo vuonna 1989 Hermanson totesi väitöskirjassaan lääkärikunnalla olleen selkeänä mielipiteenä se, että terveydenhuollon johtajan tulee olla lääkäri (Hermanson 1989, 12).

#### **4.6 Lääkäreiden asennoituminen johtamiseen aiemman tutkimuksen valossa**

Suomen ensimmäisen yleislääketieteen professori Kekin mukaan terveydenhuollon hallinnollista työtä pidettiin 1970-luvulla Suomessa toisarvoisena. Katsottiin, että hallinnollisiin virkoihin hakeutuvat ne lääkärit, jotka eivät olleet kiinnostuneita kliinisestä työstä eli potilastyöstä (Hermanson 1989; Kekki 1979). Vuonna 1989 valmistuneen Hermansonin suomalaisia lääkärijohtajia koskevan väitöskirjatutkimuksen mukaan useimmat tutkimuksen kliinikkojohtajat ottivat hallintotehtävät vastaan haluttomasti. Tutkimuksensa päätuloksena Hermanson piti sitä, että lääkärit siirtyivät hallintotehtäviin enemmän sattuman kuin tietoisien valinnan kautta, ja siirtymisen jälkeen lääkärit joutuivat läpikäymään vaikean sopeutumisprosessin. Hallintotyö oli lääkäreille enemmän työkokemuksen kautta vähitellen kehittyvä taito kuin teorian ja opiskelun myötä opittava ammatti. (Hermanson 1989, 165.) Kliinikkojohtajan ideaalityyppi suuntautui lääkäriprofession tuntien vähän tai ei olleenkaan kiinnostusta hallintotehtäviin muuten kuin profession edunvalvojana (Hermanson 1989, 137). Lääkäreiden hallintotehtäviin pätevyitysmishalun taustalla oli piilevä, mutta ääneen lausumaton ajatus siitä, että mikäli lääkärit eivät pätevyityisi hallintotehtäviin, heidät siirrettäisiin muualle (Hermanson 1989, 65, 163). Vain osa haastatelluista lääkärijohtajista oli hyväksynyt ajatuksen tehdä täyspäiväisesti hallintotyötä (Hermanson 1989, 164). Lääkärin hallintoura oli eräänlainen yksilösuoritus, jonka kiinnostunut voi halutessaan itse luoda itselleen. Toisaalta Hermanson ennusti väitöskirjassaan lääkärijohtamiseen myönteisempää suhtautumista todeten lääkäreiden hallintoon siirtymisen tulevaisuudessa tapahtuvan enemmän tietoisien valinnan kuin ajautumisen tai sattuman kautta. (Hermanson 1989, 157, 159.)

Tuomirannan vuonna 2002 valmistuneen lääkärin johtajuutta sekä lääkärijohtajien roolijännitteitä koskevan väitöskirjatutkimuksen mukaan puolet tutkimuksen lääkärijohtajista ei ollut kiinnostunut johtamistyöstä ja kaksi tutkimuksen lääkärijohtajaa olisi halunnut paneutua aikaisempaa enemmän kliiniseen työhön. Tutkimuksessa lähetettiin kyselylomake 69 Etelä-Pohjanmaan sai-



raanhoitopiirin kuuluvalla lääkärijohtajalle ja vastausprosentti oli 74. (Tuomiranta 2002, 4, 84, 119.) Lääkärijohtajista 39 % oli kiinnostunut asiajohtamisesta ja 45 % henkilöstöjohtamisesta. Naiset (46.6 %) olivat kiinnostuneempia asiajohtamisesta kuin miehet (36.1 %). Naislääkärijohtajat (60 %) olivat henkilöstöjohtamisesta kaikkein kiinnostuneimpia. Apulaisylilääkärit (45 %) olivat enemmän kiinnostuneita asiajohtamisesta kuin ylilääkärit (35.5 %). (Tuomiranta 2002, 84.) Lääkärijohtamisen roolin omaksumisessa auttoi hyvä johtamismotivaatio, oikeudenmukainen kohtelu ja tulosityksikön suuri koko. Roolijännitteet nähtiin johtamismotivaatiota vähentävänä tekijänä. (Tuomiranta 2002, 4, 107.)

Viitosen, Wiili-Peltolan ja Lehdon (2002, 3755) tutkimus osoitti osastonlääkäreiden kokevan lähijohtajaroolinsa epäselviksi, minkä vuoksi osastonlääkärijohtajaroolin kehittäminen vaatisi tuekseen sekä johtamiskoulutusta että johtajaroolin selkiyttämistä organisaatiossa. Vuoren (2005, 24) mukaan lääkäriasiantuntijoita ei ole kiinnostanut omaksua aitoa johtajan roolia taloudellisten säästöjen ollessa keskeisin uudistusten perustelu. Lääkäreillä on usein myös asenne, että johtaminen ei ole työtä lainkaan (Järvi 2000, 4175).

Sumanen, Viitanen, Virjo, Hyppölä, Halila, Kumpusalo, Kujala, Isokoski, Vänskä ja Mattila (2006, 4241) tutkivat Suomessa viiden vuoden välein toteutettavaa Lääkärit 2003 -aineistoa, jonka mukaan esimiesasemassa olevien lääkärien johtamistaidot ovat paranemassa ja toimiminen esimiesasemassa lisää myönteistä arviota oman lääkäriesimiehen johtamistaidoista.

Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto selvittivät kolmella erillisellä tutkimuksella vuosina 2001–2005 kysely- ja haastatteluaineistolla sosiaali- ja terveydenhuollon keski- ja lähijohdon tehtävissä työskentelevien henkilöiden ominaisuuksia, johtamisosaamista ja johtamisympäristön muutosten vaikutusta johtamiskäytäntöihin. Kaikki johtajaryhmät kokivat hallitsevansa parhaiten henkilöstöjohtamisen, ja keskijohtoa edustavat kokivat osaavansa seuraavaksi parhaiten asioiden hoitamisen, yhteistyön ja kokonaisuuksien hallinnan. Johtajista 60 % tiesi, mitä ylin johto odottaa heidän johtamistyöltään, ja noin puolet koki saaneensa tukea esimiehiltään tai alaisiltaan. 80 % johtajista tiesi, mitä alaiset odottavat häneltä johtamistyössä. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto 2007, 16–24, 30–42.)

Virtasen väitöskirjatutkimuksen mukaan lääkärijohtamisesta on mahdollisesti alkanut tulla aikaisempaa ammattimaisempaa, ja johtajaksi hakeudutaan ja koulutaudutaan aikaisempaa aktiivisemmin. Edelleen kuitenkin tässäkin tutkimuksessa tuli esille ristiriita lääkärintyön ja johtamisen välillä. Virtanen näkee mahdollisena, että kliinisen senioriteetin merkitys johtajuuden oikeutuksen kannalta on vähentymässä. (Virtanen 2010, 165, 222.) Eri lääketieteen erikoisalojen johtajat näyttävät poikkeavan toisistaan, niin että johtajan erikoisala vaikuttaa hänen johtamistapaansa. Johtajan yhtenevä erikoisala johdettavien kanssa nähtiin johdettavien keskuudessa arvostettavana asiana. (Virtanen 2010, 235; Haapiainen 2016, 2209.) Myös Vuoren (2005, 45) mukaan lääketieteen eri erikoisalojen johtajilla on samanlaisia johtamisen tehtäviä, mutta toimintaympäristön ja ammattilaisten suhde työhön ja johtajaan on usein kulttuurisesti erilainen.

Kaukorannan pro gradu -tutkimukseen haastatellut lääkärijohtajat kokivat johtamistyön tärkeäksi. Oma johtamistyö koettiin haluttuna, mielenkiintoisina

ja tarpeellisenä työnä, mikä poikkesi lääkärien yleisestä vähäisestä kiinnostuksesta johtamista kohtaan tai luonnostaan ammatin myötä lankeavasta johtajuudesta. Johtamistyöhön liitettiin kuitenkin myös epäkohtia ja haasteita. Esimerkiksi hallintosääntö koettiin liian epämääräiseksi, minkä vuoksi lääkärijohtajat kokivat olevansa vallattomia väliinputoajia. Työnkuva ja strategisen johtamisen mahdollisuus nähtiin kapenevan varsinaisen toimivallan epäselvyydestä tai vähyydestä. (Kaukoranta 2012, 69–72.) Lääkärijohtajat tuottivat tavoitteiden kautta johtajuuttaan, jolla tähdättiin muun muassa terveydenhuoltolain noudattamiseen, varautumiseen terveyshuollon muutoksiin, parempaan kokonaisuuksien hallintaan ja tehokkuuteen. Lääkärijohtajat kuvasivat johtamistyön tekemisen koettamiseksi tai yrittämiseksi. (Kaukoranta 2012, 69.) Johtaminen koettiin vastuun kantamisena, suunnan näyttämisenä, alaisten työn edellytysten luomisenä ja muiden tarpeista huolehtimisena, mistä joskus on seurauksena lääkärin omien tarpeiden taustalle jääminen (Kaukoranta 2012, 73).

Pulkan lääkärijohtajuutta ja ylilääkäreiden ammatti-identiteettiä muuttuvassa asiantuntijaorganisaatiossa käsittelevän pro gradu -tutkimuksen mukaan ylilääkärin palkka ei ollut päämotivaatio työn tekemiseen ja palkka koettiin riittävän hyväksi. Sen sijaan työn sisältö ja työtehtävien järjestäytyminen vähensivät kiinnostusta ylilääkärivakanssia kohtaan, eivätkä tutkimukseen osallistuneet ylilääkärit pitäneet ylilääkärin virkaa haluttuna asemana. Tutkimukseen osallistuneet ylilääkärit kokivat yhteydenpidon lähiesimiehiin onnistuvan kiitettävästi. Kaikki tutkimukseen osallistuneet ylilääkärit kokivat, että ylimmillä esimiehillä oli ajoittain hankaluutta ymmärtää terveydenhuollon perustehtävää ja ylilääkärit joutuivat selittämään heille alkeellisia asioita hyvinkin yksinkertaistetusti. (Pulka 2013, 78, 103–104.) Tutkimuksen perusteella ylilääkärit kokivat kohtuullisen hankalana määritellä omaa henkilöstöjohtamisensa. Myös subjektiivisen kokemuksen kertominen koettiin vaikeaksi ja haastavaksi. Ylilääkärit kokivat lisäksi, että luvatut muutokset eivät toteudu muutoslupauksista huolimatta ja että alhaaltapäin tulevat aloitteet ja toiveet hukkuivat muiden joukkoon. Hyvästä tiedonkulusta ja vuorovaikutuksesta kiinnipitäminen koettiin tärkeänä. Terveydenhuollon organisaatioon moniportaisuus koettiin paikoin hankalana, mutta myös koettiin, että linjaorganisaatiomallia voi käyttää hyödykseen esimerkiksi tiettyjen tahojen intressien eteenpäinviemisessä. Terveydenhuollossa informaatiota välitetään tyypillisesti erilaisissa ja erimuotoisissa virallisissa työpaikkakokouksissa, mutta haastatellut ylilääkärit kokivat myös epäviralliset kokoontumiset tärkeinä. (Pulka 2013, 78, 80.)

Tikan (2015, 42) lääkäreiden johtamiskokemuksia selvittänyt pro gradu -tutkimus viittasi siihen, että lääkäri työvoiman suhteen suosituimmilla paikkakunnilla lääkärit kokivat johtamisen toimivan paremmin kuin epäsuosituilla ja lääkäripulasta kärsivillä paikkakunnilla.

Kujalan terveys- ja sosiaalialan esimiesten ammattijohtamisvalmiuksia käsitelleen väitöskirjatutkimuksen mukaan lääketieteen tohtoritutkinnon suorittaneissa lääkäreissä oli keskiarvallisesti enemmän esimiehiä, joiden johtamisprofiili luokiteltiin ammattijohtajiksi. Lääketieteen lisensiaattitutkinnon suorittaneiden esimiesten joukossa sen sijaan oli keskiarvallisesti ja prosentuaalisesti vähiten esimiehiä, joiden johtamisprofiili luokiteltiin ammattijohtajaksi. (Kujala 2015, 3, 202–203.)

Tammilaakson pro gradu -tutkimuksen mukaan lääkäriesimiehet arvioivat johtamiskompetenssinsa pääsääntöisesti hyväksi. Naislääkäriesimiehet arvioivat johtamiskompetenssinsa paremmaksi kuin mieskollegansa. Tutkimuksen mukaan lääkäriesimiehet hallitsivat ristiriitatilanteita, toimivat myönteisenä roolimallina, rohkaisivat ja kommunikoidivat sujuvasti työyhteisössä sekä kokivat olevansa hyviä yhteistyössä ja toisten tarpeiden sekä tunteiden huomioonottamisessa. Tammilaakson mukaan lääkäriesimiehet kuitenkin kokivat työnsä ilmeisen kuormittavana. Heikoimpana ominaisuutenaan koettiin työnsuunnittelu niin, että työn vaatimukset täyttyvät oman terveyden pysyessä samanaikaisesti yllä. (Tammilaakso 2016, 2.)

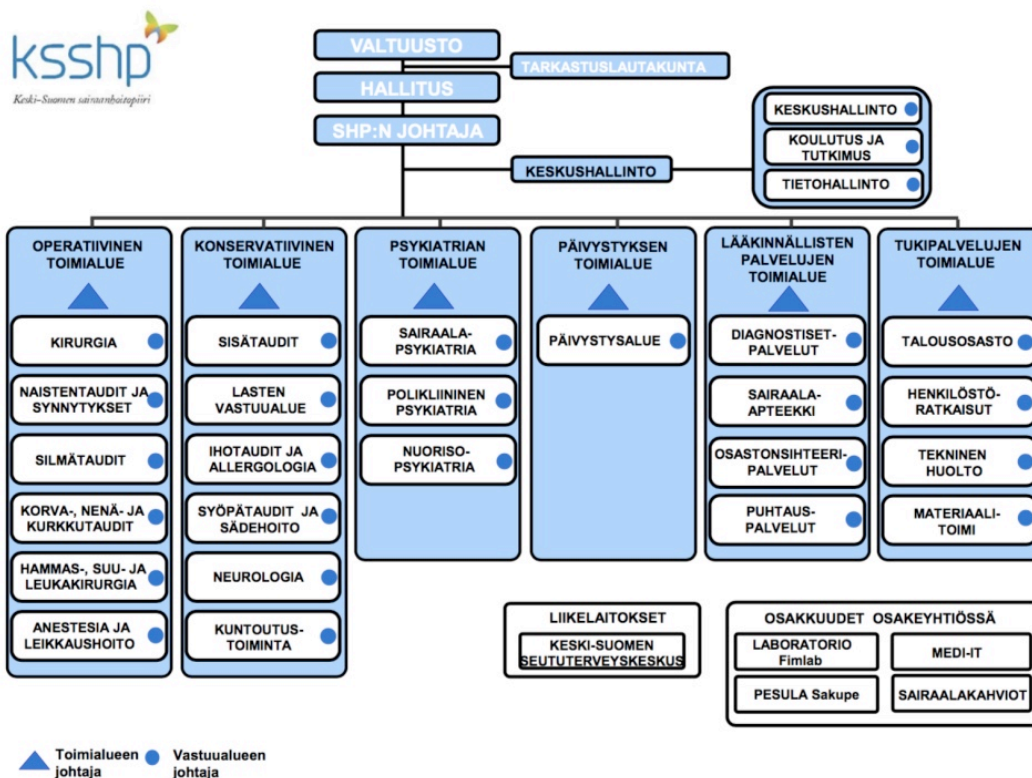
Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan esimiesasemassa olevat naislääkärit olivat rivilääkärikollegoitaan tyytyväisempiä työhönsä, ja naislääkäreillä tietoinen urakehitys oli harvemmin motiivina esimiesasemaan hakeutumisessa. Esimiestehtäviin hakeutumisen syynä oli ollut halu vaikuttaa muutoksiin ja luoda innoittava työilmapiiri. (Cajjal, Weiss ja Silva 2015, 7-12.)

Käytössä olevan kirjallisuuden mukaan lääkäreiden lääkärijohtajan työhön suhtautuminen näyttää vuosikymmenten saatossa kääntyneen toisarvoisena pidetystä työstä kiinnostavampaan, halutumpaan, osatumpaan ja tavoitelumpaan työhön, jolle lääkäri asettavat selkeitä reunaehtoja, kuten lähiesimiehen lääkäriyden.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Kohdeorganisaation esittely

Tutkimuskohteena olivat Keski-Suomen keskussairaalan ylilääkärit sekä toimialueiden ja vastuualueiden johtajina toimivat lääkärit. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on Suomen suurin ei-yliopistollinen sairaanhoitopiiri, jossa on edustettuna 38 erikoisalaa eli lähes kaikki lääketieteelliset erikoisalajat: akuuttilääketiede, anesthesiologia- ja tehohoito, fysiatria, geriatria, hammas-, suu- ja leukakirurgia, ihotaudit ja allergologia, keuhkosairaudet, kirurgia, käsikirurgia, lastenkirurgia, neurokirurgia, ortopedia ja traumatologia, plastiikkakirurgia, rintaelinkirurgia, urologia, vatsaelinkirurgia, verisuonikirurgia, kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede, kliininen neurofysiologia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, lastenneurologia, lastenpsykiatria, lastentaudit, naistentaudit ja synnytykset, neurologia, nuorisopsykiatria, patologia, psykiatria, radiologia, silmätaudit, sisätaudit, endokrinologia, gastroenterologia, hematologia, infektioaudit, kardiologia, nefrologia, reumatologia, yleissisätaudit, syöpätaudit ja sädehoito. Henkilöstöä on noin 3800, joista lääkäreitä on noin 440 ja hoitohenkilöstöä noin 2230. Hallinnollisesti Keski-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatio jakautuu kuuteen toimialueeseen, jotka jakautuvat edelleen 27 vastuualueeseen kuvion 1 mukaisesti. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017a.)



09/02/2016

KUVIO 1 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatiokaavio.

Keski-Suomen keskussairaala edustaa julkista erikoissairaanhoitoa, joka noudattaa erikoissairaanhoitolakia. Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) mukaan erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. (Finlex 1989.) Julkiset terveydenhuolto-organisaatiot ovat poliittisesti ohjattuja. Sairaalalla on lisäksi oma strategia, jonka mukaan pyritään toimimaan. Keski-Suomen keskussairaalan tuoreimman voimassa olevan strategian (2015–2020) mukaan (kuvio 2) Keski-Suomen keskussairaalan perustehtävä on tarjota kansallisiin ja kansainvälisiin suosituksiin perustavaa, luotettavaa, turvallista ja vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017b.) Nykyisen sairaalan tilalle on rakentumassa uusi tulevaisuuden sairaalaa, jonka on määrä valmistua vuonna 2020.



KUVIO 2 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia 2015–2020.

## 5.2 Tutkimusote

Koska tämän tutkimuksen tarkoitus on lisätä ymmärrystä lääkäreiden johtamistyön erityispiirteistä osana terveydenhuollon johtamista, tutkimusotevalinta kohdistui laadulliseen eli kvalitatiiviseen tutkimusotteeseen, joka sopii erityisesti ihmisten ja heidän kokemustensa tutkimiseen (Hirsjärvi ja Hurme 2001, 22–24). Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 71). Laadullisen tutkimusotteen piirteet, kuten joustavuus, palvelevat tämän tutkimuksen tarkoituksia. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan pyritään muuan muassa kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa, antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Tämän vuoksi laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöillä, joilta tietoa kerätään, on tutkittavasta asiasta kokemusta ja että he myös tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 85.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta ei pidä tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Ajatuksena kuitenkin on, että yksityisissä yleinen toistuu. Tällä tarkoitetaan, että kun tutkitaan yksityistä ta-

pausta riittävän tarkasti, saadaan esille myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 182.)

### 5.3 Aineistonhankinta

Aineistonkeruumenetelmänä tässä tutkimuksessa on puolistrukturoitu haastattelu, josta käytetään myös teemahaastattelun nimeä (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 208–209; Hirsjärvi ja Hurme 2011, 47). Teemahaastattelun tunnusmerkit toteutuvat, kun haastattelukysymykset on valittu tietyltä alueelta (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 208–209). Tarkentavien lisäkysymysten esittäminen on mahdollista (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 73). Teemahaastattelussa huomioidaan haastateltavan henkilökohtaiset näkemykset, kokemukset ja tulkinnat (Hirsjärvi ja Hurme 2001, 48).

Haastattelussa tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Tällöin on perusteltua antaa haastattelukysymykset tai aiheet tiedonantajille jo hyvissä ajoin etukäteen tutustuttavaksi. Haastattelun onnistumisen kannalta suositellaan, että tiedonantajat voisivat tutustua kysymyksiin, teemoihin tai ainakin haastattelun aiheeseen etukäteen. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 73.) Laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista käyttää myös lomakehaastattelua, jossa kysytään tutkimuksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 74–75).

Saturaatioksi kutsutaan ilmiötä, jossa haastattelujen vastauksissa alkaa ilmetä paljon samoja piirteitä. Tällöin tiedonantajat eivät tuota tutkimusongelmien kannalta enää mitään uutta tietoa. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 87.) Aineisto on riittävä, kun samat asiat alkavat kertaantua haastatteluissa. Silloin on syntynyt tietty määrä aineistoa, joka tuo esiin teoreettisesti merkittävän tuloksen. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 182; Eskola ja Suoranta 2005, 62.) Tämän tutkimuksen haastattelujen vastauksista alkoi loppuvaiheessa ilmetä paljon samoja piirteitä eli voidaan todeta, että aineistossa tapahtui saturaatio.

Kutsu ja tiedote mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen (liite 2) lähetettiin 3.4.17 ja 18.4.17 kaikille Keski-Suomen keskussairaalan ylilääkäreiden sekä vastuualue- ja toimialajohtajien yhteisellä sähköpostijakelulistalla olleille Keski-Suomen keskussairaalan johtajaylilääkärin sihteerin kautta sähköpostitse. Ennen kutsukirjeen lähettämistä olin sähköpostitse yhteydessä Keski-Suomen keskussairaalan johtajaylilääkäri Vesa Katajaan kysyäkseni lupaa tutkimuksen toteuttamiseksi Keski-Suomen keskussairaalassa. Johtajaylilääkärin suosituksesta kävin ennen haastattelukutsukirjeen lähettämistä kertomassa tutkimuksesta Keski-Suomen keskussairaalan ylilääkärikokouksessa 28.3.2017.

Tietoiseksi suostumukseksi haastatteluun määrittelin haastateltavien vapaaehtoisen sähköpostiyhteydenoton minuun. Haastateltavat informointiin vapaaehtoisuudesta osallistua tutkimukseen, ja tietosuojaan liittyvät seikat huomioitiin tutkittaviin kohdistuvien eettisten periaatteiden mukaisesti (Hirsjärvi ja Hurme 2011, 19–20). Tarjotessani mahdollisuutta osallistua haastattelututkimukseen kerroin haastateltaville tutkimuksen käyttötarkoituksen, heidän oi-

keudet keskeyttää osallistuminen ja kieltää tietojen käyttö missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Korostin heidän tietosuojansa vaalimista ja sitä, että tutkimuksessa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että haastateltavien osallistuminen ei paljastuisi, eikä heitä voitaisi tunnistaa tutkimusraportista. Ainoastaan minä tutkijana olen tietoinen osallistujien henkilöllisyydestä. Ennen varsinaisten haastattelujen alkamista harjoittelin haastattelijana olemista sekä haastattelulomakkeen toimivuutta aviomiehelleni, joka myös toimii ylilääkärinä, mutta työskentelee eri organisaatiossa kuin kohderyhmän haastateltavat.

Haastattelut toteutettiin 10.4.–8.6.2017 aikana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tiloissa. Haastateltavakseni suostui kohderyhmästä yhteensä 9 sairaalan nais- ja mieslääkäriä, jotka kaikki olivat erikoislääkäreitä. Haastateltujen aikaisemmat työtehtävät, johtamiskokemukset ja johtamiskoulutustaustat vaihtelivat, mutta kaikki olivat työskennelleet sairaanhoitopiirin palveluksessa useampia vuosia ja kaikilla oli takanaan pitkä ura erikoislääkärinä ja lääkäriesimiehenä, minkä vuoksi he sopivat hyvin tutkimukseni kohteeksi.

Haastattelin kutakin henkilöä kerran heidän valitsemanaan aikana ja heidän valitsemassaan paikassa, joka oli joko haastateltavan henkilökohtainen työhuone tai haastateltavan oma työyksikkö, jossa ei haastattelun aikana ollut muita ihmisiä. Haastattelut olivat kestoltaan 20–52 minuuttia. Tutkimuksen haastattelu sisälsi kaikille haastateltaville samassa järjestyksessä esitetyt samat 10 kysymystä, jotka oli lähetetty haastateltaville etukäteen sen jälkeen, kun he olivat ilmoittaneet sähköpostitse halukkuutensa osallistua haastattelututkimukseen. Haastattelukysymykset pohjautuivat kyseisestä aiheesta kirjoitettuun tieteelliseen kirjallisuuteen, joka teoriaosuudessa tulee esille. Haastattelussa tein tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Haastateltavia ja heidän näkemyksiään kohtelen arvostavalla tavalla.

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroiduissa teksteissä käytin haastateltavista ainoastaan koodinumeroa. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja haastattelut tuhottiin heti haastattelujen litteroinnin jälkeen. Haastatteluista kertyi tekstiaineistoa yhteensä 85 A4-liuskaa (kirjasin Calibri, tekstikoko 11, riviväli 1,0). Suojatakseni haastateltavien anonymiteettiä en kuvannut haastateltavia tarkemmin, en valinnut otteisiin arkaluontoisiksi katsottavia tai tunnistamisen mahdollistavia kohtia ja tein tarvittaessa otteisiin tunnistamista estävät muutokset.

Avointen kysymysten lisänä tutkimuksessa käytettiin Quinin johtamisroolilomakekyselyä, jossa haastateltavat asettivat numeroimalla järjestykseen kahdeksan Quinin lomakkeen (liite 3) johtamisroolia, jotka eniten ja vähiten kuvaavat heitä itseään ja heidän toimintatapojaan johtamistyössä. Roolimallit oli nimetty ja kuvattu yksityiskohtaisesti. Quinin lomakkeella haluttiin lisäselvittää työkuvaan kuuluvia ja kuulumattomia piirteitä. Pienen osallistujamäärän vuoksi Quinin lomaketuloksia ei ole tilastollisesti analysoitu.

## 5.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysi



on tekstianalyysia, jossa tarkastellaan kirjalliseen muotoon muutettuja dokumentteja (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 103). Tutkittavat dokumentit voivat olla melkein mitä tahansa kirjalliseen muotoon saatettuja materiaaleja: kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluita, puheita ja keskusteluita. Sisällönanalyysi sopii hyvin myös täysin strukturoimattoman aineiston analysointiin (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 103). Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä, ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon niin, että sen sisältämä informaatio ei katoa. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108; Eskola ja Suoranta 2005, 137.) Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 103). Edellä menetelmästä esitetyn pohjalta valitsin aineiston analyysimenetelmäksi sisällönanalyysin.

Sisällönanalyysin ohella puhutaan joskus myös sisällön erittelystä. Joissakin lähteissä niitä käytetään synonyymeinä. Tuomen ja Sarajärven mukaan sisällönanalyysistä olisi mielekästä puhua kahdessa eri merkityksissä, joille olisi omat erottavat sanat: sisällönanalyysi ja sisällön erittely. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analyysia, jossa kuvataan määrällisesti esimerkiksi tekstin sisältöä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata tekstin sisältö sanallisesti. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 105–106.) Näitä molempia voidaan hyödyntää samaa aineistoa analysoitaessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–108). Olen suorittanut haastattelututkimukseni analysoinnin teemoitteluperiaatteella. Teemoittelussa aineistosta poimitaan tiettyyn teemaan liittyvät asiat (Eskola ja Suoranta 2005, 178).

Haastatteluaineiston hankintaa ja siihen tutustumista tein rinnakkaisina prosesseina lukien aiempia haastatteluja samanaikaisesti kuin tein uusia haastatteluja, mikä helpotti haastattelujen keskenään vertaamista sekä niiden erojen ja yhtäläisyyksien havainnointia. Aineiston työstämisen aloitin haastattelujen litteroinnilla. Litteroinnin suoritti Spoken Oy. Kun aineisto on muutettu tekstimuotoon, teksti- ja puhemassan hallitseminen luonnistuu paremmin. Näin aineistoa on myös helpompi analysoida ja työstää (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006, 81). Litteroinnit valmistuivat 12.6.2017 mennessä ja litteroinneista otin analysoinnin helpottamiseksi paperitulosteet, jotka tuhottiin välittömästi pro gradu -tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Ennen analyysin tekemistä luin litteroinnit läpi useaan kertaan. Eskolan ja Suorannan (2005, 151) mukaan on tärkeätä tuntea aineisto perinpohjaisesti, minkä vuoksi se on syytä lukea aluksi useampaan kertaan, jotta aineisto avautuu alustavasti. Litterointia lukiessa pyrin kiinnittämään erityistä huomiota tutkimusongelman kannalta merkittäviin seikkoihin eli etsin tutkimuksen kannalta olennaisia asioita. Sen jälkeen järjestelin aineiston teemojen mukaan siten, että kunkin teeman alle kokosin kustakin haastattelusta ne kohdat, joissa puhutaan kyseistä teemasta. Aineiston tulokset olen esittänyt haastatteluaineisto-otteiden ja niihin pohjautuvien tulkintojen vuorotteluna. Aineisto-otteet olen kerännyt teemoittain kaikista haastatteluista ja ne on merkattu sitaateiksi tulkintatekstien väleihin. Haastatteluaineisto-otteista olen poistanut tai vaihtanut sellaisia ilmauksia ja sanoja, jotka olisivat voineet vaikuttaa puhujan henkilöllisyyden paljastumiseen. Haastateltavien anonymiteetin suojaamiseksi otteiden haastattelukoodit eivät ole myöskään

näkyvissä. Näillä muutoksilla ei ole ollut vaikutusta analyysiini ja tulkintoihini, koska muutettu tekstiasu on esillä vain aineisto-otteissa.

## 5.5 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuksenteekoon liittyy eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on tutkimusta tehdessään otettava huomioon. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvien tutkimuseettisten periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on, että tutkimuksenteossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Epärehellisyyttä on vältettävä tutkimustyön kaikissa vaiheissa. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 23, 25.)

Opetusministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyy muun muassa, että tutkija (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 23–24):

- 1) noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä,
- 2) soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan,
- 3) ottaa muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon ja kunnioittaa heidän työtään ja että
- 4) tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.

Ihmisarvon kunnioittaminen tulee olla tutkimuksen lähtökohtana. Ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla ihmisille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Lisäksi selvitetään, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Yleensä tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään asiaan perehtyneesti annettu suostumus, jolla on tarkoitus estää ihmisten manipulointi tutkimushankkeissa. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 23.) Peruskysymyksiin kuuluu se, mitä hyötyä tai haittaa tutkittaville tutkimuksesta on, miten heidän yksityisyytensä ja tutkimuksen luottamuksellisuus turvataan ja miten ollaan johdattamatta tutkittavia harhaan. Jokaiselle tutkittavalle pitää antaa riittävä informaatio tutkimuksen luonteesta ja tavoitteesta sekä korostettava vastaamisen vapaaehtoisuutta. Luottamuksellisuus ja anonymiteetti ovat tietojen käsittelyssä kaksi keskeisintä käsitettä. (Eskola ja Suoranta 2005, 56.)

Tutkimustyöni alusta asti olen pyrkinyt ottamaan huomioon kaikki hyvälle ja eettiselle tutkimustyölle asetetut vaatimukset parhaan kykyni ja tietämykseni mukaan. Haastateltaville olen kertonut miksi teen tutkimusta, tutkimuksen tarkoituksen, mihin tutkimusta käytetään, ja että heidän tietojaan ei kerrota tutkimuksessa niin, että se voitaisiin yhdistää tiettyyn haastateltavaan. Haastattelutilanteessa haastateltavat saivat vastata vapaaehtoisesti kysymyksiin niin kuin halusivat, eikä heitä ole painostettu millään tavoin. Tutkimusaineisto on kerätty ja säilytetty huolellisesti. Alkuperäistä litteroitua tutkimusaineistoa olen

säilyttänyt omalla salasanasuojatulla tietokoneellani koko tutkimusprosessin ajan. Olen noudattanut huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä toiminut rehellisesti kunnioittaen toisten tutkimustyötä käyttämällä asianmukaisia viitteitä tarkasti merkaten. En ole pyrkinyt yleistämään tuloksia ilman kunnollista perustelua, enkä ole sepittänyt tai vääristellyt tutkimusaineistoa. Olen pyrkinyt kuvaamaan haastatteluaineiston selkeästi, laajasti ja monipuolisesti, ja lisäksi olen pyrkinyt ottamaan tuloksiin ja niiden johtopäätöksiin runsaasti sanatarkkoja aineisto-otteita, millä olen pyrkinyt välttämään virheellisiä tulkintoja. Myös tietoja julkistettaessa tulee pitää huolta luottamuksellisuuden säilyttämisestä ja anonymiteettisuojasta (Eskola ja Suoranta 2005, 56–57). Olen tuloksia julkistettaessa huolehtinut siitä, ettei haastateltavia voida tunnistaa heidän vastauksiensa perusteella, minkä vuoksi tekstiin valituissa aineisto-otteissa haastateltavien koodit eivät ole näkyvissä.

## 5.6 Tutkimuksen luotettavuus

Reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan tulosten tarkkuutta. Laadullisessa tutkimuksessa pääasiallisin luotettavuuden kriteeri on tutkija itse, ja täten luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola ja Suoranta 2005, 210.) Eskola ja Suoranta (2005, 64) ovat esittäneet menetelmän, jonka mukaan aineiston keruun jälkeen aineisto voidaan jakaa kahteen osaan ja analysoida alkuun vain aineiston toinen puolisko. Saavutetun tulkinnan sopivuutta voidaan tämän jälkeen koetella aineiston toisessa puoliskossa. Jos osoittautuu, että tulkinta pitää myös aineiston toisessa puoliskossa, voi ajatella saavuttaneensa analyysilleen luotettavuutta. Käytin edellä mainittua menetelmää jakamalla tutkimusaineistoni kahtia niin, että poimin sattumanvaraisesti haastattelulomakkeista neljä lomaketta ja analysoin ne. Tämän jälkeen analysoin loput lomakkeet ja vertasin tuloksia toisiinsa. Molempien aineistojen tulokset olivat samanlaisia, mistä voidaan ajatella, että samantapaisesta tutkimuksesta saataisiin samat tulokset kuin tästä tutkimuksesta. Tutkimukseni on siis verrattain luotettava. Suoritin myös haastattelut niin, että haastattelutilanteissa haastateltava saattoi vastata rauhassa ja luottamuksellisesti haastattelukysymyksiin, mikä lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimus mittaa sitä mitä olikin tarkoitus selvittää. Validius on varmistettava etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla tiedonkeruulla. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee kattaa tutkimusongelma sekä mitata oikeita asioita yksiselitteisesti. Haastattelututkimuksissa validiteettiin vaikuttaa ensisijaisesti kysymysvalinnan onnistuminen eli voidaanko valittujen kysymysten avulla saada ratkaisu tutkimusongelmaan. (Heikkilä 2008, 29–30, 186.) Nämä asiat olen pyrkinyt ottamaan tutkimuksen huomioon tutkimukseni alusta lähtien. Haastattelukysymykset olen miettinyt tarkasti niin, että niillä saisin vastaukset asettamiini tutkimustavoitteisiin ja että ne mittaisivat oikeita asioita yksiselitteisesti ja kattavasti.

Kaikkiin tutkimuksiin liittyy tutkijan subjektiivisia valintoja tutkimusme-

netelmästä, kysymysten muotoilusta, analysointimenetelmistä ja raportointitavasta. Tutkimuksen objektiivisuus eli puolueettomuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset eivät saa riippua tutkijasta. Haastattelijan on esitettävä kysymykset samalla tavoin, eikä millään tavalla saa johdatella vastaajia heidän vastatessaan ja valitessaan vastausvaihtoehtoja. (Heikkilä 2008, 31.) Haastattelulomakkeella olen varmistanut, että kaikille haastateltaville olen esittänyt täsmälleen samat kysymykset ja samalla tavalla. Tutkimuksen objektiivisuuden olen ottanut huomioon siten, että en ole pyrkinyt millään tavoin johdattelemaan haastateltavia.

Oman roolini haastattelijana sekä analyysin ja tulkinnan tekijänä näen mielenkiintoisena, koska olen itse toiminut lääkärimäisenä terveydenhuollon eri sektoreilla 21 vuotta, mistä 14 vuotta erikoislääkärinä. Osaan aiemmista työvuosista olen työskennellyt lääkärimäisenä kohdeorganisaatiossa. Omakohtaiset kokemukseni lääkärimäisenä toimimisesta ja lääkärintyöstä koen auttavan kulttuurisen kontekstin tuntemusta. Lääkärimäisenä minulla ei myöskään ole vaikeutta ymmärtää lääkäreiden omaa ammattikieltä. Luottamuksellisen ilmapiirin luomisen uskon olevan helpompaa haastattelutilanteessa, jossa sekä haastattelija että haastateltava ovat lääkäreitä. Tutkijan ammatillinen tausta saattaa vaikuttaa hänen kykyynsä nähdä, oivaltaa ja analysoida sellaisia tutkimuskohteen piirteitä, jotka muuten voisivat jäädä vaille huomiota (Virtanen 2010, 228–229). Toisaalta taustalla oleva pitkä lääkäriura ja kuuluminen samaan ammattiryhmään voivat aiheuttaa sen, että osa asioista saattaa näyttäytyä minulle itsestäänselvytenä, mikä voi johtaa kriittisen ajattelun vähentymiseen ja sokeuttaa ilmiöille, jotka olisivat ammattikunnan ulkopuoliselle selvästi näkyvissä (ks. myös Aira 2005, 1086). Toisaalta olen viimeiset 9 vuotta työskennellyt erikoislääkärinä pääosin terveydenhuollon yksityissektorilla, minkä vuoksi tutkimuksen kohteena olleen julkisen terveydenhuollon ylilääkärityöasiat eivät koskettele minun työelämää, eivätkä ole minun työyhteisön asioita. Tämä seikka voinee selkeyttää tutkimuksessa esille tulleiden asioiden näkemistä objektiivisesti.

## 6 TULOKSET

Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia esimiesasemassa toimivien lääkäreiden eli lääkärijohtajien työtä ja heidän näkemyksiä työstään. Tutkimustehtävänä oli lisätä ymmärrystä lääkäreiden johtamistyön erityispiirteistä osana terveydenhuollon johtamista. Tutkimustehtävään haettiin lisävaloa vastaamalla seuraaviin kysymyksiin:

- millainen on lääkärin urapolku lääkärijohtajaksi
- mistä lääkärijohtajan työ muodostuu
- miten lääkärijohtajat kokevat työnsä
- miten lääkärijohtajan työtä voitaisiin tukea

### 6.1 Lääkärin urapolku lääkärijohtajaksi

Tutkimukseen osallistuneet lääkärijohtajat olivat mittavan lääkäriyöuran tehneitä akateemisesti pitkälle koulutettuja esimiesasemassa toimivia erikoislääkäreitä, joiden työ sisälsi monenlaisia työtehtäviä. Kaikilla oli lääketieteellisiä perus- ja erikoislääkäriopintoja vähintään 11-12 vuotta sekä pitkä työura erilaisissa lääkäri- ja erikoislääkäritehtävissä. Kaikilla haastatelluilla oli takanaan myös useita lääkäriesimiestyövuosia.

Koulutus on yleisimmin edennyt siten, että ensin henkilö on valmistunut lääkäriksi (lääketieteen lisensiaattikoulutus), mikä kestää vähintään kuusi vuotta. Sen jälkeen haastateltavat olivat kouluttautuneet erikoislääkäriksi (erikoislääkäritutkinto), mikä kestää minimissään 5-6 vuotta. Tilastojen mukaan Suomessa työikäisistä lääkäreistä 59 % on suorittanut erikoislääkärikoulutuksen (Suomen Lääkäriliitto 2016b, 3).

Lääkärijohtajat olivat yleensä aloittaneet lääkärin työt heti, kun siihen oli laillisesti ollut mahdollisuus eli lääketieteen lisensiaattiopintojen viimeisien opiskeluvuosien aikana. Lääkärinä erikoislääkäriksi etenemisen luonteeseen liittyen kaikilla oli työvuosien aikana kertynyt useita eri lääkäri- sekä erikoislääkäriyöpaikkoja. Erikoislääkärikoulutukseen sisältyvien vaatimusten vuoksi

lääkärit joutuvat yleensä vaihtamaan työpaikan lisäksi myös paikkakuntaa saadakseen pätevöitymisen valmiiksi koulutusvaatimusten edellyttämässä ajassa. Osa oli vaihtanut työpaikkaa ja asuinkaupunkia myös lääkärijohtamisuran etenemisen vuoksi ja osa aiemman työpaikan toimimattoman johtamiskulttuurin vuoksi.

Ja sit mä tulin tänne, että siel ... tämä niin sanottu johtaminen ... ei oikein minun mielestäni toiminut. Ja ois ollu vaan aika uudelle sukupolvelle ja aukes tää paikka, ni mä sit tulin tänne.

Epätyydyttävä työpaikan johtamiskulttuuri liikuttaa siis lääkäri- ja lääkärijohtajatyövoimaa sen jälkeenkin, kun erikoistumisvuosiin liittyvä pakollinen liikehtimisen aika on ohi. Tikka (2015, 44) on pro gradu -tutkimuksessaan havainnut saman ilmiön: hän toteaa johtamiskulttuurin vaikuttavan paitsi lääkäreiden työpaikan, myös työkaupunginvaihtohalukkuuteen. Tikka toteaa tutkimuksessaan suosituimmilla paikkakunnilla lääkäreiden johtamisen toimivan paremmin kuin epäsuosituilla ja lääkäripulasta kärsivillä paikkakunnilla.

Lääkärityötehtävien sekä -työpaikan vaihtumisen myötä uudet työkuviot olivat tuoneet ja mahdollistaneet lääkärijohtajille uusia vastuutehtäviä, joihin osa oli myös tietoisesti halunnut ja hakeutunut. Osalla orastava lääkärijohtamistyöhön ja/tai -asemaan suuntautuminen oli ollut ajatuksissa vuosien myötä vahvistuvana ajatuksena jo ennen lääkärijohtajapositiota. Osalla lääkärijohtajan työ ei ollut uran alkuperäisenä suunnitelmana, mutta työuran eri vaiheet olivat kuljettaneet siihen. Osa koki oman persoonan tukeneen vastuutehtäviin ja työkehitystehtäviin hakeutumista jo lääkäri- ja erikoislääkärivuosien työtehtävissä, ja osaa oli kysytty lääkärijohtajavirkaan.

Erikoistumisaikana herkästi lähti tekemään, kehittämään, suunnittelemaan asioita niissä yksiköissä missä työskenteli. Niin on päässy jo siinäkin vaiheessa erikoistumisvaihetta yksiköitten erikoistumistyössä tuomaan niitä omii ideoita ja asioita. Jotenkin aattelee, et nekin on mua valmistanu tähän nykyiseen tehtävään. No mitä pidemmälle lääkäriä tekee sitä omaa erikoisalaansa, ainakin mä koin, että mun kohdalla on käyny näin, niin sitä enemmän on tavallaan jotenkin valunut niitä johtamistehtäviä tai hallinnollisii tehtäviä, kehittämistehtäviä. Mut se liittyy varmaan mun persoonaankin, että on halunnu, muokata sitä tehtävää tai työtä siellä työyksikössä yhdessä, toki muun henkilöstön kanssa, vähän omasta mielestä parempaan suuntaan.

Sitte oltu aika pitkään samassa työpaikassa, niin siinä enemmän tai vähemmän, niin osa porukasta sitte ajautuu hallinnollisiin tehtäviin.

Mäkään en aatellu koskaan olevani tällaises pestissä, ..., sitten monta palapeliä meni tiettyyn suuntaan, ni sitten on tässä.

Tämän tutkimuksen havaintojen mukaan pitkä työura lääkäriä ja erikoislääkärinä näyttävät omalta osaltaan ohjaavan lääkäriä johtamisposition suuntaan. Nämä havainnot ovat samansuuntaisia aiempien kirjallisuudessa esitettyjen tutkimusten kanssa, joiden mukaan johtaviksi lääkäreiksi ovat useimmiten kohonneet oman alansa tieteellisesti meritoituneimmat potilastyötä tekevät lääkärit eli kliinikot (ks. esim. Sumanen, Viitanen, Virjo, Hyppölä, Halila, Kumpusalo, Kujala, Isokoski, Vänskä ja Mattila 2006, 4241; Virtanen 2010, 235).

Osalle haastatelluista lääkärijohtajista oli muodostunut halu kasvaa johtajana ja tehdä lääkäreille ja koko työyhteisölle työtä johtajana, vaikka johtajaposition ymmärrettiin vähentävän mahdollisuutta toimia tärkeäksi ja omaksi koettussa lääkärin työssä. Osa lääkärijohtajista koki pitkän työuran ja vuosien varrella olleiden vastuutehtävien johtaneen lääkärijohtajaksi valikoitumiseen ja osa koki lääkärijohtajantyöhön päätyminen olleen osittain työnantajan viitoittamaa ajautumista. Työelämän sattumilla näytti olevan myös osuutta lääkärijohtajaposition päätyemisessä. Jos aiempi työnantaja ei voinut tarjota koulutusta vastaavaa työtä, otettiin työ vastaan toiselta paikkakunnalta, jossa sattumalta ilmaantuikin mahdollisuus hakea myös lääkärijohtajaposition. Sattumaltakin aukeava mahdollisuus lääkärijohtajantyöstä voi siis herättää lääkärissä ajatuksen esimiestyöhön hakeutumisesta. Tämän tutkimuksen mukaan lääkärijohtajaksi siis joko halutaan tai ajaututaan, mikä havainto on osittain samansuuntainen aiempien kirjallisuudessa esitettyjen tutkimushavaintojen kanssa (ks. esim. Hermanson 1989, 165; Sumanen, Viitanen, Virjo, Hyppölä, Halila, Kumpusalo, Kujala, Isokoski, Vänskä ja Mattila 2006, 4241; Virtanen 2010, 165, 222).

Osa haastateltavista pohti johtajaroolin ilmentymistä ja alkua heti uran alussa. Jo aloittaessaan ensimmäisiä lääkärintöitä osa haastatelluista oli huomannut joutuvansa herkästi erilaisten työtiimien, -kokousten ja -palaverien vetäjäksi tai johtajaksi ilman varsinaista johtajatitteliä, -virkaa tai kirjallista määräystä toimia johtajana tai vetäjänä. Perusteena johtajaroolille oli ollut lääkärin koulutus.

Ainakin ite mä havahtuin siihen jo erikoistumisaikana. Olin aina jonkun tiimin vetäjä, tai pidettiin joku raportti, niin mä olin senkin vetäjä...Kun sä oot kerran lääkäri, sä voit vetää ton tiimin.

Edellisen sitaatin lääkärijohtajan havainto lääkärinopinnoista automaattisesti tulevasta johtajaroolista on samansuuntainen Kaukorannan pro gradu -tutkimuksessa esille tulleen lääkärin johtajuusodotushavainnon kanssa. Sen mukaan lääkäreitä pidetään lääkärijohtajien puheessa johtajina ammattivastuunsa puolesta hierarkia-asemasta riippumatta ja lääkäreiden odotetaan ottavan johtajan asema. (Kaukoranta 2012, 67.) Tutkimuksen havainto rivilääläkärin johtajaroolista on samansuuntainen myös Viitasen, Tampsi-Jarvalan ja Lehdon (2006, 997) havainnon kanssa, jonka mukaan terveydenhuollossa työtä tekevät yhdessä ja erikseen monen eri terveys- ja sosiaalisektorin asiantuntijat. Näissä moniammatillisissa tiimeissä lääkärit toimivat samanaikaisesti sekä johtajina että tiimin jäseninä.

Lääkärin johtajan työ ei välttämättä ole lääkäriksi valmistuvan ensisijainen haavetyönkuva, koska lääketieteellinen koulutus painottuu ja valmentaa ensisijaisesti potilastyöhön. Tästä johtuen lääkäriksi valmistuvaa voi hämmentää lääkärille pyytämättä lankeava johtajan rooli.

Mä ainakin yllätyin, kun mä valmistuin lääkäriksi ja ku menin töihin, niin huomasinkin et, eihän se lääkäri tapaakaan välttämättä, et se ei oo vaan lääkäripotilaskohde. Et siellä jo tarvi lääkäri sitä johtamisosaamista, ku oli aina sen jonkun tiimin vetäjä. Et se jotenkin yllätti, et lääkärikoulu niin jotenkin keskitty vaan siihen lääkäripotilas-suhteeseen. Mut sitten se aika nopeesti paljastu, et aina oli lääkäri jonkun tiimin vetä-

jänä, sen yksikön esimiehenä tai potilasta kun tapasivat ja oli joku verkosto paikalla, niin lääkäri oli tilanteen vetäjä.

Suomen Lääkäriliiton näkemyksen mukaan lääkärin peruskoulutus ei suoraan valmenna johtajaksi, mutta antaa hyvän pohjan ymmärtää terveydenhuollon palvelutoiminnan logiikkaa, tehdä valintoja vaihtoehtojen välillä ja saavuttaa asiantuntija-alaisten luottamus (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 178). Myös Pulkan tutkimuksen mukaan pitkä kliininen koulutus ja erikoisalanosaaminen eivät riitä lääkärijohtajuuteen, koska samaan aikaan työhön kuuluu henkilöstön johtaminen, motivointi, kannustaminen, ristiriitojen selvittely sekä budjetin hallinta (Pulkka 2013, 102, 109).

### 6.1.1 Lääkäreiden johtamiskoulutus ja kokemukset johtamiskoulutuksista

Erikoislääkärikoulutuksen johtamiskoulutusvaatimukset muuttuivat Suomessa vuonna 2009, minkä myötä erikoislääkärikoulutukseen liitettiin pakollinen ja aiempaa laajempi lähijohtajakoulutus. Muutos koskee 1.8.2009 opinto-oikeuden saaneita. Pakollisen johtamiskoulutuksen lisäksi lääkärit voivat opiskella työtehtävien edellyttämien vaatimusten mukaan muita johtamistäydennyskoulutuksia, joita ovat muun muassa Suomen Lääkäriliiton järjestämä Erikoislääkärien johtamiskoulutus (ELJ), joka vastaa opetusministeriön sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutustyöryhmän (2004:30) määrittelemää keskijohdon 30 opin-  
topisteen koulutusta sekä MBA-/eMBA-koulutus.

Tutkimukseen haastatellut lääkärijohtajat olivat suorittaneet vaihtelevasti johtamiskoulutusta. Kaikki olivat opiskelleet ainakin yhden lääkäreille suunnatun johtamiskoulutuksen ja osalla oli runsaasti johtamiskoulutusta. Johtamiskoulutuksesta kaikilla haastatelluilla oli mielipide ja mielipiteet erosivat paikoin laajasti toisistaan. Lääkäreille suunnattujen johtamiskoulutuksien olemassaoloa ja koulutukseen osallistumisen mahdollisuutta haastatellut lääkärijohtajat pitivät pääsääntöisesti hyvänä ja tarpeellisena asiana, mutta kriittisyyttäkin johtamiskoulutuksen sisältöä kohtaan tuli esille. Haastattelujen pohjalta voidaan tulkita, että johtamiskoulutusta haluttaisiin ja se koetaan lääkärijohtajan johtamisroolissa osittain tarpeelliseksi.

Niin oli se [johtamiskoulutus] nyt enimmäkseen hyvää, mutta et aina välillä tun-  
tuu, ..., et sisältö aina ei ehkä oo kuitenkaan sitä, et välillä niissäkin on sit tällaista  
ehkä tiettyjä kliseitä, kliseiden pyörittämistä ja ehkä semmoiset turhankin teoreettiset.

Tämä havainto on osittain samansuuntainen kuin Pulkan pro gradu -  
tutkimuksen havainnot, joissa todettiin ylilääkäreillä olleen positiivinen suhtau-  
tuminen johtamiskoulutukseen, jota pidettiin tarpeellisena ja hyödyllisenä.  
Kaikki Pulkan tutkimukseensa haastattelemaat ylilääkärit olivat kokeneet, että  
kokonaisvaltaiseen johtamiseen ei riitä pelkkä perus- ja erikoislääkärikoulutuk-  
sen aikana saatu johtamiskoulutus. (Pulkka 2013, 103–104.) Myös Tammilaak-  
son tutkimuksen mukaan johtamiskoulutus sekä oman esimiestyön ja johtamis-  
osaamisen kehittäminen kiinnostavat lääkäriesimiehiä, mutta ongelmaksi oli  
koettu ajan riittävyys (Tammilaakso 2016, 2).



Erikoislääkäriksi valmistumisen jälkeen johtamiskoulutus näyttää kalliituvan oleellisesti. Erikoistumisvaiheessa johtamiskoulutus on osana erikoislääkäritutkintoa, mutta erikoislääkärivaiheessa se on työtehtävien vaatimaa täydennyskoulutusta. Osa haastatelluista lääkärijohtajista näki johtamiskoulutuksissa kaupallistumisen piirteitä ja osaa johtamiskoulutuksista pidettiin kovin kalliina, minkä koettiin heikentävän halua ja tasavertaista mahdollisuutta osallistua kyseisiin koulutuksiin.

Mut must tuntuu jotenkin, että tää on menny vähän liikaa semmoseks markkinaehtoseks tää touhu kallistu huomattavasti, kun ne siirty yliopistoille.

Lääkäreiden johtamiskoulutuksissa onkin huomattavia hintaeroja. Vuonna 2017 alkaneen Erikoislääkärien johtamiskoulutusten (ELJ) hinta on 4 000 euroa (Suomen Lääkäriliitto 2017a). Koulutuspaikasta ja koulutukseen sisältyvistä kursseista riippuen eMBA-koulutusten hinnat vaihtelevat ollen noin 35 000 eurosta ylöspäin.

Tämän tutkimuksen haastattelujen pohjalta voidaan tulkita, että erilaisten tarjolla olevien johtamiskoulutuksien tarjontaa pidettiin varsin runsaana, mikä näytti tuovan lääkärijohtajille ongelmaa laadukkaan ja oman esimiestason johtamistyötä hyödyttävän koulutuksen valinnassa. Osa haastateltavista pohti retorisesti, onko kaikista tarjolla olevista johtamiskoulutuksista hyötyä nimenomaan lääkärijohtamistyötä tekeväille. Osa lääkäreille suunnatusta johtamiskoulutuksesta koettiin sisällöltään kaikille jo aiemmasta tuttujen itsestänselvyyksien läpikäyntin, eikä osassa koulutuksissa sisällön koettu vastanneen odotuksia. Osa toivoi yksinkertaisempaa ja helpommin tavoitettavaa johtamiskoulutuskokonaisuutta, jossa hinta ei olisi kaupallistunut. Osa kaipasi selkeää käytännön johtamistyötä tukevaa lääkäreille suunnattua johtamiskoulutuskokonaisuutta, johon ei tarvitsisi etsiä osia eri tahoilta. Osa lääkärijohtajista pohti johtamiskoulutuksien laadun ja tason vaihtelevuutta sekä sitä, meneekö hinta ja laatu käsikädessä vai pitäisikö valinnassa mieluummin luottaa luotettavaksi tunnustettuun koulutusjärjestäjään. Osa haastatelluista koki suorittamansa koulutuksen vain toissijaisena koulutuksena, joka oli ollut esimiesasemassa työskentelevän hyvä käydä.

Se [johtamiskoulutus] oli läsnäoloa. Tietysti mä luettelen sen näennäiskoulutukseks.

Edellisen sitaatin lääkärijohtajan havainto on samansuuntainen aiempien kirjallisuudessa esitettyjen selvitysten kanssa, joiden mukaan ammatillisen urakehityksen myötä lääkärit ovat perinteisesti siirtyneet johtavaan asemaan usein ilman johtamiskoulutusta (ks. esim. Aira, Mäntyselkä, Myllykangas ja Kumpusalo 2006, 1887; Lehto, Viitanen ja Autio 2003, 5209). Myös Hermanson (1989, 159) totesi väitöskirjassaan, että hallinnollinen työ on lääkärille enemmän työkokemuksen kautta vähittäin kehittyvä taito kuin teorian ja opiskelun kautta opeteltava ammatti. Lääkäreillä itselläänkin on ollut usein asenne, ettei johtaminen ole työtä lainkaan (Järvi 2000, 4175).

Johtamiskoulutuksen toissijaisena kokemiseen saattaa vaikuttaa useampi seikka. Haastateltujen lääkärijohtajien puheissa potilastyön taitaminen on arvotettu korkealle sekä lääkärijohtajien omassa arvoasteikossa, että kollegojen ja

muun työyhteisön silmissä. Jos lääkärijohtajan arkityö tukee vahvasti potilastyön arvoa ja osuutta työssä, on helppo ymmärtää johtamistyöhön liittyvän johtamiskoulutuksen arvottaminen alhaisemmalle tasolle. On siten järkevämpi keskittää aika ja resurssit siihen, jonka osaamista työarki todellisuudessa priorisoi. Näitä havaintoja tukevat aiemmat kirjallisuudessa esitetyt tutkimukset, joiden mukaan lääkärijohtajan työkuvan painotus potilastyöhön on omiaan tukemaan lääkärijohtajuudessa klinikon työorientaatiota eikä johtajan työorientaatiota (ks. esim. Aira, Mäntyselkä, Myllykangas ja Kumpusalo 2006, 1888; Viitanen, Tampusi-Jarvala ja Lehto 2006, 1000; Kaukoranta 2013, 68).

Tutkimuksen haastatteluissa tuli esille, että johtamiskoulutusta enemmän hyödyllisenä pitäneet lääkärijohtajat olivat suorittaneet johtamiskoulutusta enemmän kuin muut haastatellut. Tässä on kuitenkin huomioitavaa, että enemmän johtamiskoulutusta suorittaneilla lääkärijohtajilla johtamisen ja hallintotyön osuus työnkuvassa oli potilastyötä laajempi. Havainto on osittain samansuuntainen kuin Hoffin (1999, 54) Yhdysvalloissa toteuttamassa tutkimuksessa: johtamiskoulutuksen omaavat johtavat lääkärit (*physician executives*) tekivät vähemmän kliinistä työtä kuin muut johtavat lääkärit. Nämä havainnot voivat viitata siihen, että lääkärijohtajan työkuvan jakautumissuhde potilastyöhön ja ei-potilastyöhön vaikuttaa johtamiskoulutuksen hyödyllisyyteen ja hyödyllisenä kokemiseen. Huomioitavaa kuitenkin on, että lääketieteen erikoisaloilla on toisiinsa verrattuna paikoin hyvinkin erilainen työnkuva, mikä saattaa vaikuttaa mahdollisuuteen, tarpeeseen ja halukkuuteen muovata työnkuvaa. Myös lääkärijohtajan hierarkiataso voi vaikuttaa työnkuvaan ja mahdollisuuden vaikuttaa työnkuvan erilaisiin painotuksiin.

Suurin osa haastatelluista lääkärijohtajista ei nähnyt pitkästä kliinisestä lääkäriinurasta olevan haittaa lääkärijohtamistyölle. Päinvastoin moni koki sen opettaneen lääkärijohtajalle ihmisten johtamistaitoja, organisoimistaitoja sekä asioiden priorisointia, joita koettiin perustaidoiksi johtajankin työssä. Pitkän kliinisen lääkäriuran ja johtamiskoulutuksen koettiin olevan hyvä yhdistelmä nykyiseen lääkärijohtajan työhön.

Ei tässä roolissa siitä omasta kliinisestä, kuitenkin aika pitkästä urasta, ni ei siitä haittaa oo ollu, et kyl se on ollu ihan hyvä kombo tähän.

Tämä havainto on osittain samansuuntainen kuin kirurgian dosentti, professori Reijo Haapiaisen arvio, jonka mukaan lääkärin koulutus ja ihmistuntemus antavat hyvät perusvalmiudet johtamiseen. Lisäksi profession omassa ympäristössä varttuneille ja sen eri portaat nousseille lääkärijohtajille tarjoutuu merkittävä etulyöntiasema. (Haapiainen 2016, 2209.)

Johtamiskoulutukseen ehdotettiin erikoisalakohkaisia parannuksia, mikä voi viitata siihen, että eri erikoisalat hyötyisivät erilaisista johtamiskoulutuksista ja erilaisesta johtamisesta. Osa haastatelluista lääkärijohtajista kokisi toimivimpana koulutuksen, jossa erikoislääkärikoulutuksen tapaan kaikille erikoisaloille olisi yhteinen runko-osuus käsittäen esimerkiksi kaikille yhteisiä asiantuntijaorganisaation johtamis- ja talousoppeja, mutta sen lisäksi olisi erityyvä erikoisalakohkaista johtamiskoulutusta, jossa saman erikoisalan

lääkärijohtamiskollegat tapaisivat toisiaan johtamisoppien äärellä saaden samalla vertaistukea.

Etä mun mielestä tää [nykyinen johtamiskoulutussysteemi] jollakin lailla huono systeemi ....tai mä, kannattasin semmosta hallinnon pätevyyttä, jossa on se yleinen, erikois-, ja talousosio.... Et se sisältäs sekä tämmöstä yleistä että erikoisalakohdasesti eriytyvää johtamiskoulutusta. Ja semmonen selkeä yks paketti, et ei tarttis mennä hakemaan joka puolilta.

Edellisen sitaatin lääkärijohtajan havainto erikoisalan huomioivasta koulutustarpeesta on samansuuntainen kuin Virtasen väitöskirjatutkimuksessa (2010, 235) todettu havainto, jonka mukaan eri lääketieteen erikoisalojen johtajat näyttävät poikkeavan toisistaan niin, että johtajan erikoisala vaikuttaa hänen johtamistapaansa. Tutkimuksen haastattelujen pohjalta voidaan tulkita, että erityyppiset ihmiset ja erilaiset toiminnalliset yksiköt saattaisivat hyötyä erityyppisistä johtamistyyleistä, mikä olisi hyvä huomioida lääkäreille suunnatuissa johtamiskoulutuksissa.

Osa tämän tutkimuksen haastatelluista lääkärijohtajista halusi innostaa lääkärijohtamisesta kiinnostuneita lääkäreitä lääkärijohtajauravaihtoehdon valinnassa, mutta ohjasi harkitsemaan tarkoin tarjolla olevien eri uravaihtoehtojen kesken.

Kannustaisin nuoria miettimään niitä [lääkäriin] uravaihtoehtoja, ..., hyvistä lääkärijohtajista on pulaa.

Tämä havainto on samansuuntainen Parviaisen ym. (2016, 1694) havainnon kanssa: johtamiskoulutusmuutoksella on ollut myönteinen vaikutus lääkäreiden lääkärijohtamiskoulutukseen suhtautumiseen ja nuoremmat lääkärit ovat vanhempia kollegoja tyytyväisempiä erikoistumisopintovaiheessa saamaansa johtamiskoulutuksen määrään.

Osa lääkärijohtajista näki mahdollisena, että käydystä johtamiskoulutuksesta saattaisi olla hyötyä uran varrella myöhemmin eteen tulevilla tilanteilla, vaikkei koulutuksesta juuri sillä hetkellä tuntuisikaan olevan hyötyä sen hetkiseen työhön. Lääkärijohtaja kypsyy ihmisenä uransa myötä, mikä voi vaikuttaa johtamiseen.

Johtamiskoulutusta kannattaa käydä niin paljon vaa pystyy, koska, vaikka niistä ei kokis aina olevan hyötyä, nii kyllä niistä aina kuitenkin jotain aina tarttuu matkaan ja johtaminen on kuitenkin ihmisen kasvamista. Et se, mitä on viis vuotta sitten ollu, nii se voi olla viiden vuoden päästä ihan erilainen se johtaja, se kasvaa ja muuttuu siinä johtajana.

Tämä havainto on samansuuntainen kuin professori, kirurgi Hirvensalo toteaa siitä, että terveydenhuollossa johtajaksi kasvaminen on hidasta kasvamista ja kypsymistä (Honkanen 2008, 2974–2975).

## 6.2 Lääkärijohtajan työ

Osa tutkimukseen haastatelluista lääkärijohtajista ei puheessaan erottele johtamistyössä niinkään ihmisten johtamista (leadership) ja asioiden johtamista (management), vaan arkikielessä työstä puhutaan yleisimmin kahtiajakona: on potilastyötä ja sitten on hallinto-/ johtamistyötä, johon sisältyy kaikki muu työhön liittyvä lukuunottamatta potilastyötä. Johtamistyöstä osa lääkärijohtajista puhuu hallinnollisena työnä ja päinvastoin. Muuta kuin potilastyötä lääkärijohtajat nimittivät usein ei-potilastyöksi, mikä kuvastaa potilastyön arvostusta verrattuna muuhun työhön. Osa haastateltavista epäili voivan olla vaikea tunnistaa lääkärijohtajantyön kokonaisuudessa johtamisosuuden tärkeyttä. Lääkärijohtajat pohtivat myös tämän seikan voivan johtaa tilanteeseen, jossa lääkärijohtamistyössä johtamisosuus saattaisi jäädä muun työn varjoon.

Mä oon ite yrittänyt sitä ajatella sillä lailla, että lääkärijohtaminen, niin kun varmaan muissakin esimiespesteissä on, ...niin on se hallintotyö ja sitten on se varsinainen johtaminen. Ja tosi monet lääkärihän ajattelee sen johtamisen vaan sen hallintotyön kautta. ...Mitä isompi se johdettava alue on, niin sitä enemmänhän siihen tulee sitä johtamisen elementtiä. Ja siinä mun mielestä meillä on se vaikeus tunnistaa sitä sen elementin tärkeyttä, että sitä helposti sitten tehdään vasemmalla kädellä.

Vuoren mukaan perinteinen luokittelu ihmisten johtamiseen (leadership) ja asioiden johtamiseen (management) ei teekään enää oikeutta todellisuudelle, koska todellisuus harvoin on selkeästi kahteen työalueeseen jakautuva. Ennemmin on kyse siitä, että johtajan ja johdettavan välille muodostuu sopimus johtajuudesta. (Vuori 2005, 20.)

Vaikka arkipuheessa lääkärijohtajan työ jakautuu potilas- ja ei-potilastyöhön, työhön voi kuulua erilaisia töitä aina erikoistuvan ja erikoiskääkärin töistä asiantuntijaorganisaation johtamisen kautta talousosaamiseen sekä hallintotyön osaamiseen. Lääkärijohtajien alaisuuteen voi kuulua myös muiden ammattiryhmien edustajia kuin lääkäreitä. Osa töistä koettiin sellaiseksi, mihin yksikään edeltävä koulutus ei ollut opettanut.

Lääkäri johtaa sitä omaa klinikkaansa tai omaa aluettansa tai sitä omaa vastuualuettaan, ja hän on sen alan asiantuntija ja on tämmönen asiantuntijajohtaja, joka sitten johtaa sitä kokonaisuutta.

Lääkärijohtaminen ei must tarkoita pelkästään, et johdetaan lääkäreitä, se on yleisen terveydenhuollon yksikön johtamista tai jotain tämmöstä. Et se ei myöskään saa liikaa rajata, et se on vain lääkäreiden johtamista. Kyllähän se on työyksikköjen ja työryhmien ja tiimien johtamista...Tää on aika lailla tiimityötä kuitenkin.

Lääkärijohtaja on tämmösten hyvin itsenäisten asiantuntijoiden johtamista, sillon kun puhutaan lääkäreistä. Mut kun sitten on se muu henkilökunta ja muut työt, niin kyllähän se myös vaatii semmosta ehkä perinteisempää liikkeenjohdollista, tai väärä sana ehkä tehtaan johtamista. Mutta pitää sitä prosessiaki johtaa, et se on aika semmonen monipuolinen.

Kyllä mä monta kertaa mietin, että tässä hommassa joutuu tekemään paljon semmosta, mihin mikään koulutus ei valmista.

Tarkemmin eriteltyinä haastateltujen lääkärijohtajien työpäivään voi vaihtelevasti kuulua potilastyötä, potilaiden ja heidän omaisten kanssa keskustelua ja neuvontaa, työntekijöiden kanssa keskustelua ja neuvontaa, monipuolista kokoustamista eri tahojen kanssa, kokouksissa puheenjohtajina toimimista, sähköpostien lukemista, laskujen käsittelyä, budjetin ja vuosisuunnitelman tekoa, rekrytointia, kehityskeskustelua, työnohjausta, työaikojen seuranta, luentojen ja muiden esitysten valmistelua, työn suunnittelu- ja kehitystyötä, töiden delegointia, lääketieteen opiskelijoiden ja erikoistuvien lääkäreiden perehdyttämistä ja ohjaamista, oman erikoisalain erikoislääkäreiden konsultointia, muiden erikoisalojen konsultointia ja tarvittaessa muiden erikoisalojen kanssa yhdessä potilaan hoitoon liityvää tiimityöskentelyä, osastopalavereja, potiaslähetteiden lukemista, työ- ja päivätyölistojen laatimista, papereiden allekirjoittamista, sopimuksien tekoa, muiden työyhteisön ammattiryhmien esimiesten tapaamista, työyksikön suunnittelua ja kehittämistyötä, palvelujen laadunvalvontaa ja valituksiin vastaamista, viranomaisyhteistyötä sekä muita oman yksikön johtamis- että hallintotöitä. Nämä havainnot tutkimuksen lääkärijohtajien työn laajalaisuudesta ovat samansuuntaisia kuin terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon emeritusprofessori Kekomäen (2004, 257) toteamus, jonka mukaan terveydenhuollon monimutkaisten työyhteisöjen johtajalta odotetaan ja edellytetään asiantuntemuksen lisäksi terveydenhuollon arjen monipuolista omakohtaista kokemusta. Lisäksi on tunnettava terveydenhuollon eri ammattiryhmien koulutusohjelmien sisällöt ja vahvuudet voidakseen työskennellä moniammatillisen työryhmän jäsenenä ja sen johtajana (Kekomäki 2010, 580). Tämän tutkimuksen havainnot lääkärijohtajien työnkuvan vaihtelevuudesta ja monimuotoisuudesta ovat myös samansuuntaisia kuin Virtasen (2010, 32) väitöskirjatutkimuksen toteamukset: Suomessa lääkärijohtajan toimialue sairaalassa vaihtelee riippuen siitä, kuinka monesta osastosta hän vastaa tai kuuluko hän ylimpään johtoon.

Tämän tutkimuksen havaintojen mukaan lääkärijohtajien työkuvaan kuuluva potilastyö sekä johtamis- ja hallintotyö jakautuu yleisimmin niin, että noin puolet työajasta on potilastyötä ja noin puolet johtamis-/hallintotyötä. Eri työnkuvien suhteellinen osuus voi vaihdella päivittäin ja viikottain, erikoisaloittain, sovitun työnkuvan mukaan, yksikön koon mukaan sekä vastuutehtävän mukaan.

Työ pitää tällä hetkellä sisällään omassa yksikössä käytännössä erikoistuvan lääkärin töistä erikoislääkärin töihin, ...ja hallinnollinen työ vie ehkä noin puolet työajasta.

Tämä havainto on samansuuntainen Viitasen, Kokkisen, Konun, Simosen, Virtasen ja Lehdon (2007, 16–24, 30–42) selvityksen kanssa: erikoissairaanhoidossa ja terveyskeskuksissa keskijohdon tehtävissä työskentelevien lääkäreiden työajasta lähes puolet ja lähijohtajina toimivien lääkäreiden työajasta 80 % kului potilastyöhön. Lääkärijohtajien työnjako potilas- ja johtamis-/hallintotöihin ei näyttäisi myöskään vuosikymmenten saatossa muuttuneen, sillä jo lähes 30 vuotta sitten Hermanson (1989, 27) määritteli väitöskirjassaan hallintolääkärillä tarkoitettavan niitä lääkäreitä, jotka käyttävät työajastaan puolet tai enemmän

hallinnollisiin tehtäviin ja/tai toimivat koko organisaatiossa, eivätkä pelkästään yhden osastoryhmän tai klinikan johdossa.

Kenelläkään haastatelluista lääkärijohtajista ei ollut toisiinsa verrattuna täysin identtistä lääkärijohtajantyönkuvaa eikä samankaan lääkärijohtajan työkuva ollut välttämättä päivästä tai viikosta toiseen samanlainen, vaan huomioitavaa on lääkärijohtajan työkuva elää monen muuttujan vuoksi ja suhteen. Osalla erikoisaloista lääkärijohtajan työpäivä saattaa venyä aamusta ja/tai illasta ja joillakin erikoisaloilla töihin saatetaan hälyttää mihin vuorokauden aikaan tahansa.

Tämän tutkimuksen havaintojen mukaan lääkärijohtajan johtamistyö näyttää tarvittaessa väistyvän potilastyön tieltä, ja osa lääkärijohtajista kuvaa potilastyön ohittavan useammin muut työt. Osa haastateltavista kertoi peruvansa johtamistöitään esimerkiksi silloin, jos joku yksikön lääkäri on joutunut jäämään töistä pois ja tarvitaan tuuraajaa hoitamaan poissaolevan lääkärin potilaita. Työn vaihtelevuuden osa haastatelluista lääkärijohtajista näki työnsä suolana, mutta osa pohtii, missä välissä johtamistyötä ehtisi tekemään, kun potilastyö vie yllättäen johtamistyölle suunnitellun ajan.

Mä perun vaikka kokouksia tai jätän muut hallinnon hommat taustalle ja teen sitten niitä illalla tai viikonlopulla, mutta meidän strategia on et potilas ensin. Niin tän mä oon mieltäny mulle, et jos vaikka joku lääkäri sairastuu, niin mä meen sinne paikkaamaan, mutta haluan myös johtaa sieltä edeltä ja haluan tietää mitä kentällä tapahtuu.

Jos tässä tekee [lääkärijohtajan työn] rinnalla potilastyötä, ni potilastyöhän menee aina edelle, koska ne potilaat täytyy vaan hoitaa. Ja silloin se ei, siitä johtamisesta tulee väistämättä, tietysti, jos sen pystyy jotenkin, jollain erikoisalalla ehkä pystyy niin, et sul on joku yks klinikkapäivä viikossa, mutta kylhän siihenkin tulee sit helposti niitä keskeytyksiä. Että se on mun mielestä se lääkäreiden haaste se, että miten jakaa sen roolin. Ja millon voi tunnustaa sen, että tää [lääkärijohtajan työn] vie nyt mun koko ajan.

Nämä tutkimuksen havainnot ovat samansuuntaisia kuin Airan, Mäntyselän, Myllykankaan ja Kumpusalon (2006, 1885) tutkimuksen tulokset, joiden mukaan useat terveyskeskuksen johtavat lääkärit tekivät johtamistyön lisäksi perinteistä kliinistä työtä eli potilasvastaanottotyötä, mutta sen lisäksi toimivat myös lääkäripulan aikana puuttuvien rivilääkäreiden sijaisina. Sipilän mukaan (1991, 58) asiantuntija voi kuitenkin mieltää johtotehtäviin siirtymisen jälkeenkkin varsinaiseksi ammatikseen entisen klinikon asiantuntijatyön. Asiantuntija voi pitää johtamista myös riesana tai vain tehtävänä, joka pitää vain hoitaa ja johon ei ainakaan haluaisi pelkästään keskittyä. (Sipilän 1991, 58.)

Vaikka tutkimuksen lääkärijohtajien työarki elää hetkessä ja muuttuu tilanteen vaatiessa, oli usein ja useimmilla lääkärijohtajilla työviikkojärjestys ennaltasuunniteltua ja työaika voitiin jakaa ja suunnitella erityötehtävien kesken. Yksiköiden työmäärät, kuten esimerkiksi potilaslähetteen määrä ja käytössä oleva lääkäriresurssi, voivat vaikuttaa lääkärijohtajan työpäivän kulkuun ja pituuteen sekä työnkuvaan lyhyellä sekä pitkällä aikavälillä. Potilastyö koettiin myös virkistäväksi vaihteluksi johtamis-/hallintotyölle sekä työksi, jonka koettiin osoittavan kollegiaalista työmoraalia ja viestivän, että potilastyöapua alaisille tulee, jos sitä tarvitaan. Potilastyön priorisoiminen

johtamis- ja hallinnollisten töiden edelle yksikön työtilanteen sitä vaatiessa nähtiin myös onnistuneena johtajuudellisena piirteenä.

Yksikköön tulvi lähetteitä ja kaikki oli jotenkin kireinä ja tuntu, ettei nää [potilaat] mahu enää mihinkään. Ja silloin mä ihan tietosesti aattelin, että nyt mä otan enemmän potilaita. Ja jääköön muu sit vähemmälle. Niin kyllä se oli jollakin lailla suorastaan helpottavaa tehdä välillä sitä ihan perushommaa ja keskittyä siihen enempi. Ja myöskin sitten, en mä sitä ollu, sillä lailla osannu miettiä etukäteen, mutta must se oli myöskin semmonen aika hyvä johtajuudellinen elementti osottaa sille alaisporukalle, että että kyl apua tulee, jos sitä tarttee ja tähän hommaan osallistutaan.

Tutkimuksen havainnot siitä, että lääkärijohtajan työarki joustaa hallinto- ja johtamistyön kustannuksella, ovat samansuuntaisia kuin Viitasen, Kokkisen, Konun, Simosen, Virtasen ja Lehdon (2007, 16–24, 30–42) tutkimuksen havainnot, joiden mukaan kliininen johtajuus on perusta, jolle lääkärit rakentavat johtamisensa.

Haastatteluissa tuli esille, että terveydenhuollon organisaatiossa tulosohejausta ei nähty mahdollisena ensisijaisena tai pelkkänä toiminnan lähtökohtana. Potilaslait ja -asetukset ohjaavat lääkärijohtajan, johdettavien ja koko organisaation toimintaa. Osa haastatteluista lääkärijohtajista kuvasikin työtä tehtävän ”Potilas ensin” -ajatuksella, joka mainitaan myös kohdeorganisaation strategiassa (ks. kuvio 2).

Me ei voida julkisella sektorilla tehdä bisnestä sillä lailla, että tulos on se, joka ratkasee, vaan että meillä on kuitenkin lakisääteinen perusta meidän toiminnalle eli meillä on ykkösprioriteetti tuottaa lakisääteiset erikoissairaanhoidon palvelut niin tälle meidän väestölle.

No kyllä se [johtaminen] varmaan poikkeee ihan hirveenkin paljon, että jotenkin mä aattelen, että vaikka taloudesta tietenkin pitää pitää huolta, niin se talous ei, mä kuvittelisin ainakin, et muussa johtamisessa talous on niinku aika paljon selkeemmin vielä ykkösenä. Ja se, että eihän me voida kattoo sillä lailla, että okei, budjetti on nyt täynnä, että ei voida enää tehdä sitä taikka tätä.

Ja kuitenkin tärkein tässä on, et se potilas tulee hoidettua, et vaikka mä kuinka niitä numeroita ja budjettia väännän, niin aina siellä takana on mulle se potilas.

Tätä havaintoa tukee Virtasen (2010, 188, 215) väitöskirjan tutkimustulos, jonka mukaan potilaan parasta korostava arvopohja on terveydenhuollon johtajan toiminnan perusta, mihin johtaja pyrkii edistämällä oikeudenmukaisuutta, tasapuolisuutta, lojaalisuutta, luottamuksellisuutta ja avoimuutta. Kujala (2015, 28) on väitöskirjassaan todennut samansuuntaisesti, että terveydenhuollon organisaation tehtävän ollessa ihmiselämän säilyttäminen, ei sen tehtävään välttämättä sovi voiton tavoittelemineen, kuten yritystoiminnassa yleensä. Myös Kaukorannan (2012, 7) pro gradu -tutkimuksessa lääkärijohtaja kuvautui vastuuntuntoisena ja tavoitteellisena henkilöstönsä toimintaedellytysten luojana, joka ajattelee potilaan parasta. Keistinen (1995) on ajatellut asian siten, että johtamisen ydintehtävät ovat samoja niin julkishallinnossa kuin yritystoiminnassa: ihmisten ja organisaation yhdistäminen toimivaksi kokonaisuudeksi, talouden laittaminen, pyrkimys tehokkaaseen tuottamiseen, ympäristön ja sen muutosten aistiminen sekä tulevaisuuden strategian asettaminen (Keistinen 1995, 3217). Kin-

nusen ja Vuoren (2005, 198) mukaan taas väitteet siitä, että terveydenhuollon johtaminen ei poikkea muiden organisaatioiden johtamisesta, ovat pidemmälle ajateltuna kestäättömiä. Terveydenhuollon erityispiirteiden ymmärrys on heidän mukaan välttämätöntä alan johtamisen ja johtajuuden kehittämisessä ja ymmärtämisessä. Xirasagarin (2009, 334) mukaan ymmärrys siitä, miten monet lait, velvoitteet ja muut ohjeet säätelevät lääkärin toimintaa, auttaa ymmärtämään, miksi korkealaatuista terveydenhuoltoa ei voi tuottaa pelkästään taloudellisilla ohjeistuksilla ja miksi tarvitaan lääkärijohtajia (*physician leaders*) terveydenhuollon toivotun tason saavuttamiseksi.

Useimmiten tutkimuksen lääkärijohtaja kertoi haluavansa johtaa joukkojaan esikuvana ja osa koki tekemänsä potilastyön olevan edestä johtamista. Toisaalta haluttiin ainakin ajoittain tehdä rivilääkärin työtä omien joukkojen seassa, koska sen koettiin auttavan johtamistyössä onnistumisessa sekä antavan oikean kuvan työyhteisön tilanteesta. Osa tutkimuksen lääkärijohtajista teki päiväpotilastyön ohella myös päivystyspotilastyötä, vaikka ei olisi pakko. Lääkärijohtajana työskentelyä koettiin opitun työkokemuksien kautta työvuosien myötä. Osa lääkärijohtajista koki armeijanopeista saatavan käyttökelpoisia ohjeita myös lääkärijohtamiseen.

Mä johdan omalla esimerkilläni, että miten työhön pitää suhtautua, ja miten työt pitää tehdä, ja miten niihin pitää sitoutua, ja miten potilaat hoidetaan.

Edestä johtaminen eli itse pitää olla siellä työssä. Et semmost lääkärijohtamista, mitä on viimeset 10 vuotta puhuttu, et lääkäri johtaa jostain sieltä taustalta toimistosta, nii se on ihan höpö hömpää. Lääkärin pitää olla siellä edessä, joukkojen edessä tekevässä työssä. Ja vaikka lääkärijohtaja ei voi olla huippu ehkäpä enää siinä omassa erikoisalassa, koska siihen johtamiseen menee aikaa, nii silti se sillä omalla työllään näyttää sitä esimerkkiä, että näin meillä tehdään töitä ja on kaikilla tavalla semmonen ryhdikäs esimerkillinen. Työntekijät myöskin näkee, että näin täällä homma pelaa. Ja samalla siellä, ku ollaan siellä etulinjassa, nii kuullaan kaikki jutut, että missä mennä ja sit pystytään paremmin puuttumaan, ettei se jää tämmösten juttujen varaa. Et sillon, ku se jää juttujen varaa tää johtaminen, nii sehän menee ihan pieleen. Pahimmat valittajat valittaa ja jotka on tyytyväisiä, ne on hiljaa. Ja sitte jos valittajien mukaan mennä kaikki päätökset, että sillon mennä metsään. Tää on se ydin juttu.

Mun täytyy myös johtaa myös edestäpäin eli kyl mä tykkään sitten niin, että mun vähän se kliininen ammattitaito säilyy ja osallistun kaikkiin niihin lääkärin perusvelvoitteisiin ja päivystäminen on yks sitä. Et nyt jo mä liikun sillä rajalla, et alkaa vähän se kliininen tatti heikentyä. Niin sitä tärkeämpi on, tänään esimerkiksi menin tekemään ihan kliinistä työtä ja aina välillä teen, jos siellä on pulaa tekijöistä...enhän mä tätä kehittämistyötäkään vois tehdä, jos mä en olis välillä siellä kädet savessa.

Näin toimimalla koettiin voitavan pitää kokonaistuntuma oman erikoisalan henkilöstön työhön, mikä taas koettiin välttämättömänä oman erikoisalan kokonaistuntumakuvan ymmärtämisessä, osaamisessa sekä kehittämisessä. Lisäksi koettiin helpommaksi hahmottaa ja erottaa työyhteisön huhupuheet todellisista tilannetiedoista. Huhupuheisiin pohjaavien päätösten koettiin vievän johtamista väärään suuntaan. Tämä havainto on samansuuntainen terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon emeritusprofessori Martti Kekomäen (2004) näkemyksen kanssa. Sen mukaan toiminnan substanssin omakohtainen osaaminen on välttämätön edellytys oikean johtajanaseman lunastamiselle (Kekomäki 2004, 258).



Osa näki päivystyspotilastyön työnkuvassa tärkeänä palkkaa kohottavana tekijänä. Lääkärin siirtyessä esimiesasemaan päivystystyöntekeminen usein vähenee tai loppuu, mikä voi johtaa aiempaa pienempään kokonaispalkkaan.

Kun lääkärijohtamises ... mun mielestä kannustimet on hirvittävän huonot, ...että jos jättää klinisen toiminnan kokonaan, niin sunhan palkka putoaa.

Palkkatason laskusta lääkärin siirtyessä johtaja-asemaan ei löydä mainintaa aiemmasta käytössä olevasta kirjallisuudesta. Palkkatason putoamisella siirryttäessä johtajaksi voi olla vaikutuksia halukkuuteen hakeutua lääkärijohtaja-asemaan.

Tämän tutkimuksen havaintojen mukaan lääkärijohtajan työ on monirooli-työtä. Käytässä haastatteluissa läpi lääkärijohtajien tapaa ja tyyliä toimia johtajana Quinin johtamisroolitaulukon (liite 3) avulla, esille tuli myös roolien vaihtelevuus.

Rooleja on monenlaisia riippuen se, et vähän mitä asiaa, että pitääkö saada joku asia tapahtumaan vai pitääkö saada jotain ihmisiä tekemään toisella tavalla töitä tai asennoitumaan. Että mun ehkä semmonen peruslähtökohta, et homma pitää saada toimimaan...Mut määrityshän vaihtelee vähän tilanteen mukaan, että mitä pitää saada edistettyä, niin semmosta roolia pitää. Ja myös vähän sen ihmisen mukaan, et kuka kaipaa enemmän sitä tukea ja toisethan on vaan, että noin teet. Et sillä tavalla ehkä keskityn omas johtamisessa. Toinen on, niin mitä tietosesti pitää sitten miettiä, et on ne tasapuolisuus, oikeudenmukaisuus, johdonmukaisuus. Ja henkilöstöhallinnon vaikeiden asioiden käsittely, et ne tulee neutraalisti käsiteltyä, et ei lähde itse niihin mukaan liikaa.

Kyllä se on se oman roolin tunnistaminen. Mutta sitten siinä, kun on kuitenkin älykkäiden ihmisten kanssa tekemisissä, sekin on tunnustettava, että sul on itseäs parempia alaisia. Ja se, että antaa erilaisille osaamiselle tilaa ja erilaisille persoonallisuuksille tilaa. Ja sitten oppis löytämään niitä tavallaan kunkin vahvuuksia. Ja sitten kyllä nää nuoret kollegat, nää tarvii yllättävän paljon semmosta ihan tukea ja semmosta.... et kyl siinä joutuu koko ajan miettiin sitä, et minkälaisen roolimallin antaa ja miten kohtaa jokaisen. Että mulle on ainakin tärkeä, et omassa työyhteisössä tulis se fiilis, että jokainen on tärkeä. Ja jokainen on arvokas siitä ammattiasemasta riippumatta, koska me tehään tiimityötä tämmöisessä sairaalaorganisaatiossa.

Haastatellut lääkärijohtajat kokivat omaa työtä eniten kuvaavimman roolin löytymisen Quinin roolilomakkeesta yleisesti vaikeaksi, koska he kokivat, että työ käsittää niin monenlaisia rooleja, joiden painotus vaihtelee ajan, paikan, tilanteen sekä työ- että vastuusaseman mukaan. Lisäksi koettiin, että roolit menevät osittain samalla päällekkäinkin ja monista eri määritelmistä löytyi joitain omaa työnkuvaa kuvaavia piirteitä. Toisaalta samassa määritelmässä koettiin yhtä aikaa myös sellaisia piirteitä, jotka eivät tuntuneet sopivan työtä kuvaamaan. Vaikka johtajan rooli näyttää olevan läsnä niin lääkärin kuin lääkärijohtajan työssä tavalla tai toisella, ei kukaan haastatelluista kokenut Quinin johtamisroolikyselyssä johtaja-roolia omaa työtään kuvaavimmaksi rooliksi. Vuori (2005, 24) onkin todennut, että lääkäriasiantuntijoita ei ole kiinnostanut omak-sua aitoa johtajan roolia taloudellisten säästöjen ollessa keskeisin uudistusten perustelu.

Nämä haastatteluissa esille tulleet havainnot lääkärijohtajantyön moniroolisuudesta ovat samansuuntaisia Hurleyn (1986, 76), Lehdon (1991, 79–84) ja

Tuomiranta (2002, 43–44) moniroolihavaintojen kanssa. Tutkimuksen haastatteluloksissa on lääkärijohtajan moniroolityössä nähtävissä yhtäläisyyksiä myös Mintzbergin johtamisrooliteoriaan, jonka mukaan kaikki roolit (henkilösuhde-, informaatio- ja päätöksentekoroolit) liittyvät toisiinsa, eikä mitään osaa voi erottaa toisesta, vaan roolit muodostavat kokonaisuuden ja johtaja näyttää aina useaa roolia yhtä aikaa (Mintzberg 1980, 2–5, 57–58).

Tässä tutkimuksessa uutena lääkärijohtajan työssä näyttäytyvänä roolina tuli esille palvelevan johtajan rooli, josta käytössä olevasta aiemmasta lääkärijohtajien työtä käsittelevästä kirjallisuudesta ei löydy mainintaa.

No se [lääkärijohtamistyö] on yksikön kliinisen työn johtamista, linjaamista, tulevaisuuden suunnittelua, visiointia. Ja sit jotenkin sen linkittämistä siihen, et miten saa sen, kun se isompi massa, joka tekee sitä potilastyötä, niin miten saa sitä massaa ohjattua siihen suuntaan, mihin toivoo. Jotain tämmöstä visiointia. Ja sen vision todeksi tekemistä. Ja sit jollakin lailla sitä semmosta rajojen pitämistä ja vahvistamista ja puolustamista. Et kyllä se on jotenkin se koko yksikön suunnan...näyttäminen. ... Et jotenkin se semmonen rajojen pitäminen ja puolustaminen ja ja tieteenkin alaisten hyvinvoinnista huolehtiminen sillä lailla, et jaksavat tehdä tätä työtä. Ja jotenkin tarttuminen, jos tulee jotakin semmosia ilmiöitä, esimerkiksi noi ylituntien kertyminen on tietysti yks semmonen. Et kyllä mä tarkistan kuukausittain noi tuntimäärät ja ja yritän sit laittaa viestiä, et nyt ois aika jotenkin, vähän pitää vaikka muutama lomapäivä tai flexim-vapaa, et saatas tunnit. Kyllähän tää on mun mielestä semmonen palvelutehtävä. Et joskus tuntuu, et pitäs tosiaan, pitäs olla kaikkien alaisten palvelija jollakin tavalla. Ja semmonen huolenpitäjä. Kysymyksiin vastaaja, saako tehdä näin vai pitääkö tehdä noin. Mutta mut kyllähän se, että pysyttäs suunnassa ja että miehistö pysyy airoissa.

Cunninghamin (2017, 1) mukaan palveleva johtaja (*servant-leader*) on samanlaisesti sekä palvelija, joka johtaa ja johtaja, joka palvelee. Ensin hänellä on halu palvella muita ja sen jälkeen hän oppii johtamaan palvelijana (Cunningham 2004, 2). Thakoren (2013, 23) mukaan palvelevat johtajat (*servant-leaders*) motivoivat seuraajia panostamalla heihin ja auttavat heitä tekemään parhaansa niin, että organisaatio saavuttaa tavoitteensa tehokkaasti. Palvelevalle johtajalle ominaisia piirteitä ovat kuuntelu, empatia, asioiden parantaminen, tietoisuus, suostuttelu, käsitteellistäminen, ennakointi, huolehtiminen sekä kasvuun ja yhteisön rakentamiseen sitoutuminen (Spears ja Lawrence 2004).

Lääkärijohtaja osaa erikoisalansa lääkärintaidot. Oman erikoisalansa potilastyötä ja sen johtamista pidettiin lääkärijohtajatyönkuvan ehkä helpoimpana työosana. Osa lääkärijohtajista pohtii ja osittain murehtii erikoislääkärityönsä mahdollista hiipumista, jos kliinisen työn osuus työnkuvassa vähenee merkittävästi. Tämä on ymmärrettävää pitkän potilastyöhön ja kliinisiin taitoihin suuntaavan lääkäri- ja erikoislääkäriskoulutuksen perusteella.

Helpointa... no siis helpointa on potilastyö.

Meidän kliinisen työn johtaminen, ni se on helppoa.

Lääkäri-identiteetin vahvuus näyttäisi olevan universaali lääkärijohtajuuden ominaisuus, sillä myös Quinn ja Perelli (2016, 718–719) totesivat amerikkalaisessa tutkimuksessa saman: lääkärit kokivat itsensä ensisijaisesti lääkäreiksi

työnkuvasta riippumatta ja kokivat lääkärin roolin vahvasti sisäistetyksi identiteetissään.

Tämän tutkimuksen lääkärijohtajat kokivat useimmiten toimivansa samanaikaisesti sekä lääkärinä että johtajana. Lääkärijohtajat määrittivät lääkärijohtajan henkilöksi, joka on koulutukseltaan lääkäri, jonka pitää tuntea kyseisen erikoisalan lääkärin työ voidakseen toimia kyseisen erikoisalan lääkärijohtajana. Lääkäreiden johtaminen määriteltiin ihmisten johtamisena, jossa lääkärintyön substanssin osaaminen koettiin johtamisen yhdeksi peruspilariksi.

Mä aattelen niin et, ei voi olla lääkärijohtaja, jos ei oo lääkäri. Tässä on kaks roolia tavallaan, et mä oon lääkäri ammatiltani, mutta jotta mä voin olla lääkärijohtaja, mun täytyy tuntea se lääkärisubstanssi ja lääkäriosaaaminen...ei voi tulla lääkärijohtajaksi olematta lääkäri. Ei voi olla lääkärijohtaja ilman sitä kokemusta, et on tehnyt sitä lääkärin työtä.

No ei oo tietysti kokemusta hirveesti muusta johtamisesta. ...että kyl se [lääkärijohtaminen] on semmost ihmisten johtamista kuitenkin. Nii mielestäni ei poikkea muulla tavalla muuta kuin se, että tässä pidän tärkeenä sitä, et sitte tuntee sen lääkärin työn varsin hyvin.

Se poikkeaa sillalailla, että siinä tuo substanssiosaaminen pitää olla hyvää, ja sen ei tarte olla erinomainen, mut sen pitää olla hyvää. Ja sen [johtajan] pitää tuntee se omaa alansa, että pystyy sitä johtamaan. Sillee se poikkeaa muusta johtamisesta, että muulla tavalla se ei kyllä johtamisesta poikkea.

Näitä tutkimuksen havaintoja tukee Sveibyn (1990, 79) näkemys, jonka mukaan asiantuntijaorganisaatiossa asiantuntijat eivät tyydy mihin tahansa esimieheen, ja esimiehen on ennen kaikkea itsekkin oltava alan ammattilainen, jonka ammattitaitoa tarvitaan luomaan oikea suhde esimiehen ja alaisen välille. Lönnqvist (2002, 35) on todennut, että pelkkä ihmisten ymmärtäminen ei riitä johtamisen tueksi, vaan ihmisiä on ymmärrettävä myös siinä kontekstissa, jossa he työskentelevät, minkä tiedon valossa ei ole erikoista, että haastatellut lääkärijohtajat edellyttivät lääkärijohtajalta lääkäriyttä. Myös Suomen Lääkäriliiton ja Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen yhteistyönä vuonna 2016 toteuttaman autonomiaa ja ammatillisuutta käytännön lääkäreiden näkökulmasta selvittäneen tutkimuksen mukaan lähes kaikki vastaajat pitivät esimiehenä olemisen edellytyksenä lääkärintyön erityisosaamisen tuntemusta (Wrede, Olakivi, Fischer ja Sigfrids 2016, 46).

Lääkärijohtajan lääkäriys ja oman alan substanssiosaaminen nähtiin tärkeänä lääkärijohtajalle auktoriteettia tuovana tekijänä, ja osan mielestä oman alan hyvällä substanssiosaamisella koettiin saatavan alaisten suunnalta paljon myös anteeksi. Myös tulevaisuudessa ehdottomana pohjana hyvälle lääkärijohtamiselle nähtiin vahvat lääkärin taidot, minkä vuoksi ohjeistettiin tulevaisuuden lääkärijohtajia opettelemaan vahvat erikoislääkäritaidot ennen lääkärijohtajauran vaihetta. Potilastyönsaamisen koettiin tuovan ja säilyttävän arvostuksen lääkärikunnan silmissä ja pitävän kliiniset potilastyötaidot ajantasalla. Ammattijohtajuutta ilman lääkäriyttä ei nähty lääkäriyksikköön soveltuvana.

Tietyis pesteissä se voi olla tosi vaativa paikka, et sul on alaisina on erittäin kokeneita lääkäreitä. Ja jos ei sul oo niitä omia kannuksia, ni sul on aika huonot eväät toimia sit-

ten. Sä et saa auktoriteettia millään muotoo, mut jos toisinpäin, ni se onnistuu taas varsin selkeestikin, helpostikin. Annetaan paljonkin anteeksi.

No kyllähän ala pitää tuntee. Kyl se pitää se työ tietää, se pitää tietää minkälainen se on se peruspotilaan kohtaaminen ja mitä se vaatii. Ja miten paljon se niin kuluttaa sitä ihmistä. Ja miten paljon valmiuksia siihen tarvitaan, et se sujuu hyvin. Sitte ei saa olla umpelo, pitää olla hyvät vuorovaikutustaidot ja pitää olla päättäväine.

Se tuntuma säilyttäminen siihen potilastyöhön on myöskin välttämätöntä sen uskotavan kliinisen johtamisen kannalta.

Kyllä se kuitenkin musta edelleen tärkeätä on, et lääkärit johtaa lääkäreitä. ... Kyl mä vähän pelkään semmoisia, et jos kovin paljon sit tällöisiä esimiestehtäviä meneekin sitten jossain vaiheessa muille kuin lääkäreille. Sitten niin, että se nyt on ehkä hyvä todeta tässä vielä sitten, että ihan semmoinen ammattijohtajuus nyt, ni ei ainakaan kovin tällöiseen yksikköön tai lääkärikuvioon ehkä kuitenkaan kovin hyvin sovi.

Nämä havainnot ovat samansuuntaisia kuin Virtasen (2010, 235) väitöskirjatutkimustulokset, joiden mukaan johtajan yhtenevä erikoisala johdettavien kanssa nähtiin johdettavien keskuudessa arvostettavana asiana. Myös Kaukorannan (2012, 68–69) pro gradu -tutkimuksen havainnot lääkäriyden merkityksestä lääkärijohtajan roolissa ovat samansuuntaisia: lääkärijohtajan kaksoisroolilla on mahdollisuus onnistua, jos lääkärijohtaja on ensin vakuuttanut muun lääkärikunnan, sillä perinteisesti johtamisasemaa on lääkärikunnan piirissä tarjottu kliinisesti taitavalle lääkärille.

Lääkäriesimiehet ja lääkärialaiset ovat työkavereita ja lääkärijohtajan kollegoja, minkä koettiin vaikuttavan johtaja-alaisasemaan, jota ei myöskään koettu niin selväksi. Johdettavien kollegojen luottamuksen ansaitseminen koettiin olevan avainasemassa lääkärijohtamisessa, eikä lääkäreitä koettu voitavan käskää. Tutkimuksen havaintojen mukaan kollegiaalisuus on mukana lääkärijohtajan työssä ja näyttäytyi rivilääkärin ja lääkärijohtajan välisessä kanssakäymisessä.

Ensinnäkin sun pitää olla kollegoittesi luottamuksen saavuttanut, muuten sun sanomisista ja tekemisistä ei tuu johtajana yhtään mitään. Ja sitten muut ominaisuudet oikeestaan sinänsä aika varsin universaaleja hyvän johtajan ominaisuuksia, mihin kuuluu tasapuolisuus, oikeudenmukaisuus, johdonmukaisuus, luotettavuus, tällöinen yleisjämäkkyys. ... Lääkärit tahtoo olla niitä jokainen omia johtajiaan siellä, että heitä ei oo helppo, heit ei voi käskyttää käytännössä. He tekevät itsenäisiä päätöksiä ja myös heidän tekemät päätökset vaikuttaa.

Sen [johtajan] pitää kuitenkin tietää se substanssi tai asiat myös, että ihan senkin takia, varmaan sen arvostuksen kannalta ja osin, että tietenkä ymmärtää, miksi ihmiset tekee, niin kuin ne tekee. ... Tässä tulee myös se tavallaan kollegeenisuus esiin. Et vaikka toki on lääkäriesimiehiä, niin sittenhän ... kuitenkin aika pitkälti edelleenkin on usein mukana myös se kollegiaalisuus. Miten vähän niin kuin suhtautuu, et se ei oo, ehkä jossain on, mutta kuvittelisin ehkä keskimäärin se ei oo sillai autoritääristä. Ja todellakin, että se kunnioitus, varmasti kunnioitus pitää saada sitä kautta, että paitsi tietenkä kaikki muutkin ne kohtelee asiallisesti, mutta että selvästi osottaa, et ymmärtää sen sisällön ja tosiaan myös sitä substanssiosaamista sitten. Niin et siinä kuitenkin enemmän ollaan myös, niin kun lääkäriesimiehet ja alaiset on kuitenkin sit aika pitkälti myös työkavereita, ei ehkä niin selvää johtaja-alainen asetelmaa.

Jokaisella pitäis olla, oli sit johtaja tai ei, käytöstapoja ja hyvii tapoja ja semmosta dialogi- ja vuorovaikutustaitoja, onpa se positio mikä tahansa. Ja se vaikka mä oon joh-

taja, niin vaikka mä joskus hermostunkin, niin ei se anna mulle oikeutta hermostuun sen enempää kuin kenellekään muullekaan, et se positio ei tuo sitä oikeutta käyttäytyä huonosti.

Haastatellut lääkärijohtajat näkivät hyvien käytöstapojen ja kollegiaalisuuden olevan lääkärijohtajillekin kuuluvia ominaisuuksina, mikä on samansuuntainen Sipilän (1991,61) toteaman kanssa: asiantuntijat odottavat voivansa kunnioittaa esimiestään myös ihmisenä, eikä asiantuntijaorganisaation esimiehelle ei riitä, että hän on esimiehenä hyvä. Pulkka (2013, 77, 102) on havainnut pro gradu - tutkimuksessaan saman: lääkärijohtajaksi oppimisessa korostuivat koulutuksen lisäksi kollegiaalisuuden merkitys. Myös Suomen Lääkäriliiton (2013b, 211) ohjeistuksen mukaan eri järjestelmissä toimivien lääkäreiden eettiset velvoitteet ja ohjeistukset, kuten kollegiaalisuusohjeet, ovat samat, eivätkä siis poistu lääkäriin siirtyessä lääkärijohtajaksi.

Tutkimuksen lääkärijohtajat näkivät lääkäreiden johtamisen poikkeavan muusta johtamisesta juuri siinä, että lääkärijohtaja tekee osittain ja ajoittain samoja töitä kuin johdettavat lääkärit eli lääkärijohtaja on yksi muista rivilääkärikollegoista, mikä osittain koettiin etuoikeutena, mutta osittain työn haasteena.

Mä aattelen, et johtajuus sinällään, se ei varmaan eroa siitä, että et ketä johdetaan, mutta tässä tietysti se etuoikeutettu asema on siinä, että on kollega niitten kollegojen kanssa, joita tavallaan johtaa, ja tavallaan on yks niistä muista.

Yleensä lääkärijohtaja on myös kliininen lääkäri, mikä ehkä poikkeaa tehtaan johtamisesta - tehtaanjohtaja ei oo siellä linjalla töissä, mut lääkärijohtaja on.

Tämä havainto on samansuuntainen kuin Airan, Mäntyselän, Myllykankaan ja Kumpusalon (2006, 1883) selvitys johtavien lääkäreiden asemasta, heihin kohdistuvista odotuksista sekä johtavien lääkäreiden kokemuksista asemastaan perusterveydenhuollossa. Sen mukaan johtaviin lääkäreihin kohdistuu paljon odotuksia sekä hallinnon että lääkäreiden taholta. Molemmat osapuolet toivoivat johtavan lääkärin olevan ”yksi meistä”. Lönnqvist (2002, 84) on todennut, että oman ryhmän sisältä johtajaksi valikoituvalle aiempi kokemus ryhmän sisäisistä suhteista helpottaa ryhmän dynamiikan ymmärtämistä, mutta toisaalta ryhmä näkee johtajansa myös ryhmänsä entisenä jäsenenä. Esimiehen on osassa asioissa jättäydtyttävä ryhmänsä ulkopuolelle ja kestettävä ristiriitaisissa tilanteissa epävarmuutta oikean toimintatavan valinnassa, eikä esimies koskaan voi olla aivan tavallinen ryhmän jäsen, vaikka esimiehen suhteet ryhmänsä jäseniin olisivat hyvät (Lönnqvist 2002, 85).

Osa haastatelluista piti lääkärijohtajan työn erityislaatuisena piirteenä sitä, että alaiset eivät ole johtajastaan suoraan riippuvaisia tai he eivät ainakaan halua olla riippuvaisia. Alaiset nähtiin oman työnsä asiantuntijoina, jotka haluavat johtaa itseänsä, eivätkä halua olla johtajan käskyttävänä.

Johtaja johtaa ja pitää huolen, että homma toimii, mutta lääkärijohtajan työssä minusta erityislaatuista on se, että sun alaiset ei oo suoraan sinusta riippuvaisia tai he eivät ainakaan halua olla. Eikä ne ole käskyvallan alaisena, vaan ne on hyvin itsenäisiä asiantuntijoita, jossa työssä heitä pitää kunnioittaa. Ja he on oman työnsä asiantuntijoita ja haluavat tavallaan johtaa itseänsä, että se on vähän semmonen itsenäisten johtajien johdattamista. Ja mut sit siinä sisällä on myös se, et sit pitää organisaatio joh-

taa taloudellisesti tiettyyn suuntaan ja yrittää pitää laivaa kurssilla, et ne itsenäiset johtajat siellä menisi edes jollain tavalla samoihin ajatuksiin.

Sipilän (1991, 66) mukaan asiantuntijaa onkin vaikea käskyttää, eikä asiantuntija pidä neuvomisesta alueilla, joilla hän kokee olevansa esimiestään osaavampi. Myös Eklundin (1992, 70–72) mukaan asiantuntijat eli professionaalit työskentelevät organisaatioissa jokseenkin autonomisesti.

Haastatellut lääkärijohtajat näkivät työssään tärkeinä asioina oman työyhteisön hyvän työilmapiirin ja innostuksen ylläpitämisen, työympäristön ihmisten kanssa keskustelun ja heidän yksilöllisen huomioimisen sekä lääkärialaisten työssä jaksamisen huomioon ottamisen.

Osa ... kollegoista... oli vähän sitä mieltä, että ei sitä niin paljoo tarvii kollegoja kuunnella, että samaa vaan kaikille. Mutta mä en oikeen, mun mielestä asiantuntijoita ei tänä päivänä johdeta tolla lailla, eikä ehkä oo ikinä johdettu, et kyl mun mielestä pitää kuunnella. Johtajan pitää pystyä kuuntelemaan yksilöllisesti.

Edellisen sitaatin lääkärijohtajan havainto yksilöllisyyden huomioimisessa johtamisessa on samansuuntainen kuin Syväjärven, Vakkalan ja Stenvallin toteamukset, joiden mukaan julkisen terveydenhuollon työelämän ja henkilöstöjohtamisen on huomioitava aiempaa herkemmin ihmisten moninaisuus sekä työelämän inhimillisuus ja tehokkuus ymmärtämällä ihmisten autenttiset tavat toimia työelämässä ja muodostamalla tasapaino tietoperustaisten tapojen ja tilanteiden välille (Syväjärvi, Vakkala ja Stenvall 2013, 178). Myös Eklund (1992, 87) on todennut osa asiantuntijoista voi tarvita enemmän kannustusta ja perustelua kuin toiset eli asioita voidaan hoitaa yksilöllisesti. Sveibyn (1990, 79) mukaan asiantuntijaorganisaation johtajan onkin tunnettava työntekijät ja osattava asettaa tehtävät tärkeysjärjestykseen. Haapiainen (2016, 2209–2211) on myös todennut, että asiantuntijaorganisaation jäseniä kuuntelemalla muodostuu kokonaiskäsitys organisaatiosta.

Tutkimuksen lääkärijohtajat näkivät, että luottamusta on rakennettava myös muiden yhteistyötahojen kanssa. Luottamuksen koettiin rakentuvan vähitellen ja mahdollistavan hankalienkin asioiden johtamisen. Yksinjohtamista ei koettu nykyaikaiseksi johtamiseksi, vaan johtaminen laajan yhteistyöverkostoitumisen kautta nähtiin tämän päivän johtamismiseksi.

Aika selkee eli oma ammatin hyvä oppiminen, eli se on oleellista, että on omalla alallaan, osaa työnsä eli ensimmäisenä täytyy olla erikoislääkäri. Ja matkalla kannattaa verkostoitua mahdollisimman hyvin. Eli mitä enemmän verkostoituu ja mitä enemmän jo suhteita saa ihmisten kanssa, nii sen helpompaa sitte yhteistyö jatkossa. Ja itseasiassa verkostoituminen on nykyajan johtamisen onnistumisen kaiken perusta. Että pystyy sairaalassa, ku on hyvin verkostoitunu eri ihmisten kanssa tai muuhun terveydenhuoltoon, ni silloin saa asioita aikaseks. Luottamus rakennetaan vuosien aikana pikkuhiljaa ihmisten kanssa. Eli sitä ei voi tehdä sillalaila, että kun saa johtajan titelin, nii pystys alkamaan johtamaan. Vaan ensin annetaan luottamus. Ja ihmissuhteet on sitä luottamusta. Ja sitten pystyy johtamaan monimutkasia, vaikeitaki asioita. Yksin johtaminen ei oo nykyaikaa enää, vaan yks ihminen tekee, johtaa ni verkostoitumista muitten ihmisten kanssa, et se on se juttu.

Edellisen sitaatin lääkärijohtajan havainto verkostoitumisen tärkeydestä on samansuuntainen kuin Ryttilän (2011) väitöskirjatutkimuksen tulos, jonka mukaan

tietointensiivisessä asiantuntijaorganisaatiossa asiantuntijoita johdetaan mahdollistaen sosiaalisesti avoimia yhteistyöverkostoja. Niissä tietoa voidaan muodostaa, jakaa ja konvertoida kollektiivisesti, minkä tuloksena sitten voidaan muodostaa yhteisöllisesti hyväksyttyä tietoa, joka implementoidaan edelleen toiminnan tasolle (Rytilä 2011, 3). Yhteistyösuhteiden rakentumiseen on panostettava riittävä määrä aikaa, jotta asiat sujuisivat jatkossa kauempaakin johdettuna. Myös Lönnqvist (2002, 83) on todennut, että hyvän yhteistyön muodostuminen vaatii vuorovaikutusta ryhmän ja johdon välillä, ja voidakseen edustaa ryhmäänsä ulospäin, johtajan tulisi tuntea ryhmänsä ja sen työolosuhteet.

### 6.3 Lääkärijohtajien kokemukset työstään

Lääkäreiden johtamista ei koettu helpoksi, mikä on samansuuntainen havinto kuin aiempi kirjallisuutieto asiantuntijajohtamisen haasteellisuudesta (ks. esim. Ikola-Norrbacka 2010, 1746; Kujala 2015,13; Simoila 1999, 10–13; Sveiby 1990, 56–63; von Knorring, Riik ja Alexanderson 2010, 5). Osa haastatelluista lääkärijohtajista näki korkeasti koulutettujen erikoisosaajien johtamisen vaativan lääkärijohtajalta nöyrää asennetta. Osa lääkärijohtajista kertoi tiedostavansa, että johdettavissa voi olla johtajaa viisaampia.

Meil on hyvin pitkälle koulutettuja erikoisosaajia, että onhan ne nyt ihan erilainen johtaa. Niil on motivaatiotaso ja intohimot ja kunnianhimot ihan eri tasolla kun jollakin tavallisella duunarilla tai sillä lailla. Et onhan se ihan, et eihän semmoista haastemaailmaa...nehän on periaattees semmoisia ihmisiä, mitä sä johdat, ni ne on useimmiten myös muiss paikois johtajia.

No tää nyt on asiantuntijajohtamista. ...Mut siinä on tietysti aina muistettava, että aina löytyy joku, joka on itseensä viisaampi tai fiksumpi. Ja se siinä mielessä olla tietysti vähän nöyräkin.

Tämä havainto voi kertoa lääkäreiden asennemuutoksesta suhtautumisessa johtajaansa kohtaan, koska aiemmin professori, kirurgi Hirvensalo (2008) on todennut, että lääkäreiden on vaikea sulattaa palvelujohtajaa, jonka meriitit palvelualueen erikoisaloista ovat vähäisemmät kuin tämän alaisilla. Hirvensalon mukaan terveydenhuollossa harvoin hyväksi johtajaksi osoittautuu heikon substanssiosaamisen omaava johtaja. (Honkanen 2008, 2974–2975.) Myös Sipilä on todennut, että asiantuntijaorganisaatiossa tärkein auktoriteetti on asiantuntijaauktoriteetti ja asiantuntijan on vaikea hyväksyä yläpuolelleen esimiestä, jota hän ei koe voivansa arvostaa ammatillisessa mielessä (Sipilän 1991, 59, 69).

Lääkärijohtajat kokivat pääsääntöisesti viihtyvänsä lääkärijohtajatyössään. Oma työ nähtiin arvokkaana, tärkeänä ja mielenkiintoisena, mutta ajoittain myös haastavana. Eri hierarkiatasoilla toimivien johtamisasioista vastaavien henkilöiden vastuukentät eivät olleet osalle haastatelluista täysin selviä ja päätösvastuiden selkiyttämistä toivottiin.

Kyllähän sitä nyt työssä on ihan oikeesti kivaa vaihtelevissa määrissä... Kyllä mä nyt pääsääntöisesti, että totta kai joskus on väsynyt. Ja joskus on kiire ja aina ei niin mu-

kavaa, mutta että kyllä se sanotaanko plussan puolella menee kuitenkin se, jos ajattelee, että onko se enemmän kielteistä vai myönteistä, ni kyllä se nyt kuitenkin.

Tuota itse asiassa tää lääkärijohtaminen tähän on ihan kivaa, ja miks se on kiva, täs pääsee vaikuttamaan siihen mitä ite tekee mutta vaikuttamaan myös siihen mitä muut tekee. Ja pääsee vaikuttamaan siihen muiden kanssa, et mitä ne muut tekee niitten potilaitten kans, kun ite joutuu tavallaan vähän luopumaan siitä potilastyöstä. Et sitä omaa työtä kun oppii johtamaan, niin oppii johtamaan muiden kanssa yhdessä sitä työn tekemistä ja sitä työn tekemisen tapaa voi muuttaa ja se on yhdenlaista johtajuutta. Tää on enemmänkin yhdessä tekemistä, ja ehkä se on tuonu siihen sen keveyden, et huomaa, et yksin mun ei tarvi kaikesta selvitä.

Tää on yks parhaita pestejä sairaalassa... niin tää on semmoinen mielenkiintoinen, mutta kyllä aika paineinen ja haasteinen paikka, ...että, musta tuntuu, niin kun sairaalan sisäpuolella ei niinkään oo oikeestaan mihinkään suuntaan ongelmia, mitä nyt joskus tää meidän johtamisjärjestelmä aiheuttaa harmaita hiuksia, että kun on nää perinteiset siilo-organisaatiot tai toimialueet ja erikoissalat ja sitten on vielä, niin monta kerrosta tonne ylöspäin. Ja kukaan ei loppukädessä oikeen tiedä, että kuka päättää.

Nämä havainnot ovat samansuuntaisia kuin Kaukorannan pro gradu -tutkimuksen tulokset, joiden mukaan lääkärijohtajat kokivat johtamistyön tärkeänä, haluttuna, mielenkiintoisina ja tarpeellisena työnä, johon kuitenkin liitettiin myös epäkohtia ja haasteita, kuten epämääräisenä koettu hallintosääntö (Kaukoranta 2012, 69–72). Myös Virtanen (2010, 165, 222) on todennut samansuuntaisesti väitöskirjatyössään: johtajaksi hakeudutaan ja koulutaudutaan aikaisempaa aktiivisemmin, vaikkakin ristiriitaa lääkärintyön ja johtamisen välillä edelleen esiintyy.

Lääkärikoulutuksen kautta tulevan ihmistuntemuksen nähtiin olevan vahvuus johtajan työhön ja lääkärinäkin nähtiin voivan onnistua johtajana. Omasta itsestä lähtevä tahto ja innostus johtamiseen nähtiin oleellisina ominaisuuksina johtajan työssä. Osa tutkimuksen lääkärijohtajista on alkamassa arvostaa johtamistyötä kliinisen potilastyön veroisena työnä lääkäriytyönsä rinnalla. Tulevaisuuteen toivottiin lääkärijohtajia, jotka olisivat omaehtoisesti hakeutuneet johtajan työhön ja hankkineet sitä varten osaamista, koulutusta ja kokemusta.

Kyllä se johtaminenkin on aika kivaa kuitenkin. Että vaikka tosiaan välillä ...oon mä jossain just sanonukin, että vois mennä johonkin M1:seen, että arvioo siitä, että on ryhtyny... tähän hommaan, että tää on aikamoinen hullunmylly välillä, mutta täs on näitä paineita joka suuntaan ja muuta. Mun mielestä sitä enemmän vois tuoda esiin sitä johtamisen monipuolisuutta ja moniulotteisuutta ja sitä, että lääkärikin voi olla aika hyvä johtaja, mutta se lääkäriys ei tee kestäjän hyvää johtajaa, mutta ei sulje sitä myöskään pois. Et lääkäriyllähän on paljon, jo koulutuksen kauttakkin tulee ja kokemuksen kautta tulee, sitä ihmisen ymmärtämistä ja kaikkee muuta. Mut et kyllä siihen pitää olla se motivaatio ja tietynlainen palo siihen johtajuuteen, että ei se tuu päälle liimattuna. Että mä toivosin, et meillä tulevaisuudessa olisi lääkärijohtajia, jotka haluavat, eivät ole ajautuneet siihen, vaan nimenomaan tavoitteellisesti hakeutuneet ja hankkineet sitä osaamista ja koulutusta ja kokemusta.

Tätä havaintoa tukevat Kaukorannan pro gradu -tutkimuksen tulokset, joissa todettiin, että lääkärijohtajana toimiminen vaatii lääkäriltä erikseen haluamista, koulutusta, uuden roolin pohdintaa sekä kykyä nähdä, että lääkärijohtaja voi toteuttaa myös lääkäriyttään ollessaan johtajana (Kaukoranta 2012, 68–69).



Osa tutkimuksen lääkärijohtajista näki johtamistyön lääkäriellekin sopivana kokopäivätyönä ilman potilastyötä, mihin vahvistusta osa koki saaneensa johtamiskoulutuksista, joihin oli osallistunut muidenkin kuin terveydenhuoltoalan johtajia. Johtajaroolissa työskentelyä hankaloittavaksi asiaksi koettiin tunne siitä, että kaikki lääkärijohtajan lähityöyhteisössä eivät miellä johtamistyötä lääkärikoulutetulle sopivana ”oikeana” kokopäivätyönä. Osa lääkärijohtajista oli joutunut ajoittain selittämään työympäristölle miksi ei tee potilastyötä ja osa lääkärijohtajista koki johtamistyöhön käytetyn ajan joutuneen joskus työympäristössä kyseenlaistettuun asemaan. Johtamistyölle toivottiin potilastyönveroista arvoa.

Et sitähän mäkin tässä saan perustella tosi usein, että, mitä sä oikeen niin kun teet, että, tota, teetkö sä oikeeta työtä ollenkaan....eihän.... nyt kukaan minkään muun alan pomo ajattele, että se ei olis oikeeta työtä se johtaminen, että mikä meistä lääkäreistä tekee niin kun, että.... come on, et kyl mä voin olla päätoiminen johtaja ilman, et mun täytyy joka päivä selittää sitä, että mä en tee potilastyötä.

Nämä havainnot ovat samansuuntaisia kuin Kaukorannan pro gradu -tutkimuksen tulos: lääkärin valinta johtamisen ja kliinisen työn välillä ei ole ongelmatonta. Lääkärin siirtyminen pois potilastyöstä tai johtajatyöhön on lääkärille riski menettää ammattiotteensa ja uskottavuutensa kollegojen silmissä. (Kaukoranta 2012, 68–69.)

Osalla tutkimuksen lääkärijohtajista oli kokemus, että lääkärijohtamistyön johtamisosuus on aliarvostettua sekä lääkäreiden itsensä taholta, mutta myös työnantajan taholta. Osa lääkärijohtajista koki johtamisvastuusta tulevan korvauksen pieneksi suhteessa vastuuseen ja osa hämmästeli vastuun halpaa hinnoittelua verrattuna muuhun maailmaan. Osa lääkärijohtajista koki suomalaisen palkkatason riittävänä ja viikkotyöajan kohtuullisena. Havainnot ovat osittain samansuuntaisia kuin Pulkan pro gradu -tutkimuksen havainnot, joiden mukaan yllälääkärin palkka koettiin riittävän hyväksi, eikä palkka ollut päämötivaatio työn tekemiseen (Pulka 2013, 78, 103–104).

Aiemman kirjallisuuden perusteella lääkäreiden johtamistyön potilastyötä vähäisemmäksi työksi arvottamisella on pitkä historia: jo Hermansonin väitöskirjatulosten mukaan (1989, 157, 159, 164) vain osa tutkimukseen haastatelluista lääkärijohtajista oli hyväksynyt ajatuksen tehdä täyspäiväisesti hallintotyötä ja lääkärin hallintoura oli ollut eräänlainen yksilösuoritus, jonka kiinnostunut oli voinut halutessaan itse luoda itselleen. Myös Lehdon, Viitasen ja Aution (2003, 5209) tutkimustulos on samansuuntainen: lääkärin ammatti-identiteetin ja -kulttuurin perspektiivistä katsoen lääkäri voi kokea organisaation johdon tehtäviin siirtymisen ammattikunnan ”ulkopuolisen ohjauksen ja kontrollin puolelle” siirtymisenä. Xirasagar (2009) on todennut, että lääkärin siirtyminen lääkärijohtajaksi on erilainen tilanne kuin bisnesmaailmassa johtajiksi siirtyminen. Bisnesmaailmassa hierarkiassa yleneminen on luontainen hyväksytty kehitys. Lääkärijohtajat sen sijaan kohtaavat usein lääkäreiden taholta kritiikkiä profesionsa arvoista luopumisesta ja kakkosluokan (*second-class*) lääkärinä olemisesta. (Xirasagar 2009, 338.)

Osa tutkimuksen lääkärijohtajista näki lääkärijohtamisen osittain kollegialisena uhrautumisena johtajan rooliin. Lääkärijohtajan työssä

johtamistyöosuuden koettiin lisäävän työn kuormitusta verrattuna pelkkään erikoislääkäriytyöhön, mikä suositeltiin huomioimaan, mikäli on lääkäriurallaan suuntaamassa lääkärijohtajatyöhön. Osa arvelikin, että pääsisi työelämässä helpommalla, jos tekisi pelkästään oman erikoisalansa erikoislääkäritöitä, mutta koki samalla, että jonkun on otettava vastuu lääkärijohtajankin töistä.

No jos ihan oikeasti haluaa lääkärijohtajaksi, niin kyllä kannattaa minusta vielä toisen kerran harkita. Mutta sitten, jos on tosissaan, niin mikä ettei. Mä oon sitä miettiny, että jos se [johtaminen] ois kivaa, niin ei siitä maksettas. Sanosin, että kyllä se paljo raskautta tuo tähän hommaan...mutta ku jonku pittää tehdä näitäki. Ja sitte en mä nyt tällä sitä tarkota, että minä väheksysin tätä työtä, mutta se tarkoittaa sitä, että niin kylä tässä [johtamisessa] on oma stressikertoimensa. Että helpommallakin saa sen leipänsä päälle voita.

Xirasagar (2009, 337) todennut samansuuntaisesti, että työn haasteellisuus lisääntyy entisestään lääkärijohtajan työnkuvan sisältäessä sekä kliinistä työtä että johtamistyötä. Lönnqvist (2002, 113) on myös todennut, että organisaatiossa rajapinnoilla toimiminen sekä useampiin ryhmiin kuuluminen ovat osa jokaisen alan johtajan arkipäivää, minkä on sanottu auttavan ymmärtämään omaa organisaatiota paremmin, mutta samalla se lisää työnkuormittavuutta. Toisaalta Lönnqvist (2002, 74) painottaa, että vaikka työn vastaanottaminen tarkoittaa työn tavoitteisiin sitoutumista, ei sen kuitenkaan pitäisi tarkoittaa sitä, että minkä tahansa työtavoitteen vuoksi voi uhrata oman tai toisen inhimillisen arvon tai olemuksen. Hermanson (1989, 65, 137, 163) on todennut väitöskirjatutkimuksensa perusteella, että lääkäreiden hallintotehtäviin pätevyitymishalun taustalla oli piilevä, mutta ääneen lausumaton ajatus siitä, että mikäli lääkärit eivät pätevyityisi hallintotehtäviin, heidät siirrettäisiin muualle.

Tutkimuksessa voimaannuttavana, palkitsevana sekä kollegiaalisena asiana koettiin lääkäritaitojen opettaminen nuoremmille kollegoille sekä nuoremman kollegan vahvistuminen lääkäritaidoissaan. Palkitsevina asioina koettiin myös mahdollisuus tukea kokeneitakin lääkärialaisia vaikeissa kliinissä päätöksissä ja mahdollisuus työskennellä heidän kanssaan, pitkään työskentelyä vaatineen asian valmistuminen, johtamistehtävissä onnistuminen sekä alaisille työnteon mahdollistavien olosuhteiden ja työilmapiirin aikaansaaminen, ihmisten välinen kanssakäyminen sekä työstä saatava palkka, joka nähtiin myös elämisen mahdollistavana työstä korvauksena saatavana vastikkeena. Työn positiivisina asioina koettiin mahdollisuus suunnitella ja kehittää paremmin toimivia ja sujuvampia työtapoja, hoitopolkua, työnkuvaa sekä organisaation toimintaa. Positiivisena koettiin onnistuminen erikoislääkärialaisten työmotivaation ja taitojen kehittymisen ylläpidossa.

Näitä nuoria lääkäreitä..., et kyl niiden suhteen sitten yritän kouluttaa, mutta myös heidän työuransa askelmerkkejä vähän niin kun raamittaa. Ni se on mun mielestä, se on ehkä semmonen, niin kun tutorointia.

Kyllä mä iloitsen, oikeasti iloitsen minun alaisten onnistumisesta. Se on ehkä positiivisinta, ku näkee nuoresta lääkäristä, että siitä kehittyy hyvä alanosaaja ja sit erikoislääkäreiden kohdalla, että jaksaa pitää sitä motivaatioo ja taidon kehittymistä vuodesta toiseen. Jos sitä pystyy tukemaan, nii se on palkitsevaa. Se ei oo helppoa, en tiedä onko tässä, mikä tässä nyt olis niin helppoa.

Palkitsevina tietysti on se kliininen johtajana .... pystyy tukemaan alaisiaan näissä haastavissa kliinisissä päätöksissä. Pystyy tukemaan, hyvinkin kokeneita lääkäreitä. Pystyy tukemaan päätöksissä, tekemään yhteistyötä. Sitten mun mielestä on ihan palkitsevaa on näitten nuorten lääkäreiden vähän niin kun ohjaamaan siinä työuralla eteenpäin ja vähän suuntaviivoittamaan sitä.

Palkitsevia on semmoset, että saa jotain aikaiseksi. Jotain jota on ehkä pitkällä tähtäimellä ponnistellu sen jutun, asian eteen, sit se onnistuu. Ja kyllähän ihan normaali kanssakäyminen on nii palkitsevaa.

No kyllä kai se tuo tilipussi tietysti vähä palkitsee. Että näin se tietysti, että jos lääkärijohtajana onnistuu ja pystyy tekemään esimerkiksi alaisille työrauhan, että tää homma pyörii ja sitte toisaalta on valmis tarttumaan niihin kaikkiin paskamaisiin hommiin tai järjestelyihin, niin eihän sitä pelkällä innolla kukaan hullu tee. Et kyl mä koen olevani ammattilainen kuitenkin, ja ammattilainen tekee töitä niin sen takia, että se elättää sillä itensä.

Mahdollisuus kuitenkin vaikuttaa tavallaan siihen yksikön toimintaan, elikkä tämäntoinen tietynlainen mahdollisuus ainakin tietyissä asioissa suunnitella asioita. Et joskus se on ihan kivaa, kun pystyy vähän miettimään asioita vähän tarkemmin kuin ehkä pelkästään vaan suorittaa, ja että ne on ehkä niitä hyödyllisiä.

Nämä havainnot kollegiaalisuuden osuudesta lääkärijohtajan työssä ovat samansuuntaisia kuin Lääkäri 2013 -kyselytutkimuksen tulokset, joiden mukaan lääkäreiden kokemana kollegiaalisuus on Suomessa edelleen hyvällä tasolla (Saloranta, Kosunen, Sumanen, Virjo, Heikkilä, Hyppölä, Halila, Kujala, Vänskä ja Mattila 2016, 2575.)

Tutkimuksen lääkärijohtajat kokivat työnsä negatiivisina puolina paperityöt, tietokonejärjestelmät ja hyvin tehdystä työstä ansaituksi koetun kiitoksen poissaolon. Vaikeina ja haastavina asioina koettiin ajan riittämättömyys, tunne keskeneräisyydestä ja riittämättömyydestä, työasioiden tärkeysjärjestykseen laitto, voimavarojen jakaminen eri työtehtävien välillä sekä turha byrokratia. Työyhteisön eri tahoille toivottiin olevan enemmän läsnäoloaika.

Siis päivittäisestä tästä paperin pyörittämisestä. Siit mä en tykkää yhtään. Ja sitten on, mitä toi tietojärjestelmät ja ne tuo, ni helpottaa kaikkienkosta toissijaista soopaa... niit mä en tykkää yhtään.

No kaikista inhottavinta ja haastavinta, niin vaikeinta ja kuormittavinta on se, kun aika ei riitä. Se kaikista suurin tuska, et haluais olla enemmän siellä kentällä läsnä ja enemmän revetä joka paikkaan. Joka yksikössä toivottais, et mä olisin enemmän läsnä. Et se riittämättömyyden tunne, että ei kerta kaikkiaan repee joka paikkaan, eikä kerta kaikkiaan ehdi. Se on se, mikä mua eniten repii ja semmonen keskeneräisyyden tunne.

Vaikea asia tässä on seuloa tärkeitä asioita vähemmän tärkeistä. Priorisointi, et mihin pistää niitä omia paukkujaan. Ja sit joskus on ristiriitoja... välillä esimiesten intressit ei aina oo niitä mistä itse olis kaikkein eniten kiinnostunu. Se on luonnollista varmaan ihmisillä, niitten yhteensovittaminen saattaa olla niitä vaikeita asioita. Ehkä turhaa byrokratiaa välillä on, sitä vois vähän keventää.

Tutkimuksen havainnot eri työosuuksien yhteensovittamisesta ovat osittain samansuuntaisia Lehdon, Viitasen ja Aution (2003, 5213) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan ongelmat johtamisen ja lääkäriyden yhteen sovittamisessa voivat

johtua siitä, että johtajuudelle ei anneta tarpeeksi aikaa. Lönnqvist (2002) on toisaalta todennut, että paras keino hallita liiallisen työn hallinnan tunnetta ja tasapainon palauttamista on aktiivinen luopuminen muista haasteista sekä voimavarojen kohdentaminen ensisijaisesti hoidettaviin asioihin. Tehtävien priorisointi sekä kyky ja mahdollisuus kieltäytyä vähemmän tärkeistä asioista ovat työtilanteen hallinnan perustana. (Lönnqvist 2002, 111.)

Osa tutkimuksen lääkärijohtajista koki työssä haastavina henkilöstön ristiriitojen selvittelyt, eri tahojen näkemysten yhteensovittamisen sekä työyhteisössä joskus esiintyvän epäreilun taktikoinnin.

Haastavinta on henkilöstöhallinnon vaikeiden asioiden selvittely, ihmisten väliset konfliktit. Ei kukaan tykkää ruveta selvittämään riitoja. Mut se on ehkä semmosta haastavinta, et sitä pitää harjotella ja miettiä, et ei käy suin päin tuulta päin vaan vähän ehkä laskee ensin kymmeneen ennen ku rupee toimimaan. Ja sen maltin säilyttäminen siinä, vaikka kuinka toinen olisi tunteiden vallassa, niin sit itse ei saa lähtee siihen liikaa mukaan.

Ja sitten tietysti ehkä haastavin on sitten, kun tulee näitä tietynlaisia ristiriitatilanteita. Ne on haastavia, että, niin kun henkilöristiriitatilanteet.

Henkilöstöhallinnollinen ongelma, niin ne on semmosia asioita, mitkä tuntuu ikävältä ja vastenmielisiltä hoitaa. Se on se ehtottomasti johtajan ja lääkärijohtajan kuormittavin asia.

Musta on vaikeeta ja kuormittavaa, että on esimerkiks semmosia alaisia, jotka on hyviä siinä pelaamisessa ja juonittelussa, et joutuu jotenkin vastakkain semmosen kanssa tai reagoimaan siihen. Niin sillon mä koen, et mä oon vähän niinku pulmissa.

Nämä tutkimuksen havainnot henkilöstöhallinnon vaikeiden asioiden selvittämisen haastavina kokemisesta poikkeavat Viitasen, Kokkisen, Konun, Simosen, Virtasen ja Lehdon (2007, 16–24, 30–42) tutkimuksen tuloksesta, jonka mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon johtajaryhmät kokivat hallitsevansa parhaiten henkilöstöjohtamisen. Lönnqvist (2002, 91–93) on todennut, että ristiriita erilaisuuden ja monimutkaisuuden välillä on sanottu olevan aina läsnä kaikissa ryhmissä. Ryhmän yhteistyön onnistumiseen ei riitä pelkkä hyvä tahto, vaan yhteistyölle tarvitaan tavoitteet, rakenteet ja johtajuus. Hoitaessaan ryhmien välisiä suhteita johtaja joutuu kohtaamaan myös ryhmien välistä kilpailua ja kateutta. Epäoikeudenmukaiseksi helposti koetaan yhteisten resurssien jakaminen sekä tulosten keskinäinen vertailu. Tällaisessa tilanteessa on nähty tärkeänä, että johtaja säilyttää puolueettomuutensa ja pitäytyy omassa tehtävässään. Erittäin tärkeitä tämä on niissä tilanteissa, joissa johtaja on noussut asemaansa oman organisaation sisältä. (Lönnqvist 2002, 91–93.)

Osa tutkimuksen lääkärijohtajista koki vaikeaksi työtilanteet, joissa vaaditaan vahvempaa ponnistelua itseltä tai työyhteisöltä muutoksen eteenpäin viemiseksi.

Vaikeita, ...ehkä sit tietenkin oikein ajaa eteenpäin semmoisia asioita, jotka vaatis joko itseltä tai muilta enemmän ponnisteluja tai jotka pitäis jotenkin isommin muuttaa asioita. Et ehkä .... en osaa tarpeeks voimakkaasti omaa asiaa viedä eteenpäin. Sitten, jos vaatis enemmän muiden tahojen painostamista tai vaatimista tosiaan, että se on ehkä. Et semmoisten tiettyjen hyvien ideoiden tai ajatusten käytännön toteuttaminen

tai eteenpäin vieminen, jos siinä on yhtään enemmän jotain hankaluutta, ni se on ehkä huonoja puolia.

Lönnqvist (2002, 111) on todennut, että kun ymmärtää oman työn perustehtävän ja toteuttaa sitä tinkimättömästi, on työssä helpompi tehdä myös vaikeita valintoja. Näin toimiminen on priorisointia, ja siten luopumista edellyttäviä vaikeita päätöksiä helpompi tehdä ilman henkilökohtaisia syyllisyyden tunteita. Toisaalta Lönnqvist toteaa, että organisaation muutosprosesseissa johtajan tulisi myös varata normaalia enemmän aikaa organisaation sisälle ja ulkoisten suhteiden hoitoon. (Lönnqvist 2002, 84, 111.)

Talouteen liittyvät asiat nähtiin lääkärijohtajan työhön liittyvänä pakollisena asiana.

Talousjutut ja tämmöset, ne tulee siellä mukana, ne nyt ei oo aina nii mukavia, mutta ei niitä voi pitää myöskään vaikeena eikä haastavina eikä kuormittavina. Mut ei ne myöskään välttämättä ole nii positiivisia eikä palkitsevia, mutta ne on se välttämätön

Talousasioiden osaaminen on lääkärijohtajallekin tärkeää; aiemman kirjallisuuden mukaan terveydenhuollon johtamisessa ovat viime vuosikymmenen aikana korostuneet tuloksellisuusvaatimukset moniammatillisen asiantuntijatyön, osaamisen johtamisen sekä järjestelmien ja organisaatioiden ohella, minkä vuoksi terveydenhuollon johtamistehtävissä vaaditaan asiantuntija-, henkilöstö-, laatu- sekä verkostojohtamisen ohella myös talousjohtamisen osaamista (Viitainen, Tampusi-Jarvala ja Lehto 2006, 997; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Myös Suomen Lääkäriliitto suosittaa Lääkäriliiton hallituksen 8.12.2016 kokouksen päätösten pohjalta, että terveydenhuollon johtajan pitää ymmärtää lääketieteellisestä päätöksenteon taloudellisista vaikutuksista (Suomen Lääkäriliitto 2016e.) Englantilaisen Llewellynin (2001, 593) tutkimuksen mukaan juuri talousosaamisen heikkous tekee lääkärijohtajien (*clinical directors*) työstä havoittuvaisen, vaikka lääkärijohtajat muutoin pystyvät melko helposti yhdistämään lääketieteellisen työn ja johtamistyön. Tikan (2015, 39) lääkäreiden johtamiskokemuksia käsitelleen pro gradu -työn mukaan yllilääkäreille toivottiinkin apua budjetointiin kaupallisen kokemuksen omaavalta henkilöltä.

Ehkä suomalaisuuteen liittyväksi mielletty työyhteisöissä kroonisesti näyttäytyvä työtytymättömyys koettiin raskaaksi. Tyytymättömyydestä mielellään luovuttaisiin, minkä vuoksi alaistaitoja peräänkuulutettiin.

En mä tiedä kuuluuko se meille suomalaisille erityisesti, onks se meidän piirre. Kyl me ollaan ihan mestareita näkemään usein vaan pelkkää negatiivista, et se on raskasta. Ja sit, kun meillä kuitenkin mun mielestä suomalaiset työolot kaiken kaikkiaan, kattoo vaikka lääkäreiden työtunteja maailmalla ja muuta, niin meil on aika hyvä palkka ja kohtalaisen hyvät työolot kaiken kaikkiaan, ni se semmoinen, joskus tuntuu ihan kohtuuttomana se semmoinen. Et en tiedä miten sitä sais katkastua. Ja tietysti johtajana se on melkein aina, et kun toi ovi aukee, ni tietää, et ei sieltä mitään kiitoksia tuu, että aina sieltä tulee jotain, mutta...

Lääkäreille suunnatusta lähijohtamiskoulutuksesta saattaisi olla hyötyä myös alaistaitojen oppimisessa, sillä Nuorilääkäriyhdistyksen (NLY) teettämän selvityksen mukaan lähijohtajakoulutuksen oli koettu auttaneen hahmottamaan lää-

kärin omaa johtajuutta ja terveydenhuollon prosesseja, mutta myös kasvattaneen alaistaitoja (Seppälä, 2016).

## 6.4 Lääkärijohtajatyön tukeminen

Lääkärijohtajalle kuuluviin johtamis- ja hallintotöihin sekä velvollisuuksiin toivottiin työnantajalta selkeämpiä ohjeita käytännön johtamis- ja hallintotöiden sujumisen helpottamiseksi ja jouduttamiseksi. Nähtiin, että käytännön asioiden hoitamisen sujuvoittamiseksi uudelle ylilääkärille olisi hyötyä ohjeistuksesta, johon olisi kasattu kooste johtamistyössä tarvitsemista asioista, yhteistyötahoista sekä heidän yhteystiedoista.

Ainakaan mulle ei oo koskaan kukaan tässä sairaalassa varsinaisesti ihan, ainakaan pyytämättä, ihan suoraan esitellyt tai sanonut, et jos tuut ylilääkäriks, niin tää nyt ihan tarkasti ottaen, mutta johtosääntö menee näin ja nää tämmöiset hal...talousasiat ja nää. Ja tää on tää ihminen, niin kun päättää näistä. Ja saatika sitten, et jos pitäis tietää vaikka perusterveydenhuollon organisaatiot, et kuka toimii missäkin. Et jotenkin ihan sit tämmöistä käytännön tietoa, et kenen kans asioida mistä. Toki suurin osa nyt on muutenkin tiedossa. Ja totta kai tulee vähän semmoisen kokemuksen ja oman selvittelyn ja yrityksen ja erehdyksen kautta tietoon ihan näistä käytännön toimintamalleista ja kuka on kussakin yksikössä niin kun vast...Niin, se sellainen rooli ja toimintamalli ja ihan tällaisia käytännön tietoa just tämmöisten asioiden eteenpäin viemisen tukemiseksi. Ja sitten, että olis .... joku tämmöinen perusylilääkäripaketti, niin kun työnantaja tarjoaa, missä olis kaikki tämmöiset olennaiset tavallaan nimenomaan sen organisaation toimintaa ja liittyvät asiat. Ja just nää, niin, just kuka viime kädessä vastaa mistäkin asiasta.

Kaukoranta on pro gradu -tutkimuksessaan todennut samansuuntaisen asian: lääkärijohtaja haluaa saada tietoa vastuualueensa asioista, tulla itsekin kuuluisiksi ihmisenä ja saada yksilöllistä huomiota sekä tulla kohdelluksi rehellisesti ja avoimesti (Kaukoranta 2012, 93). Myös Virtanen totesi väitöskirjatyössään lääkäri- ja hoitajataustaisten, keski- tai ylimpään johtoon kuuluvien johtajien toimenkuvan määrittävän lähinnä ammattitaitustaan, erikoisalana ja organisaatioaseman perusteella edeltäjältä periytyen. Kirjallista toimenkuvaa ei ollut kellekään, eikä myöskään perehdytystä tehtäviin juuri saatu tai pyydetty. (Virtanen 2010, 140–154.) Samoin Brommelsin ja Mäntyrannan (1994, 3868) tutkimuksessa yhtenä lääkärijohtajan tärkeimpinä ominaisuuksina nousivat esille julkisen sektorin pelisääntöjen tuntemus. Lönnqvist (2002, 38) onkin todennut, että työyhteisössä tulisi olla riittävän yksimielinen näkemys tavoitteista ja niiden esteenä olevista mahdollisista ongelmista. Jos organisaation tavoitteet ovat työntekijälle epäselviä tai ulkokohtaisia, voi tavoitteiden merkityksen ymmärtäminen ja hyväksyminen sekä työtavoitteisiin sitoutuminen jäädä heikoksi (Lönnqvist 2002, 67). Mitä epäselvemmät ovat työn tavoitteet ja mitä heikommin työ on strukturoitu, sitä suuremmat ovat riskit harhautua muuhun kuin työnsä tekemiseen (Lönnqvist 2002, 42).

Osa haastatelluista lääkärijohtajista kaipaisi lääkärijohtajan työn arvottamista organisaation puolelta työksi, johon myös resurssoidaan riittävästi. Antamalla johtamistyölle sen vaatima aika ja resurssit nähtiin

voitavan parantaa mahdollisuutta onnistua johtamistyössä. Myös työkuivan selkeyttämistä johtamisosuuden suhteen toivottiin.

Avoimesti tunnustettaisiin [johtaminen] vaativaksi tehtäväksi ja myös avoimesti tehtäisiin, niin että se [johtaminen] on vaativaa. Ja sit myös, että määriteltäs se, et minkä verran ja kuuluuko siihen kliinistä työtä ollenkaan vai onko se niinkun täysaikainen pesti. Et tavallaan, et se tunnustettaisiin se asema.

Ehkä saamalla lisää tietosuutta siitä, että se johtajuus sinänsä on jo arvo, että joku on johtaja, vaikka ei tekis mitään potilastyötä. ...Et olis se ihan kivaa, että joku tässä talossa arvostais ihan sitä esimiestyötä. Myös lääkärikunnassa nähtäis se arvo, et jos ei me ite sit arvosteta sitä, niin kuinka me voidaan ajatella, et kukaan muukaan arvostaa lääkärijohtajaa. Että must siinä on niin kun, et kyl meidän pitäis ymmärtää se, että sillä on merkitystä.

Tämä havainto on samansuuntainen Viitasen ym. (2007, 16–24, 30–42) tutkimusten kanssa: 60 % sosiaali- ja terveydenhuollon keski- ja lähijohdon tehtävissä työskentelevistä johtajista tiesi, mitä ylin johto odottaa heidän johtamistyöltään ja noin puolet koki saaneensa tukea esimiehiltään tai alaisiltaan. 80 % johtajista tiesi, mitä alaiset odottavat häneltä johtamistyössä. Myös Viitasen, Wiili-Peltolan ja Lehdon (2002, 3755) tutkimus osoitti samansuuntaisesti osastonlääkärin kokevan lähijohtajaroolinsa epäselviksi, minkä vuoksi osastonlääkärin johtajaroolin kehittäminen todettiin vaativan tuekseen muun muassa johtajaroolin selkiyttämistä organisaatiossa. Vastaavan asia on todettu myös Viitasen, Tampusi-Jarvalan ja Lehdon (2006, 997–999) ylilääkäreiden käsityksiä johtamisesta selvittäneessä tutkimuksessa, jonka mukaan ylilääkärit toivoivat esimiehiltään enemmän arvostusta, tukea, palautetta ja parempaa esimiestyötä. Lönnqvistin (2002) mukaan työntekijällä onkin oikeus tietää, mitä häneltä työssä oikeasti odotetaan. Työn määrittelyssä ja työtavoitteiden sopimisessa on esimiehellä suuri vastuu. Ellei työntekijä tiedä, mitä työ on tai mitä hänen työltä odotetaan, ei voi kokea työssä onnitumisen tunnetta. (Lönnqvist 2002, 41.)

Hyvästä yksikön suoritumisesta ja hyvin työssä onnistumisesta toivottiin työnantajalta kiitosta. Sairaanhoidopiirin yleisohjekirjeitä ja ohjeistuksia toivottiin kohdistettavan paremmin, ja samoilla säännöillä toimimista toivottiin koko sairaalassa kaikilla erikoisaloilla.

Että, meillähän henkilöstöratkasut hyvin paljo tuottaa kaikkia yleiskirjeitä ja ohjeita ja säännöksiä ja jotenkin sitoo käsiä. Tämöissä työyksiköissä on hirveen paljon, siistää alana on jo jotenkin sellanen, että tänne olettaakseni tulee paljon tunnollisia ja huolellisia. Ja jotenkin semmosia ihmisiä, joillei todellakaan oo semmonen lusmumentaliteetti. Mut välillä ... tulee ... noista yleiskirjeistä ja ohjeista niinku semmonen, että, tietysti varmaan voi olla semmonen lusmuporukkakin olemassa. Mutta miten vois vahtia sitten vaan sitä porukkaa ja sanoo niille muille, että oikein hyvin menee, kiitos vaan kauheesti.

Kaukoranta (2012, 91–93) on pro gradu -tutkimuksessaan havainnut saman hyvään vuorovaikutteiseen johtajuuteen sisältyvän kiitoksen antaminen palautteena hyvin tehdystä työstä. Lönnqvist (2002, 73) on myös todennut, että jokainen ihminen kaipaa myönteistä palautetta, uskoa omaan kehitykseen ja voimakkaamman tukea ja läheisyyttä. Lisäksi työntekijän ammatillisten taitojen

korostamien on nähty olevan tärkeää, koska se luo mahdollisuuden ammatillisen itsetunnon ylläpitämiseen ja motivoitumiseen.

Osa tutkimuksen lääkärijohtajista toivoisi enemmän yhteyttä lääkärijohtajakollegojensa kanssa ja toivoisi tuntevansa sairaalan eri erikoisalojen lääkärijohtajakollegat paremmin, jotta työn yhteisistä asioista neuvottelu olisi helpompaa tutumman kasvon kanssa mahdollisesti hankalampienkin asioiden eteen tullessa.

Mut kyllä mä jotenkin toivosin semmosta, että täst porukasta vois tehdä semmosen yhtenäisemmän tai semmosen, että tunnetas kaikki ja että tervehdittä, kun tullaan vastakkain...Eikä katottas seinää.

Kaukoranta (2012, 70) on pro gradu -tutkimuksessaan havainnut samansuuntaisesti: lääkärijohtajat jäsentävät johtamista ja johtajuutta sairaalan sisäisen yhteistyön sujuvuuden, omalla vastuualueella vaikuttavien tilanteiden ja toimijoiden, johtamiskulttuurin ja hallintosäännön kautta. Lönnqvist (2002, 84) onkin todennut hyvien käytösten ja toisen kunnioittamisen edesauttanevan yhteistyötä. Mitä paremmin työyhteisön jäsenet tuntevat toisensa, sen paremmin he osaavat poissulkea vääristäviä elementtejä työnteossa (2002, 45–46). Haapiainen (2016, 2210–2211) on myös todennut, että aikaa ja vaivaa on varattava oman johtotiimin yhteishengen luomiseen, koska keskinäinen lojailiuden ja toisten kunnioittamisen ovat tärkeitä.

Tutkimuksen haastatteluissa tuli esille huoli omasta ja muiden jaksamisesta. Hyvin toimiva oma työyksikkö nähtiin sujuvan toiminnan edellytyksenä. Lääkäri työvoiman riittävyys nähtiin yleisesti tärkeänä ja lääkärijohtajan työtä helpottavana sekä lääkärikunnan jaksamiseen vaikuttavana tekijänä. Terveystuella nähtiin vaativana työalana, minkä vuoksi toivottiin isompaa resurssointia työterveyshuoltopalveluihin.

Tämmöselle terveydenhuollon ammattilaisporukalle pitäis olla jotenkin superhyvä työterveyshuolto.

Työn tekis paljon helpommaksi se, että meillä olis hyvät lääkäriresurssit, et nyt mä kannan suurta huolta meidän lääkäreitten ja toki muitten ammattiryhmien, mut tietysti lääkärikunnan, jaksamisesta.

Tammilaakso (2010) on pro gradu -tutkimuksessaan havainnut saman: lääkäriesimiehet kokivat työnsä ilmeisen kuormittavana. Heikoimpana ominaisuutenaan he kokivat työsuunnittelun siten, että työn vaatimukset täyttyvät oman terveyden pysyessä samanaikaisesti yllä. (Tammilaakson 2016, 2.)

Työnohjaus, mentorointi ja vertaistukiryhmät tulivat tutkimuksessa esille esimerkkeinä työntukikeinoista. Mentorointi jakoi lääkärijohtajien mielipiteitä. Osa koki metoroinnin hyvänä lääkärijohtamisenkin tukikeinona, osa taas ei nähnyt mentorointia enää omaan työuran vaiheeseen kuuluvana ja osa näki itsensä mieluummin mentorin roolissa. Johtamiskoulutuksiin pääsymahdollisuus nähtiin lääkärijohtamistyötä työnantajan puolelta tukevana piirteenä.

Mut varmaan sitä, et on sitä vertaistukea, on siinä omassa, omassa johtajakunnassa, täällä sairaanhoitopiirissä. Mut siinä omassa johdettavassa porukassa on niitä lähi-



johtajia, joiden kans on mutkattomat yhteydet ja voidaan aika räväkästi miettiä miten tästä mennään eteenpäin.

Sairaalanorganisaatio ja ylemmän tason esimiehet, ku ne tukee alemman tason johtajia, niin se on se, mitä tarvitaan. No, mitä sitte sairaanhoitopiiri on tehny erityisen positiivisesti, ni on tukenu lääkärijohtajuutta ja hoitajajohtajuutta järjestämällä koulutuksia. Ja niihin koulutuksiin on päässy. Johtamiskoulutuksia on ollu, talousjohtamista, kaikkee mahdollista on ollu ja siihen on mahdollista mennä. Että sairaanhoitopiiri on kyllä hyvin tukenu tätä johtajuutta. Mitä tarjotaan työssä johtamiskoulutuksena, nii ne on kyllä ollu hyviä ja kyllä niistä ainakin pontta saa tähän johtamiseen.

Nämä havainnot ovat osittain samansuuntaiset Tammilaakson pro gradu -tutkimuksen (2016, 2) tulosten kanssa, joiden mukaan lääkäriesimiehille mieluisin koulutusmuoto on mentorointi ja he osallistuisivat mielellään koulutukseen, jos sellaista olisi saatavilla.

#### 6.4.1 Lääkärijohtajatyön ja muun elämän yhdistäminen

Tämän pro gradu -tutkimuksen mukaan osa lääkärijohtajista koki työuran myötä osittain oppineensa, että myös lääkäriellä ja lääkärijohtajalla on työnjaksamisen rajat ja että koko elämä ei ole vain työtä. Lääkärijohtajat kertoivat oppineensa työajankäytön hallintaa sekä asioiden oragnisoimistaitoja, mitkä olivat helpottaneet työn ja muun elämän yhteensovittamista. Osa lääkärijohtajista kuitenkin kamppailee edelleen työnasoiden ja vapaa-ajan yhdistämisen kanssa, koska työpaikalta poissaolo ei lopeta työasioiden ajattelua.

No tossa kun vuosia on kulunu, niin kyllähän siinä on kehittyny paljon...ja esimerkiksi nykyisin, niin mä oon saanu tän oman työni sellaseks, että mulla ei kerry ylitunteja. Mä en istu täällä iltasin niinku joskus olen kyllä istunu. On ollu semmosia aikoja, et mä oon iltakymmeneen saakkakin istunu töissä.

Vaikka kuinka sanotaan, että jätät vaan ne työasiat työpaikalle, niin mikä on se metodi, millä ne sinne sitten jää.

Kuormittavuus on se, että kun verrattuna tavalliseen lääkärintyöhön, niin näähän on kuitenkin aina mielessä. Niit ei koskaan pysty karistamaan sillä tavalla, että pistää sen työpaikan oven kiinni. Niin kyllä ne vaan kulkee aina mukana...että kyllä ne yöunet välillä menee, vaikkei tarvitsis. Ei ne niin maailmaa suurempia asioita ole.

Työ on työtä kuitenkin, se ei oo elämä. Meil on kotona periaate, et kotiin ei tuoda töitä.

Nämä havainnot on samansuuntaisia kuin Kaukorannan pro gradu -tutkimuksen havainnot, joiden mukaan lääkärijohtaminen oli koettu vastuun kantamisena, suunnan näyttämisenä, alaisten työn edellytysten luomisena ja muiden tarpeista huolehtimisena, mistä joskus on seurauksena lääkärin omien tarpeiden taustalle jääminen (Kaukoranta 2012, 73). Lönnqvist (2002) on ohjeistanut, että työn aiheuttaman psyykkisen kuorimituksen tulisi olla hallittua ja oikein jaksotettua. Oikein työn jaksottaminen sekä työn ja levon rytmittäminen mahdollistavat työstä palautumisen ja kokemuksista oppimisen. (Lönnqvist 2002, 110).

Raja työ- ja vapaa-ajan välillä koettiin muuttuneen työvuosien myötä

liukuvammaksi, ja esimerkiksi loman aikaisiin työtyötapauksiin alustavasti katsominen ennen lomalta töihin paluuta voitiin kokea työhön paluuta keventävänä.

Ehkä nyt sillai vähän niin kans ruvennu miettimään ja siltä kantilta itekin, että en enää niin jyrkästi halua erottaa vapaa-aikaa ja työtä, ..., toki tärkeätä on, ettei vapaa-aikana tavallaan kovin paljon tiettyi asioita. Mut et kyl sitä nyt itsekin kuitenkin joskus vapaa-ajalla tai lomien loppuvaiheessa sähköpostia lukee ihan sen oman mukavuuden kannalta ja sillai. Ja sit, kun rupee miettimään, et ehkä sekin sit on jopa rasite, jos henkeen ja vereen yrittää varjella sitä, ettet vahingossakaan mieli työasioita tai tee jotain työjuttua kotona.

Onnistuu [perheen ja työn yhdistäminen], nimimerkillä yli viikko ylityötunteja. Nyt on ollu vähän haastetta enemmän, että ei oo pysyny ne työtunnit kasassa. Että jos on selvinny niistä perustehtävistä, on täytyny illalla tehdä hommia. Mut kyl mä nytkin viikonlopulla luin sähköpostia. Oon silleen aatellu, et mä en kauheesti sitä jyrkkää rajaa pidäkkään, en murehdi niistä töistä, mut puran vähän loman jälkeen sähköpostia, et sitten on kivempi mennä sinne töihin. Mutta kyllä mä koen, että työn ja muun elämän yhdistäminen onnistuu aina vaan paremmin. Mitä enemmän tätä johtamistyötä on tehny, niin aina vaan paremmin ja aina vaan rennommin osaa asennoitua.

Myös lääkärijohtajan työssä on tärkeää, että oppii hallitsemaan työnsä ohella työn rajat. Lönnqvist (2002) on suosittanut viisasta laiskutta eli oikein jaksotettua levähtämistä, koska sitä tärkeämpää on työn oikein jaksottaminen, mitä intensiivisemmästä työstä on kyse. Näin toimien pysyy tavoitteen mukainen toiminta tehokkaana. (Lönnqvist 2002, 41.) Koska ihminen ei ole kone, voi väsyneenä työskentelyssä hankala työtilanne johtaa virheelliseen tapaan toimia (Lönnqvist 2002, 42).

Lääkärijohtajan perhe on usein vuosien myötä oppinut, mitä lääkärin ja lääkärijohtajan työ on ja mitä se vaatii. Usein lääkärijohtajan perhe joustaa niin, että sekä työ että perhe mahtuvat elämään.

Siinä se sujuu, että se on pakko erilaisten tahojen sopeutua siihen omaan työn malliin. Nii tuota, sen yhdistäminen normielämään, niin iteltään se ei tuota ongelmia, mutta lähinnä ympäröiville ihmisille se voi tuoda. Mutta itselle se ei tämä tuota ongelmia.

No melko helpoksi sanosin [perheen ja työn yhdistämisen]. Mä oon ollu aina niinkun työsidonnainen, ja siihen perhe on tottunu.

On se [perheen ja työn yhdistäminen] haastavaa.

Niin, et kyl tää on, mä luulen, että et se surullinen puoli siinä on, et se [perheen ja työn] yhdistäminen tapahtuu pikkuhiljaa. Tai tää työn ja oman elämän jotenkin se balanssin löytäminen, niin se tapahtuu pikkuhiljaa ja kokemuksen myötä... Ja on se surullista sitten siinä mielessä, että et siinä vaiheessa, kun ehkä asiat ois balanssissa, niin lapset esimerkiks alkaa olla aika isoja.

Lönnqvist (2002) on todennut, että yksityiselämä ja työelämä ovat vahvassa vuorovaikutuksessa keskenään, minkä vuoksi ne voivat parhaimmillaan tukea ja tasapainottaa toisiaan, mutta toisaalta työelämän ongelmat voivat vaikuttaa yksityiselämään ja päinvastoin (Lönnqvist 2002, 36). Intensiivinen ja pitkäkestoinen keskittyminen pelkästään työhön voi merkitä riskin ottamista elämän muilla osa-alueilla ja kostautua myöhemmin työroolissa epäonnistumisena. Jos

ryhmäpaine pakottaa johtajaa epäkypsään toimintaan, edellytetään johtajalta kykyä säilyttää oma näkemys asiasta. (Lönqvist 2002, 75.) Vastuu yksityiselämän ja työelämän välisten suhteiden hoitamisesta on lopulta jokaisen itsensä vastuulla (Lönqvist 2002, 36).

## 7 YHTEENVETO JA POHDINTA

Tämän pro gradu -tutkimuksen mukaan lääkärin urapolku lääkärijohtajaksi oli edennyt siten, että ennen lääkärijohtajapositiota henkilö oli opiskellut lääkäriksi (lääketieteen lisensiaattikoulutus), mikä kestää vähintään kuusi vuotta ja sen jälkeen kouluttautuminen oli jatkunut erikoislääkäriksi (erikoislääkäritutkinto), mikä kestää minimissään 5–6 vuotta. Lääkärin työt oli yleensä aloitettu heti, kun siihen oli laillisesti ollut mahdollisuus eli lääketieteen lisensiaattiopintojen viimeisien opiskeluvuosien aikana. Tästä johtuen haastatelluilla lääkärijohtajilla oli takanaan pitkä työura erilaisissa lääkäri- ja erikoislääkäritehtävissä. Kaikilla haastatelluilla oli takanaan myös useita lääkäriesimiestyövuosia sekä ainakin yksi lääkäreille suunnattu johtamiskoulutus. Tämän tutkimuksen mukaan lääkärijohtajaksi joko halutaan tai ajaudutaan.

Aiemmassa kirjallisuudessa lääkärijohtaja-termille ei ole ollut yhtä yksiselitteistä määritelmää, vaikka lääkärijohtaja-termiä kuitenkin käytetään kirjallisuudessa laajalti kuten se olisi yksiselitteisesti ymmärretty asia. Tämän pro gradu -tutkimuksen sekä aiemman käytössä olevan kirjallisuuden perusteella voidaan todeta, että lääkärijohtajalla yleisesti tarkoitetaan esimiesasemassa työskentelevää lääkäriä.

Lääkärijohtajan työn ymmärtämiseksi on ymmärrettävä myös lääkärin työhön ja lääkäriyteen kiinteästi liittyviä seikkoja. Jokainen lääkärijohtaja on peruskoulutukseltaan lääkäri (Virtanen 2010, 36) ja valtaosa esimiesasemassa työskentelevistä lääkäreistä tekee johtamistyön ohella lääkäreille ominaista potilastyötä (Aira, Mäntyselkä, Myllykangas ja Kumpusalo 2006, 1888; Viitanen, Tampusi-Jarvala ja Lehto 2006, 1000; Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen ja Lehto 2007, 20–21; Kaukoranta 2012, 68), mitkä molemmat seikat tulivat esille myös tässä pro gradu -tutkimuksessa. Lääkäri on tottunut työskentelemään ihmisten kanssa ja joukossa, koska lääkäri on peruskoulutettu diagno-soimaan ja hoitamaan potilaiden sairauksia sekä toimimaan osana moniammatillisia tiimejä joko tiimin jäsenenä tai johtajana. Lääkärin työlle on ominaista vahva vastuunotto ihmisten asioista, koska lääkärin työn virhe voi pahimmillaan johtaa potilaan menehtymiseen (Kivinen 2008, 81). Lääkäreiden työllä on myös painavat taloudelliset vaikutukset, koska lääkärit sitovat hoitoratkaisuiltaan noin 70 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Alarotu 2012, 524).

Pitkä lääketieteellinen koulutus, lääkäriä velvoittavat lukuisat lait (ks. liite 1) ja lääkärin työllä oleva vahva arvopohja eli lääkärin etiikka ohjaavat valitsemaan oikein. Eri järjestelmissä toimivien lääkäreiden eettiset velvoitteet ovat samat (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 211), ja näin ollen lääkärille koulutuksen ja profession myötä noudatettavaksi tulevat lait ja eettiset ohjeistukset eivät poistu lääkärin siirtyessä lääkärijohtajaksi.

Tässä tutkimuksessa sekä aiemmassa kirjallisuudessa esille tulleiden havaintojen perusteella lääkärin hartioille laskeutuu jo pelkän lääkärikoulutuksen myötä johtajan viitta, mikä voi viedä lääkäriä johtajan rooliin heti ensimmäisistä työvuosista lähtien ilman johtajan virallista johtajapositiota. Lääkärikoulutetun odotetaan tai jopa suorastaan veloitetaan ottamaan johtajan rooli silloinkin, kun lääkäri ei ole sitä tavoittelemassa. Toisaalta työympäristö ja työolosuhteet edelleen ohjaavat, suosivat ja osittain pitävät itsestänselvyytenä, että kaikki lääkärikoulutetut tekevän myös potilastyötä. Potilastyöhön tämänkin tutkimuksen lääkärijohtaja suuntautuu omaehtoisestikin hyvin herkästi monenlaisista syistä. Potilastyö voi olla sovittua työkuva, virkistävää vaihtelua johtamis- ja hallintotöille, tilanteen pakon tai työpaikan sanelemaa ja äkillistä tai pitkäaikaisempaa lääkäriresurssipulan paikkausta. Lääkärijohtajat käyttivät työajastaan keskimäärin puolet potilastyöhön ja puolet johtamis- ja hallintotyöhön, mutta jaolle esiintyi variaatiota tilapäisestä pysyvämpiin ratkaisuihin. Lääkärijohtajan työnkuvan painopiste vaihtelee ollen osalla lääkärijohtajista enemmän lääkärin työnkuvassa ja osalla enemmän johtajan työnkuvassa. Erikoisala, lääkärijohtajan toimialue sekä hierarkiataaso näyttävät eniten vaikuttavan työnkuvan jakautumiseen potilas ja ei-potilastyöhön, kuten lääkärijohtajat usein johtamis- ja hallintotyötä kutsuvat.

Osa tutkimuksen lääkärijohtajista teki myös päivystyspotilastyötä lääkärijohtajan päivätyön lisänä. Päivystystyötä tehtiin työhön kuuluvana osana, halusta säilyttää oma erikoislääkäriosaaaminen, korkeamman kokonaispalkan vuoksi tai keinona pysyä paremmin kärryillä, mitä työyhteisössä tapahtuu. Aiempaan käytössä olevaan kirjallisuuteen verrattuna tässä tutkimuksessa uutena havaintona tuli esille, että lääkärin palkka voi laskea lääkärin siirtyessä lääkärijohtajaksi. Tämän vuoksi osa lääkärijohtajista teki päivystystyötä myös kokonaispalkan nostamiseksi lääkärijohtajauraa edeltävälle tasolle.

Tämän tutkimuksen ja käytössä olevan aiemman kirjallisuuden perusteella lääkärijohtajan työ on ihmisten johtamistyötä, jossa on universaaleja ihmisten johtamiseen liittyviä piirteitä. Suurin osa johtamisen määritelmistä perustuu ajatukselle, jonka mukaan johtaminen käsittää prosessin, jossa ihminen pyrkii tarkoituksellisesti vaikuttamaan muihin ihmisiin organisoimalla, opastamalla ja helpottamalla toimintaa ja ihmistenvälisiä suhteita organisaatiossa tai ryhmässä (Yukl, 1989, 252; Yukl 2010, 3), mikä sopii tämän tutkimuksen perusteella kuvaamaan myös lääkäreiden johtamistyötä. Johtamistutkija Warren Bennis onkin todennut, että kaikki parhaat medisiiniset periaatteet toimivat muussakin johtamisessa (Smith 1992, 137).

Tämän tutkimuksen sekä käytettävissä olevan aiemman kirjallisuuden perusteella lääkärijohtajan työ on multitasking-työtä, jossa on hallittava lääketieteellinen asiantuntijuus, yhteiskunnan asettamat lait ja odotukset, lääkärin etiikan ohjeistukset ja kollegiaalisuus sekä osattava johtamis- ja ihmissuhdetaidot

ja talousosaamista sekä siedettävä näiden kaikkien osatekijöiden synnyttämät ristipaineet. Tässä tutkimuksessa tuli esille, että lääkärijohtajan työnkuvassa on myös palvelevan johtajan työnkuvaa, mistä ei ole mainintaa aiemmassa kirjallisuudessa. Aiemman kirjallisuuden tapaan lääkärijohtajan työn moniroolisuuteen ja rooliristiriitaan näyttää liittyvän arvo- ja aikakamppailu.

Lääkäriytyöyhteisöä asiantuntijaorganisaationa ei koettu helpoimmasta päästä johdettavana työyhteisönä. Haastatteluissa tuli esille, että lääkärijohtajat tiedostavat, että johdettavien joukossa on myös lääkäreitä, jotka voivat olla johtajaansa viisaampia ja akateemisesti meritoituneempia. Osa lääkärijohtajan alaisista voisi itse toimia esimiehensä kaltaisessa johtajapositiiossa. Lääkärijohtajat näkevät tämän haasteellisena asetelmana, mutta ei mahdollisena tilanteena. Parhaiten tällaista tilannetta nähtiin voitavan johtaa omaamalla hyvät johdettavan erikoisalan kliiniset taidot, millä kuvattiin saatavan paljon muusta anteeksi. Paras saakin yleensä helpommin arvostuksen ja luottamuksen, joita ilman voi olla vaikea johtaa. Parhaimmat kliiniset potilastyötaidot toisaalta vaativat usein runsaasti kliinisen työn toistoja, mikä on pois johtamistyöajalta ja johtamistyön oppimiseen tarvittavalta ajalta. Johtamistyölle koettiin ajoittain olevan vaikeuksia löytää aikaa, koska potilastyö menee kaiken edelle. Johtamistyölle toivottiin potilastyön veroista arvoa.

Vaikka johtajan rooli näyttää olevan läsnä niin lääkärin kuin lääkärijohtajan työssä tavalla tai toisella, ei kukaan tutkimukseen haastatelluista lääkärijohtajista kokenut Quinin johtamisroolikyselyssä johtaja-roolia omaa työtään eniten kuvaavaksi rooliksi. Osa kertoi vieroksuvan koko johtaja-sanaa. Ennenminkin haluttiin olla työyhteisössä esikuvana. Kuitenkin koettiin, että tämän päivän lääkäri voi ja haluaa olla johtajan roolissa, mutta sen nähtiin vaativan sekä luopumista että antamista. Vaikka lääkärijohtajan työn yhdeksi peruspilariksi koettiin nimenomaan lääkärintyön substanssin osaaminen, osa haastatelluista koki, että lääkärin on osattava luopua ainakin osasta lääkärille kuuluvasta potilastyöstä voidakseen keskittyä työssään myös johtamistyöosuuteen. Työnantajan toivottiin mahdollistavan johtajuudessa kasvaminen ja onnistuminen varaamalla siihen riittävästi aikaa ja resursseja. Lönnqvist (2002, 68) onkin todennut, että ihmisiä motivoivat tavoitteet koostuvat usein melko yleisistä pyrkimyksistä. Tämän pro gradu -tutkimuksen havaintojen perusteella lääkärijohtajienkaan työstään odottamat ja toivomat perusasiat eivät näytä olevan sen erikoisempia: selkeä työnkuva, kaikkien työnosien yhtäläinen arvostus, työnteon mahdollistavat riittävät resurssit ja työnarvon mukainen palkka.

Lääkäriys syntyy lääkärikoulutuksen ja lääkäriyden myötä johtaen vahvaan lääkärin ammatti-identiteettiin. Tutkimuksessa tuli esille, että myös lääkärijohtajan ammatti-identiteetti ja työmoraali ovat vahvasti lääkäriydessä, johon johtaminenkin pitkälti tukeutuu. Näiden tietojen pohjalta on helppo ymmärtää, miksi potilastyön vaihtuminen ei-potilastyöhön voidaan kokea potilastyöstä luopumisena, mihin voi liittyä epävarmuus lääkärin arvosta ilman potilastyötä. Jos ei itse usko työhönsä tärkeyteen, eivät usko muutkaan. Viihtyäkseen ja onnistuakseen johtamistehtävässä, olisi lääkärijohtajankin koettava johtamistyö mielekkääksi ja potilastyön veroiseksi. Lönnqvistin (2002, 11) mukaan työn mielekkyys vahvistuu, kun tehtävä koetaan omaksi, mitä tukevat työn selkeät tavoitteet, sopimukset ja riittävä autonomia.

Lääkärijohtajan työtä tekevien lääkäreiden moniroolisuus ja rooliristiriita olisi tärkeää huomioida työn jaksamisen tukemisessa sekä lääkäreille suunnattujen johtamiskoulutuksien osa-alueiden suunnittelussa. Eri hierarkiatasojen lääkärijohtajien työnkuvien tarkempi selvitys sekä lääkärijohtajien työnkuviin vaikuttavien seikkojen laajempi selvitys voisivat täten olla hyödyllisiä jatkotutkimusaiheita, joilla voitaisiin tukea eri hierarkiatasoilla toimivien lääkärijohtajien työssä jaksamista oikealla tavalla.

Suomen Lääkäriliiton näkemyksen mukaan lääkärin peruskoulutus antaa hyvän pohjan ymmärtää terveydenhuollon palvelutoiminnan logiikkaa, tehdä valintoja vaihtoehtojen välillä ja saavuttaa asiantuntija-alaisten luottamus, mutta ei suoraan valmenna johtajaksi (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 178). Toisaalta vain lääkärikoulutuksen saanut voi arvioida alaistensa lääkärin osaamisen, työn laadun, onnistumisen ja jatko- ja täydennyskoulutustarpeet (Suomen Lääkäriliitto 2010, 6). Perinteisesti lääkäriytyöyhteisössä lääkärijohtajapositio onkin siirtynyt klinikan akateemisesti vanhimmalle tai akateemisesti meritoituneimmalle (ks. esim. Sumanen, Viitanen, Virjo, Hyppölä, Halila, Kumpusalo, Kujala, Isokoski, Vänskä ja Mattila 2006, 4241; Virtanen 2010, 235). Osa haastateltujen lääkärijohtajien mielestä lääkärijohtajan lääkärintyöosuuden osaamistasoksi kuitenkin riittää, että lääkärijohtaja osaa oman erikoisalansa lääkärintaidot hyvin, mutta ei tarvitse olla klinikan paras klinikko. Tämä tutkimuksen havainto on samansuuntainen kuin Virtasen (2010, 165, 222) väitöskirjassa esille noussut havainto, jonka mukaan kliinisen senioriteetin merkitys lääkärijohtajuuden oikeutuksen kannalta olisi vähentymässä eli kliinisesti meritoitumista ei enää nähtäisikään aiemman tasoisena vaateena lääkärijohtajuudelle.

Tutkimuksessa tuli esille innostusta johtamistyötä kohtaan, ja osa haastatelluista olikin suorittanut runsaasti johtamiskoulutusta. Omaehtoinen kiinnostus johtamistyöhön nähtiin tärkeänä johtamistyössä onnistumisessa. Haastatelluissa tuli esille, että johtamiskoulutusta hyödyllisenä pitäneet lääkärijohtajat olivat suorittaneet johtamiskoulutusta enemmän kuin muut haastatellut. Huomioitavaa tässä kuitenkin on, että enemmän johtamiskoulutusta suorittaneilla lääkärijohtajilla johtamisen ja hallintotyön osuus työnkuvassa oli potilastyötä laajempi. Tämä voi viitata siihen, että työkuva vaikuttaa johtamiskoulutuksen hyödyllisyyteen ja hyödyllisenä kokemiseen. Lisäksi on huomioitavaa, että lääketieteen erikoisaloilla on toisiinsa verrattuna paikoin hyvinkin erilainen työnkuva, mikä saattaa vaikuttaa mahdollisuuteen, haluun ja tarpeeseen muovata työnkuvaa. Myös lääkärijohtajan hierarkiataraso vaikuttaa työnkuvaan ja mahdollisuuteen vaikuttaa työnkuvan erilaisiin painotuksiin. Johtamiskoulutuksesta ei nähty suoranaisesti muuta haittaa kuin kustannukset sekä koulutuksen työltä ja perheeltä viemä aika. Johtamiskoulutuksesta kaikilla haastatelluilla oli mielipide ja mielipiteet erosivat paikoin laajasti toisistaan. Osa koki käymänsä johtamiskoulutuksen hyvänä tukena työlleen, ja osa vain koulutuksena, joka lääkärijohtajan oli joka tapauksessa hyvä käydä. Osa haastatelluista koki muiden alojen johtajien kanssa käytyjen keskustelujen auttaneen näkemään myös johtamistyö ”ihan oikeana” työnä. Osa koki johtamiskoulutukset näennäiskoulutuksena, joiden sisältö ei ollut vastannut tarvetta. Osa näki nykyisen johtamiskoulutussysteemin ylihinnoiteltuna ja sekavana systeeminä.

Osa haastatelluista ehdotti lääkäreille suunnattuun johtamiskoulutukseen erikoisalakohtaisia parannuksia, mikä voi viitata siihen, että eri erikoisalat hyötyisivät erilaisista johtamiskoulutuksista ja erilaisesta johtamisesta. Osa haastatelluista lääkärijohtajista kokisi toimivimpana koulutuksen, jossa olisi erikoislääkärikoulutuksen tapaan kaikille erikoisaloille yhteinen runko-osuus, joka käsittäisi kaikille yhteisiä asiantuntijaorganisaation johtamis- ja talousoppeja. Runko-osuuden lisäksi olisi eriytyvää erikoisalakohtaista johtamiskoulutusta, jossa saman erikoisalalan lääkärijohtamiskollegat tapaisivat toisiaan johtamisoppien äärellä saaden samalla vertaistukea.

Tämän tutkimuksen kohderyhmän työympäristönä oli julkinen, Suomen suurin ei-yliopistollinen sairaala. Sairaalan organisaatiokuvasta (kuvio 1) katsottuna lääkärijohtajilla vaikuttaisi olevan vertaisryhmää ja siten vertaistukea monia muita lääkärijohtajien työpaikkoja runsaammin, koska lukuisat eri lääketieteen erikoisalat mahdollistavat useamman lääkärijohtajaposition. Tutkimuksessa tuli esille, että lääkärijohtajat saattaisivat hyötyä nykyistä tiiviimmästä lääkärijohtajien vertaistuesta sekä erikoisalojen välillä, että myös lääkärijohtajan oman erikoisalalan sisällä eri sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien kesken. Työyhteisöissä tulee aina vastaan sekä helpompia että hankalampia tilanteita, joissa on tarve ja/tai pakko tehdä yhteistyötä yli oman kentän. Yhteistyön tekemisen lääkärijohtajat ennakoivat olevan hankalissa tilanteissa helpompaa, jos lääkärijohtajat tuntisivat toisensa ennalta paremmin ja jos yhteistyötä olisi jo valmiiksi tehty tai opeteltu helpommissa tilanteissa. Hyviä käytöstapoja lääkärijohtajat arvostaisivat yli erikoisalojen, ja lääkäreiden keskinäisen kollegiaalisuuden merkityksen ja tärkeyden muistaminen tuli esille useammassa haastatteluvastauksessa. Ansaitun positiivisenkin palautteen saamista esimiehiltä ääneenkin joskus sanottuna toivottiin useammassa vastauksessa. Kiitos tuntuisi lääkärijohtajastakin hyvältä. ”Kaikki”-sanana merkitys sairaalaorganisaation ohjeistuksissa herätti osassa lääkärijohtajissa mietteitä. Kun työhön tai työpaikkaan liittyvä sääntö/ohjeistus on kirjoitettu kaikkia koskevaksi, niin retorisesti kysyttiin, miksi ”kaikki” on ajoittain kuitenkin vain osa.

Tämän tutkimuksen sekä käytettävissä olevan kirjallisuuden perusteella 30 vuoden aikana lääkäreiden oma suhtautuminen lääkärijohtajan työhön ja lääkärijohtajana toimimiseen näyttää olevan kääntymässä myönteisempään, hyväksytympään ja tavoitellumpaan suuntaa. Tämänkin tutkimuksen lääkärijohtajat pääsääntöisesti viihtyivät työssään. Aiempaan kirjallisuuteen verrattuna tässä tutkimuksessa uutena esille tulleen tutkimushavainnona voidaan pitää sitä, että lääkärijohtajat näyttivät kokevan esimiestyön ja perheen yhteensovittamisen helpottavan työvuosien myötä.

Amerikkalainen johtamistutkija professori Warren Bennis on todennut, että ajatuksena lääkärijohtaja (*physician-manager*) on oksimoroni, jolla tarkoitetaan kahden vastakkaisen tai toisensa kieltävän käsitteen yhdistämistä. Bennis toteaa ajatusristiriidan tulevan siitä, että lääkärit haluavat olla itsenäisiä ja riippumattomia, mikä on juuri syy, miksi lääkärit ovat kouluttautuneet lääkäreiksi. Bennisin mukaan lääkärit ovat koulutettuja etsimään oikeita vastauksia ja tekemään päätöksiä empiiriseen näyttöön perustuen, ja lääkäreillä on myös vaikeuksia johtamisen kanssa, eivätkä he osaa voimaannuttaa muita ihmisiä. Bennisin mukaan lääkärit ovat täten itsekeskeisiä ja tottuneet tekemään työtä mie-



luummin itsenäisesti kuin tiimityönä. (Smith 1992, 138–139.) Tämän pro gradu - tutkimuksen ja muiden aiemmin kirjallisuudessa esitettyjen tuoreimpien tutkimustulosten perusteella oksimoroni-käsite ei tämän päivän lääkärijohtajan kohdalla pidä paikkaansa. Vaikka lääkärintyö on itsenäistä asiantuntijatyötä, on tiimityöskentely tämän tutkimuksen sekä aiemman kirjallisuuden perusteella lääkäreiden työhön oleellisesti kuuluva työnosa ja näissä moniammatillisissa tiimeissä lääkärit toimivat samanaikaisesti sekä johtajina että tiimin jäseninä (ks. esim. Viitanen, Tampusi-Jarvala ja Lehto 2006, 997; Parmanne 2016, 2825). Mahdoton näyttää voivan kääntyä mahdolliseksi, jos siihen herää aito innostus ja sille annetaan aikaa, arvo ja mahdollisuus. Lääkäri voi olla johtaja.

## LÄHTEET

- Ahlblad, J. Lääkäri haluaa lääkärijohtajan. 2014. Suomen Lääkärilehti 10, vsk 69, 690-691.
- Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Duodecim, 121(10), 1073-1077.
- Aira, M., Mäntyselkä, P., Myllykangas, M. & Kumpusalo, E. 2006. Kenen joukoissa seisot? Johtavan lääkärin haasteellinen asema terveyskeskuksessa. Suomen Lääkärilehti 17, vsk 61, 1883-1888.
- Alarotu, E. 2012. Lääkärijohtaja on paljon vartija. Suomen Lääkärilehti 7, vsk 67, 524.
- AVI. 2017. [viitattu 15.7.2017]. Saatavana: <https://www.avi.fi/web/avi/terveyspalvelujen-ohjaus-ja-valvonta#.WbVUga1DzR0>
- Brommels, M. 2010. Vastuu tekee lääkäristä johtajan. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126 (5), 470-471.
- Brommels, M. & Mäntyranta, T. 1994. Lääkärijohtajien asenteet johtamiskoulutukseen. Suomen Lääkärilehti 36, vsk 49, 3868-3871.
- Bryman, A. 1996. Leadership in organizations. Teoksessa Glegg, SR., Hard, C. & Nord, WR. Handbook of Organization Studies. London: Sage Publications, 276-292.
- Cajigal, S., Weiss, G. & Silva, N. 2015. Women as physician leaders. Medscape Physician Report.[viitattu: 16.7.2017]. Saatavana: <http://www.medscape.com/features/slideshow/public/femaleleadershipreport2015#page=1>
- Casanova, J. 2003. The docs are in charge. Modern Healthcare 4/28, (33), Issue 17, 26.
- Cunningham, R. 2004. Servant leadership - An Introduction. Global Virtue Ethics Review, 5(3), 2-6.
- Cunningham, R. 2017. Servant Leadership - An Introduction. Public Voices, 5(1-2),1.
- Eklund, K. 1992. Asiantuntija - yksilönä ja organisaation jäsenenä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Euroopan yhteisöjen komissio 2012. Commission staff working document on an Action plan for the EU Health. [viitattu: 16.7.2017]. Saatavana: [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/docs/swd\\_ap\\_eu\\_healthcare\\_wokforce\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/swd_ap_eu_healthcare_wokforce_en.pdf)
- Finlex 1989. Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989). [viitattu: 16.7.2017]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.
- Finlex 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. [viitattu: 16.7.2017]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 2§. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#a559-1994>

- Finlex 2003. Laki kunnallisesta viranhaltijasta 2003/304. [viitattu: 16.7.2017].  
Saataavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030304>
- Finlex. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. [viitattu: 16.7.2017].  
Saataavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Finlex. 2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 57§. [viitattu: 15.7.2017].  
Saataavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Finlex. 2014. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.Oikeaus toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä. 30.12.2014/1355, 4§.[viitattu: 10.9.2017].  
Saataavana:<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#a30.12.2014-1355>
- Forsius. A. 1998. Lääkärien nimityksistä. Suomen Lääkärilehti 35, vsk 53, 4143. [viitattu 04.09.2017]. Saataavilla [www.muodossa.com](http://www.muodossa.com)  
<URL:<http://www.laakarilehti.fi/arkisto/terveydenhuollon-historia/laakarien-nimityksista/>
- Golden, RL. 1999. William Osler at 150 - An overview of a life. *Jama-Journal Of The American Medical Association*, 282(23), Dec 15., 2252-2258.
- Goodnight, R. 2004. Laissez-Faire Leadership. In G.R. Goethals, G.J. Sorenson, & J. M. Burns (Eds) *Encyclopedia of leadership*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 820-823.
- Greenblatt, M. 1983. The Unique Contributions for Psychiatrists to Leadership Roles. *Hospital and Community Psychiatry* 34, 260-262.
- Grint, K. 2011. A history of Leadership. In Bryman, D. Collinson, K. Grint, B. Jackson & M. Uhl-Bien (Eds) *The Sage handbook of leadership*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 3-14.
- Guthrie, M., B. 1999. Challenges in Developing Physician Leadership and Management. *Frontiers of Health Services Management*, (15), 4, 3-24.
- Haapiainen, R. 2016. Voiko kirurgeja johtaa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 132, (23), 2209-2212.
- Hannus, T. 2006.Lääkäri haluaa lääkärijohtajan. *Suomen Lääkärilehti* 20, vsk 61, 2272-2273.
- Harmoinen, M. 2014. Arvostava johtaminen terveydenhuollossa. Tampereen yliopisto. *Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja*.
- Hiller, N., DeChurch, L., Murase, T. & Doty, D. 2011. Searching for outcomes of leadership a 25-year review. *Journal of management*, 37(4), 1137-1177.
- Heikka, H. 2008. Sosiaali- ja terveysjohtajan työn sisältö ja kompetenssit. Oulun yliopisto, *Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden tiede*. Väitöskirja. [viitattu 04.09.2017]. Saataavana: <http://urn.fi/urn:isbn:9789514287886>
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Helander, V. 1993. *Professiot ja julkisvalta*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Henriksson, M. 1998. Lääkäriliitolta uusi suositus terveydenhuollon johtaminen ja lääkärien virkanimikkeet. *Suomen Lääkärilehti*, 35, vsk 53, 4124-4125. [viitattu 04.09.2017]. Saataavana: <http://www.laakarilehti.fi/liitossa/liitto-toimii/laakariliitolta-uusi-suositus-terveydenhuollon-johtaminen-ja-laakarien-virkanimikkeet/>

- Hermanson, T. 1989. Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 49. Kansanterveystieteen laitos, Helsingin yliopisto. Väitöskirja.
- Hernandez, J. 2016. Leading your physicians. Perspectives and perceptions. *Physician Leadership Journal*, (3), Issue 6, 50–53.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press. ISBN 951-570-458-8.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press. ISBN 978-952-495-073-2.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi, Kariston Kirjapaino Oy.
- Hjelt, O. 1892. Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812. Andra delen. Helsingfors central-tryckeri. Helsingfors. [viitattu 04.09.2017]. Saatavana: <http://runeberg.org/medhist/1/0026.html>
- Hoff, T. 1999. The Paradox of Legitimacy: Physician Executives and the Practice of Medicine. *Health Care Management. Review Issue 24(4)*, 54–64.
- Honkanen, JP. 2008. Lääkärit syrjäytetään päätöksenteosta HUS:ssa. *Suomen Lääkärilehti*. 37, vsk 63, 2974–2976.
- Hurley, R. 1986. Toward a behavioral model of the physician as case manager *Social Science & Medicine*, 23(1), 75–82.
- HYKS. 2016. Sairaanhoidon lautakunta § 63, 22.11.2016. [verkkajulkaisu]. [viitattu: 30.1.2017]. Saatavana: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bcargXCMpRk\]:hus01.tjhosting.com/kokous/20162217-8.PDF+&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi&client=safari](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bcargXCMpRk]:hus01.tjhosting.com/kokous/20162217-8.PDF+&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi&client=safari)
- Hämeen Liitto. 2014. Vuoden hämäläinen 2014 on Markku Puro. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: <http://hameenliitto.fi/fi/ajankohtaista/vuodenhamalainen-2014-markku-puro>.
- Ikola-Norrbacka, I. 2010. Johtaminen terveydenhuollon eettisenä kysymyksenä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 126(14), 1746–1747.
- International Code of Medical Ethics of the World Medical Association 1949. [viitattu: 30.1.2017]. Saatavana: <http://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>
- Isosaari, U. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Hallintotieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Järvi, U. 2000. Selvitysmies Jouko Isolauri: Johtajuus on ansaittava. *Suomen Lääkärilehti* 41, vsk 55, 4174–4175.
- Järvi, U. 2001. Lääkärikin tarvitsee johtamisoppeja: Lääkäriliiton työryhmä esittää uudenlaista johtamiskoulutusta. *Suomen Lääkärilehti* 37, vsk 56, 3677.
- Kaukoranta, SS. 2012. Onko erikoissairaanhoidossa sijaa jaetulle johtajuudelle? Lääkärijohtajien puhetta johtajuudesta. Vaasan yliopisto. Kauppätieteellinen tiedekunta. Pro gradu.

- Keistinen, T. 1995. Businesskoulutuksesta pikantti lisä esimieslääkärin kokonaiskoulutukseen. *Suomen Lääkärilehti* 30, vsk 50, 3217.
- Kekki, P. 1979. Terveysthuollon hallinnon koulutus lääkärin kannalta. *Suomen Lääkärilehti* 34, 41–46.
- Kekomäki, M. 2004. Tarvitseeko lääkäri johtajakoulutusta? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 120 (3), 257–258.
- Kekomäki, M. 2010. Lääkärin johtamiskoulutus: reaktiivisesta proaktiiviseksi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 126(5), 580–581.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017a. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatiokaavio. [viitattu: 18.7.2017]. Saatavana: <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B9B990FE1-E21E-4C6A-AA0D-E006CFE007D3%7D/33630>.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017b. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia 2015–2020. [viitattu: 18.7.2017]. Saatavana: <http://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Strategia>.
- Kinnunen, J. & Vuori, J. 2005. Terveysthuollon johtamiskulttuurin holistinen malli. Teoksessa J. Vuori (toim.) *Terveys ja johtaminen Terveysthallintotiede terveysthuollon työyhteisöissä*. Helsinki: WSOY, 192–217.
- Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveysthuollon organisaatioissa. [viitattu: 16.7.2017]. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <URL: <http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1068-3.pdf>
- Klossner, A. 1961. Sairaalatalous ylilääkärin näkökulmasta. *Sairaala* 24, 546–549.
- Koskimies, A. 1943. Piirilääkärilaitoksemme. In *memorian*. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 59(5), 202–211.
- Koskinen, J. 2017. Sydänleikkaus pelasti miehen hengen-Lahjoittaa yliopistolle miljoonan. *Savon Sanomat* 11.1.2017. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: <http://www.savonsanomat.fi/kotimaa/Sydänleikkaus-pelasti-miehen-hengen-Lahjoittaa-yliopistolle-miljoonan/907209>.
- Kotter, JP. 1989. Johtajuus menestystekijänä. Suomentaja Ritva Liljamo ja Asko Miettinen. Espoo:Weilin + Göös.
- Kotter JP. 1990. A Force for Change. How Leadership Differs from Management.
- Kotter, JP. 1990. What Leaders Really Do. *Harvard Business Review*, 103–111.
- Kotter, JP. 1983. Yritysjohdajan profiili. Suomentaja Veikko Rumpunen. Mänttä: Mäntän kirjapaino.
- Kujala A. 2015. Esimiesten ammattijohtamisvalmiuksien mittaaminen visuaalisella kehyskertomuksella - murtuuko myytti? Tarkastelussa terveys- ja sosiaaliala. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveystiede. Väitöskirja.
- Lahelma, E. 2003. Medikalisaation juurilta nykypäivään. *Duodecim* 119, vsk 119, 1863.
- Lehto, J. 1991. Juoppojen professionaalinen auttaminen. *Tutkimuksia* 1/1991. Sosiaali- ja terveysthallitus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Lehto, J., Viitanen, E., Autio, V. & Lääkäri 98 tutkimuksen ryhmä. 2003. Minkä-

- laiset lääkärit nousevat johtaviin asemiin? Suomen Lääkärilehti 51-52, vsk 58, 5209-5213.
- Lindqvist, M. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1. [viitattu: 21.5.2017]. Saatavana: <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>
- Llewellyn S. 2001 "Two-way Windows": Clinicians as medical managers. *Organization Studies* 22, 593-623.
- Lönnqvist, J. 1991. Johtamisen ja johtajan psykologiasta. 5. Painos. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Lönnqvist, J. 2002. Johtajan ja johtamisen psykologiasta. Helsinki: Edita.
- Mayo, E. 1945. *The Social Problems of an Industrial Civilization*. Harvard Business School, Division of Research. Boston, 161-170.
- Mintzberg, H. 1979. *The structuring of organisations. A synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. 1980. *The Nature of managerial work*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. 1983. *Power in and around organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. 1983. *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Nakari, R. 1988. *Henkilöstö ja esimiehet kunnallisessa työyhteisössä*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Nirenberg, J. 2004. Leadership effectiveness. In G.R. Goethals, G.J. Sorenson, & J. M. Burns (Eds) *Encyclopedia of leadership*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 844-853.
- Osler W. 1907. The reserves of life. *St Mary's Hospital Gazette* 13, 95-98.
- Pahkala, K., Pahkala, S., Puolijoki, H. & Laippala, P. 2001. Tulosojohtamisen toteutumista ennustavat tekijät. Esimerkkiaineistona Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkärit. *Suomen Lääkärilehti* 3, vsk 56, 317-322.
- Parkkila-Harju, M. 2014. Kaikki lääkärit tarvitsevat johtamiskoulutusta. *Suomen Lääkärilehti* 3, 2305.
- Parkkila-Harju, M. 2017. Lääkärin arki muuttuu. *Suomen Lääkärilehti* 3, vsk 72, 93.
- Parmanne, P. 2016. Lääkäreistä valmentajia, potilaista kumppaneita. *Suomen Lääkärilehti* 44, vsk 71, 2824-2825.
- Parviainen, H., Hyppölä, H., Heikkilä, T., Sumanen, M., Halila, H., Vänskä, J., Kujala, S., Kosunen, E., Virjo, I. & Mattila, K. 2016. Lääkäri 2013 Erikoistuvien lääkärin hallinto ja johtamiskoulutuksen muutokset näkyvät myönteisesti. *Suomen Lääkärilehti* 23, vsk 71, 1694-1700.
- Parviainen, H., Viitanen, E., Leinonen, E., Hakkarainen, K., Ohranen, S. & Mattila, K. 2013. Erikoistuvien lääkärin johtamiskoulutus Tampereen yliopistossa, *Suomen Lääkärilehti* 23, vsk 68, 1739-1744.
- Paskert, J. 2014. The Physician Leader's 10 Commandments. *Physician Executive* 3, (40), 38-43.
- Peltonen, T. 2004. Organisaatio- ja johtamistutkimuksen uudet haasteet. *Liiketaloudellinen aikakauskirja*, 2, 199-203.

- Peltonen, T. 2007. Johtaminen ja organisointi. Teemoja, näkökulmia ja haasteita. Keuruu: Otavan Kirjapaino oy.
- Pesonen, H. 2007. Laatu! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Juva: WS Bookwell Oy.
- Pohjanpalo, O. 2012. Lääkärripulan torjumisesta kehkeytyi kiista puolueiden välille. [verkkojulkaisu]. Helsingin Sanomat 26.10.2012. [viitattu 09.06.2017]. Saatavana: <http://www.hs.fi/politiikka/art-2000002575373.html>.
- Pulkka, A. 2013. Lääkärijohtajuus ja ylilääkäreiden ammatti-identiteetti muuttuvassa asiantuntijaorganisaatiossa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Kauppätieteellinen tiedekunta, Johtaminen ja organisaatiot. Pro gradu.
- Puurunen, VP. 2015. Päteviä lääkärijohtajia tarvitaan aina. Suomen Lääkärilehti 9, vsk 70, 583.
- Quinn, JF. & Perelli, S. 2016. First and foremost, physicians: the clinical versus leadership identities of physician leaders. *Journal of Health Organization and Management* 4 (30), 711-728. [viitattu: 30.1.2017]. Saatavana: <http://doi.org/10.1108/JHOM-05-2015-0079>.
- Rytilä, M. 2011. Tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa julkisella terveydenhuoltoalalla. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. Väitöskirja.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - menetelmäopetuksen tietovaranto. [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskunta tieteellinen tietoarkisto. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>
- Saastamoinen, J. 2016. Sote-uudistus testaa lääkärin muutoskyvyn. Suomen Lääkärilehti 35, vsk 71, 2092-2095.
- Saloranta, L., Kosunen, E., Sumanen, M., Virjo, I., Heikkilä, T., Hyppölä, H., Halila, H., Kujala, S., Vänskä, J. & Mattila, K. 2016. Lääkäri 2013 -tutkimus. Kollegiaalisuus toteutuu lääkäreiden mielestä hyvin. Suomen Lääkärilehti 41, vsk 71, 2575-2581.
- Schneller, ES., Greenwald, HP., Richardson, ML. & Ott, JA. 1997. The Physician Executive: Role in the Adaptation of American Medicine. *Health Care Management Review* 2 (22), 90-96.
- Seeck, H. 2008. Johtamisopit Suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Seppälä, L. 2016. Lähijohtajakoulutus - hyötyä vai haittaa? Nuori Lääkäri -lehti 6. [verkkojulkaisu]. [viitattu 09.06.2017]. Saatavana: <http://www.nly.fi/artikkeli/lahijohtajakoulutus-hyotya-vai-haittaa>.
- Simoila, R. 1999. Terveydenhuolto johtamisen areenana. Teoksessa R. Simoila, R. Kangas & J. Ranta Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 9-16.
- Sinkkonen, S. & Taskinen, H. 2005. Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa J. Vuori (toim.) Terveys ja johtaminen Terveystieteiden tutkimuskeskus terveydenhuollon työyhteisöissä. Helsinki: WSOY, 78-104.

- Sipilä, J. 1991. *Asiantuntija ja johtaja. Miten hallitsen nämä kaksi roolia?* Espoo: Weilin + Göös.
- Smith, R. 1992. Leadership and doctors. *British Medical Journal* 305, 137-138.
- Soininen, G. 1943. Lääninlääkärilaitoksemme esihistoriaa. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 59 (11), 495-519.
- Soininen, M. 2017. Kati Myllymäestä Lääkäriliiton uusi toiminnanjohtaja. [verkkojulkaisu]. *Suomen Lääkärilehti*. [viitattu 09.06.2017]. Saatavana: <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kati-myllymaesta-laakariliiton-uusi-toiminnanjohtaja/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki. [viitattu: 4.1.2017]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114044/TRM200203.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Sote-uudistus. [viitattu: 4.1.2017]. Saatavana: [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakennemuutos](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos).
- Spears, L. C. & Lawrence, M. 2004. *Practicing servant-leadership: Succeeding through trust, bravery, and forgiveness*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stogdill, R.M. 1948. Personal factors associated with leadership: A survey of the literature. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* Vol. 25, 35-71.
- Stogdill, R. M. 1974. *Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research*. New York: Free Press.
- Stoller, J.K. 2008. Developing physician-leaders: key competencies and available programs. *Journal of Health Administration Education*. 4 (24), 307-328.
- Sumanen, M., Viitanen, E., Virjo, I., Hyppölä, H., Halila H., Kumpusalo, E., Kujala, S., Isokoski, M., Vänskä, J. & Mattila, K. 2006. Lääkärien arviot kollegojen johtamistaidoista ovat parantuneet viidessä vuodessa. *Suomen Lääkärilehti* 41, vsk 61, 4241-4249.
- Suomen Ekonomit. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: <http://www.ekonomit.fi/emba/mba-ohjelmat>
- Suomen Lääkäriliitto. 1998. *Terveydenhuollon johtaminen ja virkanimikkeet*.
- Suomen Lääkäriliitto. 2010. Lääkäriin asema terveydenhuollossa. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: <http://www.laakariliitto.fi/uutiset/jasenuutiset/laakariliiton-linjaus-laakarin-asema-terveydenhuollossa>.
- Suomen Lääkäriliitto. 2011. Tiedote 13. 5. 2011. HUS:n toimitusjohtaja Aki Lindén palkittiin lääkäri johtajuudesta. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: <http://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/hus-n-toimitusjohtaja-aki-linden-palkittiin-laakarijohtajuudesta/>
- Suomen Lääkäriliitto. 2013a. Lääkäriliiton arvot ja tehtävät. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: <http://www.laakariliitto.fi/liitto/arvot/>
- Suomen Lääkäriliitto. 2013b. Lääkäriin etiikka. 7. Painos. [viitattu: 15.7.2017]. Lahti: Esa Print Oy. ISBN 978-951-9433-64-6. [verkkojulkaisu]. Saatavana:



- [http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarini\\_etiikka\\_2013.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarini_etiikka_2013.pdf)
- Suomen Lääkäriliitto. 2013c. Lääkärinvala. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: <http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/laakarinvala/>
- Suomen Lääkäriliitto. 2014a. Lääkärin asema terveydenhuollossa ja terveydenhuollon johtaminen. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: [http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1229/l\\_k\\_rin\\_asema\\_terveydenhuollossa\\_ja\\_terveydenhuollon\\_johtaminen\\_muistio\\_hyv\\_ksytty\\_1408\\_22.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1229/l_k_rin_asema_terveydenhuollossa_ja_terveydenhuollon_johtaminen_muistio_hyv_ksytty_1408_22.pdf)
- Suomen Lääkäriliitto. 2014b [viitattu: 17.7.2017]. Saatavana: <http://www.slideshare.net/laakariliitto/lkrit-yhteiskunnallisina-vaikuttajina-140508.pdf>
- Suomen Lääkäriliitto. 2016a. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: <http://www.laakariliitto.fi/uutiset/blogi/johtajan-seitsemän-hyvettä/>
- Suomen Lääkäriliitto. 2016b. Lääkärit 2016. [http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/l16\\_taskutil\\_fi\\_net.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/l16_taskutil_fi_net.pdf) [viitattu: 27.8.2017]
- Suomen Lääkäriliitto. 2016c. Lääkärit Suomessa. [http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/l16\\_tilasto2016\\_net1\\_170114.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/l16_tilasto2016_net1_170114.pdf) [viitattu: 16.7.2017]
- Suomen Lääkäriliitto. 2016d. Lääkäriliiton verkkoavoriihi. [viitattu: 16.7.2017]. Saatavana: [http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1266/verkkoavoriihi\\_jasenet\\_laaja\\_tulospaketti.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1266/verkkoavoriihi_jasenet_laaja_tulospaketti.pdf)
- Suomen Lääkäriliitto. 2016e. Suomen Lääkäriliiton hallituksen kokouspäätökset 8.12.2016. [viitattu: 17.7.2017]. Saatavana: <http://www.laakariliitto.fi/uutiset/linjauksia/terveydenhuollon-laadunkokonaisvaltainen-mittaaminen-osana-sote-uudistusta-laakariliiton-suuntaviivat/>
- Suomen Lääkäriliitto. 2017a. [viitattu: 16.7.2017]. Saatavana: <http://www.laakariliitto.fi/koulutus/erikoislaakarien-johtamiskoulutus/>
- Suomen Lääkäriliitto. 2017b. Jäsenyys ja palvelut. [viitattu: 16.7.2017]. <http://www.laakariliitto.fi/jasenyys/jasenyys/liity-jaseneksi/>
- Suomen virallinen tilasto (SVT). 2017a. Terveydenhuollon menot ja rahoitus [verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: [http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon\\_talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus](http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon_talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus)
- Suomen virallinen tilasto (SVT). 2017b. Väestöennuste [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: [http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn\\_2012\\_2012-09-28\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html)
- Sveiby, KE. 1990. Valta ja johtaminen asiantuntijaorganisaatiossa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Syrjäläinen, A. 2008. Vuosipäivän symposiumissa tarkasteltiin lääkärin monia rooleja. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 124(24), 2862–2864.
- Syvjärvi, A. & Pietiläinen, V. 2016. Inhimillisyyden ja tehokkuuden merkityssosiaali- ja terveystalouden tulevaisuuden johtamishaasteille.

- Teoksessa A. Syväjärvi & V. Pietiläinen (toim.) *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print, 319-325. [viitattu: 16.7.2017]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0344-0>
- Syväjärvi, A., Vakkala, H. & Stenvall, J. 2013. Tiedon hallintaa ja positiivisuutta henkilöstöjohtamiseen julkisen sektorin terveydenhuollossa. Teoksessa S. Ollila & H. Raisio (toim.). *Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä*. Juhlakirja professori Pirkko Vartiainen 60-vuotispäiväksi. Acta Wasaensia 277. Vaasan yliopisto: Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. 151-164. [viitattu: 16.7.2017]. Saatavana: [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-444-5.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-444-5.pdf)
- Takala, T. 2001. *Liikkeenjohdon kehityshistoria*. 2. tark. p. Jyväskylä: Atena.
- Takala, T. 2012. *Essays on business and leadership ethics*. Turku: University of Turku. Väitöskirja.
- Tammilaakso, SM. 2016. *Lääkäriesimiesten johtamiskompetenssi ja johtamisosaamisen kehittäminen*. Pro gradu. Hallintotieteiden tutkinto-ohjelma. Tampereen yliopisto. [viitattu: 16.7.2017]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201609132261>
- Tamminen, J. 2014. *Lääkärit johtamaan*. Suomen Lääkärilehti 10, vsk 69, 726.
- Thakore, D. 2013. *Servant Leadership*. International Letters of Social and Humanistic Sciences, 7, 23-32.
- Tikka, O. 2015. *Lääkäreiden kokemuksia johtamisesta*. Jyväskylän yliopisto, kauppa- ja talousakademi, johtaminen. Pro gradu.
- Torppa, K. 2007. *Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa*. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotiede. Väitöskirja. [viitattu: 15.7.2017]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:isbn:9789514286292>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus, Kirjapaino Oy,
- Tuomiranta, M. 2002. *Lääkärijohtaja - lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa*. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. [viitattu: 15.1.2017]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5291-7>
- Tuomiranta, M. 2005. *Lääkäreiden rooliristiriidat johtamisen ja johtajuuden haasteina*. Teoksessa J. Vuori (toim.) *Terveys ja johtaminen*. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Helsinki: WSOY, 105-116.
- Tuomiranta, M., Poutanen, R., Silvennoinen-Nuora, L. & Hemminki, H. 2007. *Terveydenhuollon strategiat eivät ohjaa käytännön työtä*. Suomen Lääkärilehti 51-52, vsk 62, 4775-4779.
- Törmänen, O. & Paasivaara, L. 2009. *Määritelty ja määrittelemätön eettisyys terveydenhuollon organisaatioiden resurssien kohdentumisessa*. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 37:4, 391-406.

- Valvira. 2017. [viitattu: 16.7.2017]. Saatavana: [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/ammattihenkiloiden\\_valvonta](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/ammattihenkiloiden_valvonta).
- Vierula, H. 2016. Johtamisopintojen laajuus vaihtelee. *Suomen Lääkärilehti* 38, vsk 71, 2322.
- Viitanen, E., Kokkinen, L., Konu, A., Simonen, O., Virtanen, JV. & Lehto, J. 2007. Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisan kehittämissäätöön tutkimusjulkaisu nro 59. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. [viitattu: 15.1.2017]. Saatavana: ISBN 978-952-5514-70-4. <http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2059.pdf>
- Viitanen, E., Tampusi-Jarvala, T. & Lehto, J. 2006. Ylilääkärit toivovat esimiehiltään parempaa johtamista. *Suomen Lääkärilehti*, 9, vsk 61, 997–1001.
- Viitanen, E., Wiili-Peltola, E. & Lehto, J. 2002. Osastonlääkäri lähiesimiehenä "Enemmän tämmöinen seniorikonsultti". *Suomen Lääkärilehti* 38, vsk 57, 3755–3757.
- Virtanen JV. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Turku: Uniprint. Väitöskirja. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja A 2:2010. [viitattu: 15.1.2017]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-249-070-4>.
- Von Knorring, M., Rijk, A. & Alexanderson, K. M. 2010. Managers' perceptions of the manager role in relation to physicians: A qualitative interview study of the top managers in Swedish healthcare. *BMC Health Services Research*, 10(1), 271.
- Vuori, J. 2005. Terveys ja johtaminen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työyhteisöissä. Helsinki: WSOY.
- Warren OJ. & Carnall R. 2011 Medical leadership: Why it is important, what is required and how we develop it. *Postgraduate Medical Journal* 87, 27–32.
- Wiik, H. 2016. Lääkärijohtaja ja muutos. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 132 (23), 2203–2207.
- Wiili-Peltola, E. 2000. Sairaala sosiaalisena organisaationa: Uusia kuvia vanhoissa raameissa? *Sosiaaliläketieteellinen Aikakauslehti*, Vol. 37, 122–133.
- Wrede S., Olakivi A., Fischer, N. & Sigfrids, A. 2016. Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta. Helsingin yliopisto ja Suomen Lääkäriliitto. [viitattu: 17.7.2017]. Saatavana: [http://tuhat.helsinki.fi/portal/en/publications/autonomia-ja-ammatti\(44dee6d8-beb5-4b0c-8603-7dfd4d81cc0a\).html](http://tuhat.helsinki.fi/portal/en/publications/autonomia-ja-ammatti(44dee6d8-beb5-4b0c-8603-7dfd4d81cc0a).html)
- Xirasagar, S. 2009. Physician Leadership and Development. In J.A. Johnson (ed.) *Health Organizations: Theory, Behavior, and Development*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 331-348.
- Yukl, G. 1989. Managerial Leadership: A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, 15 (2), 251–289. [viitattu: 23.9.2017]. Saatavana: <https://search-proquest-com.ezproxy.jyu.fi/docview/61037417?accountid=11774>

Yukl, G. 2010. *Leadership in Organizations*. Sixth Edition. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.

## LIITE 1

Tärkeimmät terveydenhuoltoa, tietosuojaa ja terveydenhuollon henkilökistereitä koskevat lait ja normistot:

Arkistolaki (831/1994) (Asiakirjojen laatiminen, säilyttäminen ja käyttö.)  
Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/94)  
Asetus viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja hyvästä tiedonhallintatavasta (1030/99)  
Erikoissairaanhoitolaki (1062/89)  
Esitutkintalaki (449/87)  
Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi yksilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä ja näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta (ns. EY:n henkilötietodirektiivi) (95/46/EU)  
Hallintolaki (434/2003)  
Henkilökorttilaki (829/99)  
Henkilötietolaki, HetiL (523/99)  
Kansanterveyslaki (66/72)  
Laki edunvalvontavaltuutuksesta (648/07)  
Laki holhoustoimesta (442/99)  
Laki kunnallisesta viranhaltijasta (304/2003)  
Laki kuolemansyyn selvittämisestä (459/73)  
Laki kuolleeksi julistamisesta (127/05)  
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/99), uusittu (295/04)  
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (Potilasasiakirjojen salassapito)  
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/00)  
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/92)  
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007)  
Laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa (13/2003)  
Laki sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007)  
Laki sähköisistä allekirjoituksista (14/2003)  
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/94)  
Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010)  
Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilökistereistä (556/89)  
Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta, JulkL (ns. julkisuuslaki) (621/99), uudistettu 1.10.2005  
Laki yksityisyyden suojasta työelämässä (759/2004)  
Lastensuojelulaki (417/07)  
Mielenterveyslaki (1116/90)  
Perustuslaki (731/1999) 2:10§ (Yksityiselämän suoja ja luottamuksellisen viestin salaisuus.)  
Perustuslaki (731/1999) 2:12 § (Viranomaisten hallussa olevien asiakirjojen ja tallenteiden julkisuus.)  
Poliisilaki (493/95)  
Rekisterihallintolaki (166/96)

Rikoslaki (39/1889) 34:9a § (Vaaran aiheuttaminen tietojenkäsittelylle.)  
Rikoslaki (39/1889) 38:1-2 § (Salassapitorikos ja -rikkomus.)  
Rikoslaki (39/1889) 38:8 § (Tietomurto.)  
Rikoslaki (39/1889) 38:9 § 1. kohta (Henkilötietorikos.)  
Rikoslaki (39/1889) 40:5 (Virkasalaisuuden rikkominen.)  
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009)  
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sähköisestä lääkemääräyksestä (485/08)  
Sähköisen viestinnän tietosuojalaki (516/2004) ja lain muutos (125/2009)  
Tapaturmavakuutuslaki, muutos (1359/07)  
Tartuntatautilaki (583/86)  
Terveystieteidenhuoltolaki (1326/2010)  
Työsopimuslaki (55/2001)  
Työterveyshuoltolaki (1383/01)  
Vahingonkorvauslaki (41/1974)  
Valmiuslaki (1080/1991)  
Väestötietolaki (507/93)

## LIITE 2

Hyvä Kollega,

Olen jyvaskyläläinen erikoislääkäri ja opiskelen päivätöiden ohella Jyvaskylän yliopiston Kauppakorkeakoulussa KTM-tutkintoa, johon osana opintoja sisältyy pro gradu -tutkimus. Tutkin pro gradu -tutkimustani varten koettua lääkärijohtamista. Tutkimuksella on tarkoitus selvittää lääkärijohtamisen mahdollisia haasteita ja löytää niihin tukikeinoja.

Tutkimuksen käyttötarkoituksena on ensisijaisesti pro gradu -tutkimukseni, mutta mikäli aineistosta tulee laaja, voisin ajatella tutkimustyön jatkamista kohti väitöskirjatutkimusta, johon silloin toivoisin voivani käyttää myös tämän tutkimuksen aineistoa.

Tutkimuksessa ei arvioida tutkimukseen osallistuvien johtamistietoja eikä johtamistaitoja; tarkoitus on ainoastaan selvittää koettua lääkärijohtajuutta ja lääkärijohtajuuteen liittyviä mahdollisia haasteita. Tutkimuksella ei ole rahoittajia, eikä minulla tutkijana sidonnaisuuksia. Suomen Lääkäriliitolta olen hakenut 2000 euron apurahaa kattamaan palkkani menetystä tutkimustyön ajalta.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluina, joiden kesto on arviolta enintään tunti jokaista haastateltavaa kohden. Haastattelu äänitetään ja kirjoitetaan tekstiaineistoksi. Tekstiaineisto anonymisoidaan välittömästi ja alkuperäinen puheaineisto hävitetään. Haastattelussa mahdollisesti esiin tulevat haastateltavaa yksilöivät tiedot poistetaan siten, että haastateltavia ei ole mahdollista tunnistaa niiden perusteella. Yksityisyyden suojaa kunnioitetaan ja sitä vaarantavia tietoja käsitellään huolellisesti. Haastateltavalla on oikeus keskeyttää haastattelu halutessaan. Tutkimuksesta saa lisätietoa allekirjoittaneelta.

Olisin kiitollinen, jos voisit osallistua tähän tutkimukseen. Toivoisin Sinun ottavan yhteyttä minuun sopivan haastatteluajan löytämiseksi mahdollisimman pian. Minut tavoittaa sähköpostilla sari.huikko-tarvainen(at)fimnet.fi

Jyvaskylässä 02.04.2017

Sari Huikko-Tarvainen

Ihotautien ja allergologian erikoislääkäri

Yleislääketieteen erikoislääkäri

KTM-opiskelija, eMBA

## LIITE 3

### Lääkärijohtaminen pro gradu –tutkimuksen haastattelun kysymykset:

1. Millaisen urapolun olet kulkenut nykyiseen tehtävääsi ja mitä työsi pitää sisällään?
2. Miten määrittelisit /valottaisit lääkärijohtamista (asiaa / ilmiötä) tuntemattomalle?
3. Millaisia asioita nostaisit esiin lääkärijohtamisen tärkeimpinä asioina?
4. Poikkeaaako lääkäreiden johtaminen muusta johtamisesta?
5. Millaisiin asioihin keskityt omassa johtamisessasi?
  - Johtamisroolilomakkeen täyttö (lomake alla)
6. Millaiset asiat koet johtamistyössäsi
  - helppoina/palkitsevina/positiivisina
  - vaikeina/haastavina/kuormittavina
7. Miten lääkärijohtajuutta voisi tukea?
8. Mitä mieltä olet lääkäreiden nykyisestä johtamiskoulutuksesta?
9. Miten koet työsi ja muun elämän yhdistämisen?
10. Onko jotain muuta mitä haluaisit kertoa lääkärijohtamisesta?

#### Johtamisroolit sisältävät roolia kuvaavia, haastavia ominaisuuksia ja osaamista:

Jos pohdit omaa tapaasi ja tyyliäsi toimia johtajana, niin mikä johtamisrooli kuvaa sinua johtamistyössä parhaiten?

Numeroi roolit 1–8 siinä järjestyksessä, joka kuvaa sinua eniten – vähiten, ts. 1=eniten jne.

- Valmentaja, Tuottaja** on tehtäväsuuntautunut ja motivoitunut sekä kiinnostunut työstään. Hänen haasteenaan on motivoida muita ja toimia ajan sekä stressin johtajana.
- Johtaja** ottaa vastaan aloitteita, asettaa tavoitteita ja delegoi työtehtäviä.
- Järjestäjä** suunnittelee, organisoii ja valvoo. Hän on kiinnostunut työn helpottamisen keinoista, ponnistusten koordinoinnista sekä teknisistä, logistisista ja taloushallinnollisista aiheista.
- Tarkkailija, Valvoja** on tietoinen kaikista tosiasioista ja yksityiskohdista sekä on niiden analysoija. Hän ottaa tiedon vastaan ja järjestelee tietoa. Hän arvioi ja reagoi nopeasti käsillä olevaan perustietoon.
- Helpottaja** edistää yhteisöllistä aikaansaamista, rakentaa yhtenäisyyttä ja kehittää yhteistyötä. Johtaminen keskittyy yhteistyön rakentamiseen, osallistavaan päätöksentekoon ja ristiriitojen hallintaan.
- Neuvonantaja, Opastaja** ymmärtää itseään ja muita. Hän omaa moninaisia kommunikointitaitoja ihmissuhteissa, kehittää muita ja antaa tukea.
- Uudistaja, Innostaja** helpottaa muutosta ja siihen mukautumista. Hän luottaa ideoihin ja intuitioon. Hänelle luovuus merkitsee paljon ja hän haluaa johtaa muutosta.
- Välittäjä** omaa poliittista neuvokkuutta, vaikutusvaltaisuutta ja voimakkuutta. Hän neuvottelee sopimuksia ja sitoumuksia sekä esittelee ideoita.