

JYU DISSERTATIONS 539

Sari Huikko-Tarvainen

Johtaminen lääkäriprofessiossa



JYVÄSKYLÄ UNIVERSITY
SCHOOL OF BUSINESS AND ECONOMICS

JYU DISSERTATIONS 539

Sari Huikko-Tarvainen

Johtaminen lääkäriprofessiossa

Esitetään Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulun suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi yliopiston Agora-rakennuksen auditoriossa 2 elokuun 12. päivänä 2022 kello 12.

Academic dissertation to be publicly discussed, by permission of the Jyväskylä University School of Business and Economics, in building Agora, auditorium 2, on August 12, 2022 at 12 o'clock noon.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2022

Editors

Tuomo Takala

Jyväskylä University School of Business and Economics

Ville Korhakangas

Open Science Centre, University of Jyväskylä

Copyright © 2022, by University of Jyväskylä

ISBN 978-951-39-9332-0 (PDF)

URN:ISBN:978-951-39-9332-0

ISSN 2489-9003

Permanent link to this publication: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-9332-0>

ABSTRACT

Huikko-Tarvainen, Sari
Leadership in the physician's profession
Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2022, 124 p.
(JYU Dissertations
ISSN 2489-9003; 539)
ISBN 978-951-39-9332-0 (PDF)

This doctoral dissertation explores specific features of leadership in the physician's profession. The study contributes to the literature on physician leadership by increasing understanding of the path of becoming a physician leader, the content and challenges of a physician leader's work, and the leadership roles it requires. It also singles out the elements of good physician leadership as perceived by physicians, explaining also how the findings relate to the leadership theory, as well as how bad leadership manifests itself in the physician's profession. A qualitative research approach was adopted in the study, using open-ended, semi-structured interviews of physicians (n=50), of whom 23 were physician leaders. Content analysis by thematization was the chosen method. The thesis consists of an introductory essay, followed by five journal articles, all of which are based on empirical data. Physician leaders' work consists of patient work and leadership work, which requires the ability to assume different leadership roles and switch between them depending on the situation. The challenges involved with leadership work include, for example, an identity conflict between the role of a physician and that of a leader, and how to balance between the leadership work and the patient work. The subordinates are physician colleagues with their own informal leader roles on their respective hierarchical levels. This puts physician leadership in a multidimensional leadership setting where formal leaders lead informal leaders, blurring the traditional leader-subordinate boundary. As medical expertise is a trait shared by leaders and subordinates alike, success in physician leadership partly comes from credibility as a medical expert, making medical leadership an inseparable part of good physician leadership. Good physician leadership is leadership through medical expertise, combined with respectful behavior, collegiality, and traits derived from various kinds of leadership theories. Seven different manifestations of bad leadership were also identified from the data.

Keywords: physician, physician leader, physician leadership, leadership theory

TIIVISTELMÄ

Huikko-Tarvainen, Sari
Johtaminen lääkäriprofessiossa
Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2022, 124 s.
(JYU Dissertations
ISSN 2489-9003; 539)
ISBN 978-951-39-9332-0 (PDF)

Tämän väitöskirjatutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä johtamisen erityispiirteistä lääkäriprofessiossa. Väitöskirja koostuu johdantoluvusta ja viidestä empiirisestä artikkelista. Tutkimuksen kohteena oli yhteensä 50 lääkäriä, joista 23 edusti lääkärijohtajia. Tämän laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä olivat teema- ja sisällönanalyysi. Tämän väitöskirjatutkimuksen perusteella lääkärijohtaja voidaan määritellä terveydenhuolto-organisaatiossa muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivaksi lääkäriksi ja täten lääkärijohtamisella tarkoitetaan terveydenhuolto-organisaatiossa muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivan lääkärin johtamistyötä. Lääkärijohtajan työkuvaan kuuluu johtamistyön lisäksi useimmiten kliinistä potilastyötä. Työn kahtijako aiheuttaa lääkärijohtajien työssä arvo-, aika- ja identiteettiristiriitaa. Johtamistyön johtamisrooleissa ihmisten johtamisen ja asiajohtamisotteen painotukset ovat erilaisia eri tilanteissa, minkä vuoksi johtamistyönrooleja on useita ja niitä on vaihdettava tilanteen mukaan. Lääkärijohtajan ammatillinen identiteetti ja työetiikka ovat vahvasti sidoksissa lääkärin työhön. Hyvä lääkärijohtaminen on lääkäreiden johtamista lääketieteen asiantuntemuksen ja lääkäriyden ymmärtämisen kautta yhdistettynä hyviin ihmissuhdetaitoihin, kollegiaalisuuteen, lääkärin autonomian ymmärtämiseen, lääkäreiden työnteon mahdollistaviin asianmukaisiin työoloihin sekä tilanteeseen sopivaan johtamistapaan. Aineistosta tunnistettiin seitsemän huonon lääkärijohtamisen ilmenemismuotoa. Koska johdettavat lääkärit ovat lääkärijohtajalle lääkärikollegoita, joilla itsellään on informaaleja johtamistehtäviä omalla hierarkkisella tasollaan, on lääkärijohtaminen moniulotteinen kokonaisuus, jossa formaalit lääkärijohtajat johtavat informaaleja johtajia, mikä hämärtää perinteistä johtajan ja johdettavan välistä rajaa. Koska lääketieteellinen asiantuntemus yhdistää lääkärijohtajia ja lääkärijohtettavia, onnistuminen lääkärijohtamisessa perustuu osaksi lääketieteellisen asiantuntemuksen uskottavuuteen tehden lääketieteellisestä johtajuudesta erottamattoman osan lääkärijohtamisesta. Tämän väitöskirjatutkimuksen sekä käytettävissä olevan kirjallisuuden perusteella viimeisen 30 vuoden saatossa potilastyöhön nähden vähempiarvoisena näyttäytyvästä hallintotyöstä on tullut arvostetumpaa johtamistyötä lääkärillekin hyväksyttynä uravaihtoehtona.

Avainsanat: lääkäri, lääkärijohtaja, lääkärijohtaminen, johtamisteoria

Author's address	<p>Sari Huikko-Tarvainen Jyväskylä School of Business and Economics University of Jyväskylä sari.huikko-tarvainen@fimnet.fi https://orcid.org/0000-0001-6561-2911</p>
Supervisors	<p>Dr. Pasi Sajasalo Jyväskylä School of Business and Economics University of Jyväskylä</p> <p>Dr. Tommi Auvinen Jyväskylä School of Business and Economics University of Jyväskylä</p>
Reviewers	<p>Professor Pia Heilmann Faculty of Social Sciences and Business Studies, UEF Business School University of Eastern Finland</p> <p>Professor Minna Kaila Faculty of Medicine Department of Public Health University of Helsinki</p>
Opponent	<p>Professor Pia Heilmann Faculty of Social Sciences and Business Studies, UEF Business School University of Eastern Finland</p>

KIITOKSET

Tämä matka oli mielenkiintoinen ja olen iloinen, että tämäkin matka tuli tehtyä. Sanoisin nyt näin, että johtaminen on vallan mielenkiintoinen ilmiö.

Ensimmäisenä haluan kiittää väitöskirjatyöni erinomaisesta ohjauksesta ja kaikesta tuesta KTT Pasi Sajasalosta ja KTT Tommi Auvista. Kiitos myös emeritusprofessori Pauli Juutille, että saimme kirjoittaa väitöskirjani viidennen artikkelin kanssasi. Lisäksi kiitän professori Tuomo Takalaa napakoista neuvoista sekä koko väitöskirjaseminaariväkeä vertaistuesta ja tutkimukseni kommentoinneista. On ollut mukava tutustua Teihin kaikkiin.

Väitöstutkimukseni esitarkastajille, professori Pia Heilmannille ja professori Minna Kailalle, lämmin kiitos asiantuntevista lausunnoista. Professori Pia Heilmannia kiitän lisäksi suostumuksesta vastaväittäjäkseni.

Lämmin kiitos tutkimukseeni osallistuneille lääkäreille, kun mahdollistitte näin huikean aineiston. Koin suurta ja sydäntä lämmittävää kollegiaalisuutta siitä, miten pyyteettömästi lähditte mukaan tutkimukseeni! Kiitos! Olen niin ylpeä Teistä kaikista, hyvät kollegat, miten suurella sydämellä työtänne teette.

Kiitän Suomen Lääkäriliittoa ja Jyväskylän Kauppalaisseuran säätiötä väitöskirjatutkimukseni tukemisesta.

Kiitos ystäville ja tuttaville, kun olette jaksaneet matkani varrella kysellä väitöskirjanedistymiskuulumisia.

Vanhempani, Toivo ja Sinikka:


Teiltä oppimani tahdonvoima ja sitkeys olivat tarpeen tämän projektin maaliin viemisessä.

Ritva-anopille kiitokset lisäkäsistä arjen pyörittämisessä.

Tyttärenne, Linnea ja Viola: Tämä kirja on omistettu Teille. Ahkeruus kantaa.

Kimmo-puolisoni:

Ilman yhteisiä naurujamme ei tämä kirja olisi vielääkään valmis.

Kiitos ilosta ja ihana kun olet olemassa 

Vaajakoskella Toivon päivänä 2022

Sari Huikko-Tarvainen

KUVIOT

KUVIO 1	Tutkimusilmiön <i>johtaminen lääkäriprofessionissa</i> kytkökset työssä hyödynnettäviin teoreettisiin keskusteluihin.	24
KUVIO 2	Lääkärijohtajan työkuvan osa-alueet.....	64
KUVIO 3	Lääkärijohtaminen.....	70

TAULUKOT

TAULUKKO 1	Neljän paradigmaa.	50
TAULUKKO 2	Johtamisroolit.	54
TAULUKKO 3	Yhteenveto artikkeleista.	61
TAULUKKO 4	Lääkärijohtajaksi hakeutumiseen vaikuttavat tekijät.....	62
TAULUKKO 5	Hyvän lääkärijohtamisen elementit.....	88
TAULUKKO 6	Huonon johtamisen ilmenemismuodot ja vaikutukset.	93
TAULUKKO 7	Väitöskirjatutkimuksen kontribuutio.....	97

SISÄLLYS

ABSTRACT

TIIVISTELMÄ

ESIPUHE

KUVIOT JA TAULUKOT

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	11
1.1	Terveysthuollon organisaatio Suomessa.....	11
1.1.1	Lääkärimäärä	13
1.2	Johtamisen merkitys terveyshuollossa	14
1.3	Johtaminen lääkäriprofessionissa aiemman tutkimuksen valossa	18
1.4	Väitöskirjatutkimuksen tarkoitus ja rakenne.....	22
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	24
2.1	Johtaminen ja johtajuus.....	25
2.1.1	Jaettu, hajautettu, kollektiivinen ja yhteistoiminnallinen johtamisteoria.....	27
2.1.2	Transformationaalinen johtamisteoria.....	28
2.1.3	Eettinen ja palveleva johtamisteoria.....	28
2.1.4	Tilanneteoreettiset johtamisteoriat	29
2.1.5	Huono johtaminen	30
2.2	Terveysthuolto johtamistyön kontekstina.....	31
2.2.1	Ammatillinen hierarkia, byrokraatia ja organisaatiokulttuuri	33
2.2.2	Virheettömyyden vaade.....	35
2.3	Ammatti-identiteetti.....	36
2.4	Lääkärijohtamisen määritelmä	41
2.4.1	Formaali johtajuus.....	42
2.4.1.1	Johtajan urapolku ja johtamisroolit.....	43
2.4.2	Informaali johtajuus.....	45
2.4.3	Hyvän lääkärijohtamisen osatekijät aiemman tutkimuksen valossa	46
2.5	Teoreettisen viitekehysten yhteenveto	47
3	TIETEENFILOSOFISET PERUSTEET JA METODOLOGISET PERUSVALINNAT	49
3.1	Sosiaalinen konstruktivismi.....	49
3.2	Tulkitseva paradigma	50
3.3	Tutkimusote.....	51
3.4	Aineisto	52
3.5	Tutkimuksen tavoite	53
3.6	Analyysimenetelmä.....	55
3.7	Tutkimuksen validiteetti, objektiivisuus ja reliabiliteetti	56

3.8	Tutkimuseettiset kysymykset	58
4	OSAJULKAISUT JA KONTRIBUUTIOT	60
4.1	Artikkeli 1. Mistä on lääkärijohtajat tehty?	62
4.1.1	Kontribuutio 1: Lääkärijohtajan urapolku.....	62
4.1.2	Kontribuutio 2: Lääkärijohtajan määritelmä ja työnkuva	63
4.1.3	Kontribuutio 3: Johtamistyön terminologian ja arvon muutos	64
4.2	Artikkeli 2. Lääkärijohtajan johtamisroolit – Laadullinen tutkimus ...	66
4.2.1	Kontribuutio: Johtamisen kohteen, johtamisroolin ja - otteen suhde	66
4.3	Artikkeli 3. Just a leader? Leadership work challenges and identity contradictions experienced by Finnish physician leaders	67
4.3.1	Kontribuutio: Kliinikkopätevyys osana lääkärijohtajuutta ...	67
4.4	Artikkeli 4. Elements of perceived good physician leadership and their relation to leadership theory	69
4.4.1	Kontribuutio 1: Termien medical leadership, physician leadership ja clinical leadership merkitysten selkiyttäminen.....	69
4.4.2	Kontribuutio 2: Hyvän lääkärijohtamisen elementit	70
4.4.2.1	Ihmissuhdetaidot	71
4.4.2.2	Kollegiaalisuus ja lääkärin autonomia	71
4.4.2.3	Tilanteeseen sopiva johtamisote.....	72
4.4.2.4	Toimivat työolot.....	73
4.4.3	Kontribuutio 3: Hyvän lääkärijohtamisen pohja on monijohtamisteoreettinen	73
4.5	Artikkeli 5. Huono johtaminen lääkärikontekstissa	74
4.5.1	Kontribuutio: Huonon johtamisen ilmenemismuodot.....	74
5	POHDINTA JA YHTEENVETO	78
5.1	Lääkärijohtaja ja lääkärijohtaminen	78
5.2	Johtamistyön moniroolisuus lääkäriprofessionissa	81
5.3	Lääkärin ja johtajan ammatti-identiteetin yhdistäminen.....	82
5.4	Lääkätieteellisen osaamisen rooli lääkärijohtamisessa	83
5.5	Lääkärit toivovat johtajakseen lääkäriä	86
5.6	Hyvän lääkärijohtamisen elementit johtamisteorian valossa	87
5.6.1	Kollegoiden johtamista - Johtajien johtamista	89
5.6.2	Transformationalista johtamista lääkärin autonomiaa ja kollegiaalisuutta kunnioittaen.....	90
5.6.3	Profession yhteinen lääkärietikka eettisen ja palvelevan johtamisen perustana	91
5.6.4	Erilaisten johtamisotteiden tarve	92
5.7	Huonon johtamisen näyttäytyminen ja seuraukset.....	93
5.8	Mahdollisuudet johtamistaitojen vahvistamiseen	94
5.9	Väitöskirjatutkimuksen kontribuutio	96
5.10	Tutkimuksen rajoitukset ja jatkotutkimuskohteet	98

SUMMARY	100
LÄHTEET	102
LIITTEET.....	123
ALKUPERÄISET JULKAISUT	

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, joissa työskentelee terveydenhuollon henkilöstön ohella moniin eri ammattikuntiin kuuluvia ihmisiä (Virtanen 2010, 95). Lisäksi terveydenhuollon palvelutuotanto on siiloutunut eri ammattiryhmien (esimerkiksi lääketiede ja hoitotiede) sekä erikoisalojen mukaan (Vistbacka 2019, 30; Virtanen 2010, 95–103), ja näin ollen esimerkiksi lääkäreillä ja hoitohenkilökunnalla on omat ammattikuntansa, joita johdetaan erillisinä kokonaisuuksina ja jotka jakaantuvat toiminnallisesti ja ammattinimikkeen mukaisesti useisiin alaryhmiin (Virtanen 2010, 3, 95–96; Hujala ja Lammin-takanen 2018, 12). Tämä väitöskirjatutkimus on rajattu käsittelemään johtamista lääkäriprofessiossa.

1.1 Terveydenhuollon organisointi Suomessa

Suomalaisen terveydenhuollon perustavana elementtinä on perustuslakiin kirjattu kansalaisten oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a, 13, 49). Terveydenhuollon tavoitteena on pyrkiä edistämään sekä ylläpitämään ihmisten terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta ja myös pienentää terveyseroja. Näiden toimintojen perustana ovat ehkäisevä terveydenhuolto sekä toimivat ja potilaiden tavoitettavissa olevat terveyspalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.) Toimiva sairaanhoito on välttämätön perusedellytys perusoikeuksien toteutumiseksi (Nykanen 2021).

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä on valmistella lainsäädäntöä sekä vastata sosiaali- ja terveyspolitiikasta, jonka pääasiallisia tavoitteita on edistää terveyttä ja ehkäistä sairauksia. Terveyspalvelut jakautuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon, joiden lisäksi on yksityisiä terveyspalveluja, joilta kunta tai kuntayhtymä on voinut ostaa palveluita. Työnantajat ovat vastuussa työssä käyvien ehkäisevästä terveydenhuollosta, mutta sairaanhoidon järjestäminen ei ole työnantajalle pakollista. Perusterveydenhuolto tarkoittaa kunnan

järjestämää ihmisten terveydentilan seurantaan, terveyden edistämistoimia sekä erilaisia muita palveluita, jotka tällä hetkellä tuotetaan terveystieteissä. Erikoissairaanhoidon puolestaan sisältää erikoisalajien mukaisia tutkimuksia ja hoitoja, jotka pääasiassa järjestetään sairaaloissa. Laissa on säädetty potilaan asemasta, oikeuksista ja sairaalahoitoon pääsyn aikarajoista. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2022a.)

Suomen väestörakenne ja huoltosuhteet ovat muuttumassa, koska syntyvyys laskee ja väestö ikääntyy tarvitessaan aiempaa enemmän palveluja. Tästä johtuen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ollaan uudistamassa, jotta voidaan vastata Suomen väestörakenteen muutoksiin ja taata yhdenvertainen palvelujen saatavuus kaikkialla Suomessa. Käynnissä olevan sote-uudistuksen myötä vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä siirtyy 1.1.2023 alkaen kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle. Tästä poikkeuksena kyseiset järjestämisvastuut pysyvät nykyisen mallin mukaisesti Helsingin kaupungilla. (Sote-uudistus 2021.) Hyvinvointialueesta säädetyn lain mukaan ”hyvinvointialuejohtaja johtaa aluehallituksen alaisena hyvinvointialueen hallintoa, taudinhoitoa sekä muuta toimintaa aluevaltuuston hyväksymän hyvinvointialuestrategian mukaisesti” (Laki hyvinvointialueesta 2021, 42 §). Terveydenhuoltolaki määrittelee lisäksi terveydenhuollon toimintayksikön johtamista ja lain mukaan ”toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä” (Terveydenhuoltolaki 2010, 4 §). Lisäksi terveydenhuoltolain mukaan (Terveydenhuoltolaki 2010, 57 §):

Terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri. Vastaavan lääkärin on johdettava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen toimintayksikköön päättää vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Vaikka kuntien poliittisilla päättäjillä on ollut päävastuu julkisen terveydenhuollon resursseista (Suomen Lääkäriliitto 2021, 227), on lääkäreiden hoitopäätöksillä iso vaikutus (*the power of the pen*) potilaiden hoitotuloksiin (Byrnes 2016) sekä myös vahva vaikutus terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin, sillä lääkäreiden hoitoratkaisut kattavat noin 70 prosenttia terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Alarotu 2012, 524; Suomen Lääkäriliitto 2014a, 4; Nykänen 2021). Vuonna 2019 Suomen terveydenhuollon menot olivat 22,0 miljardia euroa, mikä verrattuna vuoteen 2018 tarkoittaa, että terveydenhuollon menot olivat nousseet reaalisesti 3,0 prosenttia (Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin laitos 2021). Suomalainen terveydenhuolto on valtaosin julkisesti rahoitettu, ja terveydenhuoltomenojen julkisen rahoituksen osuus on kasvanut; vuonna 2016 terveydenhuoltomenojen julkisen rahoituksen osa oli 74,6 prosenttia ja yksityisen rahoituksen osa 25,5 prosenttia (Suomen virallinen tilasto 2019a), kun taas vuonna 2019 terveydenhuollon menojen julkisen rahoituksen osa oli 76,8 prosenttia ja yksityisen rahoituksen osuus 23,2 prosenttia (Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin laitos 2021).

1.1.1 Lääkärimäärä

Julkisuudessa on puhuttu ajoittain lääkäripulasta (ks. esim. Lepistö 2021; Parmanne ym. 2014), vaikka Suomen lääkärimäärä on kymmenkertaistunut viimeisen 50 vuoden aikana (Suomen Lääkäriliitto 2016d, 2) ja lääkäreitä on lukumääräisesti nykyisin enemmän kuin koskaan aiemmin (Suomen Lääkäriliitto 2019). Lääkärikunnan rakenne on myös ollut murrosvaiheessa, sillä vuonna 1900 lääkäreistä naisia oli prosenttien verran, siinä missä vuonna 2018 heistä oli naisia 54 prosenttia (Suomen Lääkäriliitto 2019).

Tilastotietojen mukaan lääkärivaje on sektorikohtaista, sillä loppuvuodesta 2013 julkisella sektorilla oli täyttämättä noin 800 lääkärintehtävää. Terveyskeskuksissa ja sairaaloissa täyttämättömien vakanssien osuus oli tuolloin myös samaa tasoa, noin 6–7 prosenttia kaikista tehtävistä. (Parmanne, 2013; KT Kuntatyönantajat 2013.) Vastaavanlaista työvoimavajetta ei nähty kunnallisessa työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla yksityisvastaanotoilla (Parmanne, 2013; Akava 2014). Vuonna 2021 terveyskeskuksissa oli hoitamatta 297,5 tehtävää (7,4 %), ja näiden ohella oli hoitamatta 105 tehtävää, joihin ei pyrittykään hakemaan tekijää. Näitä tehtäviä olivat esimerkiksi lyhytaikaiset poissaolot. Lisävakanssien tarpeeksi arvioitiin 203,5 vakanssia, joka on 5 % vakanssien kokonaismäärästä. (Suomen Lääkäriliitto 2021b.)

Suomen Lääkäriliitto seuraa lääkärimäärän kehitystä työvoimaennusteella (SNAPS 2004), joka pohjautuu pohjoismaisten lääkäriliittojen pitkäaikaiseen SNAPS (Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor) -yhteistyöhön työvoimaennakoinnissa ja joka arvioi työikäisten lääkärin määrää ja työpanosta vuositasolla vuoteen 2030 asti. Työikäisten lääkärin lukumäärä lasketaan kokoaikaiseksi työpanokseksi ottamalla huomioon tiedot sekä työhön osallistumisesta, osa-aikatyön yleisyydestä, että työajasta. Vuonna 2014 ennustettiin työikäisten lääkärin määrän ja kokoaikaisen työpanoksen kasvavan keskimäärin 0,6 prosenttia vuodessa, ja työikäisten lääkärin määrän ennustettiin ylittävän 22 000 rajan vuonna 2029. Vuoden 2014 ennusteen mukaan lääkäreiden peruskoulutusmäärän nähtiin turvaavan lääkäreiden riittävyys tulevaisuudessa. (Parmanne ym. 2014.) Suomen Lääkäriliiton tuoreimman tilaston mukaan laillistettuja lääkäreitä oli Suomessa 31.12.2018 yhteensä 30 272, joista Suomessa asuvia oli 27 264. Heistä työikäisiä (alle 65-vuotiaat) oli 21 148 (Suomen Lääkäriliitto 2019), mikä tarkoittaa, että työikäisten lääkäreiden määrä on kasvanut vuoden 2014 ennustetta nopeammin. Lisäksi Suomessa lääkäreiden työhön osallistumistaso on korkea, sillä keskimäärin 90 prosenttia työikäisistä lääkäreistä on työssä (Parmanne ym. 2014) ja puolet eläkeläislääkäreistä jatkaa työntekoa (Elovainio ym. 2012).

Huolimatta siitä, että lääkäreiden kokonaismäärä on kasvanut viimeisten vuosikymmenten aikana huomattavasti, on myös terveydenhuollon organisaatioiden työkenttä kasvanut koko ajan väestön vanhentuessa ja eläessä pidempään. Tilastokeskuksen väestörakennetilaston mukaan yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä on arvioitu nousevan 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä (Suomen virallinen tilasto 2017). Vuoden

2019 lopussa Suomessa oli 874 314 vähintään 70 vuotta täyttänyttä ihmistä, ja heidän määränsä on lisääntynyt kolmessa vuodessa 100 000 henkilöllä (Suomen virallinen tilasto 2019b). Iäkkäämmillä ihmisillä sairauksien todennäköisyys kasvaa, ja väestön ikääntyessä terveys- ja sosiaalipalvelujen kysynnän on todettu lisääntyvän suuremmaksi kuin kyseisiä palveluja on mahdollisuuksia järjestää (Kujala 2015, 16). Tämän vuoksi resurssit niukentuvat tulevaisuudessa, eikä ole realistisesti mahdollisuuksia hoitaa kaikkia potilaita kaikenlaisilla olemassa olevilla keinoilla, mistä seuraten lääkäreiden työ muuttuu tulevaisuudessa eettisesti entistä haastavammaksi (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 191).

1.2 Johtamisen merkitys terveydenhuollossa

Terveydenhuollon kriisit, kuten Covid-19-pandemia on osoittanut, voivat johtaa globaalisti terveydenhuollon resurssien kestävyuden ja riittävyyden lähes murtumispisteeseen. Tällaisissa tilanteissa koko terveydenhuollon hallinta ja johtaminen ovat ratkaisevassa roolissa käytettävissä olevien resurssienärkevimmän käytön mahdollistamiseksi, ihmishenkien pelastamiseksi ja kansalaisten terveyden parantamiseksi (World Health Organization 2000, 23).

Strategisten tavoitteiden asettamisessa, toiminnan operatiivisessa johtamisessa sekä tavoitteiden ja tulosten seurannassa käytetään tietojohdamista, joka on nimensä mukaisesti tietoon perustuvaa toimintaa ja sen johtamista. Tietojohdamiseen sisältyy kuusiportainen prosessi, jossa ensin määritetään ongelma eli mistä asiasta ollaan tekemässä päätöstä, ja sen jälkeen hankitaan asiasta tutkimustietoa sekä dataa, minkä jälkeen kerätty tieto arvioidaan ja analysoidaan. Saadun tiedon pohjalta tehdään johtopäätökset ja päätetään suositeltavat toimenpiteet. Lopuksi arvioidaan tehdyn päätöksen lopputulos sekä miten saadut tulokset parhaiten saatetaan tiedoksi päätöksentekijöille. Tietojohdamisen tarkoituksena on edistää toiminnan laatua, tehokkuutta ja vaikuttavuutta käyttäen päätösten valmistelussa, päätöksenteossa ja toimeenpanossa järjestelmällistä tiedon hyödyntämistä. Johdon tehtäviin kuuluu mahdollistaa prosessit tiedon muuttamisesta toiminnaksi, minkä edellytyksenä ovat osaamisen vahvistaminen, toimintakäytänteiden uudistaminen sekä tietolähteiden mahdollistaminen laajemmin hallinnon sisä- ja ulkopuolella. Tietojohdamisessa on siis kyse toiminnan uudistamisesta ja oppimisesta. (Valtiovarainministeriö 2022; Tietokiri 2018, 15–16.)

Terveydenhuolto on monimutkainen järjestelmä, jossa tarjolla on oltava tarvetta vastaavia, laadukkaita terveystalveluita, joissa laadulla on perinteisesti tarkoitettu etenkin lääketieteellisen osaamisen laatua (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 235; Stoller 2009). Johtajan tehtävänä on varmistaa ammattilaisten toimintamahdollisuudet ja pitää kaikkien toimijoiden muistissa se, että terveydenhuollossa toimitaan eettisesti kestävästi, potilaan ja väestön parhaaksi. Terveystalveluissa johtaja joutuu työskentelemään erilaisten arvojärjestelmien, kuten hyvinvointivaltion arvojen (demokratia, turvallisuus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus), ammattieettisten arvojen (toiminta yksittäisen potilaan parhaaksi ja luottamus), jul-

kisen vallan byrokraattisten arvojen (julkisuus, oikeusturva ja oikeiden prosessien tähdentäminen) sekä liiketoiminnan arvojen (taloudellisten tuloksien painottaminen) välissä. Eettisenä haasteena terveydenhuollon johtamisessa on eri arvojärjestelmien välinen tulkinta ja tasapaino siten, että terveydenhuoltojärjestelmä kokonaisuudessaan pystyy toimimaan potilaiden parhaaksi. Terveydenhuollossa johtajan ja hoitojärjestelmän tavoitteena ovat toiminnan vaikuttavuus, taloudellisuus, potilaiden asiakastyytyväisyys ja ammattilaisten työhyvinvointi. Johdon tehtävä on luoda edellytykset siten, että näihin tavoitteisiin päästään eettisesti kestävällä mallilla. (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 235.)

Terveydenhuollossa johtajan on osattava hallita tavoitteiden mukaisia mittareita, tuntee elämänlaadun mittaamisen vahvuuksia sekä heikkouksia ja ottaa osaa mittareiden kehittämiseen. Tämän lisäksi johtajan on osattava viestiä palveluiden laatua edistävästä ja niitä uhkaavista seikoista, jo käytössä oleviin mittareihin liittyvästä heikkouksista sekä vaikutusten ajallisista näkymisistä. Erilaisten arvojärjestelmien välissä toimiessaan terveystalouden johtaja joutuu arvioimaan yhteisön ja yksilön parasta sekä hyvinvointivaltion arvoja. Sairaanhoidopiirin johtajan työnkuvassa korostuvat enemmän demokraattisen hyvinvointivaltion arvot kuin erikoislääkärin työssä, jossa erikoislääkärit vastaavat ammattieettisesti oman erikoisalansa potilaiden hyvästä hoidosta. (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 235.)

Terveydenhuollossa johtamisen haasteena ovat myös tilanteet, joissa lain säätämät asiat katsovat asiaa eri suunnista (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 235–236). Esimerkiksi laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ohjaa lääkärin toimimaan ammattietiikan mukaisesti potilaan parhaaksi (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, 15 §):

Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.

Koko terveydenhuoltojärjestelmää ohjaavan terveydenhuoltolain tarkoituksena taas on: "1) edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta 2) kaventaa väestöryhmien välisiä terveysteroja 3) toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta 4) vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä 5) vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä" (Terveydenhuoltolaki 2010, 2 §). Erilaisten arvojärjestelmien ymmärtämisen sekä niiden välisen dialogin onnistumisen on nähty parantavan luottamusta työorganisaatioiden sisällä ja edistävän potilaan luottamusta terveystalouden tuottajia kohtaan (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 235–238).

Myös lääkäreiden osallistuminen terveydenhuollon johtamiseen sekä lääkärijohtaminen, eli terveydenhuolto-organisaatioissa toisiin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa työskentelevän lääkärin työ, ovat viime vuosina nousseet

yhteiskunnallisesti keskeiseen asemaan (Huikko-Tarvainen ym. 2020), ja niiden merkitys on nähty mahdollisesti tärkeämpänä kuin koskaan (ks. esim. Hernandez 2016). Useiden kansainvälisten tutkimusten mukaan ainoa tapa muuttaa terveydenhuoltoa on sitouttaa lääkäreitä – ei pelkästään epävirallisiin (*informal*) vaan myös virallisiin (*formal*) johtamispositioihin (Snell ym. 2011; Dickinson ja Ham, 2008; Gosfield ja Reinertsen, 2007; Porter ja Teisberg, 2007; Kaissi, 2005). Esimerkiksi Yhdysvalloissa aiempaa useammat lääkärit siirtyvät formaaleihin lääkärijohtajapositioihin, koska isona osana amerikkalaista terveydenhuollon uudistamista on ollut lääkäreiden tehtävien ja roolin laajentaminen sisältämään enemmän organisaation johtamistehtäviä (Ennis-Cole ym. 2018).

Useiden kansainvälisten tutkimusten mukaan lääkäreiden osallistamisella terveydenhuollon johtamiseen katsotaan olevan tärkeä rooli organisaation suorituskyvyn parantamisessa, potilashoidon laadussa, potilasturvallisuudessa ja kustannustehokkaassa hoidossa (Onyura ym. 2019; Berghout ym. 2017; Blumenthal ym. 2012; Meier 2015; Porter ja Teisberg 2007; Warren ja Carnall, 2011; Geerts ym. 2020; Falcone ja Santiani 2008; Goodall 2011; Perry ym., 2017; Spurgeon ym. 2015; Tasi ym. 2017) ja vaikuttavan henkilöstön hyvinvointiin (Päättalo ja Kauppi 2016). Amerikkalaisen tutkimuksen (Goodall 2011) mukaan lääkärin johtamat sairaalat olivat laadukkaampia kolmen erikoisalnan (syöpäsairaudet, suolistosairaudet sekä sydänsairaudet ja -kirurgia) hoitotuloksilla arvoituna kuin ne, joissa johtaja ei ole lääkäri. Ennis-Cole ym. (2018) mukaan lääkäreiden johtamisroolin merkitystä terveydenhuollossa lisäävät muun muassa konsumerismin luoma paine, terveydenhuoltoon vaikuttavat terveydenhuollon ulkopuoliset tahot sekä terveydenhuoltoon kohdistuvat taloudelliset paineet.

On nähty, että lääkäreiden terveydenhuollon johtamiseen tuoma lääketieteellinen näkökulma on ensiarvoisen tärkeää monimutkaisten terveydenhuoltoorganisaatioiden ohjauksessa (Angood 2015; Styhre ym. 2016), sillä Hippokratteen valan mukainen periaate olla tekemättä haittaa potilaalle antaa lääkäreille perustavanlaatuisen pohjan kaikessa kliinisessä työssä, koska potilaan hyvinvointi on etusijalla (Heubel 2015). Lisäksi lääkäreiden vahvuutena on päätösten teko näyttöön perustuvan lääketieteen pohjalta sekä ominaisuus keskittyä potilaaseen ja hänen parhaaseen (Angood 2015). Byrnesin (2016) mukaan terveydenhuollossa johtamisessa tarvitaan johtamisotetta, jossa yhdistyvät perinteinen lääkäri-identiteetti, kliininen asiantuntemus sekä hallinnollisen logiikan osaaminen, ja tämän voivat tarjota vain lääkärit. Owensin (2020, 87) mukaan yksi keskeinen etu lääkäreiden formaaleissa johtamispositioissa työskentelyssä on näkökulma, jonka kautta lääkärijohtajat tekevät päätöksiä ja etsivät ratkaisuja; lääkäreiden kliininen koulutus ja lääketieteellinen asiantuntemus mahdollistavat ainutlaatuisen johtamisnäkökulman, joka vaikuttaa koko organisaatioon. Karoliinisen instituutin teettämän laajan kirjallisuuskatsauksen mukaan lääkärijohtajuudella on sairaalatyöympäristössä positiivinen vaikutus potilashoidon laatuun terveys-työhyödyn, potilasturvallisuuden ja potilastyytyväisyyden näkökulmasta sekä myös taloudellisten resurssien ja toimintavoimavarojen ohjaukseen, yhteiskuntavastuuseen, henkilöstön tyytyväisyyteen, informaatioteknologian soveltamiseen ja muutosvalmiuteen (Savage ym. 2017).

Aiemman kansainvälisen kirjallisuuden mukaan johtamistutkimuksissa on pyritty tarkastelemaan hyvän johtamisen muotoja, jotta organisaatioiden toimintaa voitaisiin parantaa (Erikson ym. 2015; Shaw ym. 2011). Ciullan (2018, 444–446) mukaan johtamistutkimuksissa on pyritty ymmärtämään hyvän johtamisen ydin, jossa sekä etiikka että tehokkuus risteävät ja jossa johtaminen on sekä moraalisesti että teknisesti hyvää. Johtamista ja kehittämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa tutkineet Lammintakanen ym. (2016, 11) ovat todenneet, että johtajuudella on todettu olevan vaikutusta myös siihen, miten henkilöstöllä riittää motivaatiota kehittää uusia työnteon toimintatapoja. Lisäksi johtamistyöllä on nähty olevan keskeinen vaikutus työyhteisön työhyvinvointiin (Suomen Lääkäriliitto 2016b) ja huonon johtamisen on todettu aiheuttavan haittoja ja kustannuksia (Schyns ja Schilling 2013).

Näin ollen johtamisella on suuri merkitys terveydenhuollossa, ja jo vuonna 2002 Valtioneuvoston periaatepäätöksessä keskeisenä ratkaisuna terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi on esitetty terveydenhuollon johtamisen kehittämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002b). Lisäksi johtaminen ja sen kehittäminen on arvoitettu tärkeimmiksi keinoiksi terveydenhuollon strategisten tavoitteiden saavuttamisessa (Grönroos ja Perälä 2004). Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama työryhmä on myös todennut, että sosiaali- ja terveysjohtamisen tutkimusta on kehitettävä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004), ja johtamiskoulutusta on ehdotettu jatkumoksi, jossa johtamisen perusteet ovat jo osa lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen peruskoulutusta, minkä jälkeen koulutus jatkuisi täydennyskoulutuksena keskijohdolle ja ylimmälle johdolle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Terveydenhuollon hyvän johtamisen, toimintojen tarkoituksenmukaisuuden sekä kustannusvaikuttavuuden parantamisen on lisäksi lausuttu olevan keskeisessä roolissa sosiaali- ja terveydenhuollon muutospaineissa (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 2).

Nykyisin puhutaan myös työpaikan vetovoimasta ja pitovoimasta eli siitä, miten mielellään työpaikkaan hakeudutaan töihin ja työpaikassa pysytään töissä. Heikkoa johtamiskulttuuria ja osaamattomia esihenkilöitä on pidetty yhtenä suurimmista esteistä vetovoimaisen organisaation luomiselle (Malmelin ja Hakala 2012, 14–15, 111–113). Toimiva johtajuus on nähty terveydenhuollon organisaation vetovoimaisuuteen liittyvänä tärkeänä ominaisuutena ja osa-alueena (Mäkipää ym. 012).

Sosiaali- ja terveysministeriö onkin vuonna 2021 käynnistänyt sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyuden ja saatavuuden ohjelman, jolla pyritään löytämään ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen saamiseen seitsemällä teemakokonaisuudella, joihin kuuluvat muun muassa työn veto- ja pitovoima sekä osaamisen johtaminen. Lisäksi valtakunnallisesti käynnistettävään sosiaali- ja terveysalan hyvän työn edellytysten ohjelmaan sisältyy myös muun muassa työkykyjohtaminen, lähijohtamisen kehittäminen ja työn kehittäminen työyhteisöissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022b.)

1.3 Johtaminen lääkäriprofession aiemman tutkimuksen valossa

Kiinnostus terveydenhuollon johtamiseen on lisääntynyt niin kansainvälisesti kuin Suomessakin (Andersson 2015; Lammintakanen ym. 2016, 5), mutta Suomessa terveydenhuollossa johtamisen tutkimuksen painopiste on ollut enemmän hoitotyön johtamistutkimuksessa kuin lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden tai monialaisen johtamiseen tutkimuksessa (Lammintakanen ym. 2016, 5). Koska tämä väitöskirjatutkimus on rajattu käsittelemään johtamista lääkäriprofession, on tässä alaluvussa käsitelty aiemmat Suomessa lääkärijohtamista koskettavat laajemmat tutkimukset sekä alan tuoreimpia kansainvälisiä tutkimuksia.

Hermansonin (1989) ja Kekin (1979) mukaan 1970-luvun Suomessa lääkärit, jotka hakeutuivat hallinnollisiin eli johtamisvirkoihin eivät olleet niinkään kiinnostuneita kliinisestä potilastyöstä. Toisaalta Hermansonin vuonna 1989 valmistuneen väitöskirjatutkimuksen mukaan potilastyöhön osallistuvan kliinikkojohtajan ideaalityyppi ei myöskään ensisijaisesti ollut kiinnostunut hallintotehtävistä, vaan johtamis- eli niin sanottu hallintolääkäriura näyttäytyi Hermansonin tulosten valossa hallinnollisista tehtävistä kiinnostuneen lääkärin eräänlaisena yksilösuorituksena (1989, 157, 159, 164). Hallintotyön osaamisessa kehittyminen nähtiin enemmän työkokemuksen kautta jalostuvaksi osaamiseksi kuin teorian tai opintojen kautta suoritettavaksi ammatiksi tai lääkärin työn erityisosaamisalueeksi (Hermanson 1989, 159). Hallintotehtäviin siirryttiin enemmän sattuman kuin tietoisien valinnan kautta, ja tällöinkin useat Hermansonin tutkimuksen kliinikkojohtajat olivat ottaneet hallintotehtävät vastaan vastentahtoisesti ja joutuneet läpikäymään kuormittavan sopeutumisprosessin potilastyöstä hallintotehtäviin siirtymisen jälkeen. Hallintotyön kiinnostuksen vahvana taustana oli myös lääkäriprofession edun valvominen, mutta ainoastaan osa lääkärikunnasta hyväksyi ajatuksen kokopäiväisenä hallintolääkärinä toimimisesta. (Hermanson 1989, 165.)

Nykyisin Suomen Lääkäriliitto suosittaa lääkärijohtajaroolin nähtävän yhtenä lääkäriyöuran vaihtoehtoista sekä yhdenveroisesti arvostettuna kuin akateeminen ja kliininen meritoituminen ovat (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 9). Se, missä määrin lääkärijohtajan ura on lääkärin itsensä kokemana aidosti yhdenveroisesti arvostettu uravaihtoehto akateemisen ja kliinisen meritoitumisen rinnalla, on kuitenkin jokseenkin tutkimaton aihe, joka kaipaa lisäselvitystä.

2000-luvun alussa valmistuneen lääkäreiden johtajuutta sekä lääkärijohtajien roolijännitteitä tarkastelleen Tuomirannan (2002) väitöskirjatutkimuksen (n=51) mukaan tutkimuksen lääkärijohtajista vain 39,2 prosenttia oli kiinnostunut asajohtamistyöstä, 45,0 prosenttia henkilöstöjohtamistyöstä ja 3,9 prosenttia lääkärijohtajista olisi halunnut paneutua aiempaa enemmän kliiniseen potilastyöhön. Näitä tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, että terveydenhuollossa on osittain pidetty kirjoittamattomana itsestäänselvyytenä, että kaikki lääkäriksi koulutetut osallistuvat myös potilastyöhön (ks. myös Kippist ja Fitzgerald 2009; Dickinson ja Ham 2008; Mo 2008; Buchanan ym. 1997), ja toisaalta lääkäreillä it-

sellään on todettu olleen myös näkökulma, jonka mukaan johtaminen ei olisi lainkaan niin sanotusti ”oikeaa” työtä (Järvi 2000, 4175). Vuoren (2005, 24) mukaan lähtökohta, jossa taloudelliset säästöt ovat keskeinen terveydenhuollon uudistusten perustelu, vähentää lääkärijohtajien innostusta omaksua johtajan rooli.

Lääkäreiden siirtyminen potilastyöstä johtajatyöhön on myös saatettu nähdä lääketieteen hylkäämiseenä ja lääkärijohtajien johtamistyötä on pidetty vähemmän palkitsevana kuin kliinistä potilastyötä (Styhre ym. 2016). Lisäksi johtamistyö on aiempien tutkimustulosten valossa näyttänyt toisarvoisena työnä suhteessa potilastyöhön (Wrede ym. 2016; Ahlblad 2014; Hannus, 2006). Quinn ja Cola (2020) ovatkin pohtineet, olisiko muissa konteksteissa esiintyvän johtamisen ja lääkärijohtamisen tärkeänä erona se, että lääkärit eivät niinkään arvosta johtamistyötä samalla tavalla kuin arvostavat potilastyötä.

Viitasen ym. (2002) tutkimuksessa on todettu, että osastonlääkärit tunsivat lähijohtajaroolinsa epäselväksi, ja tutkittavat kaipasivat johtamisroolin kehittämisen tueksi johtajaroolin selkiyttämistä organisaatiossa sekä myös johtamiskoulutusta. Vuonna 2003 Suomen Lääkäriliiton toteuttaman Lääkärit-kyselytutkimusaineiston tulosten mukaan esihenkilösasemassa olevien lääkäreiden johtamistaitojen oli todettu olevan paranemassa (Sumanen ym. 2006). Vuosina 2001–2005 tehdyn sosiaali- ja terveydenhuollon keski- ja lähijohdon työtehtävissä toimivien johtamisosaamista ja johtamisympäristön muutosten vaikutusta johtamiskäytäntöihin selvittäneen Viitasen ym. (2007) tutkimuksen perusteella tutkitut kokivat hallitsevansa parhaiten henkilöstöjohtamisen. Keskijohdon lääkärit kokivat suorittuvansa seuraavaksi parhaiten johtamistyössä asioiden hoitamisesta sekä yhteistyön ja kokonaisuuksien hallinnasta. Informanteista 60 prosentilla oli käsitys siitä, minkälaiset odotukset ylimmällä johdolla on heidän johtamistyöstään ja 80 prosentilla oli käsitys alaisten odotuksista heidän johtamistyönsä suhteen. (Viitanen ym. 2007, 16–24, 30–42.) Vuonna 2016 tehdyn tutkimuksen mukaan lääkärijohtajat kokivat johtamistyönsä ilmeisen kuormittavaksi, mutta arvioivat johtamiskompetenssinsa pääsääntöisesti hyväksi ja kokivat osaavansa hoitaa ristiriitatilanteita, toimia myönteisinä esikuvina, rohkaista ja kommunikoida sujuvasti työyhteisössä, onnistuvansa yhteistyössä sekä osaavansa ottaa huomioon toisten tarpeet ja tunteet (Tammilaakso 2016, 2).

Vuonna 2010 lääkäri- sekä hoitajataustaisten, ylimpään ja keskijohtoon johtoon kuuluvien johtajien toimikenttää julkisissa sairaaloissa käsitelleen Virtasen (2010, 165) väitöskirjatutkimuksen mukaan johtajaksi hakeutumisen ja koulutautumisen todettiin olleen aiempaa aktiivisempaa ja lääkärijohtamisen olevan muuttumassa aiempia vuosia ammattimaisemmaksi. Toisaalta Tuomirannan (2002) aiemman väitöskirjatutkimuksen tulosten tapaan ristiriitaa lääkäri- ja johtamistyöroolien välillä esiintyi edelleen (Virtanen 2010). Vuonna 2015 terveys- ja sosiaalialan esimiesten johtamisvalmiuksia käsitelleessä väitöskirjatutkimuksessa nähtiin lääkäreiden johtamistyössä osittaista ammattimaistumista siten, että lääketieteen tohtoritutkimuksen suorittaneissa lääkäreissä oli keskiarvoisesti enemmän esihenkilöitä, jotka luokiteltiin tutkimuksessa käytettyjen kriteerien mukaan johtamisprofiililtaan ammattijohtajiksi (Kujala 2015).

Johtamiskeskustelu kiinnostaa lääkäreitä, mikä on ollut nähtävissä muun muassa lääkäri työn muuttumista ja työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä kartoittaneen Suomen Lääkäriliiton lääkäreille tekemän Verkkoaiivoriihi 2016 -selvityksen tuloksissa (n=2054), joissa lääkärijohtaminen oli toiseksi tärkein ja puhutuin aihe (Suomen Lääkäriliitto 2016b). Lisäksi selvityksen mukaan lääkärit kokivat, että esihenkilötyöllä on keskeinen vaikutus työyhteisön työhyvinvointiin (Suomen Lääkäriliitto 2016b). Tämä yhteys on todennettu myös Suomen terveydenhuollossa toteutetussa tutkimuksessa (Hoffren ja Laulainen 2019). Suomen työikäisiin lääkäreihin kohdistuneen Suomen Lääkäriliiton teettämän laajan (n=5115) tutkimuksen (Lääkäri 2018) mukaan noin kolmannes Suomen nuorista lääkäreistä sekä seniorilääkäreistä oli kiinnostunut johtamistehtävistä. Lisäksi nuoret lääkärit olivat esihenkilötehtävissään motivoituneita johtamistehtäviin. (Korkiakoski ym. 2021.)

Pulkan tutkimuksessa yllälääkäreiden todettiin suhtautuvan positiivisesti johtamiskoulutukseen, jonka he myös kokivat tarpeellisenä ja hyödyllisenä. Kuitenkaan kokonaisvaltaiseen johtamiseen ei koettu riittävän ainoastaan lääkäri- ja erikoislääkärikoulutukseen liittyvä johtamiskoulutus. (Pulka 2013, 103–104.) Myös Tammilaakson (2016, 2) tutkimuksen mukaan lääkärijohtajia kiinnosti johtamiskoulutus ja johtamisosaamisen kehittäminen, mutta hankaluutena koettiin niihin tarvittavan ajan riittävyys.

Morrowin ym. (2014) ja Girin (2017) mukaan lääkäreiden johtamistaitojen kehittäminen tehostaisi heidän johtamistyötään, koska johtamiskoulutus parantaisi lääkäreiden ”teknisiä” johtamistaitoja ja vahvistaisi myös lääkärijohtajien johtajaidentiteettiä. McAlearneyn (2006) mukaan lääkäreiden jatkokoulutukseen harvemmin liittyy terveydenhuollon käytännön johtamiskoulutusta. Koska käytännön formaaleja johtamiskouluttautumismahdollisuuksia on vähemmän, tilanne johtaa siihen, että johtamistaitoihin kouluttautuminen on enemmän lääkärin omasta kiinnostuksesta kumpuavaa kuin systemaattista. Ongelma on myös se, että johtamiskoulutuksia ei ole suunniteltu lääkärijohtamisen erityispiirteitä huomioiden. (McAlearneyn 2006.)

Lääkäreiden erikoistumiskoulutukseen on syksystä 2009 alkaen sisällytetty pakollinen lähijohtajakoulutus kaikissa Suomen lääketieteellisissä tiedekunnissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Myös lääketieteen lisensiaattikoulutukseen on lisätty johtamiskoulutusta, jossa opetetaan muun muassa asiantuntija- ja esihenkilöroolin keskeiset erot, asiantuntijaorganisaation toimintaperusteet sekä hyvän johtamisen lähtökohdat. Koulutuksessa opetetaan talousajattelun lähtökohdat ja niiden soveltamista päätöksentekoon kliinisessä työssä. Lisäksi koulutus antaa taitoja työn hallintaan ja johtamisosaamisen kehittämiseen. Johtamiskoulutuksen myötä opiskelija osaa myös arvioida kriittisesti päätöksenteon problematiikkaa. (ks. esim. Oulun yliopisto 2022; Helsingin yliopisto 2020.) Vaikka lääkärit ovat siis itsekin toivoneet johtamistaitojen opetusta lisättävän (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019), niin vasta vuonna 2020 on julkaistu ensimmäistä kertaa Suomen kaikille lääketieteellisille tiedekunnille yhteiset valmistuvan lääkärin osaamistavoitteet, joissa yhtenä tavoitteena on myös johtamisen

osaaminen. Tämän koulutuksen myötä lääkärin on ymmärrettävä roolinsa terveyspalvelujen johtamisessa ja hallinnossa. (Helsingin yliopisto 2020.)

Suomen Lääkäriliitto on todennut, että lääkärikoulutus mahdollistaa hyvän perusymmärryksen terveydenhuollon palvelutoiminnan logiikasta, eri vaihtoehtojen kesken tehtävistä valinnoista sekä antaa hyvän lähtökohdan saavuttaa asiantuntija-alaisten luottamus, ja täten toimia johtajana ja kehittää johtamistaitoja edelleen (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 235). Aiemman suomalaisen sekä kansainvälisen lääkärijohtamistutkimuksen mukaan lääkärit edellyttävät johtajaltaan lääkärikoulutusta, koska kokevat lääkäri työn osaamisen ja tuntemuksen lääkäreiden johtajana työskentelyn yhtenä perusedellytyksenä (Clay-Williams ym. 2017; Perry ym. 2017; Styhre ym. 2016; Wrede ym. 2016; Ahlblad 2014; Hannus 2006). Nealin (2019) mukaan yleisjohtamisrooleihin tarvittavia johtamistaitoja (*generalized leadership roles*) voi yleisesti opetella, mutta lääkäreiden johtamiseen (*physician leadership*) tarvittavaa lääketieteellistä asiantuntemusta voidaan hankkia vain lääketieteellisen koulutuksen kautta. Sairaalaorganisaatiossa toimivien johtajien merkityksellisiä työuran tapahtumia ja johtajaksi kasvua selvittäneen Vistbackan (2019, 67) väitöskirjatutkimuksen mukaan ”klinikan johdossa pitää tietää klinikan perusteet ja tuntea minkälaista porukkaa johtaa ja minkälaisia potilaita klinikalla on. Johtajien tuominen joltain muulta alalta koettiin toivottomana tai huomattavan helpottavana, jos on alan oikeasti osaava ihminen johtajana” (Vistbacka 2019, 67).

Amerikkalaisen Owensin (2020, 67) lääkärijohtajien (n=11) ammatti-identiteettiä selvittäneen väitöskirjan mukaan lääkärijohtajat ovat usein hakeutuneet johtamisvastuisiin jo ennen lääkärikoulutusta, ja nämä aiemmat johtamiskokemukset ovat olleet viitoittamassa myös lääkärijohtajaksi suuntautumisessa. Lisäksi halu pystyä vaikuttamaan ja auttamaan väestötasolla on ollut vahva ajuri lääkärijohtajaposition hakeutumisessa, koska lääkärijohtajaroolissa vaikuttamismahdollisuudet ovat laajemmat kuin lääkärinä yksittäisen potilaan auttamisessa (Owens 2020, 68, 81).

Vaikka maailmanlaajuisesti sairaaloiden perustoiminnoissa on yhteneväisyyksiä, on eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien välillä organisaatio- ja hoitokulttuureissa kansallisia erityispiirteitä, jotka erottavat järjestelmiä osittain omankaltaisikseen (ks. esim. Berghout ym. 2017; Quinn ja Perelli 2016; Andersson 2015; Spehar ym. 2015; Baker ja Denis 2011; Witman ym. 2011; Berg ja Byrkjeflot 2014; Byrkjeflot ja Jespersen 2014; Virtanen 2010; Llewellyn 2001; Wiili-Peltola 2000; Ong 1998; Buchanan ym. 1997). Esimerkiksi suomalainen käsitys johtamisesta eroaa monien eurooppalaisten kulttuurien painotuksista (Peltonen 2004) muun muassa alhaisen valtaetäisyyden vuoksi (ks. esim. Hofstede 2001). Näin ollen ulkomaalaisia tutkimustuloksia ei välttämättä voi aina suoraan sellaisenaan soveltaa suomalaiseen terveydenhuollon johtamistyöhön (Wiili-Peltola 2000; Virtanen 2010).

Selkeästä ajankohtaisesta tarpeesta ja erilaisista politiikkasuosituksista huolimatta suomalaista lääkärijohtamista käsittelevää tutkimusta on vain vähän (ks. esim. Huikko-Tarvainen 2017), vaikka nimenomaan huonoa johtamista pidetään yhtenä yleisimmistä syistä etenkin julkisen terveydenhuollon lääkäripulaan (So-

siaali- ja terveysministeriö 2019). Myös erikoistuvien lääkäreiden työ- ja koulutuspaikkaselvityksissä on nousut esille tyytymättömyyttä johtamista kohtaan (Vierula 2019; Palovuori ja Pitkäranta 2019). Onkin todettu, että terveydenhuollossa tarvitaan johtajuutta, eikä perinteinen hallinnointi enää riitä (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 235).

1.4 Väitöskirjatutkimuksen tarkoitus ja rakenne

Tämä väitöskirja on saanut alkunsa kiinnostuksesta johtamiseen. Olen työvuosieni aikana päässyt näkemään monenlaista johtamista. Erikoislääkäriskoloutukseen sisältyneet johtamisopinnot lisäsivät kiinnostusta johtamisesta ilmiönä. Johtamisopintojen myötä heräsi myös innostus johtamistutkimuksen saralla ja syntyi ajatus lääkärijohtamistutkimuksesta, koska aiempaa laajempaa kotimaista tutkimusta johtamisesta lääkäriprofessiossa on vain vähän. Tätä tutkimusaukkoa olen pyrkinyt paikkaamaan tämän väitöskirjatutkimukseni avulla.

Johtamisen vahva ja laaja vaikutus terveydenhuollossa tarkasteltuna niin työtyytyväisyyden, potilaiden hoidon kuin talousnäkökulman kannalta sekä aiemman kotimaisen lääkärijohtamistutkimuksen niukkuus vahvistivat lisäksi käsitystä väitöskirjaan tähtäävän lääkärijohtamistutkimuksen tarpeellisuudesta.

Tämän väitöskirjatutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä johtamisen erityispiirteistä lääkäriprofessiossa:

- selvittämällä lääkäreiden urapolkua lääkärijohtajaksi,
- selkeyttämällä lääkärijohtaja- sekä lääkärijohtaminen-termien määritelmää,
- selvittämällä lääkärijohtajien johtamistyössään käyttämiä johtamisrooleja ja
- kuvaamalla hyvän lääkärijohtamisen elementtejä sekä huonon johtamisen ilmentymiä.

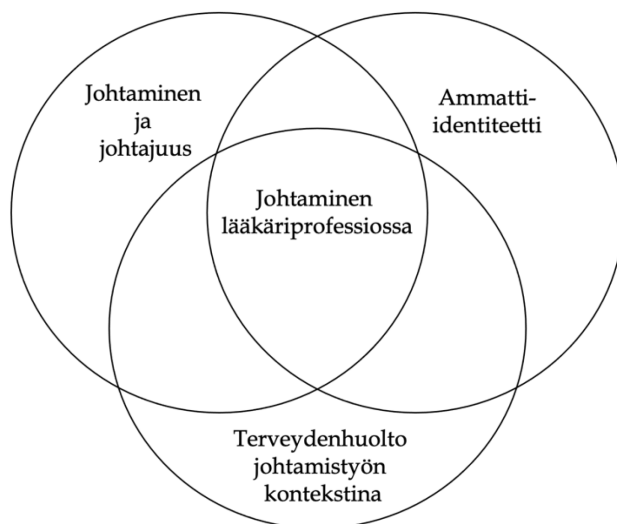
Tämä väitöskirjatutkimus on tehty vain yhden sairaanhoitopiirin alueella ja pääasiassa keskussairaalatason sairaalaympäristössä, mikä on huomioitava tutkimustukoksia tarkasteltaessa. On myös huomioitava, että lääkärit työskentelevät urallaan monissa eri työpaikoissa. Näin ollen tämän väitöskirja-aineiston tulokset eivät rajaudu koskettamaan pelkästään lääkäreiden ja lääkärijohtajien haastattelunaikaista työpositiota, vaan ne tarjoavat yleisluontoisen, pitkittäisen kuvauksen lääkäreiden työuralta.

Tutkimuksen tuloksilla toivotaan voitavan kehittää lääkäreiden työhyvinvointia ja lääkärijohtajan työtä terveydenhuollon muuttuvassa toimintaympäristössä niin, että lääkäreillä olisi tehtävänsä motivoituneita ja tehtävässään viihtyviä lääkäreitä johtajinaan. Edellä mainitut tekijät korostavat tämän väitöskirjatutkimuksen ajankohtaista merkityksellisyyttä ja tarpeellisuutta niin suomalaisen lääkärijohtamistutkimuksen kuin koko terveydenhuoltomme näkökulmasta.

Tämä väitöskirja rakentuu viidestä pääluvusta. Johdantoluvussa on tutkimusta taustoittavana tietona läpikäyty suomalaisen terveydenhuollon organisoimista, johtamisen merkitystä terveydenhuollossa sekä lääkärijohtamistutkimusta aiemman tutkimuksen valossa. Väitöskirjan seuraava eli toinen pääluku kokoaa tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen (johtaminen ja johtajuus, terveydenhuolto johtamisen kontekstina sekä ammatti-identiteetti). Kolmannessa pääluvussa käyn läpi tutkimuksen tieteenfilosofiset perusteet ja metodologiset perusvalinnat, ja neljännessä pääluvussa esitän väitöskirjani osajulkaisut sekä niiden kontribuutiot johtamis- ja organisaatiotutkimuksen alalle. Viidennessä pääluvussa käyn läpi tutkimuksen yhteenvedon ja johtopäätökset. Näiden jälkeen on englanninkielinen yhteenveto tutkimuksen keskeisistä teemoista ja tuloksista.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoreettisessa viitekehyksessä (kuvio 1) on käsitelty *johtaminen lääkäriprofessiossa* -tutkimusilmiöön kytkeytyvät aihepiirit (johtaminen ja johtajuus, terveydenhuolto johtamisen kontekstina sekä ammatti-identiteetti), joiden kautta lääkärijohtamisen (johtaminen lääkäriprofessiossa) erityisyyttä ja moninäkökulmaisuuksia sekä osajulkaisujen kontribuutioita voidaan ymmärtää johtamis- ja organisaatiotutkimuksen alalla. Koska olen rajannut tämän väitöskirjatutkimuksen käsittelemään johtamista lääkäriprofessiossa, olen teoriaviitekehykseen valinnut aiemmat lääkärijohtamista koskevat laajemmat kotimaiset tutkimukset sekä alan tuoreimpia kansainvälisiä tutkimuksia.



KUVIO 1 Tutkimusilmiön *johtaminen lääkäriprofessiossa* kytökset työssä hyödynnettäviin teoreettisiin keskusteluihin.

2.1 Johtaminen ja johtajuus

Vaikka johtamista on tutkittu paljon jo yli sadan vuoden ajan ja johtaminen ilmiönä on käytännön elämässä usein helppo tunnistaa, on johtamista siitä huolimatta ollut vaikea täysin yksiselitteisesti määritellä, eikä näin ollen kirjallisuudesta löydy johtamiselle yhtä tyhjentävää ja kaikenkattavaa määritelmää (Yukl 2013, 36; Antonakis ja Day 2018, 4–5). Stogdill onkin jo vuonna 1974 todennut (Stogdill 1974, 259, Yukl 2013, 18 mukaan):

There are almost as many different definitions of leadership as there are persons who have attempted to define the concept.

Yleisimmin johtamisen ajatellaan olevan sosiaalinen vaikutusprosessi yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, mitä varten johtamisen tehtävänä on linjata toiminnalle oikea suunta ja saada ihmiset sitoutumaan yhteiseen tekemiseen (Swanwick 2017, 35).

Lisäksi on erilaisia näkökulmia, joista johtamista voidaan tutkia, kuten esimerkiksi johtajan, johdettavan tai johtamistilanteen näkökulma (Bass ja Stogdill 1990, 11–19). Antonakis ja Day (2018, 5) muun muassa määrittelevät johtamisen niin, että se on muodollinen tai epävirallinen tilanteeseen sidottu ja tavoitteisiin vaikuttava prosessi, joka tapahtuu joko johtajan ja johdettavan, johtajan ja hänen seuraajaryhmiensä tai johtajan ja instituutioiden välillä.

Yuklin mukaan johtaminen on prosessi, jossa vaikutetaan ihmisiin niin, että he ymmärtävät ja hyväksyvät, mitä on tehtävä ja miten se tehdään. Lisäksi johtaminen sisältää prosessin, jolla helpotetaan ihmisten yksilöllistä ja kollektiivista toimintaa yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi tulevaisuuden haasteet huomioiden. Määritelmä sisältää tehtävät, joilla vaikutetaan ja helpotetaan ryhmän tai organisaation työtä sekä varmistetaan valmius vastata tuleviin haasteisiin. Mukana ovat niin suorat kuin epäsuorat vaikuttamisen muodot. Vaikutusprosessissa voi olla vain yksi johtaja tai useampia johtajia. (Yukl 2013, 23, 36.) Haslamin ym. (2012, 213) mukaan johtamisessa johdettavat henkilöt saadaan työskentelemään omasta vapaasta tahdostaan eikä pakolla.

Suomen kielessä johtamista kuvaamassa on vain yksi sana, vaikka johtaminen jakautuu ihmisten (*leadership*) ja asioiden (*management*) johtamiseen, joita molempia tarvitaan luomaan mahdollisuudet tavoitteen saavuttamiseen (Eklund 1992, 82). Kotterin (1990) mukaan asioiden johtaminen (*management*) on suoriutumista monimutkaisuuksien kanssa, kun taas johtajuus (*leadership*) on suoriutumista muutoksen kanssa.

Johtamiskirjallisuudessa on vuosikymmenten saatossa ollut keskustelua leadership- ja management-johtamisen erojen lisäksi myös leadership- ja management-johtamisen vastakkainasettelusta, sisältöjen päällekkäisyydestä, tarpeellisuudesta ja myös siitä, voiko johtaja olla yhtä aikaa hyvä leader-johtaja sekä manager-johtaja (Yukl 1989; Yukl 2013). Esimerkiksi Bennis ja Goldsmith (1997, 4) ovat lausuneet:

A good manager does things right. A leader does the right things.

Yuklin mukaan johtaja voi olla pelkkä manager-johtaja tai myös leader-johtaja olematta lainkaan manager-johtaja. Toisaalta jotkut johtamistutkijat ovat jopa esittäneet, että sama henkilö ei voi olla yhtä aikaa leader- ja management-johtaja. (Yukl 2013, 22.) Zaleznik (1977) on todennut, että leader- ja manager-johtajat ovat erityyppisiä ihmisiä (Zaleznik 1977, Antonakis ja Day 2018, 6 mukaan); manager-johtajat ovat huolissaan siitä, miten asiat saadaan tehdyksi ja leader-johtajat ovat huolissaan siitä, mitä nämä asiat merkitsevät ihmisille (Zaleznik 1977; Yukl 1989, 253). Useissa johtamistutkimuksissa on kuitenkin sekä leadership- että management-johtaminen nähty tärkeinä ja todettu niiden määrittävän johtamisen eri osa-alueita, joissa on myös päällekkäisyyksiä (ks. esim. Yukl 2013, 22–26), mitä tukee myös Mintzbergin (1980, 54–99) johtamisrooliteoria.

Kotterin mukaan asioiden johtamista täydennetään ihmisten johtamisella. Johtaja näyttää alaisilleen vision tulevasta luomalla suunnan ja opastaa heidät kommunikoinnin avulla vision suuntaan sekä helpottaa heidän tietään haasteiden yli. (Kotter 1990, 4–5; Kotter 1989, 43.) Organisaatiot pidetään budjeteissa ja aikataulussa asioiden johtamisella (Kotter 1990, 4), johon sisältyvät suunnittelu, budjetointi, organisointi, henkilöstöhallinto, kontrollointi sekä ongelmanratkaisu. Työntekijöiden motivoiminen, innostaminen sekä toiminnan suunnan osoittaminen sisältyvät ihmisten johtamistyöhön (Kotter 1990, 5; Kotter 1989, 31). Management-johtamisella pyritään saamaan tuloksia, joilla toiminnasta tehdään tehokasta. Leadership-johtaminen taas auttaa läpiviemään hyödyllisen muutoksen. (Kotter 1990, 7.)

Vuoren (2005, 20) mukaan johtaminen tarkoittaa pääasiallisesti ilmiötä, jossa johtajan ja alaisen välille syntyy sopimus johtajuudesta. Lisäksi Vuori on todennut, ettei johtamistyön kahtiajako ihmisten johtamiseen ja asiajohtamiseen ole enää nykytodellisuutta, sillä käytännön työelämä harvemmin jakautuu puhtaasti näiden kahden työalueen kesken (Vuori 2005, 20).

Peltosen ja Ruohotien mukaan johtajuudella tarkoitetaan johtajana työskentelyä tai johtajan asemaa, joka voi olla joko virallinen (*formal*) perustuen lakiin tai erilaisiin asetuksiin, säädäntöihin tai sopimuksiin, tai vastavuoroisesti epävirallinen (*informal*) perustuen sisäisiin vaikutussuhteisiin organisaatiossa (Peltonen ja Ruohotie 1991, 150). Peltosen mukaan johtajuus yhdistetään usein organisaation kulttuurin johtamiseen (Peltonen 2007, 123–124). Leader-johtajalla on persoonallinen johtamistyyli, ja häntä voidaan luonnehtia innovatiiviseksi ja riskejä kaihtamattomaksi. Ihmisten kohtaamisessa leader-johtajaa kuvaa suoruus. Manager-johtaja painottaa oikeanlaista toteutustapaa ja rakenteita ja häntä voidaan luonnehtia ihmisiin etäisyyttä pitäväksi, persoonattomaksi riskien välttelijäksi. (Peltonen 2007, 123.) Pystyäkseen toimimaan erilaisissa sosiaalisissa ja strategisissa tilanteissa johtajan on hallittava sekä leader- että management-johtamistyö (Peltonen 2007, 152).

Kansainvälisissä tutkimuksissa eri hierarkiatasojen lääkärijohtajien on todettu käyttävän laaja-alaisesti erilaisia johtamistyyliä (Goleman ym. 2004; Saxena ym. 2017). Tehokkailla johtajilla on myös todettu olevan taito hallita laajasti erilaisia johtamistapoja (Quinn 1988; Goleman ym. 2004; Saxena ym. 2017; Gole-

man ym. 2002) ja kyky valita kuhunkin tilanteisiin sopiva johtamisote (Vroom ja Jago 2007; Quinn 1988).

Vaikka kaikille johtamisteorioille on yhteistä se, että niistä jokainen pyrkii määrittelemään, miten johtaminen toteutuu hyvin kyseessä olevan teorian näkökulmasta (Ciulla 2018, 444–446), johtamistutkimuksissa on Yuklin (2013, 23) mukaan hyvä käyttää monipuolisesti eri teorialähteitä, koska johtaminen on monitahoinen ilmiö. Tässä väitöskirjatutkimuksessa olenkin lähestynyt johtamista useammasta teoreettisesta näkökulmasta mahdollistaakseni johtamisen moniulotteisuuden tarkastelun lääkäriprofession kontekstissa. Tämän väitöskirjatutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen on valittu lääkärijohtamiskontekstin näkökulmasta relevanteimpina johtamisteorioina jaetun johtajuuden eri näkökulmat, transformationaalinen teoria, eettinen johtaminen, palveleva johtajuus, sekä kontigenssi- ja tilanneteoria. Lisäksi johtamistarkastelua on informoinut huono johtaminen aiemman kirjallisuuden valossa.

2.1.1 Jaettu, hajautettu, kollektiivinen ja yhteistoiminnallinen johtamisteoria

Nämä johtamisteoriat muodostavat perinteisestä johtamiskäsityksestä erottuvan ryhmän, jossa yhdistävänä piirteenä on, että johtamisvalta jaetaan tai jakautuu johtajan ja alaisten kesken (Gordon 2011, 194–195). Johtamisen kehittämisessä ei tällöin ole kysymys vain johtajalukumäärän lisäämisestä, vaan siitä, että erilaiset ryhmät ja yksilöt omaksuvat johtajuutta, jossa johtajuus ymmärretään jokaisen vastuuna (Swanwick 2017, 45). Swanwickin (2017, 45) mukaan näitä johtamisotteita on pidetty tärkeinä terveydenhuolto-organisaatioiden tehokkuudelle. Valtan jakaminen johtajan ja alaisten kesken hämärtää perinteisille johtamisteorioille tyypillisen selkeän rajan, joka erottaa johtajan identiteetin alaisen identiteetistä (Gordon 2011, 194–195). Hajautettuun johtajuuteen (*distributed leadership*) osallistuu useampi henkilö erilaisilla, mutta toisiinsa liittyvillä johtamisvastuutehtävillä. Vastuunottoon kannustetaan ja halutaan antaa mahdollisuus jakaa johtamisvastuuta. (Yukl 2013, 290–291.) Hajautetussa johtajuudessa johtaminen ei ole vain yhden henkilön asia, vaan epävirallinen sosiaalinen prosessi, jossa asiantuntemus jakautuu, johtajuuden rajat ovat avoimia ja johtajuus muodostuu työyhteisön sisäisistä yhteyksistä. Tämä johtamisote siirtää johtajuudessa fokuksen johtajan yksilöllisistä ominaisuuksista johtamisprosessiin organisaatiossa. (Swanwick 2017, 45.) Jaetussa/kollektiivisessa johtajuudessa (*shared/collective leadership*) johtajuuden ajatellaan olevan siellä missä on kyseisen alan asiantuntemus ja asiantuntemus sekä motivaatio niihin (Swanwick 2017, 45). Fulopin ja Dayn (2010, 348) mukaan jaetun johtajuuden vahvuuksiin kuuluvat osallistava päätöksentekoprosessi sekä osallistavan johtamisotteen painotus, jotka ovat samantyyppisiä piirteitä kuin on nähtävissä myös terveydenhuolto-organisaatioissa sekä kliinisessä johtajuudessa (*clinical leadership*) että päätöksenteossa. Yhteistoiminnallisen johtajuuden (*collaborative leadership*) mukaan johtamistyö vaatii yhteisponnisteluja useilta henkilöiltä, jotka voivat olla eri ammattiryhmien edustajia ja eri organisaatioista. Tiimijohtamista arvostetaan enemmän kuin yksinjohtamista. (Swanwick 2017, 45.)

2.1.2 Transformationaalinen johtamisteoria

Transformationaliseen johtamisotteeseen tukeutuvien johtajien tehtävä on voimaannuttaa alaiset, mikä lisää heidän työnsä tehokkuutta ja merkityksellisyyden tunnetta. Lisäksi he innoittavat alaisiaan työskentelemään yhdessä työn tavoitteiden saavuttamiseksi. (Burns 2003, 26.) Transformationaalisen johtamissuunnan johtajat inspiroivat, motivoivat, stimuloivat ja muuttavat ihmisiä (Northouse 2019), pyrkien samalla vastaamaan alaisten korkeamman tason tarpeisiin (Banks ym. 2016). Johtajat pyrkivät saamaan alaistensa huomion vetoamalla mieluummin heidän ihanteisiinsa, tunteisiin ja moraalisiin arvoihin kuin materialistisiin asioihin tai negatiivisiin tunteisiin, kuten pelkoon tai kateuteen (Yukl 2013, 301, 345). Johtajat auttavat alaisiaan paremmin ymmärtämään heidän töiden tulosten merkityksen ja tärkeyden sekä motivoivat alaisiaan arvottamaan tiimin tai organisaation edun oman etunsa yli (Yuk 2013, 313). Transformationaalisisessa johtamisessa johtaja saa vahvalla emotionaalisella johtamisotteellaan alaiset ylittämään työsuoritusodotuksensa, mitä vahvistaa myös yhteinen kollektiivinen sitoutuminen työn korkeampaan moraaliseen tarkoitukseen (Diaz-Saenz 2011, 297).

Tämän seurauksena alaiset luottavat johtajaansa ja ihailevat sekä kunnioittavat häntä. He ovat myös uskollisia johtajalleen, joka omalla käytöksellään vetoaa alaistensa moraalisiin arvoihin pyrkien laajentamaan alaistensa tietoisuutta eettisistä kysymyksistä, mikä parantaa organisaation toimintaa saaden alaisten energian ja resurssit tehokkaasti käyttöön (Burns 2003, 29; Yukl 2013, 312–313). Johtajat ovat itsevarmoja ja optimistisia, ja heillä on visio organisaation toiminnasta ja siitä, miten se saavutetaan. Johtajien käytös voi olla dramaattista, ja he voivat käyttää esimerkillisiä symbolisia tekoja osana vuorovaikutustaan alaisten kanssa saadakseen tavoitteensa ymmärretyksi ja alaisensa sitoutumaan työhönsä. (Yukl 2013, 323–325.) Transformationaalisen johtamisen on sanottu parantavan alaisten työkokemuksia ja -tuloksia (Swanwick 2017, 47). Transformationaalista johtamismallia on käytetty johtamisen mallina myös osassa julkisen sektorin toimialoista, kuten esimerkiksi Yhdistyneen Kuningaskunnan terveydenhuollossa (Healthcare Leadership Model, 2013), jossa transformationaalinen johtamismalli on inspiroinut työyhteisön yhteistä tarkoitusta, vahvistanut työttömien sitouttamista ja auttanut työn vision jakamisessa (Swanwick 2017, 45).

2.1.3 Eettinen ja palveleva johtamisteoria

Eettisen johtamisen teoria korostaa rehellisyyttä ja eettisen käyttäytymisen merkitystä. (Yukl, 2013, 345). Eettiseen johtamiseen kuuluu ulkoinen ohjaus, mutta siinä korostuu sisäisen sitoutuminen (Bowman ja Swanwick 2017, 203). Johtajien päätöksenteossa korostuvat luotettavuus, totuudenmukaisuus, välittäminen ja päätösten objektiivisuus. Eettiset johtajat keskustelevat etiikasta usein alaistensa kanssa ja asettavat selkeät eettiset ohjeet toiminnalle. He käyttävät palkkioita ja rangaistuksia varmistaakseen, että näitä ohjeistuksia myös noudatetaan. Johtajat myös itse työskentelevät ja käyttäytyvät asettamiensa eettisten normien mukaisesti. (Brown ja Treviño 2006.) Heillä ei ole alaisuusosikkeja, eivätkä he kylvä alai-

sia jakavaa epäluottamuksen tunnetta saadakseen itselleen enemmän valtaa tai saavuttaakseen henkilökohtaisia tavoitteitaan. Omalla esimerkillään he rohkaisevat alaisiaan eettisiin käyttäytymismalleihin ja pyrkivät estämään alaisten epäeettisiä toimintamalleja. Eettiset johtajat pystyvät rakentamaan alaistensa keskinäistä luottamusta ja kunnioitusta, ratkaisemaan konflikteja eri osapuolten välillä sekä saamaan alaisensa ymmärtämään tarpeen omaksua ongelmanratkaisutaitoja, jotka parantavat heidän pidempiaikaista työhyvinvointiaan. (Yukl 2013, 345.)

Eettisten johtajien tavoin myös palvelevassa johtamisessa johtajat suojelevat ja kehittävät kaikkia alaisiaan tasapuolisella kunnioituksella ja arvostuksella. Palvelevan johtamisen teoria korostaa, että sosiaalista epäoikeudenmukaisuutta ja eriarvoisuutta on vältettävä aina, kun se on mahdollista, ja työyhteisön heikkoja ja vähemmistöön kuuluvia henkilöitä on myös arvostettava ja kohdeltava kunnioittavasti. (Yukl 2013, 337.) Organisaation taloudellisista eduista riippumatta palveleva johtaja puolustaa sitä, mikä on oikein ja hyvää (Yukl 2013, 337, 345). Lisäksi johtaja kouluttaa alaisiaan mentoroinnin, valmennuksen ja koulutuksen keinoin pysyen samalla johdonmukaisesti eettisten arvojen takana ja rohkaisten heitä löytämään parhaita ratkaisuja kriittisen ajattelun kautta. Näissä molemmissa teorioissa johtaja luo alaisten toiminnan pohjalta vision huomioiden alaisten ideat, arvot ja tarpeet ja on valmis ottamaan henkilökohtaisen riskin pystyäkseen toteuttamaan tämän vision. (Yukl 2013, 342.) Fernandon (2011, 485) mukaan Greenleaf (1977, 12) on tiivistänyt palvelevan johtamisen käsitteen prosessiksi, jossa ensin on sisäsyntyinen tunne halusta palvella ja sen jälkeen tietoinen valinta haluta johtaa.

2.1.4 Tilanneteoreettiset johtamisteoriat

Kontingenssijohtamisteoriassa keskitytään siihen, miten tilannekohtaiset seikat muuttavat johtajan vaikutusta alaisiin tai työryhmiin (Yukl 2013, 169). Kontingenssiteorian mukaan ei ole yhtä ja ainoaa parasta johtamisotetta tai käyttäytymismallia kuvaamaan hyvää johtamista. Johtaminen on sidoksissa johtamistilanteen vaatimukseen. (Bass ja Stogdill, 1990.) Eriytyypiset johtamistilanteet vaativat omanlaistaan johtamisotetta, jotta johtamistilanne hoituisi tehokkaasti (Gordon 2011, 194). Tilannenäkökulman (*situational theory*) mukaan johtajan ja organisaation tehokkuus ei riipu vain johtajan persoonallisuudesta tai siitä, miten vahvasti hän on motivoitunut tehtäväänsä, vaan myös tilanne määrittää sitä, missä määrin johtajalla on valtaa, kontrollia sekä vaikutusvaltaa. Tehtäväkeskeiset johtajat menestyvät paremmin hyvin vahvan kontrollin sekä suhteellisen heikon kontrollin tilanteissa, kun taas tilannekeskeiset johtajat menestyvät paremmin keskitason kontrollin tilanteissa. (Fiedler 1981.) Tilannenäkökulma korostaa myös johtajuusprosesseihin vaikuttavien kontekstuaalisten elementtien merkitystä. Tärkeimpiä tilannemuuttajia ovat johdettavien henkilöiden ominaisuudet, johtajan johtaman yksikön suorittaman työn luonne, organisaation tyyppi ja ulkoinen ympäristö. (Yukl 2013, 29.)

2.1.5 Huono johtaminen

Huono johtaminen on jäänyt organisaatio- ja johtamistutkimuksissa vähemmälle huomiolle, koska johtamistutkimuksissa on ensisijaisesti pyritty tarkastelemaan hyvää johtamista, jolla organisaatioiden toimintaa voitaisiin parantaa. Viimeisten 20–30 vuoden aikana huonon johtamisen tutkimus on kuitenkin laajentunut (Erikson ym. 2015; Shaw ym. 2011), minkä uskotaan liittyvän huonon johtamisen aiheuttamien haittojen ja kustannusten suuruuteen (Schyns ja Schilling 2013). Huonolla johtamisella rikotaan pitkän ajan kuluessa systemaattisella tavalla organisaation sääntöjä sekä sabotoidaan organisaation päämääriä ja alaisten työhyvinvointia, työtyytyväisyyttä ja motivaatiota (Einarsen ym. 2007; ks. myös Huikko-Tarvainen ym. 2002).

Huono johtaminen on yhdistelmä itsekeskeistä asennetta sekä sellaista motivaatiota ja käyttäytymistä, millä on kielteinen vaikutus alaisten käyttäytymiseen ja sen hetkisen tehtävän kannalta olennaisiin toimintoihin (Erikson ym. 2015). Huono johtaminen voi esiintyä myös työpaikkakiusaamisena, joka voi ilmentyä nimittelynä, syntipukkien etsimisenä, seksuaalisena häirintänä, kielteisenä alaisen leimaamisena tai epäoikeudenmukaisena töiden jakamisena (Harvey ym. 2007).

Huonossa johtamisessa voidaan pyrkiä manipuloimaan johdettavia kertomalla tarinoita, joilla vaikutetaan johdettavan ajatteluun ja käyttäytymiseen sekä aikaansaadaan johtajan toivomia vaikutteita. Tarinoilla voidaan vaientaa johdettavien kritiikkiä, vähätellä johdettavien kokemuksia ja vahvistaa johtajan autonomisuuden tunnetta liittämällä johdettavat organisaation yhteisen tarinan kerrointaan, vaikka todellisuudessa tarinoinnin tavoitteena on saada johdettavat johtajan oman näkökulman taakse. Huonot johtajat voivat näytellä ymmärtävänsä johdettaviensa tunteita esimerkiksi työehtojen heiketessä tai irtisanomistilanteissa. (Auvinen ym. 2013.)

Huono johtaminen voi syntyä huonolle johtamiselle herkkien alaisten, suosituksen ympäristön ja huonon johtajan yhteisvaikutuksena, mitä Padilla ym. (2007) kutsuvat nimellä ”myrkyllinen kolmio”. Kielteinen karismaattisuus, vallan halu, narsismi ja vihaperusteinen ideologia ovat huonolle johtajalle ominaisia piirteitä, kun taas huonolle johtamiselle herkkiä alaisia ovat itseään aliarvioivat ja epäkypset henkilöt, joilta tavoitteet ovat jääneet saavuttamatta. Epävakaa, uhan alla oleva ja kriisiytynyt ympäristö on hedelmällinen maaperä huonolle johtamiselle. (Padilla ym. 2007.)

Huono johtaminen voi aiheuttaa haittavaikutuksia yksilöille, ryhmille ja organisaatioille alentamalla alaisten työtyytyväisyyttä ja työsuoritusta, lisäämällä poissaoloja ja työstressiä sekä aiheuttamalla ärtymystä (Lipman-Blumenin 2005; Erikson ym. 2015; ks. myös Huikko-Tarvainen ym. 2002). Huono johtaminen voi myös aiheuttaa henkilöstölle terveydellisiä haittoja loppuun palamisenkin muodossa (Trépanier ym. 2019). Huono johtaminen synnyttää tyytymättömyyttä johtoa ja työtä kohtaan, lisää työntekijöiden vaihtuvuutta, vähentää työhyvinvointia ja työhön sitoutumista sekä haittaa työsuoritusta (Schyns ja Schilling 2013).

2.2 Terveydenhuolto johtamistyön kontekstina

Kuten johdannossa edellä jo taustoitettiin, terveydenhuollon järjestelmä on hyvin monimutkainen (Stoller 2009; Suomen Lääkäriliitto 2021a, 235). Lisäksi on huomioitavaa, että terveyspalvelut saattavat olla ihmisille elintärkeitä ja niitä voidaan pitää ihmisoikeuksiin kuuluvina. Terveydenhuollossa hoitoprosessit saattavat olla myös pitkiä ja niissä saatetaan tarvita monien eri tuottajien sujuvaa yhteistyötä. Lisäksi on muistettava, että osa terveyspalveluiden kuluista katetaan julkisista varoista ja että terveyspalvelut ovat turvallisuuskriittinen toimiala, koska heikkolaatuisilla terveyspalveluilla voi olla potilaiden terveyttä huonontava vaikutus. (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 286.)

WHO:n määritelmän mukaan terveydenhuollon johtamiseen kuuluvia tehtäviä ovat organisaation rakenteen ja toimintapolitiikan määrittäminen, resursien ja toimintaohjelmien suunnittelu, standardien asettaminen, resurssien jako, informaation ja talouden turvaaminen, henkilöstöhallinto, henkilöstön kehittämistyö, kouluttaminen sekä arviointi- ja koordinointityö (Henry ym. 1992). Terveydenhuollon johtajat ovat tärkeässä asemassa integroitaessa väestön terveyden ja hyvinvoinnin edellyttämiä toimenpiteitä alueellisiin ja paikallisiin terveys- ja hyvinvointipoliittisiin strategioihin sekä kunnan toiminnan ja talouden suunnitteluun. Näin ollen terveydenhuollon johtajilla on strateginen rooli terveyden edistämistoiminnan suunnittelussa, koordinoinnissa sekä johtamisessa (Grönroos ja Perälä 2004,5; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Valtaosa terveydenhuolto-organisaation johtajista on lääkäri- tai hoitaja-taustaisia (Vistbacka 2019, 35), ja lääkärit toimivat terveydenhuollon työyhteisöissä, kuten moniammatillisissa tiimeissä, usein johtajina (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 8). Sosiaali- ja terveystoimen johtajan työn sisältöä ja työhön liittyviä kompetensseja käsitelleen väitöskirjatutkimuksen mukaan perustehtävätason johtaminen on pääasiassa muutoksen johtamista (Heikka 2008, 136), eikä terveydenhuollonkaan johtamisessa nykyisin voi enää erottaa arkityön johtamista muutosjohtamisesta (Wiik 2016). Muutoksessa valtarakenteet uusiutuvat, ja epävarmuus oman aseman puolesta voi huonontaa keskijohdon ja lähijohtajien sitoutumista työhönsä (Heikka 2008, 136).

Kinnusen ja Vuoren (2005, 198–1995) mukaan terveydenhuollon toimintaan liittyvinä erityisominaisuuksina ei voi jättää huomioimatta sitä, että terveydenhuollon päällimmäisenä tavoitteena on väestön terveyden, hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistys sekä ylläpito kuin myös väestön terveyserojen kaventaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021). Huomioitavaa on myös, että terveydenhuollossa terveystarpeisiin kohdistuvien odotusten luonne erottaa terveydenhuollon organisaatiot muiden alojen organisaatioista, eikä terveystarpeilla ja niiden kysynnällä ole rajaa. Lisäksi on ymmärrettävä, että terveydenhuollon toiminnan peruslähtökohtiin kuuluu lääketieteen etiikka, ja että julkisen terveydenhuollon johtamiseen vaikuttavat myös valtion ja kuntien tasolla tehtävät poliittiset päätökset. (Kinnunen ja Vuori 2005, 198–199.) Kaikki nämä erityispiirteet muovaavat terveydenhuollon toimintaympäristöstä

muista toimintaympäristöistä poikkeavan, mikä on huomioitava myös johtamisessa (Kinnunen ja Vuori (2005, 198–199). Viitasen ym. (2007, 14) mukaan professionaalisen orientaation yhdistäminen ammattimaiseen, managerialistiseen toimintatapaan voi aiheuttaa terveydenhuollon johtajille muun muassa ongelmia johtamistyössä sekä ristiriitaa työn ja identiteetin välille.

Myös Virtasen (2010, 230) mukaan eettiset arvot ovat terveydenhuollon perusarvoja, ja terveydenhuollon tavoite on myös eettinen. Terveydenhuollon perinteisen ja yhteisen arvopohjan merkitys painottuu sairaaloiden toiminnassa sekä johtamisessa (Virtanen 2010, 221). Koska terveydenhuollon toiminta pohjautuu vahvasti inhimillisten voimavarojen hyödyntämiseen, on terveydenhuollon johtamisessa tarpeellista ymmärtää johtamisen psykologiaa sekä organisaatioiden järjestelmiä (Lönnqvist 1991; ks. myös Aira ym. 2006).

Hudakin ym. (2015) Yhdysvalloissa toteuttaman tutkimuksen (n=47) mukaan tulevaisuudessa terveydenhuollon johtajalta odotetaan 12 erilaista osaamistaitoa: taitoa luoda kumppanuuksia, luottamuksen synnyttäminen, menestyminen monimutkaisissa ja epäselvissä ympäristöissä, aktiivinen kuunteleminen, nopea ajattelukyky, menestymiselle edellytyksien luominen, tulevaisuuteen katsova johtajuus, nykyhetken tietoisuuden ymmärtäminen, viranomaistoimialojen välinen oppimisverkoston luominen, verkostojohtamisen kehittäminen, verkoston tavoitteiden kehittäminen ja joustavuuden säilyttäminen.

Artto ym. (2008, 313) ovat todenneet, että eritoten asiantuntijaorganisaatioissa on tavallista, että muutkin kuin virallinen päällikkö voivat toimia tehtävien aloittajina, mutta johtajan ensisijainen tehtävä on johtaminen, vaikka johtamisen kaltaisia tehtäviä olisi muillakin projektiryhmän jäsenillä tai projektin osapuolilla. Merkittävimmäksi eroksi näissä rooleissa Artto ym. (2008, 313) näkevät sen, että projektipäällikkö on tehtävässään myös tulosvastuullinen, kun taas muissa rooleissa ja tehtävissä se ei ole välttämätöntä (Artto ym. 2008, 313).

Terveydenhuollon kontekstissa on kuitenkin huomioitava, että terveydenhuollossa tarjottava tuote eli paraneminen on epävarmaa, ja sen kysynnänkin ennustaminen hankalaa, mistä johtuen tulosohejaus on haasteellista (Valtonen 1993, 103–104; Tuomiranta 2002, 22). Vaikka perustuslakiin on kirjattu kansalaisten oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a, 13, 49), mitkään lait eivät poista terveydenhuoltoon liittyvää epävarmuutta (Vuori 2005, 51). Epävarmuus kumpuaa myös siitä, että ihmisten sairastumisen ennakointi on hankalaa, vaikka joitakin sairauksia pystyttäisiin ennustamaan tietyssä määrin (Isosaari 2008, 11). Näistä ajankohtaisimpana esimerkkinä on Covid-19-infektioden käyttäytymisen ennustaminen (Parkkila 2021; MacVane Phipps 2020). Suomen Lääkäriliitto on suosittanut, että terveydenhuollon johtajien on ymmärrettävä niin lääketieteellisestä päätöksenteosta kuin myös sen taloudellisesta vaikutuksesta. Lisäksi johtajilla on oltava työvälineet sekä hoidon laadun että toiminnan seuraamiseksi, eikä laadun kehittäminen onnistu ilman lääkärin ammattitaitoa ja lääkärijohtajuutta (Suomen Lääkäriliitto 2016c).

Suomalainen lainsäädäntö on yksiselitteinen, kun tarkastellaan johtamisvastuuta terveydenhuolto-organisaatioissa. Terveydenhuollon toimintayksikkö-

jen toimintaa ohjaa terveydenhuoltolaki, jonka mukaan (Terveydenhuoltolaki 2010, 57§):

Terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri. Vastaavan lääkärin on johdettava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen toimintayksikköön päättää vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Suomen Lääkäriliitto (2014a, 9) on ohjeistanut johtamisesta terveydenhuollon toimintaympäristössä seuraavaa:

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 erikoissairanhoidon yhteistyön kehittämisessä, hoidon porrastuksessa ja palveluvalikoiman lääketieteellisen laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa.

Lisäksi Suomen Lääkäriliitto (2010, 6) on antanut suosituksen lääkäreiden johtamisesta terveydenhuollossa:

Vain lääkärintyötä tehnyt voi tietää lääkärintyön sisällön, ongelmat ja haasteet. Vain lääkärikoulutuksen saanut voi arvioida alaiensa 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.

Terveydenhuollossa työntekijät jakautuvat eri ammattiryhmiin, mikä on nähtävissä muun muassa virallisissa organisaatiomäärityksissä, johtamisjärjestelmissä ja yksiköiden fyysisessä sijoittumisessa. Julkisen terveydenhuollon organisaatioissa johtamisen toimintakenttä jakaantuu myös esimerkiksi lääketieteen ja hoitotieteen mukaisesti niin, että molemmilla on omat linjaorganisaationsa, vaikka sellaista ei aina välttämättä löydykään sairaalan virallisista organisaatiomäärityksistä. Lisäksi lääkäreiden ammattiryhmä jakautuu lääketieteen eri erikoisaloihin. Eri ammattiryhmät hoitavat omaan ammattikuntaansa kuuluvien työntekijöiden asiat, eivätkä eri ammattiryhmien johtajat tavallisesti ota kantaa toisien ammattikuntien johtamisasioihin. (Virtanen 2010, 3.) Kauhasen (2010, 47) mukaan terveydenhuollon eri ammattikuntien väliset vahvat ammattikuntarajat tekevät johtamisesta haasteellisempää verrattuna moniin muihin asiantuntijaorganisaatioihin (ks. myös Virtanen 2010, 150).

2.2.1 Ammatillinen hierarkia, byrokratia ja organisaatiokulttuuri

Mintzberg (1983b, 189–213; 1998a, 348–349) on maininnut sairaalat ja terveyskeskukset esimerkkinä ammatillisesta byrokratiasta, koska ne ovat organisaatiota, joissa pyritään vakauteen ja joissa korkeasti koulutetut ammatillaiset, kuten esimerkiksi lääkärit, hallitsevat vahvasti oman työtään. Byrokraattisesti organisoitu

organisaatio rakentuu hierarkkiseen, ylhäältä johdettuun johtaja-alainen-asetelmaan sekä saman suuntaiseen ohjaus- ja kontrollijärjestelmään (Helander 1993, 112). Valta vaikuttaa organisaation suorituskykyyn ja muuttaa muiden käyttäytymistä ammatilliseen asiantuntemukseen perustuvassa ammatillisessa hierarkiassa (Mintzberg 1983b, 198). Mintzbergin (1983b, 190) mukaan on oltava melko riippumaton muista saadakseen omaan työhönsä liittyvän vallan. Tilanteissa, joissa ammatillaisen on valittava ammatillisen ja hallinnollisen työn välillä, valta siirtyy hallinnolliseen työhön keskittyville oman alansa ammattilaisille. Silloinkin valta-asema säilyy heidän johtajallansa vain siihen asti kuin ammattilaiset kokevat, että tämä palvelee oman ammattikunnan etuja (Mintzberg 1983b, 200).

Terveystenhuollossa eri ammatteihin liittyvä hierarkkisuus näyttäytyy myös ammattiensisäisinä sekä -välisinä hierarkioina, jotka nivoutuvat organisaatioasemaan yhdistettäviin hierarkioihin siten, että ammattien välinen hierarkia on valtaosin organisaatioasemaan kiinnittyvää vallan, vastuun sekä työnjaon hierarkiaa (Virtanen 2010, 163). Johtajien toimintakentässä vallan ja vastuun suhteet ovat paikoin ”epämääräisiä, epäselviä ja epäjohdonmukaisia”, eikä johtajien työn sisällöstä aina ole kirjallista ohjetta, vaan sitä tehdään usein aiemmin samaa työtä tehneen kollegan toimenkuvan viitoittamalla tavalla (Virtanen 2010, 3). Vaikka työn jakautuminen eri ammattiryhmien töiksi (esimerkiksi eri erikoisalat tai lääkäri- ja hoitajatyö) jo sinällään luo hierarkiaa, on eri ammattiryhmien työpanos välttämätöntä, ja eri ammattiryhmät ovat toisistaan riippuvaisia (Virtanen 2010, 166).

Sairaalahierarkia liittyy byrokraatiin tehden byrokraattisen järjestelmän valta- ja vastuusteemin näkyväksi, mitä kuitenkin terveydenhuollon professionaalinen organisaatioluonne vähentää häivyttäen hierarkian rakenteita. Sairaalaorganisaatiot koostuvat useista toisistaankin poikkeavista toiminnallishierarkkisista alayksiköistä, mikä voi vaikeuttaa terveydenhuollon ulkopuolisen ymmärrystä terveydenhuolto-organisaatioista. (Wiili-Peltola 2000, 128–130.) Ymmärrystä voivat lisäksi vaikeuttaa sairaalaorganisaatioiden kirjoittamattomat ”kulttuuriskognitiiviset ilmiöt kuten henkilöstön arvopohja ja ammattikulttuurit, professionaalisuus, epäviralliset organisaatiot ja valtarakenteet” (Virtanen 2010, 20–21; ks. myös Viitanen ym. 2007, 12).

Schallin (1983) mukaan organisaatiokulttuuri on melko muuttumaton arjen, normien sekä uskomusten järjestelmä, joka muodostuu organisaatioon kuuluvien jäsenten vuorovaikutuksesta ja joka mahdollistaa organisaatioon kuuluville henkilöille tilaisuuden ymmärtää, koordinoita sekä arvioida käyttäytymistään. Organisaatiokulttuurin seurauksena muodostuu avoin merkitys organisaatioon kuuluvien henkilöiden yhteisille kokemuksille. Kinnusen (1988) mukaan työnantajiltaan ja toiminnoiltaan eriytyneiden ja erikoistuneiden julkisten terveydenhuollon yksiköiden organisaatiokulttuuria on järkevämpi käsitellä ammatillisten osakulttuurien avulla. Terveystenhuollon organisaatioissa on eri ammattiryhmille muodostunut omia ammatillisia kulttuureita, joiden uskomuksissa, normeissa sekä arvoissa ilmenee eriytyneisyyttä (Glouberman ja Mintzberg 2001) ja keskinäistä kilpailua (Baumann ym. 1998), minkä vuoksi yhtä yhtenäistä organisaatiokulttuuria ei joko ole tai sen osoittaminen on hankalaa (Kinnunen 1988).

Johtamiskulttuurilla tarkoitetaan johtamiseen, organisointiin sekä hallinnolliseen päätöksentekoon liitettäviä arvoja, uskomuksia sekä menettelytapoja. Palvelu- ja hoitokulttuureilla tarkoitetaan terveydenhuollon eri yksiköiden, kuten poliklinikoiden, vuodeosastojen ja laboratorion työntekijöiden sisäisten normien, arvojen sekä uskomusten omia järjestelmiä, jotka ovat rakentuneet kyseisten työyksiköiden työntekijöiden omista persoonallisista kulttuurillisista arvoista, työpaikan yleisestä organisaatiokulttuurista sekä ammatillisesta osakulttuurista. (Kinnunen 1988.) Organisaation eri kulttuureiden näkökulmat voivat katsoa asioita esimerkiksi lääketieteen (*cure*), hoitotieteen (*care*) tai hallinnon (*control*) näkökulmista (Glouberman ja Mintzberg 2001; Baumann ym. 1998; Kinnunen 1988; Kinnunen 1990, 43–44).

2.2.2 Virheettömyyden vaade

Kaikenlaisessa inhimillisessä toiminnassa sattuu väistämättä joskus vahinkoja ja virheitä. Virheet mielletään herkästi yksilön henkilökohtaiseksi epäonnistumiseksi, vaikka todellisuudessa virheen aiheutumiseen ja ilmenemiseen voivat usein vaikuttaa työyhteisön tavat ja käytänteet, mikä pitäisi huomioida virheiden käsittelemisen lähtökohtana. Tällöin virhe ei tarkoita syyllisten etsimistä, vaan mahdollisuutta arvioida yhteiset toimintatavat ja -säännökset. (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 27, 80.) Vaikka erehtyminen on inhimillistä ja kova työpaine lisää vahinkojen mahdollisuutta (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 85), terveydenhuollossa kenen tahansa työntekijän virhe voi johtaa potilaan menehtymiseen, minkä vuoksi terveydenhuollossa on sanottu vallitsevan virheettömyyden vaatimus. Virheet voivat myös henkilöityä, mikä voi johtaa virheiden pelkoon. (Kivinen 2008, 81.) Terveydenhuollon organisaatioita onkin kutsuttu myös ”kuoleman ja elämän” organisaatioiksi, mikä luo tilanteita, joissa johtajien on priorisoitava alansa asiantuntijarooli johtajaroolin omaksumisen edelle (Vuori 2005, 5).

Terveydenhuollon ammattilaisilta edellytetään ammattieettisten periaatteiden ja sääntöjen hyväksymistä sekä noudattamista. Huomioitavaa on kuitenkin myös, että terveydenhuolto-organisaatioissa käytännön työssä ja rakenteissa on myös muita ammattiryhmiä kuin välittömässä potilastyössä työskentelevät henkilöt, eikä näillä muilla terveydenhuollon ammattihenkilöiden ulkopuolisilla henkilöillä välttämättä ole kirjallisia eettisiä työohjeistuksia. (Törmänen ja Paasi-vaara 2009, 392.)

Gluckin (2010, 474) mukaan vallitsevana on kuitenkin yksimielinen käsitys siitä, että terveydenhuollon organisaatioiden turvallisuus pohjautuu kulttuuriin ja järjestelmiin pikemminkin kuin yksilöiden käyttäytymiseen, vaikkakaan yksimielisyyttä ei ole siitä, mitkä olennaiset osatekijät muodostavat lääketieteen turvallisen kulttuurin. Singer ym. (2003, 113) mukaan terveydenhuollossa turvalliseen kulttuuriin perustana on lähtökohta, jossa: 1) turvallisuuteen sitoutuminen on korkeimmalla turvallisuustasolla, 2) turvallisuuden kannalta välttämättömät resurssit ovat saatavilla, 3) turvallisuus on ensisijainen tavoite, 4) kaikkia työntekijöitä kannustetaan tehokkaaseen turvallisuudesta keskusteluun, 5) vaaralliset toiminnot ovat harvinaisia, 6) raportointi ja virheistä keskustelu on läpinäky-

vää ja 7) turvallisuusratkaisuissa keskitytään järjestelmän parantamiseen eikä yksilöiden syyllistämiseen.

Marxin (2003) mukaan potilasturvallisuuden parantuminen on riippuvainen kyvystä oppia virheistä riippumatta siitä, vahingoittuiko potilas virhetapah- tumassa vai ei. Turvallisuuden kulttuurin omaavat organisaatiot arvostavat avoimuutta ja kannustavat avoimesti keskustelemaan turvallisuuskysymyksistä ja ymmärtävät, että useimmat virheet lääketieteessä johtuvat järjestelmän puuteista, eivätkä epäpätevistä ammattilaisista. (Marx 2003.) Tahallisia rikkomuksia tai häiritsevää käytöstä ei sallita ja niistä rangaistaan. Muita turvallisen kulttuurin ominaisuuksia ovat matala hierarkia, joka kannustaa kaksisuuntaiseen vies- tintään, tiimityön tukemiseen, avoimuuteen haittatapahtumien paljastamisessa sekä potilaskohteliaisuuteen. (The Joint Commission 2009.)

Zoharin (2002, 75–92) mukaan johtajuus on yksi potilasturvallisuuden tär- keimmistä ennustajista missä tahansa organisaatiossa. Gluckin (2019, 477) mu- kaan sekä transaktionaalisen että transformationaalisen johtamistavan omaavat johtajat luovat turvallisuuden kulttuuria, jossa voidaan luottaa siihen, että jokai- sella organisaation jäsenellä on taito käsitellä odottamattomia, potilasturvalli- suuden vaarantavia olosuhteita. Tarpeettoman syyllistämisen välttämiseksi vir- heet ja vahinkotilanteet on suositeltu läpikäymään työpaikalla rakentavalla ja ammatillista kehittymistä tukevalla tavalla pyrkien löytämään tapahtumaketju ja seikat, jotka ovat altistaneet tapahtuneelle. Tällöin on mahdollista oppia sekä en- naltaehkäistä virheitä ja vahinkoja, mikä parantaa potilasturvallisuutta ja kehit- tää hoidon laatua. (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 85.)

2.3 Ammatti-identiteetti

Ammatillinen identiteetti on yhdistelmä asenteita, uskomuksia, motiiveja, arvoja ja kokemuksia, joiden kautta ihmiset määrittelevät itsensä ammatillisessa roo- lissa (Schein 1978). Chanin ym. (2018) mukaan ammatillinen identiteetti rakentuu ajan kanssa erilaisten vuorovaikutuksien, kuten työntekijän omien kokemusten ja muodollisen koulutuksen, saadun palautteen, kanssatyöntekijöiden käytöksen ja näkökulmien, muovaamana. Vahvimmin ammatillisen identiteetin muodostu- miseen vaikuttavat kieli, viestintä, etuoikeudet, vastuut, työyhteisö, konteksti ja kokonaistilanne. (Chan ym. 2018.) Forouzadeh ym. (2018) mukaan työhön liitty- vät koulutukset ovat olennainen osa ammatillisen identiteetin muodostumista. Alvessonin ja Willmottin (2002, 625) mukaan identiteetin muodostumista ja sää- telyä voidaan katsoa eri näkökulmista, joita ovat elämän keskeiset kiinnostukset, johdonmukaisuus, erottuvuus, suunta, positiivinen arvo ja itsetietoisuus. Elämän keskeiset kiinnostukset vastaavat kysymyksiin ”Kuka minä olen?” tai ”Mitä me olemme?”. Työorganisaatiossa tämä tarkoittaa esimerkiksi ammattiryhmän or- ganisatorista asemaa tai työkiinnostuksen kohdetta. Johdonmukaisuus tarkoittaa jatkuvuuden tunnetta ja tunnistettavuutta ajan sekä tilanteen mukaan. Identitee- tin tunne yhdistää erilaisia kokemuksia sekä vähentää tunteiden ja ajattelun pirs- toutumista. Erottuvuus tarkoittaa, että henkilö ja hänen ominaisuutensa ovat

määriteltävissä. Suunta määrittelee, mikä on kullekin sopivaa, toivottavaa ja arvostettua. Positiivinen arvo liittyy yhteiskunnallisiin arvoihin, koska identiteetti liitetään poikkeuksetta itsetuntoon, ja arvostetulla identiteetillä on positiivinen sosiaalinen merkitys. Identiteetti voidaan nähdä myös itsetietoisuuden objektina. (Alvesson ja Willmott 2002, 625–627.)

Lääkärin ammatti-identiteetti kehittyi ajan ja työvuosien myötä yksilöllisten kokemusten, mentoreilta saadun palautteen, arvostettujen kollegoiden antamien esimerkkien ja muodollisen koulutuksen kautta (Owens 2020, 80; Chan ym. 2018; Cruess ym. 2015; Quinn ja Perelli 2016). Ammatti-identiteetin muodostuminen ei ole yksinomaan lääkäriprofessioniin liittyvä käsite, vaan sitä nähdään myös muilla aloilla (Choudhry ym. 2017). Vahva merkki lääkäri-identiteetin muodostumisesta on se, kun lääkäri näkee toisen lääkäri-identiteetin kollegana tai lääketieteen asiantuntijana (Chan ym. 2018). Forouzadehin ym. (2018) mukaan ammatillisuus (*professionalism*) on myös tärkeä tekijä ammatti-identiteetin muodostumisessa. Lääketieteen alalla ammatillisuus juontaa juurensa Hippokrateen valaan, johon lääkärit sitoutuvat liittyessään lääkäriprofessioniin (Heubel 2015). Professionalismia voidaan kuvata myös kirjoittamattomana, yhteiskunnan kanssa tehtynä sopimuksena, jossa ammattiprofessio on sitoutunut eettisesti korkeatasoiseen toimintaan. Vastavuoroisesti yhteiskunnan rooli on suoda professiolle autonominen asema. Lääkäriprofession kyseessä ollessa tämän toiminnan tavoite on pystyä takaamaan potilaille hyvä hoito sekä lääkäreille toimimisen mielekkyys. (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 262.)

Lääkärijohtajien ammatti-identiteettiä selvittäneen väitöskirjatutkimuksen (Owen 2020, 11) mukaan johtavassa asemassa olevien lääkärien ammatti-identiteettiä on selvitetty niukasti (ks. myös Andersson 2015; Berghout ym. 2017; Quinn ja Perelli 2016; Vincent ym. 2017). Kuitenkin tiedetään, että lääkärijohtajan työtehokkuudessa lääkäri-identiteetillä on tärkeä merkitys, mutta sen lisäksi on tärkeää ymmärtää, miten lääkärit itse näkevät oman ammatti-identiteettinsä (Quinn ja Perelli 2016).

Lääkärijohtajien työtä käsitelleen kirjallisuuskatsauksen (Berghout ym. 2017) mukaan lääkärijohtajien työ vaatii tasapainottelua kahden eri ammattialan välillä ja siten myös kahden eri ammatti-identiteetin välillä, koska työ käsittää sekä yleistä johtamistyötä että lääketieteen osaamista muun muassa potilastyön muodossa. Lääkärijohtajat joutuvat punnitsemaan eri näkökulmia tehdessään päätöksiä ja saattavat kokea painostusta työympäristössä esiintyvistä kilpailevista näkökulmista kuten: potilashoidon laatu vs. potilashoidon tehokkuus (Buchanan ym. 1997), lääkäriyön autonomia vs. alistaminen (Andersson 2015) ja työpanoksen jakaminen kliinisen potilastyön ja johtamistyön välillä (Spyridonidis ym. 2015; Witman ym. 2011).

Owensin (2020, 82, 87) mukaan lääkärijohtajat käyvät sisäistä kamppailua johtajan ammatti-identiteetin ja lääkäri-identiteetin välillä sisäistäen lääkäri-identiteetin ensisijaiseksi ammatti-identiteetikseen, jonka muodostuminen ja vahvistuminen on alkanut jo lääkärikoulutuksen aikana. Anderssonin (2015) mukaan kaikki lääkärikoulutetut samaistuvat vahvemmin lääkäreiden ammattikulttuuriin kuin mihinkään muuhun organisaation alakulttuuriin.

Kliinikon näkökulman sekä hallinnollisen roolin samanaikainen yhdistäminen voikin aiheuttaa lääkäreille identiteettikriisiä, koska niiden vaatimat osaamistaidot ovat erilaiset. (Anderssonin 2015.) Laajan (n = 1233) lääkäreiden työtä kartoittaneen suomalaisen tutkimuksen mukaan lääkäreiden ammatillinen identiteetti kehittyi koko lääkäriuran ajan ja vahvistaa johtajaidentiteettiä työvuosien myötä (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2019).

Koska lääkärijohtajat kokevat kliinisen potilastyön kautta merkitystä, tyytyväisyyttä ja legitimiyyttä (Quinn ja Perelli 2016; Spehar ym. 2015; Llewellyn 2001; Ong 1998), ovat he sen vuoksi taipuvaisia pysyttelemään lääketieteellisten työasioiden ja potilastyön parissa johtamistyön ohella (Berg ym. 2014; Byrkjeflot ja Jespersen 2014; Spyridonidis ym. 2015; Witman ym. 2011; Baker ja Denis 2011; Llewellyn 2001). Speharin ym. (2015) mukaan lääkärijohtajat kokevat kliinisen potilastyön tekemisen varmistavan uskottavuuden lääkärikollegoiden keskuudessa sekä tarjoavan mahdollisuuden vaikuttaa lääkärikollegoihin paremmin kuin pelkkä johtamispositio. Toisaalta potilastyössä pysymisen taustalla voi olla myös pelko pelkän johtamistyön aiheuttamasta uskottavuuden menettämisestä (Llewellyn 2001).

Owensin (2020, 70, 72) amerikkalaisen väitöskirjatutkimuksen mukaan formaalissa lääkärijohtajapositiossa toimivat lääkärijohtajat eivät voi johtajan työssään unohtaa lääkärin ammatti-identiteettiä, vaikka ruotsalaisen Anderssonin (2015) mukaan johtajaidentiteetti on lähes vastakohta lääkäri-identiteetille. Kippistin ja Fitzgeraldin (2009) australialaisen terveydenhuolto-organisaatiotutkimuksen mukaan lääkärit eivät pidä johtamisasemaa erityisenä uravaiheena. Bergin (1996) norjalaisia lääkärijohtajia selvittäneen tutkimuksen mukaan lääkärit haluavat kyllä olla mukana johtamistyössä, mutta he eivät halua nähdä sitä erillisenä urana, vaan pikemminkin oman lääketieteellisen ammattiroolinsa laajentamisena (Spehar ym. 2015, siteeraten Bergiä 1996, 361). Summerfield (2014, 252) on myös apteekkareita kartoittaneessa tutkimuksessa todennut, että johtamistyö on kaikkien apteekkareiden vastuulla, eikä niinkään erillinen tehtävä.

Spehar ym. (2015) tutkivat lääkäri- (n=13) ja hoitajataustaisia (n=16) johtajia ja totesivat, että sairaanhoitajat kokevat johtamistehtäviin siirtymisen positiivisemmin, etenevät johtotehtäviin lääkäreitä nopeammin (ks. myös Bondas 2006), ovat enemmän johtamistyöhön sitoutuneita ja pitävät vähemmän tärkeänä kliinisen potilastyön osaamisen osoittamista. Tästä poiketen tuoreessa suomalaisessa (Vistbacka 2019, 66) väitöskirjatutkimuksessa hoitajataustaisten (n=8) haastatteluissa kuitenkin nousi esiin substanssiosaamisen merkitys johtamistyön edellytyksenä myös hoitotieteen alalla ja lisäksi hoitoalan tunteminen koettiin mielekkäänä.

Quinnin ja Perellin (2016) mukaan ammattiroolin sisäistäminen ja ymmärtäminen sekä työorganisaation kannustava suhtautuminen ovat keskeisiä lähtökohtia lääkärijohtajien johtamisidentiteetin muodostumiselle, mikä taas on heidän työkykynsä olennaisesti vaikuttava tekijä. Toisaalta lääkärijohtajana toimiminen edellyttää myös lääkäri/johtaja-kaksoisidentiteetin hyväksymistä. (Quinn ja Perelli 2016.) Spehar ym. (2015) mukaan terveydenhuolto-organisaatioiden tulee tukea lääkärijohtajien johtajaroolia ja -identiteettiä, mutta myös tyytyväi-

syöttä kehittäessään lääkäreitä johtajiksi. Zelenskin ym. (2008) mukaan terveydenhuolto-organisaatioiden tulisi tukea lääkäreiden lääkärijohtajaidentiteetin vahvistumista, koska työtyytyväisyys tukee työn tuottavuutta.

Professioista lääkärien ammattikunta on tyypillisin ja myös yksi perinteisimmistä sekä vanhimmista professioista. Lääkäreillä on yhteiskunnassamme merkittävä vastuu, sillä lain mukaan Suomessa ainoastaan ”laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, 22 §). Lääkärit eivät näin ollen ole vastuussa työstään vain potilailleen, vaan myös koko yhteiskunnalle (Suomen Lääkäriliitto 2013a). Lääkäriprofession jäseniä yhdistää koulutuksen tuoma, yhteiskunnallisesti merkittävä erikoisosaaminen sekä yhteinen arvopohja eli lääkärien työssä lääkärin etiikka, johon keskeisesti kuuluvat potilaan edun ensisijalle asettaminen, ammattitaidon ylläpitäminen sekä kollegiaalinen yhteistyö. (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 262.) Kun lääkäri auttaa työssään potilaita, hän elää todeksi lääketieteellisen etiikan pohjimmaista merkitystä lääkärin työssä (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 27). Potilaiden luottamus lääkäreitä kohtaan pohjautuu siihen, että lääkärit ovat sitoutuneet käyttämään ammattitaitoansa potilaiden parasta ajatellen eivätkä muiden tahojen eduksi (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 286). Palvelun tarjoajana lääkärin rooli on poikkeuksellinen, sillä hänen tulisi pyrkiä tekemään itsensä tarpeettomaksi (Tuomiranta 2002, 22).

Suomessa kaikki formaaleissakin lääkärijohtajapositioissa työskentelevät ovat peruskoulutukseltaan lääkäreitä (Virtanen 2010, 36) ja täten eettiseltä arvo maailmaltaan lääkäreitä, koska erilaisissa organisaatioissa työskenteleviä lääkäreitä ohjaavat yhdenmukaiset lääkärin etiikan peruseräpäätökset (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 283–284, 295). Ihmisen tunnetta sisäistämästään ryhmän jäsenyydestä kutsutaan sosiaalisesti identiteetiksi (Haslam ym. 2012, 72, siteeraten Tajfelia 1972), jonka kautta henkilö ymmärtää, kuka hän on ja kuinka tulee toimia sekä sen, mikä maailmassa on tärkeää, millainen on hänen suhteensa muihin ja keneen voi luottaa (Haslam ym. 2012, 94). Sosiaalista identiteettiä voidaan kuvata myös sanalla ”minuus”, jolla tarkoitetaan tietoisuutta tiettyyn sosiaaliseen ryhmään kuulumisesta ja sen merkityksestä sekä tärkeydestä. Kun henkilö sosiaalisen identiteetin kautta on tietyn ryhmän jäsen, antaa sosiaalinen identiteetti luvan käyttää itsestään ja ryhmästään sanaa ”me”. Sosiaalinen identiteetti ohjaa samaan ryhmään kuuluvat tähtäämään sopuun ja yksimielisyyteen, mikä lähentää ryhmään kuuluvien välejä sekä lisää ryhmäläisten välistä tukea. (Haslam ym. 2012, 86.) Ryhmän yhteistä sosiaalista identiteettiä on pidetty kollektiivisen sosiaalisen voiman lähtökohtana (Haslam ym. 2012, 89). Sosiaaliset identiteetit vaikuttavat koko yhteiskuntaan luoden yhteisöjä, jotka luovat sosiaalista vakautta sekä muutosta, mutta myös tukevat tai haastavat vallitsevaa järjestystä yhteiskunnassamme (Haslam ym. 2012, 94). Sosiaalisten identiteettien on sanottu heijastavan olemassa olevaa sosiaalista todellisuutta, koska ne kertovat henkilöiden havainnoista kollektiivisesta minuudesta vastaten kysymykseen ”Keitä me olemme?”. Lisäksi sosiaalisen identiteetin tehtävä on saada henkilöt muodostamaan tulevaisuuden sosiaalisten todelluuksien jäsentymistä kysyen ”Keitä me haluamme olla?”. (Haslam ym. 2012, 240.)

Haslamin ym. (2012, 71, 107) mukaan sosiaalinen identiteetti ja johtaminen kulkevat käsi kädessä, ja johtaminen on vahvasti yhteydessä koko johdettavan ryhmän prosesseihin. Johtamista ei voi käsittää oikein, jos analysoi ja ymmärtää ainoastaan yksilön ominaisuuksia. Haslam ym. (2012, 107–108) korostavatkin, että kun henkilöillä on ”me”-tunne eli yhteisen sosiaalisen identiteetin kokemus, on tehokkaan johtamisen taustalla neljä peruslähtökohtaa:

- 1) Johtaja on sisäryhmään kuuluva prototyyppi, eli mitä vahvemmin johtaja edustaa kyseisen ryhmän sosiaalista identiteettiä ollen selkeästi ”yksi meistä”, sitä vaikutusvaltaisimpi hän on ja sitä vahvemmin oma ryhmä seuraa johtajansa ohjeita.
- 2) Johtaja on sisäryhmän edunajaja, eli hän tekee töitä ”meille” eli ryhmälleen eikä aja omaa etuaan.
- 3) Johtaja luo ja vahvistaa ryhmänsä identiteettiä, mikä tarkoittaa, että ryhmän hyväksyntä johtajaksi ei tule automaattisesti, vaan johtaja joutuu itse rakentamaan identiteettiään.
- 4) Johtajan pitää tehdä ryhmänsä sosiaalinen identiteetti uskottavaksi ja muuntaa sosiaalisesti todellisuudeksi ryhmänsä arvostamat asiat.

Haslam ym. (2012, 261) ovat myös todenneet, että ryhmää ei voi johtaa, jos ei ensin ymmärrä johdettavan ryhmän luonnetta. Työorganisaatioissa tämä käytännössä tarkoittaa sitä, että voidakseen johtaa ryhmäänsä, johtajan on selvitettävä, mitä johdettavat pitävät tärkeänä. (Haslam ym. 2012, 261.) Toisin sanoen johtajan täytyy ymmärtää sitä sosiaalista järjestelmää, jossa johtaminen tapahtuu (Gronn 2002; Uhl-Bien 2006) ja myös johdettaviensa sosiaalista identiteettiä, jolla nämä itsensä määrittelevät. Lisäksi johtajan kannattaa pyrkiä johdettavan ryhmänsä hyväksymäksi prototyyppiseksi jäseneksi, joka tuntee johdettavan ryhmän yksityiskohdat, kuten ryhmälle merkitykselliset symbolit ja rituaalit. (Haslam ym. 2012, 261–262.)

Haslamin ym. (2012, 268) mukaan johtamisessa voi menestyä vain, jos johdettavalla ryhmällä on osoitettu olevan merkitystä. Mikäli johtajat haluavat olla tehokkaita, on sekä johtajan että johdettavien oltava sidoksissa toisiinsa eli kuuluttava samaan ”me”-ryhmään (Haslam ym. 2012, 71). Tällöin johtajan vaikutusvalta ja asema muotoutuvat siitä, että he voivat edustaa johdettaviensa kanssa samaa ryhmää, jolla on tällöin myös valtaa sekä mahdollistaa että rajoittaa johtajansa toimintaa. Johtajiksi haluavien ei tulisi pyrkiä erottumaan johdettavistaan, vaan korostaa itsensä ja johtamansa ryhmän yhteisiä piirteitä eli sitä, mitkä asiat ”meillä” ovat yhteisiä ja mikä ”meidät” erottaa. Valitsemistilanteissa ryhmien jäsenet suosivat sisäryhmäprototyyppisiä ominaisuuksia ilmentäviä johtajia, eivätkä niinkään yleisesti stereotyyppien (esim. reiluus, luotettavuus, karmis) mukaisesti kuvailtava johtajia. (Haslam ym. 2012, 143–144.)

2.4 Lääkärijohtamisen määritelmä

Kirjallisuudesta ei löydy yhtä yleisesti tunnustettua määritelmää lääkärijohtamiselle (ks. esim. Yukl 2013), eikä mikään yksittäinen johtamisteoriakaan ole määritellyt lääkärijohtamista. Jos kuitenkin edellä kuvatun mukaisesti yleisesti johtamisen määritelmäksi ajatellaan sosiaalinen vaikutusprosessi yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, (Swanwick 2017, 35), niin lääketieteessä tämä yhteinen tavoite on potilaiden hyvä hoitotulos (Schmidt ja Linenberger 2020).

Lääkärijohtamisen määritelmää vaikeuttamassa on myös se, että kansainvälisessä kirjallisuudessa lääkärijohtamista tarkoittamaan käytetään englanninkielisiä termejä *physician leadership*, *medical leadership* ja *clinical leadership* ajoittain synonyymeinä, mutta ajoittain tarkoittamaan eri asioita. Spurgeonin ym. (2015, 175–176) mukaan osassa kirjallisuudesta *medical leadership* -termillä viitataan lääkäreiden johtamiseen ja *clinical leadership* -termillä johtamistapahtumaan, jossa johdettavana ovat terveydenhuollon kliinistä työtä tekevät henkilöt. Amerikkalaisessa kirjallisuudessa *physician leadership* -termiä suositaan viitatessa tilanteeseen, jossa lääkärit itse ovat johdettavana. Termillä *medical leadership* on viitattu myös kaikkien lääkäreiden - siis sekä formaaleissa johtamispositioissa työskentelevien lääkärijohtajien että työnsä kautta informaaleina johtajina toimivien rivilääkäreiden - päivittäiseen lääketieteelliseen johtamistyöhön työn tavoitteiden saavuttamiseksi. Käytettäviä termejä sekoittamassa on lisäksi se, että osassa kansainvälisestä kirjallisuudesta termejä *medical leadership* ja *medical management* käytetään rinnakkain etenkin viitattaessa lääkäreihin, joiden työ sisältää hallinnollisia tehtäviä ja rooleja. (Berghouts ym. 2017, 1–2.)

Sekaannusten välttämiseksi tässä tutkimuksessa tehdään ero edellä mainittujen termien välillä siten, että termillä *medical leadership* tarkoitetaan lääketieteellistä johtamista, jolla johdetaan potilastyössä käytettyä lääketieteellistä tietämystä. Termillä *physician leadership* puolestaan ymmärretään tapahtumaa, jossa johdettavana ovat lääkärit. Termillä *clinical leadership* viitataan tapahtumaan, jossa johdettavana on ammattiryhmästä riippumatta kuka tahansa terveydenhuollon ammattilaisten ryhmä.

Myös lääkärijohtaja-käsitteen epämääräisyys on omalta osaltaan hämärtänyt lääkärijohtamisen määrittelyä ja samalla ymmärrystä siitä, mitä lääkärijohtajat johtamisroolissaan terveydenhuollon organisaatioissa oikeastaan tekevät (ks. esim. Xirasagar, 2009; Virtanen 2010, 32). Aiemman kirjallisuuden mukaan lääkärijohtamistyötä on yksinkertaisimmillaan kuvattu niin, että se sisältää sekä ihmisten että asioiden yleisjohtamista mutta myös lääketiedettä, kuten kliinistä potilastyötä (ks. esim. Berghout ym. 2017; Quinn ja Perelli 2016; Andersson 2015; Spehar ym. 2015; Berg ym. 2014; Byrkjeflot ja Jespersen 2014; Witman ym. 2011; Baker ja Denis 2011; Llewellyn 2001; Ong 1998; Buchanan ym. 1997). Lisäksi lääkäriprofessionissa johtamista esiintyy kahdessa eri muodossa; virallisena (*formal*) ja epävirallisena (*informal*) muotona (Berghout ym., 2017, 2; Witman 2011; Edmonstone, 2009).

2.4.1 Formaali johtajuus

Piirilääkäreitä, joiden tehtävät on kuvattu ensimmäisen kerran vuonna 1739, voidaan pitää ensimmäisinä suomalaisina käytännön kautta hahmottuvina lääkärijohtajina (Hermanson 1989,24; Hjelt 1892, 11-12; Suomen Lääkäriliitto 2014b). Sittemmin hallintolääkäreiksi nimettyjen lääkäreiden pääasiallinen työ oli potilaiden hoito vuoteen 1832 asti, minkä jälkeen työtehtävänä oli yleinen terveydenhoito. Kliininen potilastyö kuului hallintolääkäreiden tehtäviin ainoastaan, jos se ei estänyt muiden virkatehtävien suorittamista. (Hermanson 1989, 24; Koskimies 1943.) Myöhemmin vakiintuneen käytännön mukaan hallintolääkärit olivat lääkäreitä, joiden työajasta vähintään puolet oli sidottu hallinnollisiin tehtäviin tai jotka toimivat koko organisaation johdossa, eivätkä vain yhden osastoryhmän tai klinikan johdossa. (Hermanson 1989, 27.)

1970-luvulle asti johtavan lääkärin ei tarvinnut tehdä valintaa potilastyö- ja johtamisuran väliltä, koska hän osallistui oman erikoisalansa ylilääkärinä myös kliiniseen potilastyöskentelyyn. Määräaikainen johtavan lääkärin virka mahdollisti toimikauden jälkeen siirtymisen uudestaan kokopäiväiseen kliiniseen potilastyöhön. (Hermanson 1989, 27.) Sittemmin potilastyön jatkamisen johtamistyön rinnalla todettiin muuttuneen liian raskaaksi, minkä vuoksi vuonna 1961 esitettiin ensimmäisen kerran lääkärijohtajien työkuvaan muuttamista kokopäivätyöksi (Hermanson 1989, 51; Klossner 1961). Kuitenkin edelleenkin Suomessa lähes puolella formaalissa johtajapositiolla työskentelevistä lääkäreistä työkuvaan kuuluu sekä potilas- että johtamistyötä (Tampsi-Jarvala ym. 2005; Viitanen ym. 2002; Lehto ym. 2003; Huikko-Tarvainen ym. 2019; Huikko-Tarvainen ym. 2021). Lisäksi 63 prosentilla johtavista lääkäreistä, ylilääkäreistä ja apulaisytililääkäreistä työkuvaan kuuluu myös päivystystyötä (Suomen Lääkäriliitto 2016a).

Nykyisin Suomessa formaaleja lääkärijohtajia ovat virkanimikkeistön, ja siitä seuraten organisatorisen position kautta esihenkilöasemassa työskentelevät lääkärit, kuten ylilääkärit ja johtajalääkärit sekä hallinto-, osaston-, piiri- ja johtajaylilääkärit. Usein myös sairaalan johtajat, vastualueen johtajat sekä toimialueen johtajat ovat lääkäreitä. Myös tulosyksiön johtajina toimii lääkäreitä, ja vastaavat lääkärit voidaan rinnastaa lääkärijohtajiksi. Näissä positioissa työnkuvan johtamis- ja potilastyön osuus voi vaihdella laajasti. (Huikko-Tarvainen ym., 2019.) Suomen Lääkäriliitto on suosittanut, että terveydenhuollossa käytettävien tehtävä- ja virkanimikkeiden tulisi selkeästi ja yksiselitteisesti kuvata työtehtävä ja siihen tarvittavat ammatilliset koulutusvaatimukset. Tämän johdosta johtamisasemassa toimiville lääkäreille suositeltavia tehtävä- ja virkanimikkeitä olisivat jo käytössä olevat perinteiset ylilääkärimikkeet. (Suomen Lääkäriliitto 2010, 3.)

Lääkärimikkeen käyttö Suomessa on tarkoin säädelty ja lakiin pohjautuva määritelmä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994; 2014, 4 §):

Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto myöntää hakemuksesta henkilölle, joka on suorittanut yliopistolaissa (558/2009) tarkoitetussa yliopistossa lääketieteen lisensiaatin tai hammaslääketieteen lisensiaatin tutkinnon, oikeuden harjoittaa lääkärin tai hammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä.

Kirjallisuudessa lääkärijohtajanimikkeen käyttö ja määritelmä sen sijaan ei ole ollut yhtä selkeää kuin lääkärimikkeen käyttö. Suomen Lääkäriliiton (1998, 7) määritelmän mukaan lääkärijohtaja on lääkäri, joka työskentelee hallinnon keskeisenä vastuullisena viranomaisena terveydenhuollon organisaatiossa, mutta lääkärijohtajan virka- tai toiminimikkeestä ei aina pysty päättelemään hänen johtamisasemaansa tai hänen alaisensa lukumäärää organisaatiossa (Huikko-Tarvainen ym. 2019; Virtanen 2010, 34; Lehto ym. 2003). Virka- tai toiminimike voi hierarkia-aseman sijasta olla myös palkkaustekninen asia (Isosaari 2008, 45). Peruskoulutuspuhjan perusteella lääkärijohtajan määrittelyminen Suomessa on kuitenkin selkeää, sillä Suomessa kaikki lääkärijohtajat ovat suorittaneet ainakin peruslääkäriopinnot (Virtanen 2010, 36).

Suomalaisessa ja kansainvälisessä kirjallisuudessa lääkärijohtaja-termiä kuitenkin käytetään aivan kuin sen olisi kaikkialla yksiselitteisesti tunnustettu käsite, vaikka sitä ei ole yhteisesti tai lainpuolesta määritelty (Tuomiranta 2002; Xirasagar 2009, 335–338; Virtanen 2010, 32; Huikko-Tarvainen ym. 2019). Kansainvälisessä kirjallisuudessa lääkärijohtaja-termi on monitahoinen ja lääkärijohtajan työnkuva vakiintumaton, mitä kuvastaa useat lääkärijohtajan englanninkieliset vastineet: *physician executive*, *physician leader*, *physician manager*, *medical director*, *chief physician*, *deputy chief physician*, *director of health services* (ks. esim. Xirasagar, 2009). Esimerkiksi *physician executive* -ilmaisulla voidaan tarkoittaa terveydenhuollon toiminnan muutoksissa kliinisenä johtajana työskentelevää lääkäriä tai organisaation johtajaa, jolla on taustakoulutuksena myös lääkärikoulutus (Xirasagar 2009, 335). Kansainvälisessä lääkärijohtamiskirjallisuudessa ei useinkaan kuvata tarkemmin, mitä lääkärijohtajan työnkuvaa tarkoitetaan (Xirasagar 2009, 337–338). Suomessa sairaalatyöympäristössä lääkärijohtajan toimialue riippuu siitä, millä hierarkiatasolla hän työskentelee (Virtanen 2010, 32). Ruotsissa taas erikoislääkärit ovat toimineet sairaaloissa lähes yksinomaan ylilääkärin nimikkeellä (Henriksson 1998, 4125). Näin ollen lääkärijohtaja-käsitteen määrittelytavoille yhtäläisenä piirteenä eri maiden kirjallisuudessa näyttäisi olevan määrittelyn henkilö- ja professiosidonnaisuus.

2.4.1.1 Johtajan urapolku ja johtamisroolit

Lääkärien urapolkututkimuksia lääkäristä lääkärijohtajaksi ja heidän johtamisroolejaan on Suomessa tutkittu vain vähän (ks. esim. Brommels ja Mäntyranta 1994; Tuomiranta 2002; Lehto ym. 2003; Aira ym. 2006; Sumanen ym. 2006; Virtanen, 2010). Suomessa, kuten muissakin maissa, lääkärit siirtyivät pitkään lääkärijohtajiksi ammatillisen urakehityksen jatkumona ja usein ilman varsinaista johtamiskoulutusta (Aira ym. 2006; Lehto ym. 2003; Brommels ja Mäntyranta 1994), mitä on pidetty ongelmana (Perry ym. 2017). Nykyään osaan lääkärijohtajaviroista valikoituminen tapahtuu akateemisen meritoitumisen kautta (Tamminen 2014; HYKS 2016), ja osaan viroista johtajiksi on valikoitunut erikoisalansa kliinisesti kokeneimpia lääkäreitä (Sumanen ym. 2006; Virtanen, 2010). Suomen Lääkäriliiton (2021a, 235) mukaan lääkärikoulutus mahdollistaa hyvän ymmärryksen terveydenhuollon palvelutoiminnan logiikasta ja valintojen tekemisestä erilaisten vaihtoehtojen kesken sekä antaa hyvän pohjan asiantuntija-alaisten

luottamukselle, vaikkei suoraan valmenna ammattijohtajaksi. Suomen Lääkäriliitto on myös todennut, että vain lääkärikoulutuksen saanut kykenee arvioimaan johdettavien lääkärin osaamistaidot, lääkäriyön laadun ja työssä suoriutumisen sekä tarpeet jatko- ja täydennyskoulutuksille (Suomen Lääkäriliitto 2010). Suomen Lääkäriliitto on lisäksi suosittanut, että kliinisessä lääkärin työssä työskentelevien lääkäreiden esihenkilönä tulee olla lääkäri, jolla on johtamistyöhön tarvittavat tarkoituksenmukaiset resurssit (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 5).

Vistbackan (2019, 82) sairaalaorganisaatiossa toimivien johtajien merkityksellisiä työuran tapahtumia ja johtajaksi kasvua selvittäneen väitöskirjatutkimuksen mukaan johtajaksi suuntautumisessa motivoivia tekijöitä olivat ”vaikuttamisen mahdollisuus ja sen lisääntyminen, hierarkkinen uralla eteneminen, vahvaan ammatilliseen asiantuntijuuteen pohjautuva johtamistyö ja sankarillinen haasteiden voittaminen, päätoimisen johtajuusidentiteetin omaksuminen sekä työn merkityksellisyys”. Amerikkalaisen Owensin (2020, 67) lääkärijohtajien (n=11) ammatti-identiteettiä selvittäneen väitöskirjan mukaan lääkärijohtajat ovat usein hakeutuneet johtamisvastuisiin jo ennen lääkärikoulutusta, ja nämä aiemmat johtamiskokemukset ovat olleet myös viitoittamassa lääkärijohtajaksi suuntautumisessa. Toisaalta halu pystyä vaikuttamaan ja auttamaan väestötasolla on lisäksi ollut vahva ajuri lääkärijohtaja positioon hakeutumisessa, koska lääkärijohtajaroolissa vaikuttamismahdollisuudet ovat laajemmat (Owens 2020, 68, 81).

Muilla aloilla urapolkututkimus on Suomessa ollut runsaampaa. Esimerkiksi Heilmann (2004) on väitöskirjatutkimuksessaan selvittänyt tieto- ja kommunikaatioteknologia- sekä paperitoimialan johtajien urapolkuja ja todennut, että urapolku voi edetä hallinnollisissa tehtävissä, asiantuntijana tai toimimalla erilaisissa projekteissa (Heilmann 2004). Johtajien urapolkusuuntautumiseen vaikuttavat niin sanotut ura-ankkurit (Schein 1990; Heilmann; 2004; Heilmann, 2007). Schein (1990) on määritellyt johtajan ura-ankkureiksi erityisasiantuntijuuden, liikkeenjohdollisen kompetenssin, itsenäisyyden ja riippumattomuuden, turvallisuuden ja pysyvyyden, luovuuden ja yrittäjäyyden, palvelun ja omistautumisen, haasteellisuuden sekä elämäntyylin. Nämä kuvaavat johtajan näkemystä itsestään, arvoistaan sekä motiiveistaan suhteessa uraansa ja niiden pohjalta voi päätellä, minkälaisessa työpaikassa ja työtehtävissä johtaja viihtyy. (Schein 1990.)

Sipilä (1996) on kuvannut johtajan urapolkua kuvainnollisesti uratikkaina, minkä mukaan johtajaura kulkee organisaation hierarkiassa ylöspäin joko yleishallinnon tai asiantuntijuuden tikkaita pitkin. Heilmann (2004) on sen sijaan kuvannut johtajan urapolkuvaihtoehdot organisaation hierarkiassa kolmeen eri suuntaan (ylös, alas tai vaakataso) kulkevana uratikkaina: hallinnollinen ura, asiantuntijuusura tai projektiura.

Johtajan johtamistyössään tarvitsemien tai käyttämien johtamisroolien tutkimiseksi on kehitetty erilaisia johtamisroolimalleja (ks. esim. Mintzberg 1980; Quinn 1988; Ollila 2006). Mintzbergin johtamisroolimalli käsittää kolmesta eri kategoriasta (henkilösuhde-, informaatio- ja päätöksentekoroolit) kymmenen erilaista johtamisroolia: keulakuva (*figurehead*), ihmisten johtaja (*leader*), yhdyshenkilö (*liaison*), tiedon hankkija (*monitor*), tiedon välittäjä (*disseminator*), puolestapuu-

huja (*spokesman*), yrittäjä (*entrepreneur*), häiriöiden käsittelijä (*disturbance handler*), resurssien jakaja (*resource allocator*) ja neuvottelija (*negotiator*). Mintzbergin teorian mukaan kaikki nämä eri johtamisroolit nivoutuvat toisiinsa muodostaen toisistaan erottamattoman kokonaisuuden siten, että johtajalla on johtamistyössään aina useampi johtamisrooli samanaikaisesti (Mintzberg 1980, 54–99).

Quinnin (1988) johtamisroolimallissa on kahdeksan johtamisroolia, jotka Ollila (2006, 65–67) on sittemmin suomentanut: tuottaja (*producer*), johtaja (*director*), järjestäjä (*coordinator*), valvoja (*monitor*), helpottaja (*facilitator*), opastaja (*mentor*), uudistaja (*innovator*), ja välittäjä (*broker*). Quinnin (1988) käsityksen mukaan johtajuuden onnistumisen ja tehokkuuden perustana on johtajan taito toimia sen hetkisen tilanteen edellyttämällä tavalla, mikä onnistuu yhdistelemällä ja mukauttamalla erilaisia johtamisrooleja, jotka edustavat johtajan johtamismallia.

2.4.2 Informaali johtajuus

Vaikka kaikista lääkäreistä ei tule formaaleja lääkärijohtajia, epävirallinen (*informal*) johtamisrooli koskettaa kaikkia lääkäreitä (ks. esim. Berghout ym., 2017, 2; Witman 2011; Edmonstone, 2009). Rivilääkärit työskentelevät hierarkiatasostaan riippumatta asiantuntijuusroolinsa kautta potilashoitotyöhön osallistuvien moniammatillisten tiimien johtajina (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 8), ja lääketieteellinen johtajuus on osa kaikkien kliinistä työtä tekevien lääkäreiden arkityötä, sillä he toimivat työssään informaaleina johtajina organisoimalla potilastyön lisäksi myös moniammatillisia yhteistiimitöitä korkealaatuisiksi ja kustannustehokkaiksi (Berghout ym. 2017, 2). Kliinisen työn johtamista ovat myös potilaiden hoitotavoitteisiin pääsyn edistäminen, hoitojärjestelmien palvelutehtävien toteutus sekä työn sisällön kehitystyö (Parkkila-Harju 2017), jotka kuuluvat rivilääkäreiden päivittäisen lääkäriyön informaaliin johtamisrooliin. Vastuun onkin sanottu tekevän lääkäristä johtajan (Brommels 2010, 470).

Terveystieteidenhuollossa lääkärirooliin liittyy johtajuusodotus (Kaukoranta 2012, 67; Pulkka 2013, 8; Huikko-Tarvainen ym. 2019), sillä lääkäreiden odotetaan ottavan työyhteisössään johtajaroolin ja ymmärtävän, että johtamisvastuusta ei sovi kieltäytyä. Myös lääkärijohtajien omassa puheessa lääkäreistä, hierarkia-asemasta riippumatta, voidaan puhua johtajina lääkärin ammattiin kuuluvan vastuun vuoksi (Kaukoranta 2012, 67; ks. myös Huikko-Tarvainen ym. 2020; Huikko-Tarvainen ym. 2019;). Angood ja Shannon (2014) ovat lisäksi todenneet, että maasta riippumatta yhteiskunta olettaa lääkäreiden olevan johtajia.

Jo vuonna 1989 suomalaisessa väitöskirjatutkimuksessa on todettu, että johtamisajattelua pitäisi opettaa kaikille lääkäreille, sillä lääkäreiden tulisi hierarkia-asemastaan riippumatta toimia moniammatillisten tiimiensä johtajina (Hermanson 1989, 161), mikä on todettu myös muissa maissa (Berghout ym., 2017, 2). Greenblatt on lisäksi todennut, että johtajan rooli kuuluu lääkäreille, koska lääkäriprofession on (Greenblatt 1983; Hermanson 1989, 11) ”yleisön ainutlaatuisen 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”.

2.4.3 Hyvän lääkärijohtamisen osatekijät aiemman tutkimuksen valossa

Oxfordin englanninkielisen sanakirjan (Oxford Dictionary of English 2021) mukaan sana *hyvä* viittaa hyveisiin, ja se määritellään halutuksi, hyväksytyksi tai vaadituksi ominaisuudeksi, moraalisesti hyväksytyksi, mielihyvän, nautinnon tai tyytyväisyyden tuojaksi, tai joksikin, jota pidetään korkeatasoisena, perusteellisenä taikka pätevänä.

Aristoteleen (Peters 1906, 1) filosofian mukaan ”hyvä on se, johon kaikki tähtää”. Vaikka hyvän käsite voidaan tämän mukaan määritellä monin tavoin, on sen määritelmällä vain vähän arvoa ilman asiayhteyttä ja vertailupistettä. Siksi *hyvä* on olemukseltaan abstrakti käsite. Ciullan (2018, 444–446) mukaan hyvä johtaja tekee oikeat asiat oikealla tavalla ja oikeista syistä. Johtamistutkimuksissa pyritäänkin ymmärtämään hyvän johtamisen sisin, jossa etiikka ja tehokkuus risteävät. Kysyttäessä ”Mitä on hyvä johtaminen?” halutaan oikeammin tietää, mikälaista hyvän johtamisen kuuluisi olla. Näin ollen johtamistutkimuksen tulisi kertoa, milloin johtaminen on sekä moraalisesti että teknisesti hyvää. (Ciulla 2018, 441, 444.)

Auttaakseen terveydenhuollon sekä formaaleja että ei-formaaleja johtajia kasvamaan paremmiksi johtajiksi Britannian kansallinen terveydenhuolto (NHS) on määritellyt terveydenhuollon johtamismallin, jossa on yhdeksän keskeistä ulottuvuutta: huolehtimalla johtaminen, tiedonarviointi, palvelujen yhdistäminen, vision jakaminen, tiimin sitouttaminen, yhteisen merkityksen innostaminen, tuloksiin vaikuttaminen, valmiuksien kehittäminen ja selkeät suoritustavoitteet ja laatuindikaattorit, palaute sekä tulostavoitetuki (Healthcare Leadership Model 2013). Nämä kuvaavat myös hyvän lääkärijohtamisen elementtejä.

Oostran (2016) mukaan lääkäreiden johtamisen onnistumiselle ei ole yhtä ja ainutta parasta johtamismallia (ks. myös Huikko-Tarvainen 2022), mutta sen tulisi sisältää seuraavat kolme kokonaisuutta: 1) joukkoon kuulumisen tunne, työntekijään uskominen ja yhdessä rakentaminen, 2) jatkuvuuden tunne, yhteyden muodostaminen ja työntekijän innostaminen ja 3) jaettu johtajuus, roolien ja vastuiden keskinäinen jakaminen sekä työn ja toiminnan kehittäminen. Näillä määritelmillä viitataan siihen, että lääkärijohtajien tulisi olla mukana terveydenhuollon päätöksenteossa, rakentaa avoimen viestinnän pohjalta luottamusta lääkäreiden johtajien ja hallinnollisten johtajien välillä, johtaa rivilääkärikollegoja muutostilanteissa ja parantaa kaikkien lääkäreiden yhteenkuuluvuuden tunnetta, mikä puolestaan parantaa luottamusta järjestelmää ja sen toimintakykyä kohtaan. Tällaisessa ympäristössä lääkärit voivat olla luotettavasti yhteyksissä kollegoidensa kanssa ja jakaa tietoa toisilleen huolimatta keskinäisestä kilpailusta, mikä hyödyttää kaikkia osapuolia kuin myös organisaation ja yhteisön tarpeita ja tavoitteita. Jos lääkärijohtajien halutaan kehittyvän ja menestyvän terveydenhuollon johtamistehtävissä, suositellaan sellaista johtajuutta, jossa roolit ja vastuut jaetaan tilannekohtaisesti. (Oostra 2016.)

Karoliinisen instituutin teettämän laajan kirjallisuuskatsauksen mukaan johtamismekanismit on jaettu hyvään ja huonon kierteeseen. Hyvän kierteen johtaja on johtamistyöstään innostunut ja kiinnostunut, osaa osallistaa ja sitouttaa

lääkärit sekä liittävät johtamistoimenpiteet lääketieteelliseen tietoon ja ymmärrykseen. Negatiivisessa kiertteessä olevan johtajan johtamistyö on sen sijaan valtaan ja kontrolliin pohjautuen autoritatiivista, minkä seurauksena johdettavat lääkärit eivät sitoudu tehtäviinsä, eikä heillä ole myöskään mielenkiintoa edistää kliinisen työn malleja ja käytänteitä. Tällaisen johtajan motivaationa on turvata oma kliininen autonomiansa ja hänet on usein nimitetty johtamistehtäväänsä vastentahtoisesti. (Savage ym. 2017.)

Pulkan (2013, 102, 109) mukaan lääkäreiden pitkä kliininen koulutus ja lääketieteen erikoisalaosaaminen eivät välttämättä riitä johtamistyön osaamiseen tilanteissa, joissa lääkärijohtajan työhön sisältyy budjetin tekoa, henkilöstöjohtamista, alaisten motivointia, kannustamista ja heidän ristiriitojen selvittelyä. Toisaalta terveydenhuollon johtajuuden edellytyksenä on kuitenkin ymmärrys lääketieteellistä toiminnasta terveydenhuollon organisaatiossa, ja näin ollen lääkärijohtamisen substanssiosaaminen on välttämätön lähtökohta kliinistä potilastyötä tekevien lääkäreiden johtajien johtajuudelle (Kaukoranta 2012, 84).

Useiden tutkimusten mukaan lääkärit haluavat johtajakseen lääkärin (Clay-Williams ym. 2017; Perry ym. 2017; Styhre ym. 2016; Wrede ym. 2016; Ahlblad 2014; Hannus 2006), koska he luottavat lääkäreiden tekevän johtajina oikeita päätöksiä terveydenhuollon tarjonnan suunnittelussa sekä laadun ja kustannusten tasapainoilussa. Lääkärit uskovat, että johtajien, joilla ei ole kliinistä terveydenhuollon asiantuntemusta, on vaikeampaa ymmärtää, miten kustannusten leikkaaminen vaikuttaa potilaiden hoidon laatuun. (Perry ym. 2017.) Terveydenhuollon ylimmälläkään johtotasolla ei voi jättää huomioimatta laajojen linjausten vaikutuksia yksittäisten potilaiden hoitoprosesseihin, vaikka katsontakulma ei tuolloin enää olekaan yksittäisissä potilaissa, vaan väestötasolla (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 5, 9). Suomen Lääkäriliitto (2014a, 5) on todennut, että lääkärikoulutuksen omaavilta ammattijohtajilta harvemmin katoaa kyky ymmärtää yksittäisten päätöksien vaikutusta potilaisiin ja käytännön työhön terveydenhuollossa. Virtasen (2010, 166) johtajan toimintakenttää julkisessa erikoissairaanhoidossa ylimmässä ja keskijohdossa työskentelevien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta selvittäneen väitöskirjatutkimuksen mukaan johtaja halutaan "omasta leiristä", mikä saattaa liittyä eri ammattiryhmien väliseen hierarkkisuu-teen; Virtasen (2010, 166) tutkimuksessa lääkärit olivat haluttomia toimimaan hoitajataustaisen johtajan johdettavana, eivätkä hoitajatkaan halunneet lääkäriä johtajakseen.

2.5 Teoreettisen viitekehyksen yhteenveto

Olen edellä olevassa teoreettisessa viitekehyksessä käsitellyt *johtaminen lääkäri-professiossa* -tutkimusilmiöön kytkeytyvät aihepiirit 1) johtaminen ja johtajuus, 2) terveydenhuolto johtamisen kontekstina sekä 3) ammatti-identiteetti. Koska olen rajannut tämän väitöskirjatutkimuksen käsittelemään johtamista lääkäriprofessiossa, olen valinnut teoriaviitekehykseen aiemmat lääkärijohtamista koskevat

laajemmat kotimaiset tutkimukset sekä alan tuoreimpia kansainvälisiä tutkimuksia.

Johtamisen ja johtajuuden ilmiöt olen käsitellyt – ottaen huomioon niiden monet määritelmät (Yukl 2013, 36) – sekä aiemman kotimaisen että kansainvälisen kirjallisuuden kautta. Yuklin (2013, 23) mukaan johtamistutkimuksissa onkin hyvä käyttää monipuolisesti eri teorialähteitä, koska johtaminen on monitahoinen ilmiö. Mahdollistaakseni johtamisen moniulotteisuuden tarkastelun lääkäriprofession kontekstissa olen lähestynyt johtamista myös useammasta johtamisteoreettisesta näkökulmasta. Valitsin tämän vuoksi teoriaviitekehukseen lääkärijohtamiskontekstin näkökulmasta relevantteimpina johtamisteorioina jaetun johtajuuden eri näkökulmat, transformationaalisen teorian, eettisen johtamisen, palveleva johtajuuden sekä kontingenssi- ja tilanneteorian. Lisäksi olen laajentanut johtamistarkastelua tarkastelemalla huonoa johtamista aiemman kirjallisuuden valossa.

Terveydenhuollon monimutkaista järjestelmää (Stoller 2009; Suomen Lääkäriliitto 2021a, 235) johtamistyön kontekstina olen selvittänyt alan aiemman kirjallisuuden valossa läpikäyden terveydenhuollon toimintaan liittyvää ammatillista hierarkiaa, byrokratiaa, organisaatiokulttuuria sekä terveydenhuollon toimintaan liittyviä erityisominaisuuksia. Aiemman kirjallisuuden valossa olen myös käsitellyt ammatti-identiteettiin liittyvät osatekijät lääkärijohtamiskonteksti huomioiden. Lisäksi olen kartoittanut aiempia lääkärijohtamisen määritelmiä, hyvän lääkärijohtamisen osatekijöitä, johtamisen formaalia- ja informaalialmuotoja lääkäriprofessionissa, johtamisroolimalleja sekä työuratutkimuksia.

Näiden edellä mainittujen osa-alueiden kautta voidaan ymmärtää sekä johtamisen erityisyyttä ja moninäkökulmaisuutta lääkäriprofessionissa että osajulkaisujen kontribuutioita johtamis- ja organisaatiotutkimuksen alalle.

3 TIETEENFILOSOFISET PERUSTEET JA METODOLOGISET PERUSVALINNAT

3.1 Sosiaalinen konstruktioismi

Tieteenfilosofisilla suuntauksilla tarkoitetaan tiedon ja todellisuuden luonteen liittyviä tieteellisiä ajattelutapoja ja maailmankatsomuksia, joihin tutkimuksen menetelmälliset valinnat perustuvat. Tässä johtamisen tutkimuksessa käytetään ohjaavana tutkimuksellisenä tieteenfilosofisena viitekehyslähtökohtana sosiaalista konstruktioismia. Sosiaalisen konstruktioismin mukaan valtaosa tai jopa kaikki eletyistä kokemuksistamme ja asuttamastamme maailmasta on ymmärrettävä sosiaalisesti muodostuneeksi, ja sen primaari tehtävä on ollut tietoisuuden lisääntyminen (Hacking 2009, 20).

Sosiaalisen konstruktioismin perustana on pidetty Bergerin ja Luckmannin (1966/1994) kirjaa *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen: tiedonsosiologinen tutkielma*, jossa tarkastellaan sitä, kuinka ihmisten ymmärrys, tunteet ja kokemukset arkipäiväisestä todellisuudesta ovat sosiaalisesti rakentuneita. Heidän näkemyksensä mukaan todellisuuksia on erilaisia, koska ne syntyvät monimutkaisista sosiaalisista merkitysten verkostoista, joissa ihmiset elävät. (Frantsi 2013, 52; Berger ja Luckmann 1994; Hacking 2009, 44–45.)

Sosiaalisen konstruktioismin keskiössä ovat puhe ja kieli, jotka heijastavat sosiaalista todellisuutta (Frantsi 2013, 53; Berger ja Luckman 1966/1994; Alvesson ja Kärreman 2000), joka rakentuu siis inhimillisessä kielellisessä vuorovaikutuksessa (KvaliMOTV 2021). Sosiaaliset konstruktioistien mukaan asiat, joiden luulemme olevan väistämättömiä, ovat sosiaalisia tuotteita (Hacking 2009, 75). Hacking kuvaakin sosiaalisen konstruktioismin tarkoittavan erilaisia sosiologia, historiallisia ja filosofisia projekteja, joilla halutaan kuvata tai analysoida todellisia, historiallisesti paikannettavia sosiaalisia vuorovaikutuksia tai kausaalisia tapahtumia, joiden myötävaikutuksesta nykyiset asiat tai tapahtumat ovat kehittyneet (Hacking 2009, 77).

Konstruktioistisen käsityksen mukaan johtamiseen liittyy paikallinen historia, ympäristö ja kulttuuri. Lisäksi yksilölliset ja kulttuuriset tarinat kohtaavat

kulttuuriympäristön ja historian vaikuttaessa siihen, millaisia johtamisen malleja rakennetaan ja millaista johtajuutta ihannoidaan (Frantsi 2013, 52; Ropo ym. 2005; Tienari ja Piekkari 2011). Konstruktionismin näkökulmasta johtajuutta rakennetaan ja kyseenalaistetaan organisaatioissa organisaation jäsenten keskinäisessä kielellisessä vuorovaikutuksessa (Auvinen 2013, 13). Tutkimuksessa tarkastelun kohteena ei näin ollen ole ainoastaan yksilö, vaan sellainen yksilö, joka on yhteydessä häntä ympäröivään sosiaaliseen todellisuuteen. Silloin kun todellisuus käsitetään sosiaalisesti konstruoiduksi, nähdään myös organisaatio, johtaminen, johtamistyö ja johtajan identiteetti sosiaalisina konstruktioina. (Frantsi 2013, 53.)

3.2 Tulkitseva paradigma

Burrell ja Morgan (1979) ovat havainnollistaneet organisaation ja johtajuuden tutkimuksien tarkasteluun neljä eri paradigmaa (funktionaalinen paradigma, tulkitseva paradigma, radikaali humanistinen paradigma ja radikaali strukturalistinen paradigma), joissa tarkastellaan tutkimuksia kahden toisistaan riippumattoman dimension kautta. Oletuksia tieteestä kuvaa dimensio, joka polarisoituu objektiiviseen ja subjektiiviseen käsitykseen. Toinen dimensio kuvaa oletuksia yhteiskunnan luonteesta, ja siinä vastakkain ovat sääntelyn ja radikaalin muutoksen käsitteet (taulukko 1). Burrellin ja Morganin (1979) organisaatiotutkimuksen kentän osalta tutkimuksessani pitäydytään tulkitsevassa paradigmassa.

TAULUKKO 1 Neljän paradigmaa.

Neljän paradigman sijoittuminen subjektiivisuuden ja objektiivisuuden sekä radikaalin muutoksen ja sääntelyn kenttään (Burrell ja Morgan 1979, 22).			
RADIKAALIN MUUTOKSEN SOSIOLOGIA			
Subjektiivinen	Radikaali humanistinen	Radikaali strukturaalinen	Objektiivinen
	Tulkitseva	Funktionaalinen	
SÄÄTELYN SOSIOLOGIA			

Tulkitsevää paradigmaa ohjaa pyrkimys ymmärtää maailmaa sellaisena kuin se on ja ymmärtää sosiaalisen maailman perustava luonne subjektiivisen kokemuksen tasolla. Se etsii selitystä yksilön tietoisuuden ja subjektiviteetin piiristä, osallistujan viitekehyksessä, toiminnan tarkkailijan sijaan. Tulkitsevan paradigman

lähtökohdat kyseenalaistavat, onko organisaatioita olemassa muussa kuin käsitteellisessä mielessä. (Burrell ja Morgan 1979, 28–32.) Paradigma korostaa, että sosiaalinen maailma ei ole muuta kuin yksittäisten ihmisten subjektiivinen rakenne ja että nämä yksittäiset ihmiset voivat yhteisen kielen kehittymisen ja käytön sekä arkielämän vuorovaikutuksen kautta luoda ja ylläpitää sosiaalista maailmaa, jolla on intersubjektiivisesti jaettu merkitys (Burrell ja Morgan 1979, 260). Vuorovaikutuksen tutkijalle havainnoitava osa muodostuu organisaatioiden jäsenten kielenkäytössä (Auvinen 2013). Sosiaalinen maailma on siten oleellisesti aineeton ja jatkuvassa uudelleenvahvistumis- tai muutosprosessissa. Tällainen näkemys ei salli organisaatioiden olemassaoloa missään kovassa ja konkreettisesti mielessä. Vaikka tietyt koulukunnat hyväksyvätkin organisaation käsitteen ja sen käytön merkityskäytänteenä, jolla ihmiset yrittävät ymmärtää maailmaansa, ne eivät sinällään tunnusta organisaatioita. Tulkitseva paradigma pyrkii osoittamaan, kuinka organisatorisen elämän oletetusti kovat, konkreettiset, käsin kosketeltavat seikat ovat riippuvaisia yksittäisten ihmisten subjektiivisista tulkinnoista. (Burrell ja Morgan 1979, 260.)

3.3 Tutkimusote

Koska tämän tutkimuksen lähtökohtana on lisätä ymmärrystä johtamisen erityispiirteistä lääkäriprofessionissa valitsin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusotteen, sillä sen on todettu olevan hyvin sopiva tutkimusote erityisesti ihmisten ja heidän kokemustensa tutkimiseen (Hirsjärvi ja Hurme 2011, 21–24). Kvalitatiivisen tutkimuksen tavanomaisimpina aineistonkeruumenetelminä käytetään haastattelua, kyselyä sekä havainnointia, ja myös erityyppisiin dokumentteihin pohjautuvaa tietoa voidaan käyttää (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 71).

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan laadullisen tutkimuksen tarkoitus on kuvata tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtää tutkimuksen kohteena olevaa toimintaa sekä pyrkiä antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta tutkimuksen kohteena olevalle tapahtumalle tai ilmiölle. Tästä johtuen kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimuksen informanteilla on tutkimuksen aiheesta kokemusta ja että he tietävät tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä tai tapahtumasta mahdollisimman kattavasti. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 85.)

Kun kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaan yleistämisestä, ei siitä puhuta sen tilastollisessa merkityksessä. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus tehdä tutkimusaineistosta johtopäätelmiä yleistettävyyden näkökulmasta, vaan ajatusmallina on se, että tutkittavan ilmiön kautta voidaan saada ohjeistusta myös muihin samanlaisiin tapauksiin. Kun yksittäistä tapausta on tutkittu riittävän huolellisesti, voidaan tutkimuksen perusteella ymmärtää, mikä kyseisessä ilmiössä on merkittävää ja voisi mahdollisesti toistua yleisemmin asiaa tarkasteltaessa. Näin ollen yksittäisessäkin tapauksessa on siis jotain yleistä. (Hirsjärvi ym. 2004, 171.)

3.4 Aineisto

Väitöstutkimukseni empiirisen aineistonkeruun kohteena olivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella työskentelevät noin 800 lääkäriä (Suomen Lääkäriliitto, 2016a), joille lähetettiin sähköposti, jossa heitä kutsuttiin vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimukseen. Kutsuun vastasi myönteisesti 50 lääkäriä, ja he sopivat erinomaisesti tutkimukseen, koska tutkimustehtävänä oli kartoittaa johtamisen erityispiirteitä lääkäriprofessionissa. Osallistujista muodostettiin kaksi ryhmää: 1) formaalit lääkärijohtajat, joista käytetään yhteisnimitystä lääkärijohtajat (15 ylilääkäriä ja 8 osastonylilääkäriä) ja 2) ne lääkärit, joilla ei ollut työssään formaalia johtamisvastuuta ja joita jäljempänä kutsutaan lääkäreiksi tai rivilääkäreiksi (13 erikoislääkäriä ja 14 erikoistuvaa lääkäriä /yleislääkäriä). Vaikka näitä kahta ryhmää käsitellään suurimmaksi osaksi yhdessä yhtenä lääkäriprofession edustajana, erotellaan havainnoissa lääkärihierarkia niissä kohdin, missä havainnoissa ilmenee eroavaisuuksia eri hierarkiatasojen välillä. Suurin osa lääkärijohtajista oli miehiä (14/23), kun taas suurin osa lääkäreistä oli naisia (16/27). Ylilääkäreillä oli keskimäärin 11 vuotta johtamistyökokemusta, kun taas osastonylilääkäreillä kokemusta oli keskimäärin 5,5 vuotta. Lääkärijohtajat olivat jonkin verran vanhempia (41–62 vuotta) kuin rivilääkärit (26–54 vuotta). Aineistonkeruumenetelmänä oli puolistrukturoitu haastattelu. Tutkimukseen osallistujat haastateltiin huhti–kesäkuussa 2017 ja heinä–elokuussa 2018. Tutkimuskysymykset oli lähetetty haastateltaville hyvissä ajoin ennakkoon tutustuttavaksi. Haastattelutilanteessa tutkimukseen osallistujat saivat vapaaehtoisesti vastata kysymyksiin kuten halusivat, eikä heitä painostettu tai ohjattu millään tavoin. Haastateltavia informoitiin siitä, että osallistuvien tietoja ei kerrota tutkimuksessa siten, että ne voitaisiin yhdistää tiettyyn haastateltavaan.

Ciullan (2018, 444–446) mukaan johtamistutkimuksissa on pyritty ymmärtämään hyvän johtamisen ydin, jossa sekä etiikka että tehokkuus risteävät ja jossa johtaminen on sekä moraalisesti että teknisesti hyvää, mikä oli myös vaikuttamassa haastattelukysymysten valintaan.

Kaikille haastateltaville esitettiin seuraavat kysymykset:

- 1) Minkälaista on hyvä lääkäreiden johtaminen?
- 2) Tarvitseeko lääkäreiden johtajan olla lääkäri?

Lääkärijohtajille esitettiin myös lisäkysymykset:

- 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) Poikkeako lääkäreiden johtaminen muusta johtamisesta?
- 5) Millaisiin asioihin keskityt omassa johtamisessasi?
- 6) Millaiset asiat koet johtamistyössäsi helppoina/palkitsevina/positiivisina ja 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?
- 11) Minkälainen johtaja olet?

Kaikki haastattelut on tallennettu digitaalisesti, litteroitu ja koodattu numeroin, jotta tutkimusaineisto olisi helpompi analysoida. Yksittäisten haastattelujen kesto oli 11–85 minuuttia. Kaiken kaikkiaan haastatteluaineistoa kertyi 25 tuntia ja 15 minuuttia. Litteroidut haastattelut tuottivat yhteensä 619 A4-kokoista sivua (Calibri, fonttikoko 12, riviväli 1). Tutkimusaineisto on kerätty ja säilytetty huolellisesti. Litteroitua tutkimusaineistoa olen säilyttänyt omalla salasanasuojatulla tietokoneellani koko tutkimusprosessin ajan. Olen noudattanut tutkimustyössäni huolellisuutta ja tarkkuutta sekä kunnioittanut toisten tutkimustyötä käyttämällä asianmukaisia viitteitä tarkasti merkatun. Olen yrittänyt kuvata haastatteluaineistoa selkeästi, laajasti sekä monipuolisesti. Olen pyrkinyt sisällyttämään tuloksiin ja niiden johtopäätöksiin sanatarkkoja aineisto-otteita; tällä olen pyrkinyt välttämään virheellisiä tulkintoja. Tutkimustuloksia julkistettaessa olen huolehtinut, ettei haastateltavia voi tunnistaa heidän vastauksiensa perusteella.

3.5 Tutkimuksen tavoite

Tämän väitöskirjatutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä johtamisen erityispiirteistä lääkäriprofessionissa selvittämällä lääkäreiden urapolkua lääkärijohtajaksi, selkeyttämällä lääkärijohtaja- sekä lääkärijohtaminen-termien määritelmiä, selvittämällä lääkärijohtajien johtamistyössään käyttämiä johtamisrooleja ja kuvaamalla hyvän lääkärijohtamisen elementtejä sekä huonon johtamisen ilmentymiä.

Artikkelin 1 tutkimuksen tarkoitus oli empiirisen tutkimuksen kautta lisätä ymmärrystä siitä, millainen on urapolku lääkärijohtajaposition, mitä lääkärijohtajalla tarkoitetaan, mikä on suomalaisessa käytännössä lääkärijohtajan työn ydinsisältö lääkäreiden johtamistyössä sekä siitä, miten suomalaiset lääkärijohtajat nykyisin suhtautuvat lääkäreiden johtamistyöhön. Tutkimuksella oli myös tarkoitus tuoda yhdenmukaisuutta ja selkeyttä niin aiheen ammatilliseen kuin johtamisteoreettiseen keskusteluun sekä luoda suuntaa jatkotutkimukselle. Kohderyhmästä haastateltavaksi suostui 18:lta lääketieteen erikoisalalta yhteensä 23 nais- ja mieserikoislääkäreitä. Heistä 15 työskenteli ylilääkärinä ja 8 osastonylilääkärinä. Tutkimukseen osallistuneista naisia oli 8 ja miehiä 15. Tutkimuksen analyysimenetelminä olivat teema-analyysi ja sisällönanalyysi.

Artikkelin 2 tutkimuksessa selvitettiin laadullisesti sitä, miten lääkärijohtajat tunnistivat johtamisrooleja johtamistyössään, miten he suhtautuivat näihin rooleihinsa sekä sitä, esiintyikö ylilääkäreiden ja osastonylilääkäreiden käsityksissä johtamisrooleista eroja. Kohderyhmästä haastateltavaksi suostui yhteensä 22 lääkärijohtajaa. Tarkempi paneutuminen lääkärijohtamisen ilmiöön havaittiin tarpeelliseksi edellä käsitellyn osajulkaisun pohjalta, sillä lääkärijohtamista on

Suomessa tukittu empiirisesti vähän. Lisäksi aihe on johtamisteoreettisesti jäsen-
tymätöntä, sillä aiemmat tutkimukset eivät ole esimerkiksi erotelleet lainkaan
asiakeskeisen (*management*) ja ihmiskeskeisen (*leadership*) johtamistyön ulottu-
vuuksia. Lääkärijohtajat täyttivät johtamisrooleja käsittelevän kyselylomakkeen
(taulukko 2), joissa lääkärijohtajia pyydettiin arvioimaan omaa johtamistyötään
käyttäen pohjana Ollilan (2006) Quinnin (1988) johtamisroolimallista (taulukko 2)
suomentamia johtamisrooleja, jotka olivat ”helpottaja, neuvonantaja/opastaja,
uudistaja/innostaja, valmentaja/tuottaja, järjestäjä, johtaja, valvoja/tarkkailija ja
välittäjä”. Haastateltavat lääkärijohtajat merkitsivät johtamistyöroolit numeroilla
1–8 siten, että numero 1 kuvasi haastateltavan johtamisroolia eniten, numero 2
toiseksi eniten jne. Johtamisrooleja numerorjestykseen merkitessään haastatel-
tavat pohtivat spontaanisti ääneen eri johtamisrooleja ja roolien sisältöjä johta-
mistyössään. Tutkimuksen analyysimenetelminä olivat teema-analyysi ja sisäl-
lönanalyysi. Numeerista johtamisrooliaineistoa ei aineiston pienuuden vuoksi lä-
hestytty tilastollisesti. Ollilan (2006) Quinnin (1988) johtamisroolimallista suo-
mentamien johtamisroolien soveltuvuutta arvioitiin vertaamalla johtamisrooli-
mallin tuottamaa tulosta haastateltavien vapaassa haastattelupuheessa esille tul-
leisiin asioihin. Lisäksi tutkimuksessa arvioitiin johtamisroolimallin (Ollila 2006;
Quinn 1988) soveltuvuutta lääkärijohtajien johtamisroolien tutkimiseen.

TAULUKKO 2 Johtamisroolit.

Johtamisroolit.	
Mukaiiltu Ollilan (2006) suomentamasta Quinnin (1988) johtamis-roolimallista.	
Johtamisrooli	Johtamisroolin kuvaus
Helpottaja (facilitator)	Yhteisöllisyyden edistäjä, yhtenäisyyden rakentaja ja yhteistyön kehittäjä. Yhteistyön rakentaminen, ristiriitojen hallinta ja osallistava päätöksenteko ovat johtamisen keskiössä.
Neuvonantaja/ Opastaja (mentor)	Kehittää ja tukee muita. Omaa hyvät kommunikointitaidot ihmissuhteissa, ja ymmärtää itseään ja muita ympärillään.
Uudistaja/ Innostaja (innovator)	Arvostaa luovuutta, ja luottaa intuitioon sekä erilaisiin ideoihin. Helpottaa muutosta ja siihen mukautumista, koska haluaa johtaa muutosta.
Valmentaja/ Tuottaja (producer)	Työstään kiinnostunut, motivoitunut ja tehtäväsuuntautunut. Toimii stressin- ja ajanhallinnan johtajana yrittäen motivoida myös muita.
Järjestäjä (coordinator)	Suunnitteleva, organisoiva ja valvova. Mielenkiinto on työn helpottamisessa, ponnistusten koordinoinnissa sekä teknisissä, logistisissa ja taloushallinnollisissa teemoissa.
Johtaja (director)	Työtehtävien delegoija, joka asettaa tavoitteita ja vastaanottaa aloitteita.
Valvoja/ Tarkkailija (monitor)	Analysoi ja tuntee tosiasiat yksityiskohtineen. Vastaanottaa, järjestelee ja arvioi informaatiota ja reagoi siihen nopeasti.
Välittäjä (broker)	Neuvottelee sopimuksia ja sitoumuksia sekä esittelee ideoita oman poliittista neuvokkuutta, voimakkuutta ja vaikutusvaltaa organisaatiossa

Artikkelin 3 tutkimustehtävänä oli lisätä ymmärrystä lääkärijohtajien johtamistyön haasteista, lääkärijohtamisen teoreettisesta taustasta ja löytää keinoja ratkaista haasteita, jotka syntyvät tasapainoiltaessa työn erilaisten vaatimusten välillä. Ymmärtääksemme paremmin tutkimuksen havaintoja johtamistyönhaasteista, ovat taustainformaationa havaintojen pohdinnalle toimineet aikaisemmassa työssä (artikkeli 1) selvitettyt lääkärijohtajien työn ydinsisältöön erottamattomasti liittyvät tehtäväkentät ja niihin kytkeytyvät identiteetit: 1) lääketieteelliset tehtävät: lääkäri-identiteetti, 2) ihmisten johtamistehtävät: leader-identiteetti ja 3) asioiden johtamistehtävät: manager-identiteetti (Huikko-Tarvainen ym. 2019). Kohderyhmästä haastateltavaksi suostui yhteensä 23 lääkärijohtajaa. Tutkimuksen analyysimenetelminä olivat teema-analyysi ja sisällönanalyysi.

Artikkelin 4 tutkimuksen tutkimustehtävä oli selvittää se, miten lääkärit itse määrittelevät hyvän lääkärijohtamisen elementit sekä formaaleissa että eiformaaleissa (ks. esim. Gabel 2014) johtamistehtävissä ja lisäksi se, miten tutkimuksen löydökset näyttäytyvät johtajuusteorioiden valossa. Kohderyhmästä haastateltavaksi suostui yhteensä 50 lääkäriä, joista muodostettiin kaksi ryhmää: 1) formaalit lääkärijohtajat, joista jäljempänä käytetään yhteisnimitystä lääkärijohtajat (15 ylilääkäriä ja 8 osastonylilääkäriä) ja 2) ne lääkärit, joilla ei ollut työssään formaalia johtamisvastuuta ja joita jäljempänä kutsutaan lääkäreiksi tai rivilääkäreiksi (13 erikoislääkäriä ja 14 erikoistuvaa lääkäriä /yleislääkäriä). Vaikka näitä kahta ryhmää on käsitelty suurimmaksi osaksi yhdessä lääkäriprofession edustajana, erotellaan havainnoissa lääkärihierarkia niissä kohdin, missä havainnoissa ilmenee eroavaisuuksia eri hierarkiatasojen välillä. Suurin osa lääkärijohtajista oli miehiä (14/23), kun taas suurin osa lääkäreistä oli naisia (16/27). Ylilääkäreillä oli keskimäärin 11 vuotta johtamistyökokemusta, kun taas osastonylilääkäreillä oli kokemusta keskimäärin 5,5 vuotta. Lääkärijohtajat olivat jonkin verran vanhempia (41–62 vuotta) kuin rivilääkärit (26–54 vuotta).

Artikkelin 5 tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia ilmenemismuotoja huono johtaminen saa lääkärikontekstissa. Kohderyhmästä haastateltavaksi suostui yhteensä 50 lääkäriä, joista 15 ylilääkäriä, 8 osastonylilääkäriä, 13 erikoislääkäriä ja 14 erikoistuvaa lääkäriä /yleislääkäriä. Tutkimuksen analyysimenetelminä olivat teema-analyysi ja sisällönanalyysi.

3.6 Analyysimenetelmä

Olen soveltanut analyysissäni teema-analyysiä sekä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi perustuu koko empiirisen aineiston järjestelmälliseen tutkimiseen siten, että analyysin kohteena ovat esimerkiksi yksittäiset osallistujat tai koko ryhmä. Painopiste on teemoissa ja malleissa, joissa poimitaan yleisiä tai poikkeuksellisia lausuntoja tai näkökulmia ja joista jatketaan tietojen, ryhmien tai alaryhmien, teemojen ja kuvioiden sekä merkityksien tunnistamisella ja vertailulla. Lopputulokset perustuvat yhteyksiin näkökulmien, teemojen ja keskustelumallien välillä. Teemoittelu on yleisesti käytetty tekniikka empiirisen datan järjestämiseksi tämän tyyppisten sisältöanalyysiin perustuvissa tutkimuksissa. Tee-

maksi voidaan määritellä käsite, trendi, ajatus tai eroavaisuus, joka ilmenee empiirisestä tiedosta. (Eriksson ja Kovalainen 2008, 187–189, 219.)

Ensimmäisessä vaiheessa perehdyin tutkimustietoihin lukemalla tutkimusaineiston useita kertoja niin, että aineiston tuntemus tuli vahvaksi. Toisessa vaiheessa tunnistin aineistosta kaikki tutkimusaiheeseen liittyvät perusasiat, -sanat ja -lauseet, joiden perusteella järjestin tiedot ryhmiin. Kolmannessa vaiheessa hain teemoja ryhmittelemällä koodit potentiaalsiin teemoihin. Neljännessä vaiheessa tarkastelin ja tarkensin potentiaaliset teemat siten, että kukin teema oli sisällöllisesti yhtenäinen ja teemojen välillä oli tunnistettavia eroja. Sen jälkeen järjestin teemat taulukoksi. Viidennessä vaiheessa otsikoin teemat ja loin kullekin teemalle erilliset määritelmät. Kutakin teemaa analysoin sekä erikseen että vertaamalla niitä keskenään. Palasin tutkimusmateriaaliin useita kertoja analyysiprosessin aikana vahvistaakseni, että saamani tulokset todella edustavat informanttien ääntä. Koska analyysi oli aineistotolähtöistä, tein koko analyysi- ja teemoitteluprosessin vaihe vaiheelta kahdesti tilastoharhan välttämiseksi. Viimeisessä vaiheessa muotoilin temaattista rakennetta niin, että tulos on selkeä ja johdonmukainen sekä aineisto-otteet huolella valitut, jotta löydökset havainnollistaisivat hyvin tehtyjä tulkintoja. Sanat, jotka olisivat voineet vaarantaa informantin anonymiteetin, poistin tai korvasin toisilla sanoilla. Nämä muutokset eivät ole vaikuttaneet tuloksiin, koska ne esiintyvät vain tekstin aineisto-otteissa.

3.7 Tutkimuksen validiteetti, objektiivisuus ja reliabiliteetti

Tutkimukseen sisältyy aina tutkijan omia subjektiivisia valintoja koskien tutkimusmenetelmää, kysymysten muotoilua, analysointimenetelmiä sekä raportointitapaa. Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksella mitataan sitä, mitä on ollut tarkoitus selvittää. Validiteetti voidaan varmistaa huolellisella sekä tarkasti harkitulla etukäteissuunnittelulla ja tiedonkeruulla. Haastattelututkimuksissa validiteettiin vaikuttaa se, voidaanko tutkimukseen valittujen kysymyksien avulla saada ratkaisu tutkimusongelmaan eli se, miten kysymysvalinta on onnistunut. Täten tutkimuskysymykset pitää suunnata tutkimusongelmaan ja niiden on mitattava yksiselitteisesti tutkimuksen näkökulmasta oikeita asioita. (Heikkilä 2008, 29–30, 186.) Tutkimuksen tulokset eivät saa riippua tutkijasta, mikä tarkoittaa tutkimuksen puolueettomuutta eli objektiivisuutta. Tutkimuskysymykset on aina esitettävä haastateltaville samalla tavoin, eikä haastattelijaa saa johdatella informaatikkoja heidän vastauksissaan. (Heikkilä 2008, 31.) Nämä kyseiset seikat olen pyrkinyt huomioimaan heti tutkimukseni alusta lähtien. Tutkimuksen haastattelukysymykset olen valikoinut siten, että kysymykset mittaisivat yksiselitteisesti oikeita asioita ja että saisin niihin saamieni vastausten myötä vastaukset myös tutkimustavoitteeni.

Tutkimukseni tiedonkeruumenetelmänä käytin puolistrukturoitua haastattelua. Koska haastattelututkimuksessa on tärkeää kerätä tutkimusaiheesta mahdollisimman paljon tietoa, on suositeltua toimittaa haastattelukysymykset tai -aiheet haastateltaville jo ennalta tutustuttaviksi (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 73). Laa-

dullisessa tutkimuksessa on mahdollista käyttää myös lomakehaastattelua, jossa kysytään tutkimuksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä (Tuomi ja Sarajarvi 2009, 74–75). Kaikille haastateltaville on näin ollen ennalta lähetetty haastattelulomake, millä on varmistettu myös se, että kaikille haastateltaville on esitetty samalla tavalla samat kysymykset. Jos informantti ei ymmärtänyt kysymystä, kysyin saman asian toisilla sanoilla. Jos haastattelijana en ymmärtänyt informantin vastausta, pyysin haastateltavaa kertomaan vastauksensa uudestaan toisilla sanoilla tai selventämään vastausta. Olen tehnyt itse kaikki väitöskirjani haastattelut. Haastattelut toteutettiin tyypillisesti haastateltavan valitsemassa paikassa terveydenhuollon organisaation tiloissa siten, että informanttien oli mahdollista vastata haastattelukysymyksiin rauhassa ja luottamuksellisesti.

Olen vastannut tutkimuksen teema-analyysistä sekä sisällönanalyysistä ja olen pyrkinyt huomioimaan tutkimuksessani objektiivisuuden mahdollisimman perusteellisesti. Lähtökohtana kvalitatiiviselle tutkimukselle on tutkijan avoin subjektiviteetti ja myös ymmärtää, että tutkija on tutkimuksensa merkittävä tutkimusväline. Laadullisen tutkimuksen objektiivisuus syntyy tutkijan oman subjektiivisuuden tiedostamisesta ja läpinäkyväksi tekemisestä lukijalle. (Eskola ja Suoranta 2005.) Tutkimustulosten reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten tarkkuutta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ensisijainen luotettavuuden kriteeri on itse tutkija, mikä tarkoittaa, että tutkimuksen luotettavuuden arviointi käsittää koko tutkimusprosessin. (Eskola ja Suoranta 2005, 210.)

Olen toiminut lääkärinä terveydenhuollon eri sektoreilla yli 25 vuotta. Osan varhaisimmista lääkäriävuosistani työskentelin lääkärinä kohdeorganisaatiossa vuoteen 2008 asti, minkä jälkeen olen työskennellyt pääosin terveydenhuollon yksityissektorilla. Tästä johtuen tutkimuksen kohteena olleen julkisen terveydenhuollon työasiat eivät kosketa haastattelijan oman työyhteisön asioita, mikä on saattanut auttaa tutkimuksessa esille tulleiden asioiden näkemistä objektiivisemmin. Tutkijan ammatillisella taustalla on kuitenkin varmasti vaikutus hänen kykyynsä nähdä, oivaltaa ja analysoida sellaisia tutkimuskohteen piirteitä, jotka muuten saattaisivat jäädä huomiotta (Virtanen 2010, 228–229). Toisaalta pitkä lääkäriura ja kuuluminen samaan ammattiryhmään haastateltavien kanssa voivat aiheuttaa sen, että osa asioista näyttäytyy itsestäänselvyysinä, mikä saattaa puolestaan johtaa kriittisen ajattelun vähentymiseen ja sokeuttaa ilmiöille, jotka olisivat ammattikunnan ulkopuoliselle selvästi nähtävissä (ks. myös Aira 2005). Omakohtaisen lääkäriyökokemukseni koen auttaneen tutkimuskohteen kulttuuristen kontekstien tuntemuksessa, eikä minulla lääkärinä ole ollut vaikeutta ymmärtää lääkäreiden omaa ammattikieltä. Vaikka samaan ammattiprofession kuuluminen vaikuttaa objektiivisuuden näkökulmasta asioiden ja ilmiöiden tarkasteluun, koen ammatillisen yhteyden vaikuttaneen positiivisesti luottamuksellisen ilmapiirin rakentamisessa haastateltavien kanssa.

3.8 Tutkimuseettiset kysymykset

Eettisesti hyvän tutkimuksen perustana on, että tutkimustyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, minkä vuoksi tutkijan on tutkimusta tehdessään otettava huomioon tutkimuksentekoon liittyvät eettiset kysymykset sekä tunnettava tiedonhankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet välttämättä epärehellisyyttä kaikissa tutkimustyön vaiheissa (Hirsjärvi ym. 2009, 23, 25). Olen tutkimuksessani huomionnut Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistukset: ”Tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Tutkijat ottavat muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon niin, että he kunnioittavat muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla ja antavat heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. Tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan ja siitä raportoidaan sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.” (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8.)

Kaikille tutkimukseen osallistuvilla on korostettava vastaamisen vapaaehtoisuutta sekä annettava riittävästi informaatiota tutkimuksen luonteesta ja tavoitteesta, koska luottamuksellisuus ja anonymiteetti ovat tutkimustietojen käsittelyn keskeisimmät käsitteet (Eskola ja Suoranta 2005, 56). Tutkimukseen osallistujien itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja annettava heille oikeus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen lähtökohtana on aina ihmisarvon kunnioittaminen. On myös selvitettävä, miten henkilöiden tutkimukseen osallistumissuostumus hankitaan, minkälaista tietoa heille annetaan ja minkälaisia riskejä tutkimukseen osallistumiseen liittyy. Yleensä tutkimukseen osallistujilta tarvitaan asiaan perehtyneesti annettu osallistumissuostumus, jonka tarkoituksena on estää tutkimukseen osallistujien manipulointi tutkimushankkeissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Osallistujille pitää selvittää myös, mitä hyötyä tai haittaa tutkimuksesta heille voi olla, miten tutkimuksen luottamuksellisuus ja osallistujien anonymiteetti turvataan sekä miten ollaan johdattamatta tutkimukseen osallistujia harhaan. Tutkimustietoja julkistettaessa luottamuksellisuuden säilyttämisestä ja anonymiteettisuojasta on huolehdittava. (Eskola ja Suoranta 2005, 56–57.)

Aina tutkimustyöni alusta asti olen pyrkinyt ottamaan huomioon kaikki hyvälle ja eettiselle tutkimustyölle asetetut vaatimukset. Tutkimukselle oli saatu eettinen hyväksyntä Keski-Suomen keskussairaalan johtajaylilääkäriltä. Kaikkia tutkimukseen osallistujia oli jo heti tutkimuskutsukirjeessä informoitu tutkimuksen tarkoituksesta sekä siitä, mihin tutkimustuloksia käytetään, heidän oikeudes-

taan peruuttaa osallistuminen ja kieltää tietojensa käyttö milloin tahansa tutkimuksen aikana. Tietosuojaa koskevat asiat huomioin tutkittaviin sovellettavien eettisten periaatteiden mukaisesti (Hirsjärvi ja Hurme 2011, 19-20; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

4 OSAJULKAISUT JA KONTRIBUUTIOT

Tässä luvussa esitelen tutkimuksen osajulkaisut ja niiden kontribuutiot. Väitöskirja koostuu viidestä artikkelista, joilla jokaisella on oma tutkimustehtävänsä (taulukko 3). Artikkeleita, ja koko väitöskirjaa yhdistävänä tutkimustehtävänä, on lisätä laadullisen tutkimuksen kautta ymmärrystä johtamisen erityispiirteistä lääkäriprofession piirissä. Väitöskirjan tekijänä olen ollut osallisena jokaisessa vaiheessa tutkimusaiheen alkuideoinnista aina kaikkien artikkeleiden julkaisumuotoihin saattamiseen asti. Lisäksi olen kerännyt koko tutkimusaineiston, toiminut päätoimijana aineistojen analysoinneissa ja raportoinneissa sekä ensimmäisenä kirjoittajana kaikissa artikkeleissa. Olen myös lähettänyt artikkelit tieteellisiin lehtiin vertaisarviointia varten sekä koonnut väitöskirjan yhteenvedon. Artikkelit 1, 2, 3 ja 5 on toteutettu kirjoittajien moniammatillista osaamista hyödyntäen. Artikkeleiden ensimmäisenä kirjoittajana olen vastannut kunkin artikkelin tutkimusaineiston sisällönanalyysistä, jonka avulla tutkittavasta ilmiöstä muodostettiin kuvaus, joka liitti tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aiempiin kirjallisuudessa esitettyihin tutkimustuloksiin (ks. esim. Tuomi ja Sarajärvi 2009). Kunkin artikkelin tutkimusaiheen kannalta merkityksellisinä pidetyt asiat poimittiin aineistosta teemoittelussa, johon osallistuivat kaikki kirjoittajat, mikä mahdollisti analyysin tutkijatriangulaation toteutumisen (ks. esim. Eskola ja Suoranta, 2005). Artikkelissa 2 numeerista johtamisrooliaineistoa ei aineiston pienuuden vuoksi lähestytty tilastollisesti, mutta sitä hyödynnettiin havainnollistamaan lääkärijohtajien näkemysten suurta vaihtelua. Lisäksi Ollilan (2006) Quinnin (1988) johtamisroolimallista suomentamien johtamisroolien soveltuvuutta arvioitiin vertaamalla johtamisroolimallin tuottamaa tulosta haastateltavien vapaassa haastattelupuheessa esille tulleisiin asioihin. Väitöskirjan neljännen artikkelin olen kirjoittanut väitöskirjaohjaajieni KTT Pasi Sajasalonen ja KTT Tommi Auvisen ohjauksen ja kommenttien avustuksella. Artikkelin 5 teoreettisen viitekehysten ovat kirjoittaneet emeritusprofessori Pauli Juuti ja KTT Tommi Auvinen. Kaikki artikkelit on julkaistu tieteellisissä lehdissä, joissa on toimittu vertaisarviointimenettelyn mukaisesti. Julkaistavaksi tarjottuja käsikirjoituksia on korjattu vertaisarvioinnin tulosten pohjalta ennen niiden julkaisemista.

TAULUKKO 3 Yhteenvedo artikkeleista.

ARTIKKELI	AVAINSANAT	KESKEISET LÖYDÖKSET
Artikkeli 1. Huikko-Tarvainen, S., Sajasalo, P., & Auvinen, T. 2019. Mistä on lääkärijohtajat tehty? <i>Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies</i> 24(1), 40-49.	Lääkäri, lääkärijohtaja, lääkärijohtaminen, johtaminen	Lääkärijohtajilla oli tyypillisesti mittava työura erilaisissa lääkäri- ja erikoislääkärehtävissä takanaan ennen lääkärijohtajapositiota, ja he olivat suorittaneet johtamiskoulutuksia eri laajuisina kokonaisuuksina. Tutkimus luo käsitteellistä selkeyttä ja yhdenmukaisuutta määrittelemällä tuloksiin perustuen lääkärijohtajan terveydenhuolto-organisaatiossa muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivaksi lääkäriksi. Lääkärijohtaminen puolestaan määrittellään tarkoittavan muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivan lääkärin johtamistyötä terveydenhuolto-organisaatiossa. Lääkärijohtajan työkuvaan kuului johtamistyön (management/leadership) lisäksi useimmiten kliinisestä potilastyötä. Tämän tutkimusaineiston ja käytettävissä olevan aiemman kirjallisuuden valossa viimeisen 30 vuoden aikana lääkärin suhtautuminen johtamistyöhön näyttää Suomessa kääntyneen myönteisempään ja tavoitellumpaan suuntaan. Samassa ajassa johtamisterminologia on myös vaihtunut, sillä hallintotyön sijaan puhutaan johtamisesta.
Artikkeli 2. Huikko-Tarvainen, S., Sajasalo, P. & Auvinen, T. 2020. Lääkärijohtajan Johtamisroolit - Laadullinen tutkimus Keski-Suomen keskussairaalan osastonylilääkäreiden ja ylilääkäreiden johtamisrooleista. <i>Suomen Lääkärilehti</i> 75(48), 2607-2611.	Lääkäri, lääkärijohtaja, lääkärijohtaminen, johtaminen, johtamisrooli	Lääkärijohtajien johtamisrooleissa ihmisten johtamisen ja johtajuuden (leadership) ja asiakeskeisen (management) johtamisotteen painotukset ovat eri johtamistilanteissa erilaisia, minkä vuoksi eri johtamisrooleja on monia ja lisäksi johtamisroolia on vaihdettava tilanteen mukaan.
Artikkeli 3. Huikko-Tarvainen S, Sajasalo P, Auvinen T. 2021. Just a leader? Leadership work challenges and identity contradiction experienced by Finnish physician leaders. <i>Journal of Health and Organization Management</i> 35(9), 195-210.	Lääkäri, lääkärijohtaja, lääkärijohtaminen, ammatti-identiteetti	Lääkärijohtajan ammatillinen identiteetti ja työetiikka ovat vahvasti sidoksissa lääkärin työhön, mikä on tärkeä osa lääkärijohtajien johtajuutta. Lääkärijohtajan työn kahtiajako potilastyöhön ja johtamistyöhön synnyttää arvo- ja ammatti-identiteettiriitua, ja lääkärin etiikka arvottaa lääkärijohtajan lääkäri-identiteettiä johtamisidentiteetin edelle. Johtamistyöhön viitataan puheessa ajoittain termillä "ei-potilastyö", mikä viittaa vahvaan potilastyön arvostukseen. Hyvät kliinikkotaidot saattavat ajoittain kompensoida puutteita johtamistyössä.
Artikkeli 4. Huikko-Tarvainen, S. 2022. Elements of perceived good physician leadership and their relation to leadership theory, <i>Leadership in Health Services</i> 35(1), 14-29.	Lääkärijohtaminen, johtamisteoria	Tutkimuksen käsitteellisteoreettinen kontribuutio on vakiintumattoman terminologian, käsittehierarkian ja eri termien merkitysten täsmennys. Määritelmällisesti termillä <i>medical leadership</i> tarkoitetaan lääketieteellistä johtamista, jolla johdetaan potilastyössä käytettyä lääketieteellistä tietämystä. Termillä <i>physician leadership</i> tarkoitetaan lääkärijohtamista viitaten johtamistilanteisiin, joissa johdettavana ovat lääkärit. Termillä <i>clinical leadership</i> tarkoitetaan kliinisen työn johtamista viitaten tilanteisiin, joissa johdettavana on ammattiryhmästä riippumatta mikä tahansa terveydenhuollon ammattilaisten ryhmä. Hyvä lääkärijohtaminen on lääkäreiden johtamista lääketieteen asiantuntemuksen ja lääkärityden ymmärtämisen kautta yhdistettynä hyviin ihmissuhdetaitoihin, kollegiaalisuuteen, lääkärin autonomian ymmärtämiseen, lääkäreiden työnteon mahdollistaviin asianmukaisiin työoloihin sekä tilanteeseen sopivaan johtamistapaan. Sopivin johtamistapa riippuu johtamistilanteesta ja hierarkkisesta tasosta, jolla lääkäreitä johdetaan ja jolla lääkärijohtajat työskentelevät. Koska lääkärijohtajien johtamat lääkärit ovat lääkärikollegoita, joilla itsellään on informaaleja johtamistehtäviä omalla hierarkkisella tasollaan, on lääkärijohtaminen moniulotteinen kokonaisuus, jossa formaalit lääkärijohtajat johtavat informaaleja johtajia, mikä hämää perinteistä johtajan ja johdettavan välistä rajaa. Koska lääketieteellinen asiantuntemus yhdistää lääkärijohtajia ja lääkärijohtajia, onnistuminen lääkärijohtamisessa perustuu osaksi lääketieteellisen asiantuntemuksen uskottavuuteen tehden lääketieteellisestä johtajuudesta (<i>medical leadership</i>) erottamattoman osan lääkärijohtamisesta (<i>physician leadership</i>), eivätkä ne siis ole synonyymejä toisilleen.
Artikkeli 5. Huikko-Tarvainen, S., Juuti, P., Auvinen, T. & Sajasalo, P. 2022. Huono johtaminen lääkärikontekstissa. <i>Hallinnon Tutkimus</i> 41(2), 118-132.	Lääkäri, lääkärijohtaja, huono johtaminen	Aineistosta tunnistettiin seitsemän huonoa lääkärijohtamista ilmentävää ilmenemismuotoa: vääränlaisen esimiesroolin ja johtamistyölin omaksuminen, liiallisten vaatimusten esittäminen, kykenemättömyys ottaa oma johtajarooli, sosiaalisten taitojen ja empatian puute, työtuen puute, suosikkijärjestelmä sekä epäasiallinen käytös. Aineiston mukaan huono johtaminen aiheuttaa lääkäreissä tyytymättömyyttä paitsi itse johtamista kohtaan, myös tyytymättömyyttä, sekä vaikeuttaa työstä suoriutumista ja vähentää työhyvinvointia. Lisäksi lääkärit saattavat vaihtaa työpaikkaa kokemansa huonon johtamisen vuoksi tai olla hakeutumatta terveydenhoidon yksikköön, jolle on syntynyt maine huonosta johtamisesta.

4.1 Artikkelin 1. Mistä on lääkärijohtajat tehty?

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli empiirisen tutkimuksen kautta lisätä ymmärrystä siitä, millainen on urapolku lääkärijohtajaposition, mitä lääkärijohtajalla tarkoitetaan, mikä on suomalaisessa käytännössä lääkärijohtajan työn ydinsisältö lääkäreiden johtamistyössä sekä siitä, miten suomalaiset lääkärijohtajat nykyisin suhtautuvat lääkäreiden johtamistyöhön. Tutkimuksella oli myös tarkoitus tuoda yhdenmukaisuutta ja selkeyttä tutkimusaiheen ammatilliseen ja johtamisteoreettiseen keskusteluun sekä luoda suuntaa jatkotutkimukselle.

4.1.1 Kontribuutio 1: Lääkärijohtajan urapolku

Aineiston lääkärijohtajilla oli tyypillisesti mittava työura erilaisissa lääkäri- ja erikoislääkäritehtävissä takanaan ennen lääkärijohtajaposition, ja he kaikki olivat suorittaneet johtamiskoulutuksia eri laajuisina kokonaisuuksina. Yleisin lääkärijohtajien suorittama johtamiskoulutus oli Suomen Lääkäriliiton järjestämä Erikoislääkäreiden johtamiskoulutus (ELJ), mutta osa oli myös opiskellut executive Master of Business Administration (eMBA) -koulutuksen.

Tutkimuksen tulosten perusteella lääkärijohtajaposition hakeutumiseen taustalla vaikuttanut motivaation lähde oli voinut olla joko sisäinen (kutsumus / pakko) tai ulkoinen (järkisyys / ajautuminen) (taulukko 4). Johtajaposition hakeutumista voidaan myös tarkastella hakeutumisen luonteen kautta; kutsumus ja järkisyys hakeutua johtajaposition edustivat positiivista hakeutumisen luonnetta, kun taas pakko ja ajautuminen edustivat hakeutumisen negatiivista luonnetta.

TAULUKKO 4 Lääkärijohtajaksi hakeutumiseen vaikuttavat tekijät.

		HAKEUTUMISEN LUONNE	
		Positiivinen	Negatiivinen
MOTIVAATION LÄHDE	Sisäinen	KUTSUMUS	PAKKO
	Ulkoinen	JÄRKISYYT	AJAUTUMINEN

Kutsumus näyttäytyi siten, että informantti oli joko tietoisesti suunnitellut esihenkilöasemaan hakeutumista jo uran erikoistumisvaiheessa tai että hän koki persoonansa tukeneen vastuu- ja kehitystyötehtäviin suuntautumista jo lääkäri- ja erikoislääkäri-työtehtävissä ennen lääkärijohtajaposition hakeutumista. Toisaalta johtajan vastuutehtävillä oli haluttu haastaa itseään, kokeilla pärjäämistä esihenkilötehtävissä tai ilmentää kiinnostusta edetä urallaan.

Johtajapositioon hakeutumiseen myötävaikuttaneita järkisyitä olivat tietoinen halu edetä rivilääkäriasemasta kohti lääkärijohtajapositiota, koska lääkärijohtajana koettiin olevan laajemmassa määrin mahdollisuus vaikuttaa sekä työpaikan että yleisesti terveydenhuoltoon koskeviin asioihin. Muita myötävaikuttavia järkisyitä olivat lähipiirin (läheiset, kollegat, oma esihenkilö) kannustus tai suositus hakeutua johtajapositioon. Myös taloudelliset seikat voitiin nähdä vaikuttimena, koska ylilääkäri- ja osastonylilääkäripositiossa on erikoislääkärivirkaa korkeampi peruspalkkataso.

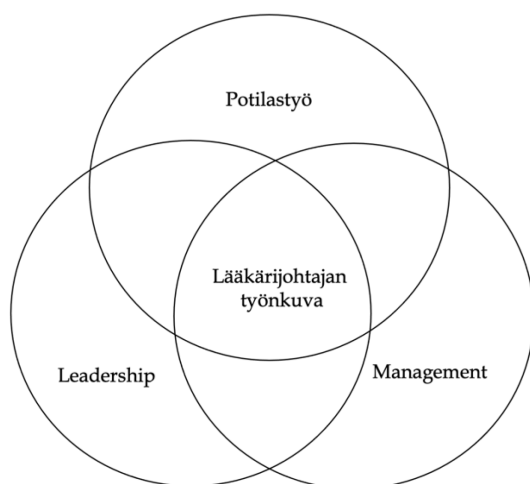
Pakko näyttäytyi lääkärijohtajapositioon hakeutumisen taustatekijänä silloin, kun lääkäri koki ”uhrautuneensa” johtamistehtävään muiden lääkärikollegojensa puolesta. Pakollisuusaspekti tuli esille myös silloin, kun informantti oli rivilääkärinä toimiessaan omakohtaisesti kokenut puutteita työpaikansa johtamiskulttuurissa ja herännyt tarkemmin pohtimaan johtamisen merkitystä työorganisaatiolle, minkä seurauksena hän oli päättänyt työpaikan vaihtoon ja vaihdon myötä lääkärijohtajapositioon.

Johtotehtäviin ajautuminen näyttäytyi aineistossa monitahoisesti, ja esimerkiksi työelämän sattumuksilla oli ollut vaikutusta; mikäli aiempi työpaikka ei ollut mahdollistanut lääkärin koulutusta vastaavaa oman erikoisalan työtä, lääkäri oli päättänyt ottamaan työtä vastaan toiselta paikkakunnalta, jossa samalla oli sattumalta ilmaantunut vaihtoehtoinen mahdollisuus hakeutua myös lääkärijohtajapositioon. Osaa informanteista oli puolestaan suoraan kysytty johtajapositioon. Usein myös pitkä lääkäriura tai akateeminen meritoituminen olivat kuljettaneet urapolkuja siten, että lääkärijohtajapositioon siirtyminen tuntui käytännössä ”luonnolliselta” urajatkumolta.

Tuononen ym. (2018) ovat kuvanneet Suomessa samansuuntaisia tuloksia hammaslääkäreiden johtajaurista, joissa johtajapositioon hakeutumisen syiden voitiin nähdä jakautuvan kolmeen eri pääkategoriaan: 1) tietoinen johtajaurasuuntautuminen, 2) sattumalta johtajapositioon päätyminen ja 3) halu vaikuttaa/muuttaa asiat paremmaksi.

4.1.2 Kontribuutio 2: Lääkärijohtajan määritelmä ja työnkuva

Tutkimus luo käsitteellistä selkeyttä ja yhdenmukaisuutta määrittelemällä tuloksiin perustuen lääkärijohtajan terveydenhuolto-organisaatiossa muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivaksi lääkäriksi. Lääkärijohtamisen puolestaan määritellään tarkoittavan muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivan lääkärin johtamistyötä terveydenhuolto-organisaatiossa. Lääkärijohtajan työkuvaan kuului johtamistyön (*management/leadership*) lisäksi useimmiten kliinistä potilastyötä (kuvio 2).



KUVIO 2 Lääkärijohtajan työkuvan osa-alueet.

Aineiston lääkärijohtajan työkuvaan oli voinut kuulua vaihtelevia tehtäviä erilaisista lääkärintöistä ja terveydenhuollon asiantuntijaorganisaation johtamistehtävistä aina taloustehtäviin sekä muihin hallintotehtäviin. Osa informanttien johtamistyökenttään kuuluvista tehtävistä näyttäytyi sellaisina, joihin mikään edeltävä koulutus ei ollut valmentanut, vaan niiden hallinta kehittyi kokemuseräisesti osana lääkärijohtajan käytännön johtamistyötä. Tutkimuksen tulokset ovat siten yhteneviä aiempien tutkimusten havaintojen kanssa kuvaten lääkärijohtajan työtä moniulotteisena ja paikoin ristiriitaisiakin rooliodotuksia sisältävänä työnä (ks. esim. Tuomiranta 2002).

Suurin osa aineiston ylilääkäreistä ja kaikki osastonylilääkärit osallistuivat potilastyöhön johtamistyön lisäksi. Täten aiemmat tutkimushavainnot (ks. esim. Viitanen ym. 2002) potilastyön merkittävästä osuudesta lääkärijohtajan työkuvaossa ovat edelleen vallitseva käytäntö. Potilastyön ja johtamistyön osuus ylilääkäreiden työkuvaossa jakautui yleisimmin jokseenkin tasan potilastyön ja johtamistyön välillä. Osa informanteista osallistui myös päivystyspotilastyöhön, joka oli osalle myös tärkeä kokonaispalkkaa nostava tekijä.

Saman hierarkiatason lääkärijohtajien työkuvat ja tehtäväpainotukset saattoivat poiketa toisistaan, ja samankin informantin työkuvaossa oli vaihtelua päivien ja viikkojen välillä. Aineiston lääkärijohtajien työviikkojärjestys oli yleensä ennalta suunniteltu, mutta koska työkuva saattoi muuntautua tilanteen niin vaatiessa, järjesteltiin työaika uudestaan eri työtehtävien kesken. Tämä kuvaa yleisemminkin johtamistyön tilanteisuutta sekä ei-rutiiniluonteisuutta (ks. Heilmann 2018; Auvinen ym. 2018).

4.1.3 Kontribuutio 3: Johtamistyön terminologian ja arvon muutos

Suomen Lääkäriliitto suosittaa, että ”johtamistehtäviin hakeutumisen tulee olla tietoista, ja johtotehtävissä toimivilta tulee edellyttää koulutusta ja johtajan rooliin asettumista” (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 8). Valtaosa aineiston lääkärijohtajista olikin omaehtoisesti hakeutunut nykyiseen johtamispositioonsa, viihtyi

työssään ja toi esiin omaehtoisen kiinnostuksensa ja innostuksensa johtamistyötä kohtaan, mikä koettiin myös tärkeänä johtamistyössä onnistumisessa. Tämän tutkimusaineiston ja käytettävissä olevan aiemman kirjallisuuden valossa viimeisen 30 vuoden aikana lääkärien suhtautuminen johtamistyöhön näyttää Suomessa kääntyneen myönteisempään ja tavoitellumpaan suuntaan (vrt. esim. Tuomiranta 2002; Virtanen 2010). Samassa ajassa johtamisterminologia on myös vaihtunut, sillä hallintotyön (ks. esim. Hermanson 1989) sijaan puhutaan johtamisesta. Sama ilmiö on nähtävissä myös kansainvälisissä tutkimuksissa (ks. esim. Martin ja Learmonth 2012); hallintotyön (*administrative*) ja asiajohtamisen (*management*) sijasta painotus ja huomio johtamistyössä on siirtynyt ihmisten johtamiseen (*leadership*).

Aineiston tulosten perusteella lääkärijohtajien ammatti-identiteetin ja työmoraaalin perusta olivat lääkäriydessä, johon johtaminenkin tukeutuu. (ks. myös Huikko-Tarvainen ym. 2021; Viitanen ym. 2007, 30–31; Kaukoranta 2012, 68, 80). Lääkäreiden johtamistyö nähtiin asiantuntijajohtamistyönä, jossa tasapainoillaan potilas- ja johtamistyön välillä. Lääkärijohtamistyön koettiin olevan haasteellinen asetelmana, mutta ei mahdoton tehtävänä. Johtajan omat, vahvat kliiniset potilastaidot johdettavalla lääketieteen erikoisalalla nähtiin voimavarana. Työyhteisössä kliinisestä potilastyöstä kokonaan pois siirtyminen voitiin kokea potilastyöstä luopumisena, johon saattoi yhdistyä myös kysymys lääkärin arvosta ilman potilastyötä. Toisaalta aineiston tulosten valossa osan informanttien mielestä lääkärijohtajan lääkäriyöosuuden osaamistasoksi riitti, että lääkärijohtajalla oli hyvä substanssiosaaminen omalla erikoisalallaan, eikä hänen tarvinnut olla koko klinikan taitavin potilastyön osaja (vrt. Sumanen ym. 2006). Tämä havainto voi viitata siihen, että pitkää kliinistä meritoitumista ei enää nähtäisikään yksinomaisena edellytyksenä lääkärijohtajuudelle. Suomen Lääkäriliiton suosituksen mukaan ”lääkärin tulee arvostaa eri tehtävissä niin esimiehenä kuin viranomaisrooleissa toimivien kollegojen työnkuvia” (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 9). Osa informanteista koki terveydenhuollon ulkopuolella toimivien johtajien kanssa johtamistyöstä käytyjen keskusteluiden voivan toimia lääkärijohtajille vertaistukena siinä, että he näkisivät johtamistyön potilastyön veroisena ”oikeana” työnä.

Työhön liittyvä byrokratia, sekavat ja runsaslukuisat tietojärjestelmät, hyvin tehdystä työstä ansaituksi koetun kiitoksen näkymättömyys, henkilöstön ajoittaisten ristiriitojen selvittelyt sekä työyhteisössä joskus esiintyvä epäreilu taktikointi olivat asioita, jotka informantit kokivat työnsä negatiivisina puolina. Työn haasteita koettiin lisäävän myös kokonaistyöajan riittämättömyys eri työtehtävien suorittamiseen, keskeneräisyyden ja riittämättömyyden tunne sekä voimavarojen jakaminen eri työtehtävien kesken.

4.2 Artikkelin 2. Lääkärijohtajan johtamisroolit - Laadullinen tutkimus

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, miten lääkärijohtajat tunnistivat johtamisrooleja johtamistyössään, miten he suhtautuivat näihin rooleihinsa sekä se, esiintyikö ylilääkäreiden ja osastonylilääkäreiden käsityksissä johtamisroolien suhteen eroja. Tarkempi paneutuminen lääkärijohtamisen ilmiöön havaittiin tarpeelliseksi edellä käsitellyn osajulkaisun pohjalta, sillä lääkärijohtamista on Suomessa tukittu empiirisesti niukasti. Lisäksi lääkärijohtamisen ilmiö on johtamisteoreettisesti jäsentymätön, koska aiemmat tutkimukset eivät ole esimerkiksi erottelleet asiakeskeisen (*management*) ja ihmiskeskeisen (*leadership*) johtamistyön ulottuvuuksia. Lisäksi tutkimuksessa arvioitiin, miten haastattelujen pohjana käytetty, alun perin Quinin luoma ja sittemmin Ollilan suomentama johtamisroolimalli (Ollila 2006; Quinn 1988) (taulukko 2 edellä), soveltui lääkärijohtajien johtamisroolien selvittämiseen.

4.2.1 Kontribuutio: Johtamisen kohteen, johtamisroolin ja -otteen suhde

Aineiston lääkärijohtajien johtamisrooleissa ihmisten johtamisen ja johtajuuden (*leadership*) ja asiakeskeisen (*management*) johtamisotteen painotukset olivat eri johtamistilanteissa erilaisia, minkä vuoksi eri johtamisrooleja oli monia, ja lisäksi johtamisroolia oli vaihdettava tilanteen mukaan. Vaihtelevia johtamistilanteita kuvasti hyvin tutkimuksen tulos, jossa aineiston informanttien arvioimat johtamisrooliensa numerointijärjestykset poikkesivat täysin toisistaan, eikä numeroinneissa noussut esille minkäänlaista roolijärjestystrendiä. Myöskään ryhmäeroja yli- ja osastonylilääkäreiden roolijärjestyksissä tai leader-/manager-roolien painotuksissa ei tullut esille.

Osastonylilääkäreiden tai ylilääkäreiden ryhmässä ei tullut esille yksittäistä tai yleisimmin toistuvaa johtamisroolia, joka erottuisi muista rooleista joko kuvaavampana, sopivampana tai sopimattomampana taikka joko parempana tai huonompana. Sen sijaan osastonylilääkäreiden spontaanissa puheessa tuli esille ylilääkäreiden työnkuvaan verrattuna suurempi asiakeskeisen johtamisotteen (*management*) painottuminen, mikä heijastaa potilastyön suurempaa työosuutta osastonylilääkäreiden työnkuvassa ylilääkäreiden työnkuvaan verrattuna.

Valtaosa aineiston lääkärijohtajista koki johtamisrooliluokittelun ja -numeroinnin vaikeana, minkä nähtiin liittyvän lääkärijohtajan työn luonteeseen, sillä ylilääkäreiden työnkuvat olivat hyvin erilaisia; osalla työnkuvaan sisältyi potilastyötä vain satunnaisesti, ja osalla valtaosa työajasta käsitti potilastyötä osastonylilääkäreiden työnkuvan tapaan. Osa informanteista kuvasikin pohtineensa vastauksia aluksi potilastyökuvan eikä johtamistyön näkökulmasta, ja osa oli pohtinut informantin oman persoonan vaikutusta johtamisroolien numerointijärjestykseen. Aineiston lääkärijohtajat myös miettivät, voiko lääkärijohtajan työssä johtamistyön rooleja ylipäättään asettaa näin numerojärjestykseen sekä sitä, minkä päivän työtehtävien suhteen vastaukset oli arvioitava, koska eri päivien

vaihtelevat työnkuvat vaativat erilaisia johtamisrooleja. Johtamisroolin valinnan nähtiin riippuvan myös siitä, ketkä ovat johdettavana; esimerkiksi erikoistuvat lääkärit tarvitsivat enemmän lääketieteellisellä tiedolla johtamista kuin erikoislääkärit, joilla oli takanaan jo pidempi lääkäriura ja vahva kliininen osaaminen.

Johtamisroolinumeroinnissa ”johtaja”-johtamisroolia ei noussut aineistossa kenenkään informantin kohdalla yli muiden johtamisroolivaihtoehtojen, ja osa informanteista koki tuntevansa aversiota johtaja-sanaa kohtaan. Kuitenkin johtamisroolinumeroinnin yhteydessä spontaanissa puheessa työtään kuvatessaan aineiston lääkärijohtajat käyttivät usein ja eri yhteyksissä omasta johtamisroolistaan johtaja-termiä; esimerkiksi he kertoivat toimineensa jo vuosia työtiiminsä johtajana ja olevansa esihenkilönä sinut johtamisroolissaan. Myös johdettavista lääkäreistään informantit käyttivät ajoittain johtaja-sanaa, ja osa määritteli lääkäreiden johtamisen ”itsenäisten johtajien johtamiseksi”.

Aineiston perusteella voidaan todeta, että se, mitä tai ketä johtaa, määrittää myös johtamisotetta, ja minkä vuoksi tarvitaan myös erilaisia johtamisrooleja. Aineiston lääkärijohtajat myös tunnistivat johtaja-asemansa. Ollilan (2006) /Quinnin (1988) mallin johtamisroolit soveltuivat vain osittain lääkärijohtajien johtamisroolien selvittämiseen.

4.3 Artikkelin 3. Just a leader? Leadership work challenges and identity contradictions experienced by Finnish physician leaders

Tämän artikkelin tutkimustehtävänä oli lisätä ymmärrystä lääkärijohtajien johtamistyön haasteista, lääkärijohtamisen teoreettisesta taustasta ja löytää keinoja ratkaista haasteita, jotka syntyvät tasapainoiltaessa työn erilaisten vaatimusten välillä. Ymmärtääksemme paremmin tutkimuksen havainnot johtamistyönhaasteista, on taustainformaationa havaintojen pohdinnalle toimineet aikaisemmassa työssä (artikkeli 1) selvitettyt lääkärijohtajien työn ydinsisältöön erottamattomasti liittyvät tehtäväkentät ja niihin kytkeytyvät identiteetit: 1) lääketieteelliset tehtävät: lääkäri-identiteetti, 2) ihmisten johtamistehtävät: leader-identiteetti ja 3) asioiden johtamistehtävät: manager-identiteetti (Huikko-Tarvainen ym. 2019).

4.3.1 Kontribuutio: Kliinikkopätevyys osana lääkärijohtajuutta

Aineiston mukaan terveydenhuollon työympäristö ja institutionaalinen toimintalogiikka viestivät, suosivat ja toisinaan myös pitivät itsestäänselvyytenä sitä, että kaikki lääkärikoulutuksen opiskelleet - lääkärijohtajat mukaan lukien - osallistuivat potilastyöhön, minkä koettiin tuovan haastetta lääkärijohtajan kliinikko- ja johtamistöiden vastuiden tasapainoilussa. Informantit kuvasivat työtään ja sen erityispiirteitä pääsääntöisesti kaksijakoisesti potilastyönä ja johtamistyönä. Kuvattaessaan työhönsä liittyviä johtajatehtäviä aineiston lääkärijohtajat eivät niinkään erotelleet puheessaan johtajuuden (*leadership*) ja asioiden johtamiseen (*ma-*

nagement) liittyviä työtehtäviään, vaan molempiin voitiin viitata termillä ”ei-potilastyö”, joka kattoi kaikki ne työtehtävät, jotka eivät liittyneet kliiniseen potilastyöhön. Aineisto osoitti lääkärijohtajien vahvaa potilastyöhön sitoutumista sekä potilastyön arvostusta (ks. myös Spehar ym. 2015), ja toi esille myös sen, että kliinikkopätevyyden osoittaminen on osa lääkärijohtajan johtajuutta. Työn kahtiajako heijasti lääkäriprofessiassa johtamistyön implisiittistä alempiarvoisuutta verrattuna potilastyöhön, mikä aiheuttaa lääkärijohtajien työssä arvo- ja ammatti-identiteettiristiriitaa. Myös Marchildonin ja Fletcherin (2016) mukaan lääkärijohtajien työnkuvaan luonnostaan liittyvä työtehtävien epätasapaino synnyttää haasteita heidän työnsä kaikilla osa-alueilla, erityisesti johtamistehtävissä.

Informantit kokivat ajoittain tarvetta selittää ja vakuuttaa terveydenhuollon henkilöstölle, lääkärikollegoille ja itselleen sitä, että työnkuvaan liittyvä johtamistyöosuus on organisaatiolle yhtä todellista ja tärkeää kuin kliininen potilastyö. Myös lääkärikunnan itsensä toivottiin arvottavan lääkärijohtajan johtamistyöarvoltaan potilastyön veroiseksi. Vaikka johtamistyön pitämistä ”oikeana” työnä peräänkuulutettiin, johtamistyön arvon todellinen olemassaolo potilastyöhön nähden kyseenalaistettiin. Tämä ilmiö on nähty myös Styhren ym. (2016) tutkimuksessa, jossa lääkärijohtajien johtamistyötä pidettiin vähemmän palkitsevana kuin kliinistä potilastyötä, ja lääkärit pitivät siksi parempana johtajia, joilla oli vahva kliininen potilastyön osaaminen. Tällainen asetelma luo vahvoja suorituspaineita johtotehtäviin sitoutuneille lääkäreille ja vahvistaa epätasa-arvoa johtaja- ja lääkäri-ammatti-identiteettien välillä.

Osa informanteista näki lääkäreiden johtamistyön vaativuuden lisääntyvän myös silloin, jos johdettavilla lääkäreillä oli johtajaansa laajempi lääketieteellinen koulutus. Tilannetta koettiin helpottavan, jos lääkärijohtaja itse omasi hyvät oman erikoisalansa kliiniset taidot. Aineiston perustella hyvillä kliinikkotaidoilla saattoi joissain tilanteissa myös voida kompensoida puutteita johtamistyössä, mikä voi myös osaltaan selittää sitä, miksi lääkärijohtajat halusivat ylläpitää kliinisen potilastyön taitojaan. Morrowin ym. (2014) ja Girin (2017) mukaan lääkäreiden johtamistaitojen kehittäminen kuitenkin tehostaisi heidän johtamistyötään, koska johtamiskoulutus parantaisi lääkäreiden ”teknisiä” johtamistaitoja ja vahvistaisi myös lääkärijohtajien johtajaidentiteettiä.

Aineisto osoitti, että lääkärin etiikka arvotti lääkäri-identiteettiä johtajaidentiteetin edelle. Lääkärijohtajan ammatillinen identiteetti ja työetiikka olivat vahvasti sidoksissa lääkärin työhön, mikä oli tärkeä osa lääkärijohtajien johtajuutta. Siirtyminen potilastyöstä johtajatyöhön saatettiin nähdä myös lääketieteen hylkäämisenä (ks. myös Styhre ym. 2016), mihin liittyi epävarmuus potilastyöhön osallistumattoman lääkärin arvosta terveydenhuollon toimintakentässä. Lääkärin ammattietiikan lisäksi lääkärijohtajien henkilökohtainen sitoutuminen esikuvana johtamiseen sekä tarve työympäristön ajankohtaisen tiedon ylläpitämiseen olivat vahvoja motivaattoreita siihen, että kliininen potilastyö kulki lääkärijohtajan työnkuvassa mukana johtamistyön rinnalla. Toisaalta mahdollisuus sitoutua johtotehtäviin koettiin toisinaan vaikeaksi, koska potilastyö oli etusijalla lääkärinammattiin liittyvien eettisten velvoitteiden vuoksi. Osa lääkärijohtajista tuntui kokevan myös syyllisyyttä, jos he eivät osallistuneet potilastyöhön.

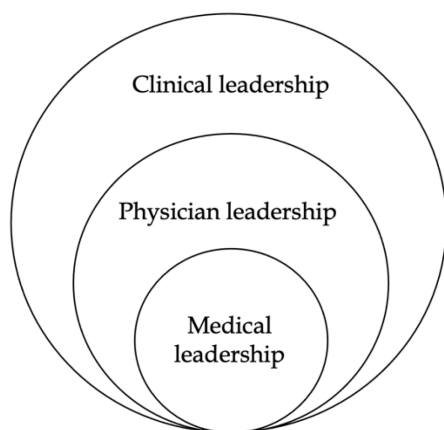
4.4 Artikkelin 4. Elements of perceived good physician leadership and their relation to leadership theory

Tämän empiirisen tutkimuksen tutkimustehtävänä oli selvittää, miten lääkärit itse määrittelevät hyvän lääkärijohtamisen elementit sekä formaaleissa että ei-formaaleissa (ks. esim. Gabel 2014) johtamistehtävissä sekä lisäksi selvittää, miten tutkimuksen löydökset näyttäytyvät johtajuusteorioiden valossa.

4.4.1 Kontribuutio 1: Termien medical leadership, physician leadership ja clinical leadership merkitysten selkiyttäminen

Lääkärijohtamisen ja täten myös hyvän lääkärijohtamisen tutkimusta on ollut hankaloittamassa se, että kansainvälisessä kirjallisuudessa lääkärijohtamisesta puhuttaessa käytetään englanninkielisiä termejä *physician leadership*, *medical leadership* ja *clinical leadership* ajoittain synonyymeinä, mutta ajoittain tarkoittamaan eri asioita. Spurgeonin ym. (2015, 175–176) mukaan osassa kirjallisuudesta *medical leadership* -termillä viitataan lääkäreiden johtamiseen ja *clinical leadership* -termillä johtamistilanteisiin, joissa johdettavana ovat terveydenhuollon kliinistä työtä tekevät henkilöt. Amerikkalaisessa kirjallisuudessa sen sijaan *physician leadership* -termiä suositaan viitattaessa tilanteeseen, jossa lääkärit ovat johdettavana. Termillä *medical leadership* on kirjallisuudessa viitattu myös kaikkien lääkäreiden - siis sekä formaaleissa johtamispositioissa työskentelevien lääkärijohtajien että myös työnsä kautta myös informaaleina johtajina toimivien rivilääkäreiden - päivittäiseen lääketieteelliseen johtamistyöhön potilastyön tavoitteiden saavuttamiseksi. Käytettäviä termejä sekoittamassa on lisäksi se, että osassa kansainvälistä kirjallisuutta termejä *medical leadership* ja *medical management* käytetään rinnakkain etenkin viitattaessa lääkäreihin, joiden työ sisältää hallinnollisia tehtäviä ja rooleja. (Berghouts ym. 2017, 1–2.)

Tämän tutkimuksen käsitteellisteoreettinen kontribuutio on vakiintumattoman terminologian, käsittehierarkian ja eri termien merkitysten täsmentäminen, mikä palvelee niin akateemista tutkimusta kuin käytännön toimijoitakin. Kuvio 3 esittää termien suhteen toisiinsa. Määritelmällisesti termillä *medical leadership* tarkoitetaan lääketieteellistä johtamista, jolla johdetaan potilastyössä käytettyä lääketieteellistä tietämystä. Termillä *physician leadership* tarkoitetaan lääkärijohtamista viitaten johtamistilanteisiin, joissa johdettavana ovat lääkärit. Termillä *clinical leadership* taas tarkoitetaan kliinisen työn johtamista viitaten tilanteisiin, joissa johdettavana on ammattiryhmästä riippumatta mikä tahansa terveydenhuollon ammattilaisten ryhmä.



KUVIO 3 Lääkärijohtaminen.

4.4.2 Kontribuutio 2: Hyvän lääkärijohtamisen elementit

Tutkimusaineiston perusteella hyvän lääkärijohtamisen peruselementit perustuivat osittain samanlaisiin elementteihin kuin muidenkin ammattiryhmien kohdalla, mutta hyvään lääkärijohtamiseen vaadittuihin elementteihin liittyi lisäksi tiettyjä lääkärin työhön liittyviä näkökohtia. Hyvä lääkärijohtaminen on lääkäreiden johtamista lääkärijohtajan lääkäri- ja johtamisammattitaidon ja työkokemuksen myötä syntyneen lääketieteen asiantuntemuksen ja lääkäriyden ymmärtämisen kautta yhdistettynä hyviin ihmissuhdetaitoihin, kollegiaalisuuteen, lääkärin autonomian ymmärtämiseen, lääkäreiden työnteon mahdollistaviin asianmukaisiin työoloihin sekä tilanteeseen sopivaan johtamistapaan (ks. myös Healthcare Leadership Model 2013; Oostra 2016; Ciulla 2018, 441, 444). Näin ollen hyvässä lääkärijohtamisessa tarvitaan osaamista sekä johtajuudessa (*leadership*) että asiajohtamisessa (*management*). Ajatus on samansuuntainen Mintzbergin johtamisrooliteorian kanssa, jonka mukaan asia- ja ihmistenjohtamisroolit nivoutuvat toisiinsa muodostaen toisistaan erottamattoman kokonaisuuden siten, että johtajan tarvitsee johtamistyössään aina useampaa johtamisroolia samanaikaisesti (Mintzberg 1980, 54–99).

Aineiston perusteella hyvät käytöstavat ja perusihmissuhdetaitojen hallinta, kuten kyky ottaa viestinnässä muut huomioon ja halukkuus kuunnella, olivat tärkeitä elementtejä lääkäreiden hyvässä johtamisessa. Viestintä ei voinut perustua olettamukseen, että johtajat tietävät, mitä heidän johdettavansa ajattelevat ja päinvastoin. Keskinäinen ja vastavuoroinen jatkuva viestintä johtajan ja johdettavien välillä näyttäytyi aineistossa kaiken toiminnan edellytyksenä ja kuvastaa työyhteisötaitojen merkitystä. Informantit pitivät tärkeänä mahdollisuutta esittää ajatuksia ja ideoita esihenkilölle matalalla kynnyksellä. Lääkäreiden osallistaminen heitä koskevaan päätöksentekoon (esimerkiksi mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä) koettiin tärkeänä ja järkevänä, ja sen katsottiin helpottavan johtamisessa onnistumista. Johtaja ei ole yksin johtamistyönsä kanssa ja työyhteisö voi omalta osaltaan auttaa ja mahdollistaa hyvää johtamista.

4.4.2.1 Ihmissuhdetaidot

Informantit pitivät tärkeänä, että johtajan viestintä ei saa olla pelkästään tiedon välittämistä, vaan kiinnostuksen osoittaminen johdettavien työtä ja heidän työsääntöön pärjäämistä kohtaan oli osa hyvää johtamisotetta. Keskinäisessä kommunikatiivisessa - hierarkiastasosta riippumatta - johdettavia lääkäreitä toivottiin kutsuttavan ryhmätasolla lääkäreiksi ja yksilötasolla heidän omilla nimillään. Termin ”alainen” ei nähty sopivan hyvän lääkärijohtamisen kontekstiin.

Aineisto osoitti, että positiivista palautetta ei koettu annetun riittävän usein. Johtajilta odotettiin säännöllisesti rakentavaa palautetta johdettavan työstä, ja erikoistuvat lääkärit toivoivat urapolulle neuvoa-antavia ”askelmerkkejä”. Myös aineiston lääkärijohtajat toivoivat palautetta omasta johtamistyöstään omilta esihenkilöiltään, mutta arvostivat palautteen saamista myös omilta johdettaviltaan. Parhaiten palaute antamisen todettiin tapahtuvan kasvokkain. Mitä hankalampi johtamistilanne oli kyseessä, sitä enemmän lääkärit odottivat kasvotusten kohtaamista. Palaute-sanalla sinänsä koettiin olevan jonkin verran negatiivinen kaiku, ja sen koettiin liittyvän enemmänkin työssä epäonnistumiseen. Tästä huolimatta hyvän johtamisen tunnusmerkkinä pidettiin kasvokkain annettua palautettua ja totuudenmukaista tietoa myös työosaamisen kehityskohteista.

Informantit edellyttivät johtajien käyttäytymiseltä oikeudenmukaisuutta, ennustettavuutta, rauhallisuutta ja johdonmukaisuutta. Johdettavat pitivät tärkeänä, että heidän johtajansa ottaa vastuun johtamistyöstään ja arvostaa johdettavien työtä, eikä valikoi suosikkijohdettavia. Lisäksi he odottivat johtajiltaan tilannetajua, emotionaalista älykkyyttä esittää asioita perustellusti ja loukkamatta, päätöksentekokykyä ja rohkeutta puuttua epäkohtiin, kuten johdettavien lääkäreiden työmäärien eriarvoisuuteen. Tiedot eri päätöksentekijöiden vastuunjaosta selvensivät ja vahvistivat turvallisen työskentelyn tunnetta.

Aineiston mukaan lääkärit olivat korkeasti koulutettu ja itsetietoinen asiantuntijaryhmä, jossa on vahvoja persoonallisuuksia ja mielipiteitä. Tämän vuoksi lääkäreiden johtajan oli osattava tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa sekä ymmärrettävä heidän vahvuutensa ja heikkoutensa. Lääkärijohtajien sekä virkaiältään vanhempien lääkäreiden katsottiin olevan osittain vastuussa työpaikan käyttäytymiskulttuurin muokkaamisesta, koska heidän odotettiin osoittavan, millaista oli sopiva käytös työpaikalla. Toisinaan informantit kokivat unohdetun, että lääkärit olivat myös tuntevia ja kokevia ihmisiä, mikä korosti ihmisten välisen taitojen tarvetta lääkäreiden johtamisessa.

4.4.2.2 Kollegiaalisuus ja lääkärin autonomia

Informantit näkivät kollegiaalisuuden itsestään selvänä osana hyvää lääkärijohtamista. Kollegiaalisuuden koettiin ilmaisevan kollegoiden yleistä keskinäistä arvostusta ja kunnioitusta kollegan työtä kohtaan, mutta myös tietynlaista tasa-arvoisuutta lääkäreiden välillä hierarkiastasosta riippumatta.

Aineisto osoitti, että lääkärit tunnistivat olevansa hierarkia-asetaan riippumatta oman lääkäriytyönsä ja moniammatillisten tiimien johtajia, mikä kuvaa rivilääkärienkin informaalia johtamisroolia lääkäriprofessiossa. Aineiston

mukaan häiriötön työskentelymahdollisuus viesti luottamusta lääkäreiden asi-
antuntemusta ja työkykyä kohtaan, minkä vuoksi riittävän lääkärin autonomian
nähtiin kuuluvan hyvään lääkärijohtamiseen läpi koko lääkärihierarkian, eten-
kin jos työtehtävät sujuivat ongelmitta. Haastavissa työtilanteissa hyvä lääkäri-
johtaminen näyttäytyi selkeänä ja kollegiaalisena ohjauksena, jossa lääkärijohtaja
tuki johdettaviaan sen sijaan, että olisi ensisijaisesti edistänyt omia etujaan.
Vaikka lääkärit ovatkin toistensa kollegoja hierarkia-asetusta riippumatta, tiet-
tyä etäisyyttä johtajan ja johdettavien välillä pidettiin tarpeelliselta. Toisaalta
liian suuren etäisyyden havaittiin johtavan selän takana puhumiseen ja epäsel-
vien tilanteiden muodostumiseen, mikä vaikeutti johtamista.

Aineiston mukaan hyvää lääkärijohtamista ei pidetty sellaisena, jota voi-
daan oppia pelkästään johtamisopintojen kautta. Toisaalta pelkästään lääketie-
teellistä koulutusta ei pidetty itsestään selvänä johtamisenestyn takuuna.
Hyvän lääkärijohtamisotteen nähtiin osittain vertautuvan lääkäriyteen, eli asiana,
johon työn myötä kasvetaan ajan kanssa. Koska lääkärin ammattia pidettiin ai-
nutlaatuisena Hippokrateen valalla vannottuna ammattina ja myös elämänta-
pana, pääsääntöisesti informantit näkivät välttämättömänä, että lääkäreiden joh-
tajilla itsellään oli lääkärikoulutus ja -työkokemusta ja että he ymmärsivät lääke-
tieteellisen etiikan merkityksen työssään. Aineiston valossa lääkäreiden johtami-
sessa johtajuus ansaittiin johtajan omalla käytöksellä ja työllä. Lääkärijohtajan
potilastyöhön osallistuminen koettiin osittain myös uhrautuvana käyttäytymi-
senä, joka myös herätti velvollisuuden tunnetta johdettavien lääkäreiden kes-
kuudessa. Informantit kokivat lääketieteellisen osaamisen ja uskottavuuden ole-
van olennainen elementti lääkäreiden hyvässä johtamisessa, minkä vuoksi poti-
lastyö kulki usein lääkärijohtajien työnkuvassa johtamistyön rinnalla.

Terveystieteillä työympäristönä koettiin olevan omia erikoispiirteitä,
jotka johtajan oli tunnettava ja ymmärrettävä, koska ne vaikuttivat lääkäreihin ja
heidän työhönsä, eikä niitä täten voitu jättää huomiotta lääkärijohtamisessa.
Erikoislääkäreiden johtajien oli hallittava kyseisen erikoisalan lääkäriydet ja
omattava riittävän vahva kyseisen erikoisalan työkokemus, koska muuten johta-
jalla ei ollut uskottavuutta johdettaviensa silmissä.

4.4.2.3 Tilanteeseen sopiva johtamisote

Aineiston mukaan hyvässä lääkärijohtamisessa tärkeinä tekijöinä pidettiin johta-
jan taitoa osata toimia johtajana jokaiselle yksittäiselle työntekijälle ja ottaa huo-
mioon vallitseva johtamistilanne. Lääkärit odottivat johtajillaan olevan – johtajan
oman lääkärikoulutuksen ja lääkäriyöuran kautta - tieto ja ymmärrys lääkärei-
den työn edellytyksistä ja lääkärinä työskentelystä lääkäriuran eri vaiheissa,
koska lääkäriuran tai erikoistumisenvaiheen eri vaiheissa olevat lääkärit tarvitsi-
vat erilaista johtamisotetta.

Informanttien välillä oli jonkin verran mielipide-eroja johtajan paikasta joh-
tamistilanteessa johdettaviin lääkäreihin nähden. Osa näki johtajan paikan ole-
van niin sanotusti ”etulinjassa”, siinä missä osa näki hyvän lääkärijohtamisen
palvelevana johtamisena, jossa ohjeistusten odotettiin tulevan perustelujen kera.

Käskyttävää johtamisotetta pidettiin vanhanaikaisena ja varmana tapana epäonnistua lääkäreiden johtamisessa.

Hierarkkisesta tasosta riippumatta informantit eivät pitäneet business-maailman integroimista osaksi lääkärijohtamista mahdollisena lääkäriä ohjauksen lääketieteen alaan liittyvien eettisten seikkojen vuoksi. Lääkäreiden johtamisen onnistumisen kannalta pidettiin tärkeänä, että valta, vastuu ja lääketieteellinen etiikka kulkevat käsi kädessä samalla johtajalla.

4.4.2.4 Toimivat työolot

Aineiston mukaan työolojen järjestäminen siten, että työnteko on sujuvaa, oli tärkeä näkökohta hyvässä lääkärijohtamisessa. Jokapäiväinen työ ei saanut olla vain päivästä toiseen selviytymistä. Terveystieteiden järjestelmien tuntemus, ennakoititaidot ja visio johdettavan yksikön tulevaisuudesta olivat johtajien välttämättömiä hyveitä työnsujuvuuden mahdollistamiseksi. Visioiden rakentaminen tuli olla ennakkoiden rohkeaa ja määrätietoista.

Aineisto osoitti, että lääkäreiden työn sujuvuus loi työtyytyväisyyttä ja vähensi muualle töihin hakeutumista. Työtyytyväisyyttä voitiin saavuttaa myös asianmukaisilla työsuhteilla, työehtojen ja -aikojen noudattamisella, selkeillä työn vastuuhjeistuksilla, työrauhan järjestämisellä, lääkäreiden (hierarkiasta riippumatta) asianmukaisella perehdytyksellä. Informanttien mukaan lääkärit myös äänestivät jaloillaan, jos he eivät olleet tyytyväisiä työoloihinsa tai johtajansa johtamistaitoihin. Aineiston perusteella johtajan olisi hyvä osata oivaltaa ne tilanteet, joiden seurauksena johdettava lääkäri oli oikeissa vaihtaa työpaikkaa. Tällaisessa tilanteessa hyvää lääkärijohtamista oli pyrkiä keskustelemaan kyseisen lääkärin kanssa lähtöön vaikuttavista tekijöistä ja lääkärin mahdollisuuksista jatkaa nykyisessä työssään.

4.4.3 Kontribuutio 3: Hyvän lääkärijohtamisen pohja on monijohtamisteoreettinen

Aineiston perusteella hyvässä lääkärijohtamisessa tarvitaan useimmiten eri johtamisotteita samanaikaisesti. Sopivin johtamistapa riippui johtamistilanteesta ja hierarkkisesta tasosta, jolla lääkäreitä johdettiin ja jolla lääkärijohtajat työskentelivät. Eettistä ja transformationaalista johtamisotetta sekä tilanneteoreettisia (*kontingenssi- ja situationaalinen*) johtamisotteita tarvittiin osana hyvää lääkärijohtamista kaikilla lääkäriprofession hierarkiatasoilla. Lääkärijohtajat tarvitsivat hyvän lääkärijohtamisen toteutumiseen myös hajautettua (*distributed*), jaettua/kollektiivista (*shared/collective*), yhteistyöhön (*collaborative*) perustuvaa ja palvelevaa (*servant*) johtamisotetta.

Aineiston perusteella johtajilta edellytettiin lääkärin ammattitaidon osamista ja sen pohjalta ymmärrystä siitä, miten lääkäriä vaikutti lääkäreiden elämään sekä kykyä valita ja soveltaa erilaisiin tilanteisiin ja erilaisiin ihmisiin sopivia johtamistapoja. Koska lääkärijohtajien johtamat lääkärit olivat kollegoita, joilla itsellään oli informaaleja johtamistehtäviä omalla hierarkkisella tasollaan, ilmeni lääkärijohtaminen moniulotteisena kokonaisuutena, jossa formaalit lääkä-

rijohtajat johtivat informaaleja johtajia, mikä hämärtää perinteistä johtajan ja johdettavan välistä rajaa. Tällä kaikella oli oma vaikutuksensa siihen, miten lääkärit näkivät ja kokivat hyvän lääkärijohtamisen. Koska lääketieteellinen asiantuntemus yhdisti lääkärijohtajia ja lääkärijohdettavia, onnistuminen lääkärijohtamisessa perustui osaksi lääketieteellisen asiantuntemuksen uskottavuuteen, tehden lääketieteellisestä johtajuudesta (*medical leadership*) erottamattoman osan lääkärijohtamisesta (*physician leadership*). Näin ollen ne eivät siis ole synonyymejä toisilleen (ks. kuvio 3 edellä).

4.5 Artikkelin 5. Huono johtaminen lääkärikontekstissa

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia ilmenemismuotoja huono johtaminen saa lääkärikontekstissa. Aineistosta tunnistettiin seitsemän huonoa lääkärijohtamista ilmentävää teemakokonaisuutta eli ilmenemismuotoa: vääränlaisen esihenkilöroolin ja johtamistyylin omaksuminen, liiallisten vaatimusten esittäminen, kykenemättömyys ottaa oma johtajarooli, sosiaalisten taitojen ja empatian puute, työtuen puute, suosikkijärjestelmä sekä epäasiallinen käytös. Aineiston mukaan huono johtaminen aiheuttaa lääkäreissä tyytymättömyyttä paitsi itse johtamista kohtaan, myös tyytymättömyyttä, sekä vaikeuttaa työstä suoriutumista ja vähentää työhyvinvointia. Lisäksi lääkärit saattavat vaihtaa työpaikkaa kokemansa huonon johtamisen vuoksi tai olla hakeutumatta töihin sellaiseen terveydenhoidon yksikköön, jolle on syntynyt maine huonosta johtamisesta.

4.5.1 Kontribuutio: Huonon johtamisen ilmenemismuodot

Perinteisesti on tunnistettu, että johtaja on ”puun ja kuoren välissä” (*the man in the middle*). Hän on ylempältä johdolta tulevien, usein taloudellisiin tuloksiin ja työsuoritusten määrään liittyvien vaatimusten sekä omalla vastuualueellaan olevilta henkilöiltä tulevien, esimerkiksi palkkaan ja työmäärään sekä työhyvinvointiin liittyvien vaatimusten välissä. Ihannetilanteessa johtaja osaa huomioida molempien tahojen vaatimuksia ja kykenee luomaan kummallekin taholle tunteen, että hän ”kuuluu meihin ja ajaa asiaamme”. Muussa tapauksessa hän saattaa jäädä ulkopuoliseksi henkilöksi, jota kukaan ei puolusta. (McConville 2006; ks. myös Haslam ym. 2012, 107–108.)

Aineiston mukaan johtajan vaikeus löytää sopivaa tasapainoa johtamistyön ja henkilöstön toiveiden välillä saattoi johtaa siihen, että johtaja alkoi pakoilla johtamisvastuuta ja pyrki vierittämään johtajaroolin ja siihen liittyvän päätös vastuun alaisilleen. Tämä ei kuitenkaan ollut kestävä johtamisen malli, koska mikäli johtaja itse ei ottanut johtajaroolia, sen otti joku muu työyhteisössä. Informanttien mukaan johtajan oli tarvittaessa hankittava lisätietoa ja asiantuntemusta päätöksiensä tueksi, minkä jälkeen johtajan oli itse uskallettava tehdä päätökset ja otettava myös vastuu niistä.

Luottamuksen vahva merkitys johtamisessa on tunnistettu lukuisissa tutkimuksissa läpi vuosikymmenten ja johtamisen on sanottu perustuvan molemminpuoliselle luottamukselle (Dirks ja Ferrin 2002; Rautavaara 1978). Ihmistenvälisen luottamuksen on myös todettu parantavan johdettavien tehokkuutta sekä yritykseen sitoutumista ja näin ollen myös yrityksen menestystä (Häkkinen 2012, 8). Myöskään tämän väitöskirja-aineiston mukaan pelkkä johtaja-asema, johtajatteli tai pelkät johtajan puheet ja vaatimukset eivät tuoneet auktoriteettia, vaan johtajuus ansaittiin luottamusta ja toimintaa ylläpitävillä teoilla. Aineisto osoitti, että mikäli johtaja samaistui liiaksi ylempään johtoon ja toi sieltä annetut käskyt ja tavoitteet sellaisinaan henkilöstölle, eikä ottanut tarpeellisessa määrin huomioon vastuullaan olevan henkilöstön esittämiä näkemyksiä, hän saattoi menettää johdettaviensa luottamuksen. Luottamuspulaa syntyi myös, mikäli johtaja piti johtamistehtäviä toisarvoisina tehtävinä tai jos hän ei osannut toteuttaa johtamistehtävää, mikä saattoi ilmetä työyhteisön yhteisten pelisääntöjen puuttumisena tai johtajan kätteettömyyden lupauksina. Luottamusta johtajaan horjutti, jos työhön liittyviin, itsestäänselvyyksinä pidettyihin rutiiniasioihin kuten työsopimukseen, työvuoroihin ja loma-ajankohtiin liittyviä päätöksiä ei hoidettu ajallaan. Myös johtamispäätösten roikkumaan jättäminen, johtajan oikullisuus, jatkuva näkökulmien vaihtaminen ja johtajan ylimielinen suhtautuminen johdettaviinsa ja heidän työolojaan koskeviin kehitysideoihin kyseenalaistivat aineiston mukaan luottamusta johtajaa kohtaan.

Greenleafin mukaan (2002) johtajuus onnistuu parhaiten, jos johtaja omaksumalla palvelevan johtamisen toimintatavat, jolloin hän pyrkii auttamaan kutakin vastuualueellaan olevaa henkilöä onnistumaan ja kehittymään ammatissaan sekä voimaan työssään hyvin. Aineiston perusteella johtajilta odotettiin johtamistyössä vaadittavaa myötäelämisen ja anteeksipyyttämisen taitoa sekä kykyä tunnustaa ja tunnustaa myös omat virheensä. Johtajalla tuli olla empaattisuuden lisäksi riittävästi tilannetajua, jotta hän osaisi kohdella ihmisiä oikeudenmukaisesti ja näin rakentaa hyvää työilmapiiriä. Mikäli johtaja ei osannut tai halunnut huomioida työyhteisön arjessa vastuualueensa työntekijöitä inhimillisellä ja kohteliaalla tavalla, vaan kohteli heitä kuin ilmaa, käytös synnytti johdettavissa pahaa oloa ja suuttumusta. Epäoikeudenmukaisuutta koettiin, mikäli johtaja ei kuunnellut riitatilanteessa kaikkia asianosaisia tai jos hän oli luottanut kolmasosapuolilta saamiinsa tietoihin enemmän kuin siihen, mitä asianomainen henkilöstö oli hänelle kertonut. Aineisto osoitti, ettei lääkärijohtamisessa aina voida puhua avoimesta dialogista tai keskusteleavasta johtamisesta, vaan päinvastoin ongelmia syntyi keskustelun ja kuuntelun puuttumisesta. Nämä olivat omiaan estämään dialogin syntymisen ja asioiden reflektoinnin. Johtajan kanssakäymisen epämääräisyys, arvaamattomuus ja olemattomuus synnyttivät työyhteisössä turvattomuutta ja epätietoisuutta päämääristä.

Aineiston mukaan johtajalla tuli olla riittävät sosiaaliset taidot, jotta hän kykenisi tukemaan työntekijöitä heidän työssään. Tuen puute näyttäytyi johtajan läsnäolon puutteena, kasvottomuutena, taidottomuutena antaa työstä palautetta ja käsitellä tilanteita, joissa alainen tarvitsi joko työnohjausta taikka tukea suoriutuakseen tai palautuakseen työstä. Työtuen puute ja johtajan kasvottomaksi ko-

keminen olivat myös tilanneriippuvaisia (ks. myös Thoroughgood ym. 2018); esimerkiksi jos uransa alkuvaiheessa olevan lääkärin oletettiin suoriutuvan työssään kokeneen kollegan tavoin. Osa rivilääkäri-informanteista näki huonona johtamisena tehtävänsä hoitamiseen saadun riittämättömän tai olemattoman perehdytyksen, kohtuuttomat työrupeamat ja henkisesti lääkäriä kuormittavien (kuten potilaan menehtyminen) asioiden työnohjauksen puutteen. Myös formaalissa johtaja-asemassa olevista lääkäreistä osa koki huonona johtamisena johtamistehtävänsä hoitamiseen saadun riittämättömän tai olemattoman perehdytyksen ja vertaistuen puutteen.

Aineisto osoitti, että kyetäkseen tukemaan henkilöstöä, johtajan piti ymmärtää lääkäreiden työympäristön ja työn vaatimukset. Jos johtaja itse ei osallistu potilastyöhön, saattaa hän menettää kykynsä "lukea" työtilanteita ja arvioida sitä, miten johdettavien lääkäreiden työskentely on edennyt. Näin ollen lääkäriprofession ulkopuolelta tulevilla johtajilla tai lääkärin työstä vieraantuneilla lääkäreillä voi olla vaikeuksia ymmärtää lääkäriyön nykyvaatimukset, mikä voi näyttäytyä johdettaville huonona johtamisena. Aineiston perusteella lääkäreiden johtaja, joka menettää kykynsä olla mukana lääkäriyössä ja joka epäonnistuu sopivan roolin ottamisessa johdon ja johdettavien välissä toimiessaan, on vaarassa jäädä kliinistä työtä tekevän lääkäriyöyhteisön ulkopuolelle. Tällaisessa tilanteessa voi olla hankala vaikuttaa sen paremmin johtoon kuin johdettaviinkaan.

Sheardin ym. (2013) mukaan huono johtaminen voi olla seurausta liian vaativista tavoitteista. Aineiston perusteella liiallisia vaatimuksia henkilöstölle esittävä johtaja osoitti, ettei hän piitannut sen paremmin työssä olevista ihmisistä kuin heidän työhyvinvoinnistaankaan, mikä rapautti työmoraaalia. Epäoikeudenmukaisuuden kokemusta lisäsivät johtajan joustamattomuus ja kyvyttömyys ottaa huomioon työntekijöiden yksilöllisiä eroja sekä työntekijän heikko mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä liittyviin asioihin, kuten työmäärään. Liiallinen työmäärä kuormitti henkilöstöä ja aiheutti stressiä. Epäoikeudenmukaisuutta koettiin syntyvän myös johdettavien aliarvioinnista, heidän työnsä vähättelystä ja työn vaatimustason asettamisesta kohtuuttomaksi tai korkeammaksi kuin johtajalla itsellään on.

Leader-Member-Exchange-teorian mukaan johtajilla on taipumus muodostaa johdettavistaan kaksi ryhmää, joiden jaottelun he pyrkivät pitämään salassa. Sisäpiiriin johtaja pyrkii ottamaan henkilöitä, joista hän pitää, siinä missä muut jäävät ulkopiiriin. (Häkkinen 2012, 53–55.) Aineiston mukaan lääkärijohtamisen kontekstissa sisäpiiriin ja sen myötä suosikkijärjestelmän olemassaolo tuli esille muun muassa tilanteissa, joissa johtaja kohteli alaisiaan eriarvoisesti esimerkiksi jakamalla päivittäisen työmäärän epätasaisesti, tai henkilöstön eriarvoisena koulutukseen pääsynä. Informantit kokivat myös epäoikeudenmukaisena ja eriarvoistavana sen, jos samasta työstä maksettiin eriarvoista palkkaa.

Vaikka sukupuolinen syrjintä on lailla (Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta 1986) kielletty, aineiston valossa sukupuolisyryntä tuli esille sukupuolten välisinä palkkaeroina, erikoistumiskoulutukseen ja työkoulutukseen pääsemisessä, epäasiallisena käytöksenä työhaastattelutilanteissa, epäoikeudenmukaisuutena virkoihin valinnoissa, nimittelynä, halveeraamisena, mielipiteiden tai

toimintamallien vähättelynä, perheen perustamiseen liittyvinä epäasiallisina kysymyksinä sekä johdettavan perheutisiin liittyvinä pettymyseleinä.

Aineiston mukaan huono johtaminen voi ilmetä myös johdettavan simputtamisena, tyylyttämisenä, itkettämisenä, kyykyttämisenä, henkisenä väkivaltana, julkisena nöyryyttämisenä ja johdettavalle huutamisenä. Lisäksi informantit kokivat huonoksi johtamiseksi tilanteet, joissa johtajan tiedettiin kohdelleen henkilöstöä eriarvoisella tavalla, mutta johtaja ei myöntänyt asiaa, vaan saattoi pyrkiä peittelemään tekoaan tai vääristelemään asioita. Aineiston perusteella virheiden anteeksi pyytämättä jättämisen sekä ”hajota ja hallitse” -johtamisotteen koettiin lisäävän epäoikeudenmukaisuuden tunnetta. Tätä lisäsivät myös johtajan työn sekä työympäristön epäkohtiin puuttumattomuus sekä ymmärryksen puute muutoksista työn nykyvaativuudessa ja nykytyöympäristössä verrattuna johtajan oman lääkäriuran alkuvaiheessa vallinneeseen tilanteeseen. Informantit eivät myöskään pitäneet siitä, että työssään ahkeraa, taitavaa ja hyvin suoriutuvaa lääkärinä ”palkittiin” lisätökuormalla. Aineiston valossa lääkärit kokivat tämän varsin tavanomaisen menettelyn epäreiluna ja epäoikeudenmukaisena.

Aineisto osoitti, että johdettavien eriarvoinen kohtelu, suosikkijärjestelmä ja epäoikeudenmukaisuus söivät johtamistyöltä uskottavuutta, mikä puolestaan nakersi johtajan arvovaltaa. Huonoa johtamista ilmentävä epäasiallinen käytös on todettu voivan kulminoitua jopa henkilöstön kiusaamiseksi ja synnyttää työpahoinvointia (Hoffrén ja Laulainen 2019; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019).

5 POHDINTA JA YHTEENVETO

Tämän väitöskirjatutkimuksen tarkoituksena on ollut lisätä ymmärrystä johtamisen erityispiirteistä lääkäriprofessionissa selvittämällä lääkäreiden urapolkua lääkärijohtajaksi, selkeyttämällä lääkärijohtaja- sekä lääkärijohtaminen-termin määritelmiä, selvittämällä lääkärijohtajien johtamistyössään käyttämiä johtamisrooleja ja kuvaamalla hyvän lääkärijohtamisen elementtejä sekä huonon johtamisen ilmentymiä.

5.1 Lääkärijohtaja ja lääkärijohtaminen

Väitöskirjatutkimuksen aineiston lääkärijohtajat olivat suorittaneet johtamiskoulutuksia vaihtelevan laajuisina kokonaisuuksina, ja kaikille lääkärijohtajille yhteistä oli pitkä lääketieteellinen koulutus ja työura ennen formaalia lääkärijohtaja-asemaa. Tämän tutkimuksen lääkärijohtajien urapolut olivat edenneet lääkäriasiantuntijauralta hallinnolliselle johtajauralle, mikä siltä osin noudattelee yhtä Heilmannin (2004) kuvaamista johtajan mahdollista urapoluista. Lisäksi tässä tutkimuksessa oli nähtävissä asiantuntijauran ja hallinnollisen uran osittainen päällekkäisyys; formaalinkin johtamistehtävän rinnalla halutiin pitää kiinni myös omasta lääkäriasiantuntijuudesta sekä säilyttää tuntuma lääkäriyöhön (vrt. Heilmann 2004).

Lääkärijohtajapositioon suuntaamisen taustalla esiintyi useammanlaisia sekä sisäsyntyisiä että ulkosyntyisiä tekijöitä, jotka ovat samansuuntaisia kuin Scheinin jo vuonna 1990 määrittelemät johtajien urapolkusuuntautumiseen vaikuttavat ura-ankkurit (ks. myös Vistbacka 2019, 82). Osassa tämän väitöskirjatutkimuksen lääkärijohtajien urapoluista oli ollut yhtäaikaaisesti vaikuttamassa useampia tekijöitä, kuten sisäsyntyinen kutsumus johtamistyöhön, halu hakeutua haasteellisempaan työhön, halu edetä uralla, rivilääkäriasemaa parempi mahdollisuus vaikuttaa työpaikkaa tai terveydenhuoltoon koskeviin asioihin, rivilääkäriasemaa parempi peruspalkka, halu toteuttaa parempaa johtamista sekä työyhteisön ja lähipiiriin kannustus hakeutua johtajapositioon. Myös johtajarooliin ”uh-

rautumista” tuli esille tilanteissa, joissa formaaliin johtajapositioon koettiin päädytyn muiden lääkärikollegojen puolesta. Elämän sattumilla oli ollut myös osuutensa; työpaikan vaihdon yhteydessä tarjolle oli ilmaantunut mahdollisuus myös johtajapositioon siirtymiseen. Osalla oli ollut urallaan useampia johtajapositioita, joista osaan oli rekrytoitu suoraan. Myös pitkä lääkäriura tai akateeminen meritoituminen olivat kuljettaneet urapolkuja siten, että lääkärijohtajapositioon siirtyminen oli tuntunut käytännössä ”luonnolliselta” urajatkumolta. Nämä löydökset ovat samansuuntaisia kuin mitä on kuvattu hammaslääkäreiden johtajaurista Suomessa (Tuononen ym. 2018).

Suomen Lääkäriliitto suosittaa, että ”johtamistehtäviin hakeutumisen tulee olla tietoista, ja johtotehtävissä toimivilta tulee edellyttää koulutusta ja johtajan rooliin asettumista” (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 8). Valtaosa tämän väitöskirjan lääkärijohtajista olikin tietoisesti hakeutunut johtamispositioonsa, viihtyi työssään ja toi esiin omaehtoisen kiinnostuksensa ja innostuksensa johtamistyötä kohtaan, mikä koettiin myös tärkeänä tekijänä johtamistyössä onnistumisessa. Näin ollen tämän väitöskirjan tutkimusaineiston sekä käytettävissä olevan aiemman kirjallisuuden valossa voidaankin todeta, että viimeisen 30 vuoden aikana Suomessa lääkäreiden suhtautumisessa johtamistyöhön on ollut nähtävissä käänös myönteisempään ja tavoitellumpaan suuntaan (vrt. esim. Tuomiranta 2002; Virtanen 2010). Samassa ajassa johtamisterminologia suomalaisessa kirjallisuudessa on myös muuttunut, sillä nykyisin hallintotyön (vrt. esim. Hermanson 1989) sijaan puhutaan johtamisesta. Sama ilmiö on nähtävissä myös kansainvälisissä tutkimuksissa (ks. esim. Martin ja Learmonth 2012), joiden mukaan hallintotyön (*administrative*) ja asiajohtamisen (*management*) sijasta painotus ja huomio johtamistyössä on kääntynyt ihmisten johtamiseen (*leadership*).

Väitöskirjan lääkärijohtajien kokonaistyönkuva oli moniulotteinen sisältäen tehtäviä erilaisista lääkärin töistä sekä terveydenhuollon asiantuntijaorganisaation johtamistehtävistä aina taloustehtäviin ja muihin hallintotehtäviin. Tämän väitöskirja-aineiston lääkärijohtajien kokonaistyönkuvaa ja johtamistyönkuvaa tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että tämän väitöskirjan tutkimuksen kohteena olleet lääkärijohtajat olivat sekä ylilääkäreitä että osastonylilääkäreitä, eli he edustivat sairaalahierarkiatasolla eri johtamistasoja. Aineiston lääkärijohtajien työviikkojärjestys oli yleensä ennalta suunniteltu, mutta työnkuva saattoi muuntautua tilanteen niin vaatiessa, ja tällöin työaika järjesteltiin uudestaan eri työtehtävien kesken. Tämä kuvaa yleisemminkin johtamistyön tilanteisuutta sekä ei-rutiiniluonteisuutta (ks. Heilmann 2018; Auvinen ym. 2018).

Johtamista on kuvattu lukuisilla, myös toisistaan huomattavasti eroavilla ja toisiinsa keskenään limittyvillä määritelmillä (esim. Yukl 2013, 23, 36; Swanwick 2017, 35; Kotter 1990). Valtaosassa johtamisen määritelmän pohjalla on kuitenkin ajatus johtamisesta prosessina, jossa ihminen pyrkii tietoisesti vaikuttamaan muihin ihmisiin organisoimalla, opastamalla ja helpottamalla heidän toimintaansa ja ihmistenvälisiä suhteita organisaatiossa tai ryhmässä (esim. Yukl 2013, 23, 36; Swanwick 2017, 35; Kotter 1990). Johtamisen jakaminen ilmiönä englanninkielisen kirjallisuuden tapaan ihmisten (*leadership*) ja asioiden johtamiseen (*management*), joilla mahdollistetaan tavoitteiden saavuttamiseen (Eklund 1992,

82; Bennis ja Goldsmith 1997, 4; Yukl 2013, 22–26; Kotter 1990, 4–5), helpottaa johtamisen ymmärtämistä. Tutkimusaineiston lääkärijohtajat eivät puheessaan erotelleet johtajuuteen (*leadership*) ja asioiden johtamiseen (*management*) liittyviä työtehtäviä kuvatessaan työhönsä liittyviä johtajatehtäviä, mikä voi liittyä siihen, että suomen kielessä johtamista on kuvaamassa vain yksi sana. Tämän väitöskirjan tulokset kuitenkin kuvasivat lääkärijohtajan johtamistyöhön kuuluvan sekä asiajohtamistyötä (*management*) että ihmisten johtamista (*leadership*). Management – sisältäen hallinnolliset vastuut, juridiset kysymykset ja kansalliset toimintaperiaatteet erityispiirteinen – on selkeämmin terveydenhuoltojärjestelmäsidoonainen ilmiökokonaisuus, siinä missä leadership – sisältäen johdettavien lääkäreiden tukemisen, opettamisen, ja osaamisen kehittämisen – on jopa universaali, erilaisia elämäntiloja läpäisevä ilmiö.

Vaikka useimmat yleisen johtamisen määritelmät pääpiirteiltään sopivatkin kuvaamaan lääkärijohtamistyötä, on tämän väitöskirjan tulosten perusteella lääkärijohtamisessa myös erityispiirteitä, sillä lääkärijohtajien työ ei aina sisällä pelkästään johtamistyötä. Suurin osa ylilääkäreistä ja kaikki osastonylilääkärit osallistuivat potilastyöhön johtamistyönsä lisäksi, ja näin aiemmat tutkimushavainnot (ks. esim. Viitanen ym. 2002) potilastyön merkittävästä osuudesta lääkärijohtajan työnkuvassa ovat edelleen vallitseva käytäntö. Lääkärijohtajat olivat siis usein tiiviisti mukana samanlaisessa potilastyössä kuin heidän johtamansa lääkäritkin ovat, ja he joutuivat ajoittain priorisoimaan ajankäytössään potilastyön johtamistyön tilalle esimerkiksi peruuttamalla tai siirtämällä kokouksia tilanteissa, joissa tarvittiin lisää lääkäreitä hoitamaan potilaita. Tämä kuvastaa lääkärijohtajan lääkäriammattipohjan vahvaa eettistä velvoitetta, joka heijastuu myös ”potilas ensin” -ajatteluperiaatteessa velvoittaen myös lääkärijohtajia osallistumaan potilastyöhön tarvittaessa; potilas voi menehtyä odottaessa, mutta johtamistyö sen sijaan ei odotuksen aikana katoa tai lakkaa olemasta.

Lääkärijohtajat eivät potilastyötä priorisoidessaan noudattaneet vain työnantajansa strategian keskiössä olevaa ”potilas ensin” -toimintatapaa, vaan myös Hippokrateen valan ydinsanomaa, joka tuo lääkärijohtamiselle tärkeän lisäpiirteen verrattuna yleisjohtamiseen, jossa Swanwickin (2017, 35) mukaan johtaminen nähdään yhteisen tavoitteen saavuttamista edesauttavana vaikutusprosessina, jonka tehtävänä on saavuttaa suunta, suuntautuminen ja sitoutuminen. Voidaankin ajatella, että lääkärijohtamisessa nousee esiin Hippokrateen valan ydin kollegiaalisuuden ja yhteisöllisyyden kautta, koska avunanto- ja opetusvelvollisuus kuuluvat Hippokrateen valan ydinkäsityksiin. Samoin ne kuuluvat myös ihmisten johtamisen ydinkäsityksiin (ks. esim. Ciulla 1998).

Lääkärijohtamistyötä määrittävät organisatoriseen positioon liittyvä esihenkilöasema, mutta erityisesti myös lääketieteellinen asiantuntijuus, jota edellyttävät niin yhteiskunnalliset odotukset ja lainsäädäntö kuin lääkärin etiikan ohjeistukset (ks. esim. Huikko-Tarvainen ym. 2019). Lisäksi johtamis- ja ihmissuhdetaidot sekä talousosaaminen vaikuttavat enenevästi lääkärijohtamistyöhön (Huikko-Tarvainen ym. 2019; ks. myös Turunen 2018). Tämä väitöskirjatutkimusaineisto vahvistaa aiempaa käsitystä lääkärijohtajan työstä korkeasti koulu-

tettujen asiantuntijoiden johtamistyönä (ks. myös Heilmann 2018), johon liittyy erottamattomana erityispiirteenä vahva kliinisen potilastyön asiantuntijuus.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tämä väitöskirjatutkimus luo käsitteellistä selkeyttä ja yhdenmukaisuutta määrittelemällä tuloksiin perustuen lääkärijohtajan terveydenhuolto-organisaatiossa muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivaksi lääkäriksi. Lisäksi lääkärijohtamisen puolestaan määritellään tarkoittavan muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivan lääkärin johtamistyötä terveydenhuolto-organisaatiossa.

5.2 Johtamistyön moniroolisuus lääkäriprofessiossa

Tässä väitöskirjatutkimuksessa käytettiin Ollilan (2006) /Quinnin (1988) johtamisroolimallia selvittämään eri johtamisrooleja lääkärijohtajan työssä. Tulosten mukaan lääkärijohtajan johtamisroolit olivat monipuoliset, niiden painotukset olivat erilaisia eri tilanteissa, ja niitä oli vaihdettava tilanteen mukaan. Lääkärijohtajan johtamistyössä se, mitä johtaa, määrittää kulloistakin johtamisotetta, joka näyttäytyy eri johtamisroolien kautta. Johtamisen kontingenssiteorian mukaan kyseessä on johtamistapa, jossa oleellisia ovat tilanneyhteys ja johdettavat (Bohmer 2012). Myös kansainvälisissä tutkimuksissa eri hierarkiatasojen lääkärijohtajien on todettu käyttävän laaja-alaisesti erilaisia johtamistyyplejä (Goleman ym. 2004; Saxena ym. 2017). Tehokkailla johtajilla on lisäksi todettu olevan taito hallita laajasti erilaisia johtamistapoja (Quinn 1988; Goleman ym. 2004; Saxena ym. 2017; Goleman ym. 2002) ja kyky valita kuhunkin tilanteisiin sopiva johtamisote (Vroom ja Jago 2007; Quinn 1988).

Aiemmassa kirjallisuudessa on todettu, että lääkärijohtajat eivät ole identifioineet itseään ensisijaisesti johtajiksi (Quinn ja Perelli 2016; Spehar ym. 2015; Llewellyn 2001; Ong 1998), vaan lääkäreiksi (Witman ym. 2011; Baker ja Dennis 2011; Llewellyn 2001). Tässä väitöskirjatutkimuksessa käytetyn Ollilan (2006) /Quinnin (1988) johtamisroolimallin tulosten mukaan lääkärijohtajat identifioivat myös itseään ensisijaisesti muiden johtamisroolien kuin ”johtaja”-nimisen johtamisroolin kautta. Mintzberg mukaan asiantuntijaorganisaatioille on tyypillistä, että johdettavat ovat esihenkilöidensä tasoisia asiantuntijoita (Mintzberg 1998b), mikä voi selittää johtamisroolitutkimuksessa ”johtaja”-roolin jäämistä lääkäriasiantuntijaroolin varjoon. Kuitenkin vapaassa puheessa lääkärijohtajat käyttivät sekä itsestään että lääkärialaisistaan johtaja-termiä, mikä taas viittaa siihen, että lääkärijohtajat joka tapauksessa tunnistivat oman roolinsa johtajana.

Tämän väitöskirjatutkimuksen perusteella käytännön kliinisellä potilastyöllä on keskeinen arvo lääkäriprofessiossa, ja siinä pätevyyden osoittaminen potilastyössä on edelleen osa lääkärijohtajan johtajaroolia (ks. myös Kaukoranta 2012), mitä Ollilan (2006) /Quinnin (1988) johtamisroolimalli ei tuo esille. Tämän vuoksi Ollilan (2006) /Quinnin (1988) mallin johtamisroolit soveltuvatkin vain osittain lääkärijohtajien johtamisroolien selvittämiseen, mikä voi myös johtua lääkärijohtajien johtamistyön luonteesta. Toisaalta malli itsessään voi olla sovel-

tumaton johtamistyön ohella myös potilastyötä tekevien lääkärijohtajien johtamistyöroolien tarkasteluun.

5.3 Lääkärin ja johtajan ammatti-identiteetin yhdistäminen

Suomalaisissa 2010-luvun johtamisammattillisissa keskusteluissa on nostettu esille johtajan ammatti-identiteetin merkitys korkean koulutustason vaativissa asiantuntijatehtävissä (ks. esim. Piispa 2012). Tämän väitöskirjatutkimuksen aineisto osoitti, että lääkärijohtajien työnkuvaan sisältyy monta eri työroolia, jotka luovat ja vaativat myös omanlaisensa ammatti-identiteetin: 1) lääketieteelliset tehtävät (potilastyö) tarvitsevat lääkärin ammatti-identiteettiä, 2) ihmisten johtamistehtävät (henkilöstöjohtaminen, ihmisten tukeminen ja kehittäminen, organisaation jäsenistä huolehtiminen) tarvitsevat leader-ammatti-identiteettiä ja 3) asioiden johtamistehtävät (työteon kitkattoman toiminnan ja tuloksellisuuden mahdollistaminen) tarvitsevat manager-ammatti-identiteettiä.

Aiempien tutkimuksien tulokset (ks. Witman ym. 2011; Andersson 2015; Spyridonidis ym. 2015) tukevat tämän väitöskirjan tutkimustuloksia lääkärijohtajan työstä moniulotteisena hybridityönä, jossa liikutaan johtaja- ja lääkäriyöroolin välillä, mutta samalla liikutaan myös lääkärin ammatti-identiteetin ja johtajan ammatti-identiteettien välillä. Täten tämän väitöskirjan tutkimustulokset ovat myös samansuuntaisia aiempien tutkimusten havaintojen kanssa lääkärijohtajan työnkuvasta asiantuntijajohtamistyönä, johon sisältyy paikoin ristiriitaisiakin rooli-dotuksia (ks. esim. Tuomiranta 2002; Andersson 2015). Nämä tekijät aiheuttavat epäselvyyttä ja haastetta lääkärijohtajien työhön kuuluvien tehtävien eli kliinisen potilastyön ja johtamistyön yhteensovittamisessa, minkä myös Spyridonidis ym. (2015) ja Witman ym. (2011) ovat tutkimuksissaan todenneet. Lääkärijohtamistyön koettiin olevan haasteellinen asetelmana, mutta ei kuitenkaan mahdoton tehtävänä.

Tämän väitöskirjatutkimuksen aineiston valossa johdettavat lääkärit ja lääkärijohtajat jakoivat saman vahvan sosiaalisen identiteetin lääkäriprofession jäsenenä (ks. esim. Haslam 2012, 89, 240). Lisäksi lääkärijohtajien ammatti-identiteetti ja työmoraali olivat vahvasti lääkäriydessä, johon johtaminenkin pitkälti tukeutui (ks. myös Owens 2020, 56). Tämä on ymmärrettävää, sillä johtajuutta on sanottu voitavan ymmärtää vain ymmärtämällä johdettaviensa sosiaalista identiteettiä (Haslam 2012, 261–262) sekä sitä sosiaalista järjestelmää, jossa johtaminen tapahtuu (Gronn 2002; Uhl-Bien 2006). Toisaalta lääkärijohtajien potilastyöhön osallistuminen voi kuitenkin vahvistaa asetelmaa, jossa terveydenhuollon organisaatiossa lääkärijohtajat nähdään ensisijaisesti – ellei yksinomaan – lääkäreinä eikä johtajina, mikä vahvistaa lääkärijohtajien lääkäri-ammatti-identiteettiä eikä johtaja-ammatti-identiteettiä, joka Anderssonin mukaan (2015) voidaan nähdä jopa anti-identiteettinä lääkäri-identiteetille.

Ammatti-identiteettikysymys voi liittyä myös taustalla olevan työkooulutuksen keston ja työvuosiin, koska Forouzadeh ym. (2018) ovat todenneet, että ammatillinen koulutus on olennaista ammatti-identiteetin muodostumisessa.

Henkilöt voivat Forouzadeh ym. (2018) mukaan identifioida itsensä ammatillisesti paitsi oman ammattiprofessionsa ja työnsä kautta, mutta myös koulutuksensa perusteella. Mitä pidempi työkoulutus ja taustalla olevat työvuodet, sitä vahvempi on tunne kyseiseen profession kuulumisesta ja profession mukaisesta ammatti-identiteetistä. Lääkärikoulutuksen kesto on kuusi vuotta ja erikoislääkärikoulutus viidestä kuuteen vuotta (Helsingin yliopisto 2021). Suomessa julkisissa sairaaloissa työskentelevät lääkärijohtajat ovat yleensä erikoislääkäreitä. Pitkä lääketieteellinen koulutus sekä pitkä lääkäriura saattavat vahvistaa lääkärijohtajien lääkäriammatti-identiteettiä johtaja-ammatti-identiteettiin nähden. Toisaalta lääkärijohtajien identifioituminen lääkäri-identiteettiin voi kuitenkin kääntyä vahvuudeksi, koska on todettu, että jos johtajat haluavat olla tehokkaita, olisi johtajan ja johdettavien oltava sidoksissa toisiinsa eli kuuluttava samaan "me"-ryhmään (ks. Haslam ym. 2012, 71). Tällöin johtajan vaikutusvalta ja asema muotoutuvat siitä, että he voivat edustaa johdettaviensa kanssa samaa ryhmää (Haslam ym. 2012, 143–144).

5.4 Lääketieteellisen osaamisen rooli lääkärijohtamisessa

Tämän väitöskirjan tulokset osoittavat, että sekä lääkärit että myös lääkärijohtajat sitoutuivat potilastyön lisäksi hyvin vahvasti myös lääkärin ammattietiikkaan. Lääkärijohtajien työtehtäviä määriteltessään sekä tutkimuksen lääkärit että lääkärijohtajat saattoivat kutsua johtamistyötä "ei-potilastyöksi", mikä kuvastaa vahvaa potilastyöhön sitoutumista ja korkeaa potilastyön arvostusta, millä on tietenkin itsestään selvyytensä keskeinen merkitys lääkäriprofessionissa. Toisaalta se lisää myös tarvetta osoittaa kliinistä pätevyyttä potilastyössä osana johtamiskompetenssia. Näiden asioiden taustalta on kuitenkin myös huomioitava, että laki terveydenhuollon henkilöistä (1994) tuo lääkäriyössä toimiville lääkärijohtajille rivilääkäreiden tapaan velvollisuuksia potilastyön suhteen. Tätä asetelmaa vahvistaa lääkäreiden työn vahva eettinen lähtökohta, sillä eri järjestelmissä työskentelevien lääkäreiden eettiset velvoitteet ovat yhdenmukaiset (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 211; Suomen Lääkäriliitto 2021a, 283–284, 295).

Johtamistyön kutsuminen työpuheessa termillä "ei-potilastyö" saattaa heijastaa johtamistyön alempaa arvostusta potilastyöhön nähden, eikä se näin ollen vahvista lääkärijohtajien johtaja-ammatti-identiteetin muodostumista, johtamistyössä toimimista eikä johtajatyöhön suuntautumista. Johtamistyön merkityksen mieltäminen potilastyöhön verrattuna vähempiarvoiseksi voi vaikuttaa siihen, miten johtaja kokee tai arvottaa johtamisroolinsa. Johtamistyön näyttäytyminen vähempiarvoisena työnä on poikkeava piirre verrattuna moniin muihin johtamiskonteksteihin (Quinn ja Cola 2020).

Potilastyön vaihtuminen johtamistyöhön eli "ei-potilastyöhön" saatetaan kokea potilastyöstä luopumisena, mihin voi yhdistyä myös kysymys lääkärin arvosta ilman potilastyötä. Aiemman tutkimuksen mukaan lääkäriammatti-identiteetti- ja kulttuurinäkökulmasta katsottuna formaaliin johtajaposition siirtyminen saatetaan nähdä kollegakunnan ulkopuolelle siirtymisenä (Lehto ym. 2003),

mitä tilannetta voi vahvistaa johdettavien pohdinta siitä, onko lääkärijohtaja tuolloin yksi lääkäreistä vai yksi johtajista (ks. esim. Witman ym. 2011; Haslam ym. 2012, 107–108). Toisaalta tämän väitöskirja-aineiston valossa osan mielestä lääkärijohtajan lääkäriyöosuuden osaamistasoksi riitti, että lääkärijohtajalla oli hyvä substanssiosaaminen omalla erikoisalallaan, mutta hänen ei tarvinnut olla koko klinikan taitavin potilastyön osaaaja (vrt. Sumanen ym. 2006). Tämä havainto voi viitata myös siihen, että pitkää kliinistä meritoitumista ei enää nähtäisikään yksinomaisena edellytyksenä lääkärijohtajuudelle.

Tämän väitöskirja-aineiston mukaan osalla lääkärijohtajista oli ajoittain tarvetta selittää ja vakuuttaa terveydenhuollon henkilöstölle, lääkärikollegoille ja itselleen sitä, että työnkuvaan liittyvä johtamistyöosuus oli organisaatiolle yhtä todellista ja tärkeää kuin kliininen potilastyö. Myös koko lääkärikunnan toivottiin arvottavan lääkärijohtajan johtamistyö arvoltaan potilastyön veroiseksi. Vaikka johtamistyön pitämistä ”oikeana” työnä peräänkuulutettiin, johtamistyön arvon todellinen olemassaolo potilastyöhön nähden kyseenalaistettiin. Lääkärijohtajan potilastyöhön osallistumisen koettiin lisäävän lääkärijohtajien uskottavuutta, legitimiyyttä, auktoriteettia ja kunnioitusta niin lääkäreiden kuin myös koko terveydenhuolto-organisaation silmissä (ks. myös Spehar ym. 2015). Tällainen asetelma luo vahvoja suorituspaineita johtotehtäviin suuntaaville ja sitoutuneille lääkäreille sekä vahvistaa epätasa-arvoa johtaja- ja lääkäri-identiteettien välillä. Aiemman tutkimuksen tapaan potilastyön kliinisten taitojen hallitseminen toi johtamiseen ”katu-uskottavuutta”, vahvistaen samalla potilastyöhön osallistumisen tarvetta (ks. esim. Quinn ja Perelli 2016; Spehar ym. 2015; Llewellyn 2001; Ong 1998), mikä taas saattaa synnyttää epävarmuutta uskottavuuden menettämisestä lääkärijohtajan työskennellessä ”pelkkänä” johtajana niin, että työkuvaan ei kuulu potilastyö.

Tämän väitöskirjatutkimuksen aineiston perustella hyvillä kliinikkotaidoilla saattoi joissain tilanteissa voida kompensoida puutteita johtamistyössä, mikä voi myös osaltaan selittää sitä, miksi lääkärijohtajat halusivat ylläpitää kliinisen potilastyön taitojaan. Mahdollisuus kompensoida puutteita johtamistyössä kliinisillä potilastyötaidoilla rohkaisee lääkärijohtajia jatkamaan potilastyötä johtamistyönsä rinnalla, mikä on pois johtamistaitojen kehittämiseen tarvittavasta ajasta. Johtamistyölle tulisi näin ollen suoda potilastyön veroinen arvo ja mahdollistaa johtamistyötaitojen vahvistaminen lääkäriprofessionissa. Lisäksi kliiniseen potilastyöhön osallistumattomat lääkärijohtajat olisi tunnustettava lääkäriprofession yhdenveroisiksi jäseniksi, eikä heitä saa pitää lääkärikollegoina, jotka ovat menettäneet kiinnostuksensa lääketieteeseen (ks. myös Styhre ym. 2016). Myös Suomen Lääkäriliitto (2014a) suosittaa, että ”lääkäriin tulee arvostaa eri tehtävissä niin esimiehenä kuin viranomaisrooleissa toimivien kollegojen työnkuvia” (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 9). Johtajakoulutukseen kannattaisi täten kiinnittää enemmän huomiota, jotta lääkäreillä olisi tarvittaessa mahdollisuus kehittyä myös johtamistyössään (ks. esim. Morrow ym. 2014; Giri 2017).

Terveydenhuolto-organisaatioiden vuosien saatossa kehittynyt ammattiburokratia (Mintzberg 1983b, 189–213; Mintzberg 1998a 348–349) ei helpota lääkärijohtajien hyväksymistä ja kunnioittamista pelkästään johtamistyötä tekevinä joh-

tajina, sillä tämän väitöskirjatutkimuksen aineiston valossa suomalainen terveydenhuolto-organisaatiokulttuuri ei vielä näytä olevan kokonaan valmis hyväksymään potilastyöhön osallistumattomia lääkäreitä. Sitä vastoin se osittain pitää kirjoittamattomana itsestäänselvyytenä, että kaikki lääkäriksi koulutetut osallistuvat myös potilastyöhön (ks. myös Kippist ja Fitzgerald 2009; Dickinson ja Ham 2008; Mo 2008; Buchanan ym. 1997). Näin ollen lääkärijohtajien kohtaamat haasteet eivät ole vain ammatti-identiteetti-ongelmia toisin kuin Andersson (2015) on väittänyt, vaan niillä on myös organisatorinen pohja. Toisaalta ammatillinen asiantuntijuus luo valta-asetelmaa ammattihierarkiassa (Mintzberg 1983b, 198) sekä riippumattomuutta työyhteisöön nähden (Mintzberg 1983b, 190), eivätkä lääkärijohtajat halua menettää lääkäriammatti-identiteettiään, jos ”pelkkä” johtaja-ammatti-identiteetti johtaa autonomia- ja valta-aseman menetykseen organisaatiossa (ks. myös Haslam ym. 2012, 107–108).

Artto ym. (2008, 313) ovat todenneet, että eritoten asiantuntijaorganisaatioissa on tavallista, että muutkin kuin virallinen päällikkö voivat toimia tehtävien aloittajina, mutta johtajan ensisijainen tehtävä on johtaminen, vaikka johtamisen kaltaisia tehtäviä olisi muillakin projektiryhmän jäsenillä tai projektin osapuolilla. Merkittävimmäksi eroksi näissä rooleissa Artto ym. (2008, 313) näkevät sen, että projektipäällikkö on tehtävässään myös tulosvastuullinen, kun muissa rooleissa ja tehtävissä se ei ole välttämätöntä.

Terveydenhuollossa tulosvastuun jakaminen ei ole näin yksinkertaista. Lisäksi tulohajauskin on haasteellista, sillä terveydenhuollossa tuote eli potilaan paraneminen on epävarmaa ja sen kysynnänkin ennustaminen hankalaa (Valtonen 1993, 103–104; Tuomiranta 2002, 22). Epävarmuus syntyy, koska ihmisten sairastumisen ennakoiminen on hankalaa, vaikka osaa sairauksista pystyttäisiinkin ennustamaan jollain tasolla (Isosaari 2008, 11). Näistä ajankohtaisimpana esimerkkinä on Covid-19-infektioden käyttäytymisen ennustaminen (Parkkila 2021; MacVane Phipps 2020).

Kaikki alat eivät siten ole yhteneväisiä, ja erilaisten järjestelmien ymmärtäminen auttaa ymmärtämään lääkärijohtajien työtä. Kun Yuklin (2013, 36) mukaan johtamiseen sisältyy vastavuoroinen oletus prosessista, joka helpottaa yhteisen tavoitteen saavuttamista, niin lääketieteessä tämä yhteinen tavoite on potilaiden hyvä hoitotulos (Schmidt ja Linenberger 2020). Tämä yhteinen eettinen lähtökohta koskee kaikkia lääkäriprofession jäseniä hierarkiatasosta riippumatta. Lisäksi laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ohjaa lääkärin toimimaan ammattietiikan mukaisesti potilaan parhaaksi (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, 15 §): ”Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.” Tämän tiedon valossa on ymmärrettävää, miksi lääkärijohtajat haluavat säilyttää potilastyön kliiniset taidot; lääkärijohdettaviaan ja heidän työtään ymmärtää paremmin, kun elää todeksi kollegojensa työtä ymmärtäen myös heidän vastuunsa lääkärin työssään (ks. myös Haslam ym. 2012, 261). Suomen Lääkäriliitto (2010, 6) onkin todennut: ”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.”

5.5 Lääkärit toivovat johtajakseen lääkäriä

Tämän väitöskirjatutkimuksen aineiston valossa lääkärit pääsääntöisesti toivovat johtajikseen lääkäreitä, mikä on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan lääkärijohtajana toimimisen edellytyksenä on lääkäriyön erityisosaamisen tuntemus (Clay-Williams ym. 2017; Perry ym. 2017; Styhre ym. 2016; Wrede ym. 2016; Ahlblad 2014; Hannus 2006). Tällöin johtaja on lääkäriprofession arvot jakavan ryhmän tunnustettu jäsen eli ”yksi meistä” (ks. myös Mintzberg 1983a, 1998a; Haslam ym. 2012, 107–108), mikä vahvistaa lääkärijohtajan lääkäriammatti-identiteettiä.

Tämän väitöskirjatutkimustulosten mukaan lääkärit odottivat johtajaltaan myös tehokkuutta. Haslam ym. (2012, 71) ovat todenneet, että jos johtajat haluavat olla tehokkaita, on sekä johtajan että johdettavien oltava sidoksissa toisiinsa eli kuuluttava samaan ”me”-ryhmään. Lääkärijohtajan ja johdettavien ”me lääkärit”-tunne eli yhteisen sosiaalisen identiteetin kokemus voi siis tehostaa johtamista, koska Haslamin ym. (2012, 107–108) mukaan ”omien” joukkoon kuluva johtaja on vaikutusvaltaisempi, hänen ohjeitansa seurataan herkemmin, työskentelee omilleen eikä itselleen, luo ja vahvistaa ryhmän yhteistä identiteettiä ja joutuu tekemään ryhmänsä sosiaalisen identiteetti uskottavaksi sekä muuntamaan sosiaalisiksi todellisuudeksi ryhmänsä arvostamat asiat. Tämän tiedon valossa lääkärijohtajien ei tulisikaan pyrkiä erottumaan johdettavistaan, vaan nimenomaan korostaa itsensä ja johtamansa ryhmän yhteisiä piirteitä eli sitä, mitkä asiat ”meillä” ovat yhteisiä ja mikä ”meidät” erottaa (ks. Haslam ym. 2012, 143–144).

Lääkäriyötä pidetään usein kutsumustyönä ja työskentelynä suuremman hyvän puolesta, mikä tarjoaa lääkäriprofession jäsenille merkityksen ja tarkoituksen tunnetta. Tämä myös vahvistaa lääkäreiden ja lääkärijohtajien sosiaalista identiteettiä lääkäriprofession jäsenenä (ks. myös Haslam 2012, 89, 240). Siksi on todennäköistä, että vertaisten johtaminen luo oman sävynsä johtamiskäyttäytymiselle. Tietoisuuden lääkärijohtaviansa kanssa jaetusta, yhteisestä arvomaailmasta lääkäriprofession jäsenenä voisi ajatella helpottavan lääkärijohtajan position hakeutumista ja lääkärijohtajana työskentelyä, koska Haslam ym. (2012, 268) ovat todenneet, että johtamisessa voi menestyä vain, jos johdettavalla ryhmällä on osoitettu olevan merkitystä. Kun lääkärijohtavat tunnistavat johtajansa oman professionsa jäseniksi, on lääkärijohtajien myös helpompi kaventaa lääketieteellisen maailman ja johtamismaailman välistä kuilua toimimalla siltana näiden kahden maailman välillä (ks. esim. Llewellyn 2001), mikä voi myös parantaa terveydenhuollon kehitystä (ks. esim. Witman ym. 2011).

Suomen Lääkäriliitto on suosittanut, että ”kliinistä työtä tekevien lääkärin esihenkilönä tulee olla lääkäri” (Suomen Lääkäriliitto 2010, 5) ja todennut, että lääkärin peruskoulutus mahdollistaa laajan ymmärryksen sekä ihmisten, että asi-

oiden johtamiseen, koska lääkärin peruskoulutus tarjoaa tulevalle lääkärijohtajalle vankan pohjan ymmärtää terveydenhuollon palvelutoiminnan logiikkaa, tehdä valintoja vaihtoehtojen välillä sekä saavuttaa lääkärikollega-alaisten luottamus (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 178; Suomen Lääkäriliitto 2021a, 235). Suomen Lääkäriliiton mukaan lääkäritaustaisen koulutuksen tarpeellisuus johtuu lisäksi siitä, että lääkäritaitojen, työn laadun, työsuorituksen ja täydentävien koulutustarpeiden arvioimiseksi lääkäreiden johtajilla on oltava lääketieteellistä asiantuntemusta (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 6), mikä noudattelee tietojohdamista eli tietoon perustuvaa toimintaa ja sen johtamista (ks. Valtiovarainministeriö 2022; Tietokiri 2018, 15–16.)

5.6 Hyvän lääkärijohtamisen elementit johtamisteorian valossa

Tämän väitöskirjatutkimuksen aikana havahduin kirjallisuuteen perehtyessäni siihen, että lääkärijohtamisen ja näin ollen myös hyvän lääkärijohtamisen teoreettista tutkimusta hankaloittaa terminologinen ja käsitteellinen jäsentymättömyys. Jäsentymättömyyttä kuvastaa se, että kansainvälisessä kirjallisuudessa lääkärijohtamista tarkoittamaan käytetään englanninkielisiä termejä *physician leadership*, *medical leadership* ja *clinical leadership* ajoittain synonyymeinä, mutta ajoittain tarkoittamaan eri asioita. Näin ollen tässä väitöskirjatutkimuksessa näiden eri termien ero ja suhde toisiinsa on selkeytetty ja havainnollistettu kuviolla (kuvio 3 edellä). Määritelmällisesti termillä *medical leadership* tarkoitetaan lääketieteellistä johtamista, jolla johdetaan potilastyössä käytettyä lääketieteellistä tietämystä. Termillä *physician leadership* tarkoitetaan lääkärijohtamista viitaten johtamistilanteisiin, joissa johdettavana ovat lääkärit ja termillä *clinical leadership* tarkoitetaan kliinisen työn johtamista viitaten tilanteisiin, joissa johdettavana on ammattiryhmästä riippumatta mikä tahansa terveydenhuollon ammattilaisten ryhmä.

Tämän väitöskirjan tutkimustulosten perusteella hyvän lääkärijohtamisen peruselementit (taulukko 5) perustuvat osittain samantlaisiin elementteihin kuin muidenkin ammattiryhmien kohdalla, mutta hyvän lääkärijohtamiseen vaadittuihin elementteihin liittyy lisäksi tiettyjä lääkärin työhön liittyviä näkökohtia. Tämän väitöskirjatutkimuksen tulosten perusteella hyvä lääkärijohtaminen on lääkäreiden johtamista lääkärijohtajan lääkäri- ja johtamisammattitaidon ja työkokemuksen myötä syntyneen lääketieteen asiantuntemuksen ja lääkäriyden ymmärtämisen kautta yhdistettynä hyviin ihmissuhdetaitoihin, kollegiaalisuuteen, lääkärin autonomian ymmärtämiseen, lääkäreiden työnteon mahdollistaviin asianmukaisiin työoloihin sekä tilanteeseen sopivaan johtamistapaan (ks. myös Healthcare Leadership Model 2013; Oostra 2016; Ciulla 2018, 441, 444). Lisäksi tämän väitöskirjatutkimuksen valossa hyvän lääkärijohtamisen pohja on monijohtamisteoreettinen, sillä siinä tarvitaan useimmiten eri johtamisotteita samanaikaisesti. Sopivin johtamistapa riippuu johtamistilanteesta ja hierarkkisesta tasosta, jolla lääkäreitä johdetaan ja jolla lääkärijohtajat työskentelevät. Eettistä ja transformationaalista johtamisotetta sekä tilanneteoreettisia (*kontingenssi- ja situationaalinen*) johtamisotteita tarvitaan osana hyvää lääkärijohtamista kaikilla lääkäriprofession hierarkia-

tasoilla. Lääkärijohtajat tarvitsevat hyvän lääkärijohtamisen toteutumiseen myös hajautettua (*distributed*), jaettua/kollektiivista (*shared/collective*), yhteistyöhön (*collaborative*) perustuvaa ja palvelevaa (*servant*) johtamisotetta. Lääkärijohtajilta edellytetään lääkärin ammattitaidon osaamista ja sen pohjalta ymmärrystä siitä, miten lääkäri työ vaikuttaa lääkäreiden elämään sekä kykyä valita ja soveltaa erilaisiin tilanteisiin ja erilaisiin ihmisiin sopivia johtamistapoja.

TAULUKKO 5 Hyvän lääkärijohtamisen elementit.

<p>Hyvä lääkärijohtaminen on lääkäreiden johtamista lääkärijohtajan lääkäri- ja johtamisammattitaidon ja työkokemuksen myötä syntyneen lääketieteen asiantuntemuksen ja lääkäriyden ymmärtämisen kautta yhdistettynä hyviin ihmissuhdetaitoihin, kollegiaalisuuteen, lääkärin autonomian ymmärtämiseen, lääkäreiden työnteon mahdollistaviin asianmukaisiin työoloihin sekä tilanteeseen sopivaan johtamistapaan.</p>	
<p>Ihmissuhdetaidot</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Johtajan käytös on oikeudenmukaista, ennustettavaa, rauhallista ja johdonmukaista. - Johtaja ottaa vastuun johtamistyöstään ja arvostaa johdettavien työtä, eikä valikoi suosikkijohdettavia. - Johtajalla on tilannetajua, emotionaalista älykkyyttä esittää asioita perustellusti ja loukkaamatta sekä päätöksentekokykyä ja rohkeutta puuttua epäkohtiin. - Lääkärijohtajat sekä virkaiältään vanhemmat lääkärit ovat osaltaan vastuussa työpaikan käyttäytymiskulttuurista, koska heidän odotetaan osoittavan, millaista on sopiva käytös työpaikalla.
<p>Kollegiaalisuus ja lääkärin autonomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kollegiaalisuus ilmaisee kollegoiden keskinäistä arvostusta sekä kunnioitusta kollegan työtä kohtaan, mutta myös tasa-arvoisuutta lääkäreiden välillä hierarkiatasosta riippumatta. - Lääkärit ovat oman lääkäriytyönsä ja moniammatillisten tiimien johtajia, mikä kuvaa rivilääkärien ei-formaalia johtamisroolia. - Häiriötön työskentelymahdollisuus on viesti luottamuksesta lääkäreiden asiantuntemusta ja työkykyä kohtaan, minkä vuoksi riittävä lääkärin autonomian kuuluu hyvään lääkärijohtamiseen läpi koko lääkärihierarkian, etenkin jos työtehtävät sujuvat ongelmitta. - Haastavissa työtilanteissa hyvä lääkärijohtaminen on selkeää ja kollegiaalista ohjausta.
<p>Toimivat työolot</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jokapäiväinen työ ei voi olla vain päivästä toiseen selviytymistä. - Työtyytyväisyyttä luovat asianmukaiset työ sopimukset, työehtojen ja työaikojen noudattaminen, selkeät työn vastuuhjeistukset, työrauhan järjestäminen, lääkäreiden (hierarkiatasosta riippumatta) asianmukainen työhön perehdytys ja mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön ja työmäärään.
<p>Tilanteeseen sopiva johtamisote</p> <p>Monijohtamisteoreettinen johtamis pohja</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hyvässä lääkärijohtamisessa tarvitaan useimmiten eri johtamisotteita samanaikaisesti. - Sopivin johtamistapa riippuu johtamistilanteesta ja hierarkkisesta tasosta, jolla lääkäreitä johdetaan ja jolla lääkärijohtajat työskentelevät. - Lääketieteellinen asiantuntemus yhdistää lääkärijohtajia ja lääkärijohdettavia, minkä vuoksi onnistuminen lääkärijohtamisessa perustuu osaksi lääketieteellisen asiantuntemuksen uskottavuuteen tehden lääketieteellisestä johtajuudesta erottamattoman osan lääkärijohtamisesta. - Koska johdettavat lääkärit ovat lääkärijohtajien lääkärikollegoita, joilla itsellään on informaaleja johtamistehtäviä omalla hierarkkisella tasollaan, on lääkärijohtaminen moniulotteinen kokonaisuus, jossa formaalit lääkärijohtajat johtavat informaaleja johtajia, mikä hämärtää perinteistä johtajan ja johdettavan välistä rajaa.

5.6.1 Kollegoiden johtamista - Johtajien johtamista

Tämän väitöskirjan tulokset osoittavat, että lääkärijohtajat eivät ole vain johtajia, vaan myös johdettaviensa lääkärikollegoita, koska useimmat lääkärijohtajat osallistuivat johtamistyönsä lisäksi myös potilastyöhön. Tämä lähentää johtajan ja johdettavan välistä etäisyyttä. Koska lääkärijohtajan johtamat lääkärit ovat lääkärijohtajan kollegoita, joilla itsellään on informaaleja johtamistehtäviä omalla hierarkkisella tasollaan, näyttäytyy lääkärijohtaminen tämän väitöskirjatutkimusaineiston valossa moniulotteisena kokonaisuutena, jossa formaalit lääkärijohtajat johtavat informaaleja johtajia, mikä hämärtää perinteistä johtajan ja johdettavan välistä rajaa. Tällä kaikella on oma vaikutuksensa siihen, miten lääkärit näkevät ja kokevat hyvän lääkärijohtamisen.

Koska lääketieteellinen asiantuntemus yhdistää lääkärijohtajia ja lääkärijohdettavia, onnistuminen lääkärijohtamisessa perustuu osaksi lääketieteellisen asiantuntemuksen uskottavuuteen, tehden lääketieteellisestä johtajuudesta (*medical leadership*) erottamattoman ja välttämättömän osan lääkärijohtamista (*physician leadership*), eivätkä ne siis ole synonyymejä toisilleen (kuvio 3 edellä). Nämä lääkäriammattiin ja lääkäreiden työhön liittyvät ominaispiirteet ovat mahdollisesti osasy s siihen, miksi lääkäreiden on vaikea nähdä johtajinaan muita kuin lääkäreitä.

Tämän väitöskirjatutkimuksen aineiston valossa erikoislääkäritkin odottivat tarvittaessa saavansa konsultaatiotukea ja kollegiaalista tukea lääkärijohtajiltaan sekä myös erikoislääkärikollegoiltaan vaikeissa lääketieteeseen tai potilasiin liittyvissä tilanteissa. Tämä ilmentää lääketieteellisen johtamisen kautta jaettua, kollektiivista johtajuutta lääkäriprofessiossa, mikä tulee esille myös formaalien lääkärijohtajien työkuvaan kautta heidän osallistuessaan johtamistyönsä lisäksi myös potilastyöhön johdettaviensa rinnalla.

Lääkäriprofessiossa voidaan toteuttaa jaettua sekä kollektiivista lääketieteellistä johtajuutta lääketieteellisen johtamisen kautta hierarkkisesta tasosta riippumatta myös siksi, että jokaisen rivilääkäriinkin työhön liittyy lääkärin perustyön ja vastuun kautta informaali johtamisrooli, joka tekee rivilääkäreistä oman hierarkiatasonsa informaaleja johtajia. Koska lääkärit hierarkia-asemastaan riippumatta ovat lääkärin työssään tottuneet tietynlaiseen johtamisvastuuseen, tarjoutuu lääkäriprofessiossa edellytykset kehittää aidosti jaettua johtajuutta.

Tämän väitöskirjan tulosten perusteella voidaan siis todeta, että lääkäriammattiin liittyvät piirteet, jotka mahdollistavat ja velvoittavat osan johtamisvastuiden jakamisesta lääkäriprofessiossa laajemmin kollegakunnalle kuin pelkästään formaaleille lääkärijohtajille, tukevat hajautettua, jaettua/kollektiivista ja yhteistyöhön perustuvaa johtajuutta osatekijänä hyvän lääkärinjohtamisen rakentamisessa. Tämä johtuu siitä, että nämä johtamisteoriat tukevat vastuun ja vallan jakamista johtajien ja johdettavien välillä sekä perinteisissä johtamismalleissa esiintyvien johtajien ja alaisten välisten jyrkkien raja-aitojen poistamista (ks. Gordon 2011, 194–195).

5.6.2 Transformationaalista johtamista lääkärin autonomiaa ja kollegiaalisuutta kunnioittaen

Tämän väitöskirjatutkimuksen tulokset toivat esille, että hyvässä lääkärijohtamisessa lääkärit odottivat johtajaltaan hyvän käyttäytymisen roolimallia hyvien käytöstapojen toimiessa hyvän johtamisen lähtökohtana. Hyvän johtamisen kantavina ominaisuuksina nähtiin luottamus, oikeudenmukaisuus, empatia, sosiaaliset taidot, vastavuoroiset viestintätaidot, säännöllisen työpalautteen saaminen, kollegiaalinen käytös ja tunnealy. Nämä väitöskirjatutkimuksen aineiston havainnot ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten havaintojen kanssa (ks. esim. Oostra 2016; Healthcare Leadership Model 2013). Kollegiaalisuuden koettiin ilmaisevan kollegoiden yleistä keskinäistä arvostusta ja kunnioitusta kollegan työtä kohtaan, mutta myös tietynlaista tasa-arvoisuutta lääkäreiden välillä hierarkiastasosta riippumatta. Vaikka lääkärit olivat toistensa kollegoja hierarkiasemasta riippumatta, työrauhan antaminen ja tietty etäisyys johtajan ja johdettavien välillä koettiin tarpeelliseksi. Lääkärit odottivat johtajaltaan ymmärrystä kunnioittaa lääkärin työn autonomiaa sekä mahdollisuutta vaikuttaa omaan työhönsä ja työmäärään.

Tämän väitöskirjatutkimuksen aineiston valossa kenenkään ei odotettu olevan synnynnäinen johtaja, eikä pelkän johtaja-tehtävänimikkeen koettu tuovan uskottavuutta johtajana toimimiselle. Johtaja-asema ansaittiin osoittamalla johtamistaitojen lisäksi myös ymmärrystä lääketieteestä ja lääkärin työstä sekä lääkäriyden vaikutuksesta johdettavan elämään. Tämän nähtiin olevan vaikeaa, jos johtajalla ei ole omakohtaista kokemusta lääkärinä työskentelystä, koska lääkärietiikan ja lääketieteen velvollisuuksien sisäistäminen edellyttää lääketieteellistä koulutusta, lääkäriytykokemusta ja lääkäriyteen kasvamista.

Väitöskirjan tulosten mukaan käytännön työasioiden odotettiin toimivan vaivattomasti, eikä arkityö saanut olla vain päivästä toiseen selviämistä. Näin ollen työn sujumuuden mahdollistamiseen tarvittiin lääkäriyden ymmärtämisen lisäksi terveydenhuollon tuntemusta ja ennakointitaitoa, kykyä tehdä päätöksiä sekä visio, jota kohti ollaan menossa. Vision rakentamisen haluttiin olevan määrätietoisesti eteenpäin menevää ja johtamisotteen kannustavaa. Tämän väitöskirjatutkimuksen tulokset vahvistavat, että näillä asioilla nähdään olevan myönteinen vaikutus työtyytyväisyyteen, joka vähentää muualle töihin hakeutumista. Työtyytyväisyyttä paransivat asianmukaiset työsopimukset, työehtojen ja -aikojen noudattaminen, selkeät työn vastuuhjeistukset, työrauhan mahdollistaminen ja asianmukainen työhön perehdytys. Väitöskirja-aineiston valossa lääkärit saattavat äänestää jaloillaan, jos he eivät ole tyytyväisiä työoloihinsa tai johtajansa johtamistaitoihin. Lisäksi johtajan olisi hyvä oivaltaa ne tilanteet, joiden seurauksena johdettava lääkäri on mahdollisesti vaihtamassa työpaikkaa ja pyrkiä keskustelemaan kyseisen lääkärin kanssa lähtöön vaikuttavista tekijöistä sekä mahdollisuuksista jatkaa nykyisessä työssään.

Tämän väitöskirjan tulosten perusteella transformationaalinen johtamisteoria voi toimia pohjana hyvän lääkärijohtamisen rakentamiselle, koska johtajien edellytetään olevan luotettavia ja optimistisia sekä omaavan vision organisaation eteenpäin viemiselle. Transformationaalinen johtaja saa vuorovaikutuksellaan ja

oman työntekonsa esimerkillä johdettavansa sitoutumaan työhönsä (Yukl 2013, 323–325). Tätä edesauttaa, jos lääkärijohtajan työnkuvaan kuuluu kliinistä potilastyötä johtamistyön ohella. Potilastyöhön osallistuminen auttaa lääkärijohtajia ymmärtämään ja kunnioittamaan lääkärin autonomiaa, mikä taas vastavuoroisesti saa johdettavat lääkärit tuntemaan luottamusta, uskollisuutta ja kunnioitusta johtajaansa kohtaan, mikä on olennainen osa transformationaalista johtamismallia (ks. esim. Burns 2003, 29; Yukl 2013, 312–313).

5.6.3 Profession yhteinen lääkärietiikka eettisen ja palvelevan johtamisen perustana

Lääkäriprofessio ja johtamistilanne, jossa johdettavat lääkärit ovat lääkärikollegoita, luo johtamistyölle oman erityisen sävyn ja odotukset. Lääkärit ovat vahvasti sitoutuneita tekemään työnsä eettisesti hyvin ja oikein. Haslam ym. (2012, 261–262) mukaan johtajalle on eduksi, jos hän on johdettavan ryhmänsä hyväksymä prototyyppinen jäsen, joka ymmärtää johdettavien ryhmälle merkitykselliset symbolit ja rituaalit (Haslam ym. 2012, 261–262.) Aiemman tutkimuksen tulokset tukevat tämän väitöskirjan tuloksia, joiden mukaan lääkärit pääsääntöisesti halusivat johtajan, jolla oli johdettavien lääkäreiden kanssa samat eettiset ja lääketieteelliset arvot (ks. myös Styhre ym. 2016), keskinäinen luottamus sekä kollegiaalinen ja ammatillinen kunnioitus, mikä heijastaa eettistä johtamisotetta (ks. esim. Brown ja Treviño 2006).

Tämän väitöskirjatutkimuksen aineiston valossa lääkärit eivät pitäneet business-maailman integroimista osaksi lääkärijohtamista mahdollisena lääkäreiden työtä ohjaavien lääketieteen alaan liittyvien eettisten kysymysten vuoksi. Lääkäreiden johtamisessa onnistumisen kannalta pidettiin tärkeänä, että valta, vastuu ja lääketieteellinen etiikka kulkevat yhdessä samalla johtajalla.

Hippokrateen valaan (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 199; Suomen Lääkäriliitto 2013 c) sisältyy kollegiaalisia ja yhteisöllisiä velvoitteita, jotka ohjaavat lääkäreitä hierarkiatasosta riippumatta auttamaan ja tukemaan kollegoitaan hyvään ja oikeaan toimintaan sekä haittojen välttämiseen. Nämä ovat myös hyvän lääkärijohtamisen perustaa, ja ne tukevat eettisen ja palvelevan johtamisen tärkeyttä osana hyvää lääkärijohtamista. Johtajien on kyettävä osoittamaan etiikan vahva läsnäolo lääkäriytyönsä ja oman käytöksensä kautta (ks. myös Brown ja Treviño 2006). Hyvän johtamisen ytimessä etiikka ja tehokkuus risteävät ja johtaminen on sekä moraalisesti että teknisesti hyvää (Ciulla 2018, 444–446).

Tämän väitöskirjatutkimuksen tulosten valossa hyvä lääkärijohtaminen näyttäytyi haasteellisissa työtilanteissa selkeänä ja kollegiaalisena ohjauksena, jossa johtaja tuki johdettaviaan sen sijaan, että tämä ensisijaisesti edistäisi omaa parastaan. Johtaja ei myöskään saanut valikoida johdettavistaan suosikkeja, vaan hänen oli edistettävä johdettaviensa tasapuolista ja hyvää kohtelua, mikä noudattelee Aristoteleen oppia hyvyydestä (Peters 1906, 2). Tämä heijastaa myös palvelevaa johtamisotetta, jossa johtajien odotetaan tarvittaessa kouluttavan johdettavia kollegoitaan mentoroinnin, valmennuksen ja koulutuksen avulla sekä käyttäytyvän johdonmukaisesti hyväksytyjä arvoja noudattaen, ja samalla kannus-

taen johdettaviaan kriittiseen ajatteluun parhaiden vaihtoehtojen löytämiseksi (ks. Yukl 2013, 342).

5.6.4 Erilaisten johtamisotteiden tarve

Tämän väitöskirja-aineiston tulosten valossa lääkäriprofession johtamistyössä tarvittiin sekä leadership- että management-johtamistaitoja, mikä on samansuuntainen Mintzbergin johtamisrooliteorian kanssa, jonka mukaan asia- ja ihmistenjohtamisroolit nivoutuvat toisiinsa muodostaen toisistaan erottamattoman kokonaisuuden siten, että johtajan tarvitsee johtamistyössään aina useampaa johtamisroolia samanaikaisesti (Mintzberg 1980, 54–99). Eri hierarkiatasoilla johtamisotteiden tarpeiden painotukset olivat kuitenkin jossain määrin erilaisia, mikä on samansuuntainen Haslam ym. (2012, 261–262) johtopäätösten kanssa siitä, että voidakseen johtaa ryhmää, on ensin ymmärrettävä johdettavan ryhmän luonne ja mitä johdettavat pitävät tärkeänä eli ymmärtää johdettaviensa sosiaalista identiteettiä.

Lääkärijohtajan aiemman lääkäriyöhistorian ja johtajauran sekä hyvään lääkärijohtamiseen liitettyjen ominaisuuksien, kuten sosiaalisten taitojen, tunneälyn ja tilannetajun, nähtiin auttavan lääkärijohtajia löytämään sopiva johtamisote sopivalla sosiaalisella etäisyydellä. Käskyttävä johtamisote oli tämän väitöskirja-aineiston mukaan vanhentunut ja varma tapa epäonnistua lääkärijohtamisessa. Määräysten sanelemista ei nähty tuloksellisena johtamisotteena, vaan ohjeistusten odotettiin tulevan perustelujen kera.

Väitöskirjan tutkimustulokset osoittavat, että erikoistuvien lääkäreiden johtamisessa nousi esiin etenkin leadership-johtamisote, sillä he halusivat ja tarvitsivat enemmän lääketieteellistä johtamista lääketieteellisen konsultaatiotuen ja opetuksen muodossa. Lisäksi he toivoivat askelmerkkejä ja ammatillisia vinkkejä lääkäriuralleen sekä roolimallitukea lääkäriyteen kasvamisessa. Erikoislääkärit, joilla on erikoistuviin lääkäreihin verrattuna pidempi lääketieteellinen ura, korostivat sujuvien työolojen merkitystä ja lääkäriyön autonomian ymmärrystä. Formaaleissa lääkärijohtajapositioissa toimivat lääkärit näkivät johtamisen onnistuvan, kun johdettavat lääkärit kokivat onnistuvansa työssään ja lääkärijohtaja pystyi järjestämään klinikalle riittävästi lääkäreitä sekä turvaamaan tarvittavat työvälineet sujuvien työolojen varmistamiseksi. Formaalit lääkärijohtajat toivoivat johdettaviensa tavoin palautetta omastakin työstään – myös johtamistyöstään – sekä omilta esihenkilöiltään että myös johdettavilta lääkäreiltään. Väitöskirjan tulosten mukaan palautetta työstä toivottiin saatavan mieluiten henkilökohtaisesti hierarkiastasosta riippumatta.

Tämän väitöskirjatutkimuksen tulokset tukevat hyvän lääkärijohtamisen pohjana johtamisen tilanneteorioita (*kontingenssiteoria ja situationaalinen johtamisteoria*), koska ne keskittyvät ymmärtämään sitä, miten tilannekohtaiset näkökohdat muuttavat johtajan vaikutusta johdettaviin tai työryhmiin (Yukl 2013, 169) sekä sitä, kuinka löydetään oikeanlainen johtaja kuhunkin tilanteeseen hoitamaan johtamisprosessia tehokkaasti (Gordon 2011, 194). Lisäksi tilanneteoreettinen johtamisote korostaa johtamisprosesseihin vaikuttavien asiayhteyden liittyvien tekijöiden merkitystä (Yukl 2013, 29).

5.7 Huonon johtamisen näyttäytyminen ja seuraukset

Tämän väitöskirjatutkimuksen aineistosta tunnistettiin seitsemän huonoa lääkärijohdamista ilmentävää teemakokonaisuutta eli ilmenemismuotoa: vääränlaisen esihenkilöroolin ja johtamistyylin omaksuminen, liiallisten vaatimusten esittäminen, kykenemättömyys ottaa oma johtajanrooli, sosiaalisten taitojen ja empatian puute, työtuen puute, suosikkijärjestelmä sekä epäasiallinen käytös (taulukko 6).

TAULUKKO 6 Huonon johtamisen ilmenemismuodot ja vaikutukset.

Huonon johtamisen ilmenemismuodot ja vaikutukset	
Ilmenemismuodot	Vaikutukset
Vääränlaisen esimiesroolin ja johtamistyylin omaksuminen.	Tyytymättömyyttä johtamista kohtaan.
Liiallisten vaatimusten esittäminen.	Työttytymättömyyttä.
Kykenemättömyys ottaa oma johtajarooli.	Vaikeuttaa työstä suoriutumista.
Sosiaalisten taitojen ja empatian puute.	Vähentää työhyvinvointia.
Työtuen puute.	Lääkärit saattavat vaihtaa työpaikkaa kokemansa huonon johtamisen vuoksi.
Suosikkijärjestelmä.	Lääkärit saattavat olla hakeutumatta töihin terveydenhoidon yksikköön, jolle on syntynyt maine huonosta johtamisesta.
Epäasiallinen käytös.	

Tämän väitöskirjan tutkimustulosten valossa huonon lääkärijohdamisen ilmenemismuodoissa ja syntyisyissä oli yhteneväisyyksiä, mutta myös eroavaisuuksia verrattuna aiempiin huonon johtamisen yleismaailmallisiin löydöksiin. Aiemmissa yleismaailmallisista johtamistutkimustuloksista poiketen tässä aineistossa ei noussut esiin vihaideologiaa, narsismia eikä myöskään huonolle johtamiselle altistavia epäkypsiä ja itseään aliarvioivia alaisia, joiden tavoitteet olisivat jääneet saavuttamatta (vrt. Padilla ym. 2007).

Tämän väitöskirjan tulosten mukaan lääkärit odottivat tehokasta toimintaa asioiden hoitamiseksi, minkä vuoksi kaikenlainen tehottomuus näyttäytyi huonona johtamisena lääkäriprofession edustajille (vrt. Krasikova ym. 2013). Lisäksi johtajan laiskuus (töiden pakoilu ja tekemättömät johtamistyöt), lääkärin perustyöstä vieraantuminen tai lääkäriytyön ymmärtämättömyys, tilapäinenkin epäasiallinen käytös, johdettavan epäoikeudenmukainen kohtelu, epärehellisyys ja autoritääriinen johtaminen kuvautuivat huonon johtamisen ilmentyminä (ks. myös Lipman-Bluman 2005). Näihin kuuluivat myös johtajan alaisiinsa ripustautuminen päätöksenteossa sekä tämän työtietämättömyys tai -taitamattomuus, joka saattoi ilmentyä esimerkiksi työympäristön huonona tuntemuksena ja resurssien käytön hallitsemattomuutena (vrt. Einarsen ym. 2007).

Tämän väitöskirjatutkimuksen tulokset osoittavat, että johtajan oman johtamisvastuun vierittäminen johdettaville lääkäreille ennalta sopimatta näyttäytyi luottamuspulana ja näin ollen huonona johtamisen muotona, koska kollegiaalinen luottamus nähtiin keskeisenä tuloksekkaalle lääkärijohdamiselle. Tilanne, jossa alainen tai toinen johtaja ottaa johtamisvastuun, kun varsinainen (tehtävään

nimetty) johtaja ei sitä ota, vie johtamista ilman tietoista valintaa tapahtuvan jaettun johtajuuden suuntaan (ks. esim. Gordon 2011, 194–195). Ilman tietoista valintaa tapahtuva siirtyminen kohti jaettua johtajuutta voitiin tulkita johtamisvastuun pakoiluksi, eikä kyseessä ole kestävä ratkaisu missään organisaatiossa, vaan siirtyminen vaatii prosessin tavoitteellista ohjausta.

Sen sijaan tietoinen johtamisvastuun jakaminen johdettaville ei ole vieras tilanne lääkäreille, koska lääkäriprofession kuuluvat kollegiaalisuus ja lääkärin etiikka velvoittavat auttamaan lääkärikollegaa hänen työssään (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 265). Lisäksi informaali johtamisrooli on läsnä lääkärin työssä hierarkia-asetuksesta riippumatta, koska lääketieteellinen johtajuus on keskeinen osa lääkärityön arkea (ks. myös Gabel 2014).

Aiemmassa johtamistutkimusta käsitelleessä kirjallisuudessa tarkastelun keskeisenä lähtökohtana on usein ollut johtamisen tuloksellisuuden tarkastelu (Einarsen ym. 2007), ja huonon johtamisen on todettu aiheuttavan suuria kustannuksia ja haittoja (Schyns ja Schilling 2013). Tämän väitöskirjatutkimuksen aineisto osoitti, että huono johtaminen aiheutti lääkäreissä tyytymättömyyttä paitsi itse johtamista kohtaan, myös työtytymättömyyttä, sekä vaikeutti työstä suoriutumista ja vähensi työhyvinvointia (ks. myös Vartia-Väänänen 2007). Lisäksi lääkärit saattavat vaihtaa työpaikkaa kokemansa huonon johtamisen vuoksi tai olla hakeutumatta töihin sellaiseen terveydenhuollon yksikköön, jolle on syntynyt maine huonosta johtamisesta (ks. myös Schyns ja Schilling 2013). Jos terveydenhuollossa ei ole riittävästi lääkäreitä, tai heidän työstään suoriutuminen vaikeutuu huonon johtamisen vuoksi, vaikeutuu samalla potilaiden hoitaminen, koska lain (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, 22 §) mukaan terveydenhuollossa laillistettu lääkäri päättää potilaiden lääketieteellisestä tutkimuksista, taudinmäärityksistä ja niihin liittyvistä hoidoista. Ilman lääkäreitä terveydenhuolto ei toimi. Huono johtaminen ei näin ollen tule pelkästään yhteiskunnalle kalliiksi, vaan se vaikeuttaa lopulta myös potilaiden hoitoa.

5.8 Mahdollisuudet johtamistaitojen vahvistamiseen

Työ- ja toimintaympäristön muutos ovat arkipäivää sosiaali- ja terveystalvisektoreilla, mikä vaatii johtajilta vahvoja johtamisvalmiuksia (Kujala 2015, 17; ks. myös Viitanen ym. 2006). Myös terveydenhuollon rakenteiden nähtävissä olevat muutokset, kuten esimerkiksi väestön ja terveydenhuoltohenkilöstön ikärakennemuutokset, työurien pidentämisvaateet, kansainvälistyminen ja monikulttuurisuus (Harmoinen 2014 15) lisäävät terveydenhuollon johtamiseen kohdistuvia odotuksia ja haasteita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Lääkärin työhön erottamattomasti kuuluvan lääkärin etiikan arvopohja ei ole muuttumassa, mutta etiikan soveltaminen käytäntöön kohtaa muuttuvassa maailmassa uudenlaisia haasteita (Suomen Lääkäriliitto 2021a, 224).

Padillan ym. (2007) mukaan epävakaa, kriisiytyneet ja uhan alla olevat ympäristöt ovat alttiita huonolle johtamiselle. Terveydenhuollon toimintaympäristö ei koskaan ole täysin vakaa tai varmuudella ennustettavissa, mistä ajankohtai-

simpana esimerkkinä toimii Covid-19-pandemian vaikutus niin terveydenhuoltoon (ks. esim. MacVane Phipps 2020). Terveydenhuollon organisaatiot ovat hierarkkisia, ja lääkäriprofessio on itsessään monihierarkkinen: 1) johdettavat (erikoistuvat lääkärit ja erikoislääkärit) lääkärit ovat johtajiinsa nähden (osastonylilääkärit ja ylilääkärit) alemmassa hierarkiaryhmässä ja 2) erikoistuvat lääkärit ovat lääketieteellisiltä taidoiltaan erikoistumisvaiheessa tarviten erikoislääkäreiltä konsultaatioapua. Hierarkia voi luoda eriarvoistumista ja valta-asetelmaa, mikä puolestaan saattaa altistaa huonolle johtamiselle.

Lääkäreiltä edellytetään terveydenhuollon ammattihenkilöinä jatkuvaa ammatillista jatkokouluttautumista, sillä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöt ”ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin”. Lisäksi ”terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee seurata terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että terveydenhuollon ammattihenkilö voi osallistumalla tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojaan ja taitojaan voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti”. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, 15 §, 18 §.) McAlearneyn mukaan lääkäreiden jatkokoulutukseen harvemmin liittyy terveydenhuollon käytännön johtamiskoulutusta. Koska käytännön formaaleja johtamiskouluttautumispositiomahdollisuuksia on vähemmän, johtaa tilanne siihen, että johtamistaitoihin kouluttautuminen on enemmän lääkärin omasta kiinnostuksesta kumpuavaa kuin systemaattista. Ongelma on myös se, että johtamiskoulutuksia ei ole suunniteltu lääkärijohtamisen erityispiirteitä huomioiden. (McAlearneyn 2006.)

Koska lääkärijohtajat samaistuvat vahvasti lääkärin ammatti-identiteettiin, he tarvitsevat riittävän vahvat johtamistaidot ja -perustan voidakseen vahvistua myös johtajaidentiteetissään ja löytääkseen tasapainon lääkäri- ja johtamisidentiteetin välillä. Spehar ym. (2015) mukaan terveydenhuolto-organisaatioiden tulee tukea lääkärijohtajien johtajaroolia ja -identiteettiä, mutta myös työtyytyväisyyttä kehittäessään lääkäreitä johtajiksi. Zelenskin ym. (2008) mukaan terveydenhuolto-organisaatioiden tulisi tukea lääkäreiden lääkärijohtajaidentiteetin vahvistumista, koska työtyytyväisyys tukee työn tuottavuutta. Quinnin ja Perellin (2016) mukaan johtamisroolin sisäistäminen ja kannustava organisaatio ovat keskeisiä tekijöitä lääkärijohtajien johtajaidentiteetin rakentamisessa. Terveydenhuolto-organisaatiot voisivat lääkärijohtajien kaksoisidentiteetin eli lääkärijohtajaidentiteetin huomioimisen ja hyväksymisen kautta auttaa lääkärijohtajia menestymään tehtävässään, mistä eivät hyödy vain lääkärijohtajat, vaan koko terveydenhuolto.

Voidakseen työskennellä lääkärijohtajina, eivätkä ”vain” johtajina tai ”vain” lääkäreinä, tarvitaan koko terveydenhuollossa asennemuutosta, jonka myötä lääkärijohtajien johtamistyö hyväksytään potilastyön veroisena ja yhtä arvokkaana työnä. Johtamista delegoimalla ja erityyppisillä henkilöstöjohtamisen muodoilla on nähty olevan myönteinen yhteys niin henkilöstön työtyytyväisyyteen, inno-

vatiivisuuteen kuin myös työpaikassa pysymiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Näin ollen on tärkeää, että lääkärijohtajatkin viihtyvät ja pysyvät työssään sekä ovat kiinnostuneita johtamistyöstään ja sen kehittamisestä, kuten tämän väitöskirjan aineiston lääkärijohtajat tulosten valossa olivat.

Terveydenhuolto-organisaatiot voisivat vahvistaa lääkärijohtajien johtamisammattitaitoa tarjoamalla käytännön johtamistehtäväkoulutusta lääkärijohtamistehtäviin suuntaaville lääkäreille. Tämä auttaisi lääkäreitä yhdistämään lääketieteen ja johtamisen näkökulmat jo ennen varsinaista lääkärijohtamisuraa. Näin voitaisiin vahvistaa lääkärijohtajien johtajaidentiteetin kehittymistä sekä edistää myös terveydenhuoltojärjestelmien kehittymistä (ks. esim. Witman ym. 2011). Kun johtamistyön osuus lääkärijohtajien työssä lisääntyy, terveydenhuolto-organisaatiot voisivat auttaa lääkärijohtajia omaksumaan johtajaidentiteetin tarjoamalla heille enemmän vertaisryhmätukea eri lääkärijohtajaryhmien kesken, mikä puolestaan auttaisi lääkärijohtajien vahvemman johtajaryhmäidentiteetin muodostumisessa. Myös Suomen Lääkäriliiton ohjeistuksen mukaan ammattijohtajuus edellyttää lääkäriltä lisäkoulutusta ja mahdollisuutta keskittyä johtamiseen, ja suosituksena on, että kliinistä työtä tekevien lääkärien esihenkilöllä tulee olla tarkoituksenmukaiset resurssit johtamistyöhön (Suomen Lääkäriliitto 2014a, 5). Mitä enemmän lääkärijohtajat hyväksyvät ja arvostavat itseään lääkäreiden johtajina, sitä paremmin myös työorganisaatio hyväksyy heidän johtamistyönsä (ks. Mintzberg, 1983a, 4–5), sillä positiivinen suhtautuminen johtamistyöhön tukee myös johtajan ammatti-identiteetin omaksumista (Quinn ja Cola 2020).

Koska lääkärijohtajien kaksoisroolin mahdollistaminen on tämän väitöskirjan tutkimustulosten mukaan tärkeää lääkärijohtamisessa onnistumisen kannalta, hybridi-identiteettiä ei pitäisi nähdä ongelmallisena ristiriitana, vaan täydentävänä kaksoisidentiteettinä, joka mahdollistaa lääkärijohtamisessa onnistumista ja auttaa ratkaisemaan lääketieteen ja johtamistöiden yhteensovittamisen ongelmaa. Hyvin johdettu terveydenhuolto-organisaatio on työpaikkana houkutteleva, kustannustehokas, hoitotuloksiltaan laadukas ja vaikuttava niin työntekijöiden kuin potilaidenkin näkökulmasta.

5.9 Väitöskirjatutkimuksen kontribuutio

Suomessa lääkärijohtamista on tutkittu niukasti ja tämä väitöskirjatutkimus on täyttänyt tätä tutkimusaukkoa tuoden oleellisen lisän uutta tietoa johtamisesta lääkäriprofessionissa johtamis- ja organisaatiotutkimuksen alalle. Koko väitöskirjatutkimuksen kontribuutio on esitetty taulukossa 7. Tämän väitöskirjatutkimuksen valossa lääkärijohtamistyö on haasteellinen asetelmana, muttei mahdoton tehtävänä.

TAULUKKO 7 Väitöskirjatutkimuksen kontribuutio.

Johtaminen lääkäriprofessionissa on haastava asetelmana, muttei mahdoton tehtävänä	
Lääkärijohtaja	<ul style="list-style-type: none"> - Lääkärijohtaja on terveydenhuolto-organisaatiossa muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimiva lääkäri. - Tyypillisesti mittava työura erilaisissa lääkäri- ja erikoislääkäritehtävissä takanaan ennen lääkärijohtajapositiota. Lisäksi suoritettu johtamiskoulutuksia eri laajuisina kokonaisuuksina. - Lääkärijohtajan työn kahtiajako potilastyöhön ja johtamistyöhön synnyttä arvo- ja ammatti-identiteettiristiriitaa, ja lääkärin etiikka arvottaa lääkärijohtajan lääkäri-identiteettiä johtamisidentiteetin edelle.
Lääkärijohtaminen	<ul style="list-style-type: none"> - Muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivan lääkärin johtamistyötä terveydenhuolto-organisaatiossa. - Ammatillinen identiteetti ja työetiikka ovat vahvasti sidoksissa lääkärin työhön, mikä on tärkeä osa lääkärijohtajien johtajuutta ja hyvillä kliinikkotaidot saattavat ajoittain kompensoida puutteita johtamistyössä. - Työkuvaan kuuluu johtamistyön (<i>management/leadership</i>) lisäksi useimmiten samanlaista kliinistä potilastyötä, jota myös johdettavat lääkärit tekevät. - Johtamistyön johtamisrooleissa ihmisten johtamisen ja johtajuuden (<i>leadership</i>) ja asiakeskeisen (<i>management</i>) johtamisotteen painotukset ovat eri johtamistilanteissa erilaisia, minkä vuoksi eri johtamisrooleja on monia ja lisäksi johtamisroolia on vaihdettava tilanteen mukaan. - Johtamistyöhön viitataan puheessa ajoittain termillä "ei-potilastyö", mikä viittaa potilastyön vahvaan arvostukseen. - Koska lääkärijohtajien johdettavat lääkärit ovat kollegoita, joilla itsellään on informaaleja johtamistehtäviä omalla hierarkkisella tasollaan, on lääkärijohtaminen moniulotteinen kokonaisuus, jossa formaalit lääkärijohtajat johtavat informaaleja johtajia, mikä hämärtää perinteistä johtajan ja johdettavan välistä rajaa.
Hyvän lääkärijohtamisen elementit	<ul style="list-style-type: none"> - Lääkäreiden johtamista lääkärijohtajan lääkäri- ja johtamisammattitaidon ja työkokemuksen myötä syntyneen lääketieteen asiantuntemuksen ja lääkärityden ymmärtämisen kautta yhdistettynä hyviin ihmissuhdetaitoihin, kollegiaalisuuteen, lääkärin autonomian ymmärtämiseen, lääkäreiden työnteon mahdollistaviin asianmukaisiin työoloihin sekä tilanteeseen sopivaan johtamistapaan. Sopivin johtamistapa riippuu johtamistilanteesta ja hierarkkisesta tasosta, jolla lääkäreitä johdetaan ja jolla lääkärijohtajat työskentelevät.
Medical leadership, physician leadership ja clinical leadership	<ul style="list-style-type: none"> - Termillä <i>medical leadership</i> tarkoitetaan lääketieteellistä johtamista, jolla johdetaan potilastyössä käytettyä lääketieteellistä tietämystä. - Termillä <i>physician leadership</i> tarkoitetaan lääkärijohtamista viitaten johtamistilanteisiin, joissa johdettavana ovat lääkärit. - Termillä <i>clinical leadership</i> tarkoitetaan kliinisen työn johtamista viitaten tilanteisiin, joissa johdettavana ovat ammattiryhmästä riippumatta mikä tahansa terveydenhuollon ammattilaisten ryhmä. - Koska lääketieteellinen asiantuntemus yhdistää lääkärijohtajia ja lääkärijohtettavia, onnistuminen lääkärijohtamisessa perustuu osaksi lääketieteellisen asiantuntemuksen uskottavuuteen tehden lääketieteellisestä johtajuudesta (<i>medical leadership</i>) erottamattoman osan lääkärijohtamisesta (<i>physician leadership</i>), eivätkä ne siis ole synonyymejä toisilleen.
Huonon lääkärijohtamisen ilmenemismuodot ja vaikutukset	<ul style="list-style-type: none"> - Vääränlaisen esimiesroolin ja johtamistyölin omaksuminen, liiallisten vaatimusten esittäminen, kykenemättömyys ottaa oma johtajarooli, sosiaalisten taitojen ja empatian puute, työtuen puute, suosikkijärjestelmä sekä epäasiallinen käytös. - Huono johtaminen aiheuttaa lääkäreissä tyytymättömyyttä paitsi itse johtamista kohtaan, myös tyytymättömyyttä, sekä vaikeuttaa työstä suoriutumista ja vähentää työhyvinvointia. - Lääkärit saattavat vaihtaa työpaikkaa kokemansa huonon johtamisen vuoksi tai olla hakeutumatta töihin terveydenhoidon yksikköön, jolle on syntynyt maine huonosta johtamisesta
Suhtautuminen johtamistyöhön ja johtamisterminologia	<ul style="list-style-type: none"> - Väitöskirjatutkimusaineiston ja käytettävissä olevan aiemman kirjallisuuden valossa viimeisen 30 vuoden aikana lääkärin suhtautuminen johtamistyöhön on Suomessa kääntynyt myönteisempään ja tavoitellumpaan suuntaan. - Samassa ajassa johtamisterminologia on myös vaihtunut, sillä hallintotyön sijaan puhutaan johtamisesta.

5.10 Tutkimuksen rajoitukset ja jatkotutkimuskohteet

Tämä väitöskirjatutkimukseni on tuonut lisätietoa johtamisesta lääkäriprofessiossa ja luonut käsitteellistä selkeyttä lääkärijohtajan ja lääkärijohtamisen määrittelmään. Jatkossa johtamista lääkäriprofessiossa olisi hyvä tutkia terveydenhuollon eri osasektoreilla, kuten yliopistosairaaloissa, perusterveydenhuollossa ja yksityissektorilla. Lisäksi johtamista olisi tarpeen selvittää myös niissä formaaleissa lääkärijohtajapositioissa, joihin ei kuulu lainkaan kliinistä potilastyötä. Nämä osa-alueitutkimukset toisivat kokonaisvaltaisempaa tietämystä johtamisesta lääkäriprofessiossa sekä monipuolistaisivat myös lääkärijohtajan ja lääkärijohtamisen määritelmiä.

Koska lääkäreiden johtamisen ja lääkärijohtajien työn tarve ei tulevaisuudessa häviä mihinkään eikä lääkärijohtamisen merkityskään vähene, vaan todennäköisemmin korostuu terveydenhuollon väistämättömien muutosten, kuten sote-uudistuksen, digitalisaation sekä uusien lääkärisukupolvien mahdollisten työorientaatiomuutosten myötä, olisi tärkeää selvittää tulevaisuuden lääkärijohtajien eli nykyisten lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä johtamisesta.

Lääkärit ovat toivoneet johtamistaitojen opetusta lisättävän (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019), ja syksystä 2009 alkaen erikoistumiskoulutukseen onkin Suomen lääketieteellisissä tiedekunnissa lisätty lähijohtajakoulutus (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011). Sen lisäksi vuonna 2020 on julkaistu Suomen kaikille lääketieteellisille tiedekunnille yhteiset valmistuvan lääkärin osaamistavoitteet, joissa yhtenä tavoitteena on myös johtamisen osaaminen, minkä myötä lääkärin on ymmärrettävä roolinsa terveystalvelujen johtamisessa ja hallinnossa (Helsingin yliopisto 2020). Olen tunnistanut tutkimusaineistostani nykyisten lääkärijohtajien johtamistyön haasteita ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Tulevaisuudessa olisi tärkeää selvittää, nähdäänkö johtamiskoulutuksen ja johtamisosaamistavoitteiden lisäämisellä olleen vaikutuksia tulevaisuuden lääkärijohtajien johtamistyön haasteisiin. Johtamisen tutkimus edistää omalta osaltaan profession johtamisosaamista ja -koulutusta tunnistamalla johtamistyön kontekstin mukanaan tuomia erityispiirteitä, joita lääkärikunnankin on huomioitava johtamistyössään välttääkseen huonon johtamisen karikot.

Olen kuvannut tutkimusaineistoni perusteella lääkärijohtajien urapolkua lääkärijohtajapositioon. Kiinnostavaa olisi selvittää tarkemmin, nähdäänkö lääkäriprofessiossa joillekin tietyille johtamisen osakoulutusalueille painotuksen tarvetta, jos lääkäri on urapolullaan suuntaamassa formaaliin lääkärijohtajapositioon. Lisäksi lääkärijohtajien johtajuusidentiteetin rakentumisen tutkimista narratiivien avulla olisi mielenkiintoista syventää esimerkiksi ilmiön pitkittäistutkimuksella. Tarkastelun kohteena voisivat olla johtamisuransa alkuvaiheessa olevat lääkärijohtajat tai jopa lääkäriuransa alkuvaiheessa olevat lääketieteen opiskelijat.

Tämän väitöskirjatutkimuksen rajoituksena voidaan katsoa olevan se, että tutkimus keskittyy vain yhden sairaanhoitopiirin lääkäreihin ja lääkärijohtajiin sekä pääasiassa keskussairaالاتason sairaalaympäristöön. On kuitenkin huomi-

oitava, kuten tämä väitöskirja-aineistokin osoittaa, että lääkärit työskentelevät urallaan monissa eri työpaikoissa. Näin ollen tämän väitöskirja-aineiston tulokset eivät rajaudu koskettamaan pelkästään informanttien haastattelunaikaista työpositiota, vaan ne tarjoavat yleisluontoisen, pitkittäisen kuvauksen lääkäreiden työuralta.

SUMMARY

The aim of this doctoral dissertation was to increase understanding of special features of leadership in the physician's profession by exploring the physicians' career path to a physician leader; to clarify the definitions of 'physician leader' and 'physician leadership'; to examine the leadership roles adopted by physician leaders in their leadership work; and to describe the manifestations of bad leadership and the elements of good physician leadership, which were also reflected upon against the leadership theory. The dissertation consists of an introductory chapter and five empirical research articles. The research subjects consisted of a total of 50 physicians, of whom 23 were physician leaders. Content analysis by thematization was the chosen method of the analysis in this qualitative study. The physician leaders' career path had advanced via Licentiate of Medicine education and a Specialist Degree in Medicine before assuming the position of a physician leader. In addition to management and leadership work, the physician leader's job role usually also involved clinical patient work. This dichotomy gives rise to value, time, and identity conflicts in physician leaders' work. In the leadership roles involved in leadership work, the leadership approach on the one hand and the management approach on the other have different emphasis in different situations, which is why there are several leadership roles between which the leader needs to switch depending on the situation. A physician leader's professional identity and work ethic are strongly tied to a physician's work practice. Based on this dissertation research, a physician leader can be defined as a physician in a leading position in a health care organization relative to other physicians, while physician leadership refers to the leadership work of a physician who is in a leading position in a health care organization relative to other physicians. Seven manifestations of bad medical leadership were identified from the data: adopting a misguided supervisory role and leadership style, making excessive demands, inability to assume one's role as a leader, lack of social skills and empathy, lacking support for work, favoritism, and inappropriate conduct. Based on the research results, good physician leadership means leading physicians through solid medical expertise and understanding of medical practice, combined with good interpersonal skills, collegiality, understanding of the physician's autonomy, appropriate working conditions that enable physicians to do their work, and appropriate leadership style. Because the subordinate physicians are also the physician leader's fellow physicians who, in turn, have informal leadership roles on their own hierarchy level, physician leadership is a multidimensional setting where formal physician leaders lead informal leaders, thus blurring the traditional boundary between a leader and a subordinate, and all this contributes to how physicians perceive good physician leadership. Because medical expertise is a trait shared by physician leaders and physician subordinates, success in physician leadership is partly based on credibility as a medical expert, making medical leadership an inseparable part of good physician leadership. Based on this dissertation research and the available literature, over the past 30 years, managerial and administrative work, customarily perceived as inferior compared to pa-

tient work, has become more meritorious leadership work and, as such, an acceptable career option for physicians as well. In addition, during this time, the management and leadership terminology has changed as well, as instead of speaking of managerial and administrative work, the term leadership is preferred, which is also evident in international research. Furthermore, the emphasis has shifted from administrative work and management of things to leadership and the work of leading people.

LÄHTEET

- Ahlblad, J. 2014. Lääkäri haluaa lääkärijohtajan. *Suomen Lääkärilehti* 69(10), 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* 61(17), 1883–1888.
- Akava. 2014. Työttömät työnhakijat 1994/3–2014/3, yleisimmät akavalaistutkinnot. Saatavilla: http://www.akava.fi/tyoelama/akavalaiset_tyoelamassa/tyottomyyystilastot/2._tyottomat_tyonhakijat_yleisimmat_akavalaisten_tutkinnot (haettu 0.1.2021)
- Alarotu, E. 2012. Lääkärijohtaja on paljon vartija. *Suomen Lääkärilehti* 6(67), 524. Saatavilla: <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2012/SLL72012-524.pdf>. (haettu 9.1.2021).
- Alvesson, M. & Kärreman, D. 2000. Varieties of discourse. On the study of organizations through discourse analysis. *Human Relations* 53(9), 1125–1149.
- Alvesson, M. & Willmott, H. 2002. Identity Regulation as Organizational Control: Producing the Appropriate Individual. *Journal of management studies* 39(5), 619–644. Saatavilla: doi:10.1111/1467-6486.00305 (haettu 19.12.2021).
- Antonakis, J., & Day, D. 2018. Leadership: past, present, and future. Kirjassa J. Antonakis, & D. Day (toim.) *The nature of leadership*. California: Sage, 3–26. Saatavilla: <https://dx.doi.org/10.4135/9781506395029.n1> (haettu 07.05.2022).
- Andersson T. 2015. The medical leadership challenge in healthcare is an identity challenge. *Leadership in health services* 28(2), 83–99. Saatavilla: <https://doi.org/10.1108/LHS-04-2014-0032> (haettu 13.6.2021).
- Angood P. 2015. Physicians, value and compound interest. *Physician leadership journal* 2(4), 4–6. Saatavilla: <https://www.proquest.com/docview/1706473573?parentSessionId=AaTqH1oQ4PCCa5Ea49XR1ve8%2FLD%2FQY8uHXyCQU%2FGbw%3D&pq-origsite=primo&accountid=11774> (haettu 30.12.21).
- Angood, P. & Shannon, D. 2014. Unique benefits of physician leadership – an American perspective. *Leadership in Health Services* 27(4), 272–282. Saatavilla: doi.org/10.1108/LHS-03-2014-0020 (haettu 23.1.2021).
- Artto, K., Martinsuo, M. & Kujala, J. 2008. *Projektiliiketoiminta*. Helsinki: WSOY. Saatavilla: <https://www.aalto.fi/sites/g/files/flghsv161/files/2020-08/Projektiliiketoiminta.pdf> (haettu 8.2.22).
- Auvinen, T. 2013. *Narratiivinen johtajuus: Tutkielmia johtajuuden tarinankerronnan tutkimuksesta ja käytännöstä*. Väitöskirja. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

- Auvinen, T., Lämsä, AM., Sintonen, T. & Takala, T. 2013. Leadership manipulation and ethics in storytelling. *Journal of Business Ethics* 116(2), 415–431.
- Auvinen, T., Riivari, E. & Sajasalo, P. 2018. Lessons Learned from Traditional and “new age” Leadership. Kirjassa A. Eskola (toim.) *Navigating Through Changing Times: Knowledge Work in Complex Environments*. New York: Routledge, 95–112.
- Baker, R. & Denis, J.L. 2011. Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership. *Public Money & Management* 31(5), 355–362. Saatavilla: doi.org/10.1080/09540962.2011.598349 (haettu 27.12.2019)
- Banks, G., McCauley K., Gardner W. & Guler C. 2016. A meta-analytic review of authentic and transformational leadership: A test for redundancy. *The Leadership Quarterly* 27(4), 634–652. Saatavilla: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2016.02.006> (haettu 26.12.21).
- Bass, B.M. & Stogdill, R.M. 1990. *Bass & Stogdill’s handbook of leadership. Theory, research & managerial applications*, 3rd ed. New York: Free Press, 11–19.
- Baumann, A., Deber, R., Silverman, B. & Mallette, C. 1998. Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of advanced nursing* 28(5), 1040–1045. Saatavilla: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00809.x> (haettu 01.01.22).
- Bennis, W. & Goldsmith, J. 1997. *Learning to lead: A workbook on becoming a leader*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Berg, B.O. 1996. Meta-medicine: the rise and fall of the doctor as leader and manager. Kirjassa I. Larsen & B.O. Olsen (toim.) *The Shaping of a Profession: Physicians in Norway, Past and Present*. Canton MA: Science History Publications, 431–433.
- Berg, L.N. & Byrkjeflot, H. 2014. Management in hospitals: a career track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway. *International Journal of Public Sector Management* 27(5), 379–394. Saatavilla: doi.org/10.1108/ijpsm-11-2012-0160 (haettu 29.10.19)
- Berger, P. & Luckmann, T. 1966/1994. *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen: tiedonsosiologinen tutkielma. (The Social Construction of Reality, 1966)*. Suom. & toim. Vesa Raiskila. Helsinki: Gaudeamus.
- Berghout, M.A., Fabbriotti, I.N., Buljac-Samardžić, M. & Hilders, C.G.J.M. 2017. Medical leaders or masters – A systematic review of medical leadership in hospital settings, *PLoS ONE* 12(9), 1–24. Saatavilla: doi.org/10.1371/journal.pone.0184522 (haettu 11.12.2018).
- Blumenthal, D., Bernard K., Bohnen J. & Bohmer R. 2012. Addressing the leadership gap in medicine: Residents’ need for systematic leadership development training. *Academic Medicine* 87(4), 513–522. Saatavilla: [10.1097/ACM.0b013e31824a0c47](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31824a0c47). PMID: 22361800 (haettu 20.6.2021).
- Bohmer R. 2012. *The Instrumental Value of Medical Leadership: Engaging Doctors in Improving Services*. London: King’s Fund, 1–31. Saatavilla:

- <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/instrumental-value-medical-leadership-richard-bohmer-leadership-review2012-paper.pdf> (haettu 10.12.2018).
- Bondas, T. 2006. Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management* 14(5), 332–339. Saatavilla: doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00620.x (haettu 13.6.2021).
- Bowman, D. & Swanwick, T. 2017. Values-Based, Authentic and Ethical Leadership. Kirjassa T. Swanwick & J. McKimm (toim.) *ABC of Clinical Leadership*. New York: John Wiley & Sons, Incorporated. ProQuest Ebook Central. Saatavilla: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/detail.action?docID=4788162>, 199–207 (haettu 8.6.2021).
- Brommels, M. 2010. Vastuu tekee lääkäristä johtajan. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(5), 470–471.
- Brommels, M. & Mäntyranta, T. 1994. Lääkärijohtajien asenteet johtamiskoulutukseen. *Suomen Lääkärilehti* 49(36), 3868–3871.
- Brown, M. E. & Treviño, L. K. 2006. Ethical Leadership: A Review and Future Directions. *The Leadership Quarterly* 17(6), 595–616. Saatavilla: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.10.004> (haettu 8.6.2021).
- Buchanan, D., Jordan, S., Preston, D. & Smith, A. 1997. Doctor in the process. The engagement of clinical directors in hospital management. *Journal of Management in Medicine* 11(3), 132–156. doi.org/10.1108/02689239710177774 (haettu 29.10.2019).
- Burns, J.M. 2003. *Transforming leadership: A new pursuit of happiness*. New York: Grove, 26–29.
- Burrell, G & Morgan, G. 1979. *Sociological Paradigms and Organisational Analysis: Elements of the Sociology of Corporate Life*. London: Routledge.
- Byrkjeflot, H. & Jespersen, P.K. 2014. Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management* 27(5), 430–440. Saatavilla: doi.org/10.1108/ijpsm-12-2012-0162 (haettu 29.10.19).
- Byrnes, J. 2016. The Value of Physician Leaders. *Journal of healthcare management* 61(4), 251–255. Saatavilla: [doi:10.1097/00115514-201607000-00003](https://doi.org/10.1097/00115514-201607000-00003) (haettu 27.12.21).
- Chan, M., Pratt, D., Poole, G. & Sidhu, R. 2018. Professional paradox: Identity formation in qualified doctors pursuing further training. *Medical Education* 52(3), 302–313. Saatavilla: [doi:10.1111/medu.13485](https://doi.org/10.1111/medu.13485) (haettu 6.2.2021).
- Choudhry, K., Armstrong, D. & Dregan, A. 2017. Prison Nursing: Formation of a Stable Professional Identity. *Journal of forensic nursing* 13(1), 20–25. Saatavilla: <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000140> (haettu 31.12.21).
- Ciulla, J.B. 1998. Leadership Ethics: Mapping the Territory. In J.B. Ciulla (Ed) *Ethics. The Heart of Leadership*. Westport CT: Praeger, 1–25.
- Ciulla, J. 2018. Ethics and effectiveness: the nature of good leadership. Kirjassa J. Antonakis & D. Day (toim.) *The nature of leadership*. California: Sage,

- 438–468. Saatavilla: <https://www.doi.org/10.4135/9781506395029.n17> (haettu 27.2.2021).
- Clay-Williams, R., Ludlow, K., Testa, L., Li, Z. & Braithwaite, J. 2017. Medical leadership, a systematic narrative review: do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors? *BMJ open* 7(9), e014474. Saatavilla: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014474> (haettu 01.01.22).
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L. & Steinert, Y. 2015. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 90(6), 718–725. Saatavilla: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000700> (haettu 31.12.21).
- Diaz-Saenz, H.R. 2011. Transformational Leadership. Kirjassa A. Bryman, D. Collinson, K. Grint, B. Jackson & M. Uhl-Bien (toim.) *The Sage Handbook of Leadership*. London: Sage, 297–308.
- Dickinson, H. & Ham. C. 2008. Engaging doctors in leadership: a review of the literature. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement. Saatavilla: <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/leadership-literature-review.pdf> (haettu 4.10.2020).
- Dirks, K. T., & Ferrin, D. L. 2002. Trust in leadership: meta-analytic findings and implications for research and practice. *The Journal of applied psychology*, 87(4), 611–628. Saatavilla: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.611>
- Edmonstone, J. 2009. Clinical leadership: The elephant in the room. *International Journal of Health Planning and Management* 24 (4), 290–305. Saatavilla: doi.org/10.1002/hpm.959. (haettu 11.12.2018).
- Einarsen, S., Aasland, M. & Skogstad, A. 2007. Destructive leadership behavior: A definition and conceptual model. *The Leadership Quarterly* 18(3), 207–216.
- Eklund, K. 1992. *Asiantuntija - yksilönä ja organisaation jäsenenä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Ruskoaho, J., Halila, H., & Vänskä, J. 2012. Puolet eläkeläislääkäreistä jatkaa työntekoa. Lääkärien työolot ja terveys 2010-jatkotutkimuksen tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 67(20), 1588–1593.
- Ennis-Cole, D. L., Cullum, P. M. & Iwundu, C. 2018. Physicians as Operational Leaders: Cost, Curriculum, Technology, and Organizational Challenges. *TechTrends* 62(3), 239-249. Saatavilla: [doi:10.1007/s11528-018-0273-x](https://doi.org/10.1007/s11528-018-0273-x) (haettu 27.12.21).
- Erikson, A., Shaw, B., Murray, J. & Branch, S. 2015. Destructive leadership: Causes, consequences and countermeasures. *Organizational Dynamics* 44(4), 266–272.
- Eriksson, P. & Kovalainen, A. 2008. *Qualitative Methods in Business Research*. London: Sage, 187–189, 219. Saatavilla: <https://www-doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.4135/9780857028044>. (haettu 21.3.2021).

- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Falcone, R.E. & Santiani, B. 2008. Physician as hospital chief executive officer. *Vascular and Endovascular Surgery* 42(1), 88–94. doi.org/10.1177/1538574407309320 (haettu 9.1.2022).
- Fernando, M. 2011. *Spirituality and Leadership*. Kirjassa A. Bryman, D. Collinson, K. Grint, B. Jackson & M. Uhl-Bien (toim.) *The Sage Handbook of Leadership*. London: Sage Publications, 481-492.
- Fiedler, F. E. 1981. Leadership effectiveness. *American Behavioral Scientist* 24(5), 619–632. Saatavilla: doi: 10.1177/000276428102400503 (haettu 1.12.2017).
- Forouzadeh, M., Kiani, M. & Bazmi, S. 2018. Professionalism and its role in the formation of medical professional identity. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 32(1)765–768. Saatavilla: doi:10.14196/mjiri.32.130 (haettu 31.12.21).
- Frantsi, P. 2013. Johtajuutta etsimässä: Naislähijohtajan identiteettitarinan rakentuminen siivoustoimialalla. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Fulop, L. & Day, G.E. 2010. From leader to leadership: clinician managers and where to next. *Australian Health Review* 34 (3), 344–351. Saatavilla: doi:10.1071/AH09763 (haettu 23.12.2021).
- Gabel, S.2014. Expanding the Scope of Leadership Training in Medicine. *Academic Medicine* 89(6), 848–852. Saatavilla: doi: (doi:10.1097/ACM.0000000000000236 haettu 9.1.2021).
- Geerts, J., Goodall, A.& Agius, S. 2020. Evidence-based leadership development for physicians: A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 246. Saatavilla: doi:10.1016/j.socscimed.2019.112709 (haettu 8.1.2020).
- Gluck, A. 2010. Physician Leadership: Essential in creating a culture of Safety. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 53(3), 473-481. Saatavilla: doi:10.1097/GRF.0b013e3181ec1476 (haettu 5.10.2028).
- Giri, P. 2017. Self-determining medical leadership needs of occupational health physicians. *Leadership in Health Services* 30(4), 394–410. Saatavilla: doi.org/10.1108/lhs-06-2016-0029 (haettu: 9.1.2022).
- Gosfield, A. & Reinertsen, J. 2007. Sharing the quality agenda with physicians. *Trustee: The Journal for Hospital Governing Boards* 60(9), 12–17. Saatavilla: <https://www.proquest.com/trade-journals/sharing-quality-agenda-with-physicians/docview/204917734/se-2?accountid=11774> (haettu 01.01.22).
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. 2001. Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health care management review* 26(1), 56–89. Saatavilla: <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006> (haettu 01.01.22).
- Goodall, A.H. 2011. Physician-leaders and hospital performance: is there an association? *Social Science & Medicine* 73(4), 535–539. Saatavilla: doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.025 (haettu 7.7.2019).

- Goleman, D., Boyatzis, R.E. & McKee, A. 2002. *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*. Boston, Mass: Harvard Business School Press.
- Goleman, D., Boyatzis, R.E. & McKee, A. 2004. *Primal Leadership: Learning to Lead with Emotional Intelligence*. Boston, Mass: Harvard Business School Press.
- Gordon, R. 2011. Leadership and Power. Kirjassa A. Bryman, D. Collinson, K. Grint, B. Jackson & M. Uhl-Bien (toim.) *The Sage Handbook of Leadership*. London: Sage, 193–200.
- Greenblatt, M. 1983. The Unique Contributions for Psychiatrists to Leadership Roles. *Hospital and Community Psychiatry* 34, 260–262. Saatavilla: doi:10.1176/ps.34.3.260 (haettu 1.12.2017).
- Greenleaf, R. 1977. *Servant leadership: A Journey into the nature of legitimate power and greatness*. Mahwah, NJ: Paulist Press.
- Greenleaf, R. 2002. *Servant leadership. A journey into the nature of legitimate power & greatness*. New York: Paulist Press,
- Gronn P. 2002. Distributed leadership as a unit of analysis. *The Leadership Quarterly* 13(4), 423–451. Saatavilla: doi:10.1016/S1048-9843(02)00120-0
- Grönroos, E. & Perälä, M.L. 2004. *Johtamistutkimus terveydenhuollossa: Kirjallisuuskatsaus*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Hacking, I. 2009. Mitä sosiaalinen konstruktio on? (The Social Construction of Whar?, 1999). Suom. Inkeri Koskinen Tampere: Vastapaino.
- Hannus, T. 2006. Lääkäri haluaa lääkärijohtajan. *Suomen Lääkärilehti* 61(20), 2272–2273.
- Haslam, S. A., Reicher, S. D. & Platow, M. J. 2012. *Uusi johtamisen psykologia*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Harmoinen, M. 2014. *Arvostava johtaminen terveydenhuollossa*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Saatavilla: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/96359/978-951-44-9668-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (haettu 9.1.2021).
- Harvey, M., Buckley, R., Heames, J., Zinko, R., Brouer, R. & Ferris, G. 2007. A Bully as an Archetypal Destructive Leader. *Journal of Leadership & Organizational Studies* 14(2), 117–129. Saatavilla: doi:10.1177/1071791907308217
- Healthcare Leadership Model. 2013. Saatavilla: www.leadershipacademy.nhs.uk (haettu 12.5.2021).
- Heikka, H. 2008. *Sosiaali- ja terveystieteiden työn sisältö ja kompetenssit*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:isbn:9789514287886> (haettu 11.05.2019).
- Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heilmann, P. 2004. *Careers of managers, comparison between ICT and paper business sectors*. Väitöskirja. Lappeenranta: Lappeenranta teknillinen

- yliopisto. Saatavilla: <https://lutpub.lut.fi/handle/10024/31202> (haettu 07.05.2022).
- Heilmann, P. 2007. ICT- ja paperipäälliköiden täydennyskoulutustarpeet. *Aikuiskasvatus*, 27(2), 127–133. Saatavilla: <https://doi.org/10.33336/aik.93750> (haettu 07.05.2022)
- Heilmann, P. 2018. *Leading Specialists*. Kirjassa A. Eskola (toim.) *Navigating Through Changing Times: Knowledge Work in Complex Environments*. New York: Routledge, 19-36.
- Helander, V. 1993. *Professiot ja julkisvalta*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Helsingin yliopisto. 2020. Valmistuvan lääkärin osaamistavoitteet. Lääketieteellinen tiedekunta. Saatavilla https://www.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/valmistuvan_laakar_osaamistavoitteet_0.pdf (haettu 17.1.21).
- Helsingin yliopisto. 2021. Lääketieteen koulutusohjelma 2021. Saatavilla: <https://www.helsinki.fi/fi/opiskelijaksi/koulutusohjelmat/laaketieteen-koulutusohjelma/opiskelu> (haettu 31.1.2021).
- Henriksson, M. 1998. Lääkäriliitolta uusi suositus terveydenhuollon johtaminen ja lääkärin virkanimikkeet. *Suomen Lääkärilehti* 53(35), 4124–4125. Saatavilla: <http://www.laakarilehti.fi/liitossa/liitto-toimii/laakariliitolta-uusi-suositus-terveydenhuollon-johtaminen-ja-laakarieren-virkanimikkeet/> (haettu 11.05.2019).
- Henry, B., Lorensen, M., Hirschfeld, M. & World Health Organization. 1992. *Management of health services by nurses*. Geneva: Nursing Unit. Saatavilla: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61864/WHO_HRH_NUR_92.3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hermanson, T. 1989. Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 49. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto: Kansanterveystieteen laitos
- Hernandez, J.S. 2016. *Leading your physicians: perspectives and perceptions*. (Management Matters). *Physician Leadership Journal* 3(6), 50–53. Saatavilla: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/leading-your-physicians-perspectives-perceptions/docview/1833913023/se-2?accountid=11774> (haettu 27.5.2017).
- Heubel F. 2015. The “soul of professionalism” in the Hippocratic Oath and today. *Medicine, health care, and philosophy* 18(2), 185–194. Saatavilla: <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9589-2> (haettu 30.12.21).
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. 10. osin uud. laitos. Helsinki: Tammi.
- 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. Saatavilla: <http://runeberg.org/medhist/1/0026.html> (haettu 1.12.2017).

- Hoffrén, M. & Laulainen, S. 2019. Destructive leadership as a wicked problem in health care. Can we blame the leader only? Kirjassa T.W., Hujala, A. Laulainen, S. & R. McMurray (toim.) The management of wicked problems in health and social care. New York: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315102597-9>
- Hofstede, G. 2001. Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations (2nd ed.). CA Thousand Oaks: Sage.
- Hudak, R. P., Russell, R., Fung, M. L. & Rosenkrans, W. 2015. Federal Health Care Leadership Skills Required in the 21st Century: Federal Healthcare Leadership Skills. *Journal of leadership studies* (Hoboken, N.J.) 9(3), 8–22. Saatavilla: doi:10.1002/jls.21397 (haettu 27.12.21).
- Huikko-Tarvainen, S. 2017. Lääkärijohtajan työn status preasens. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu.
- Huikko-Tarvainen, S., Sajasalo, P., & Auvinen, T. 2019. Mistä on lääkärijohtajat tehty? *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies* 24(1), 40-49. Saatavilla: http://ejbo.jyu.fi/pdf/ejbo_vol24_no1_pages_40-49.pdf (haettu 4.10. 2020).
- Huikko-Tarvainen, S., Sajasalo, P. & Auvinen, T. 2020. Lääkärijohtajan Johtamisroolit - Laadullinen tutkimus Keski-Suomen keskussairaalan osastonylilääkäreiden ja ylilääkäreiden johtamisrooleista. *Suomen Lääkärilehti* 75(48), 2607–2611.
<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/laakarijohtajan-johtamisroolitlaadullinen-tutkimus/?public=a0c20273a14964d97704b2678b3da59c> (haettu 27.11.2020).
- Huikko-Tarvainen S, Sajasalo P, Auvinen T. 2021. Just a leader? Leadership work challenges and identity contradiction experienced by Finnish physician leaders. *Journal of Health and Organization Management* 35(9), 195-210. <https://doi.org/10.1108/jhom-10-2020-0421>
- Huikko-Tarvainen, S. 2022. Elements of perceived good physician leadership and their relation to leadership theory. *Leadership in Health Services* 35(1), 14-29. <https://doi.org/10.1108/LHS-01-2021-0002> (haettu 9.1.22).
- Huikko-Tarvainen, S., Juuti, P., Sajasalo, P. & Auvinen, T. 2022. Huono johtaminen lääkärikontekstissa. *Hallinnon Tutkimus* 41(2), 118–132.
- Hujala A. & Lammintakanen, J. 2018. Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. *Kunnallisan kehittämissäätiön Julkaisu* 12. Saatavilla: <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon.pdf> (haettu 22.01.2022).
- HYKS. 2016. Sairaanhoidon lautakunta § 63, 22.11.2016. (verkkajulkaisu). Saatavilla:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bcargXCMpRkJ:hus01.tjhosting.com/kokous/20162217-8.PDF+&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi&client=safari> (haettu: 30.1.2017).

- Häkkinen, S. 2012. Towards trust-based model of leadership within the leader-member-exchange theory framework. A qualitative study of leader's trustworthiness in the SME context. Väitöskirja. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.
- Isosaari, U. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto, Hallintotieteiden tiedekunta.
- Järvi, U. 2000. Selvitysmies Jouko Isolauri: Johtajuus on ansaittava. Suomen Lääkärilehti 55(41), 4174–4175.
- Kaissi A. 2005. Manager-physician relationships: an organizational theory perspective. *The health care manager* 24(2), 165–176. Saatavilla: <https://doi.org/10.1097/00126450-200504000-00010> (haettu 01.01.22).
- Kauhanen, J. 2010. Henkilöstön johtaminen yliopistosairaalassa (Case HUS). Kirjassa Laitinen L. A. (toim.) HUS siunatkoon. Kannanottoja terveydenhuollon johtamisesta. Helsinki: Duodecim, 47–54.
- Kaukoranta, S.S. 2012. Onko erikoissairaanhoidossa sijaa jaetulle johtajuudelle? Lääkärijohtajien puhetta johtajuudesta. Vaasan yliopisto, Kauppätieteellinen tiedekunta. Pro gradu.
- Kekki, P. 1979. Terveydenhuollon hallinnon koulutus lääkärin kannalta. Suomen Lääkärilehti 34, 41–46.
- Kinnunen, J. 1988. Terveydenhuollon organisaatioiden kulttuuri ja johtaminen. *Hallinnon Tutkimus* 7(3), 170–182.
- Kinnunen, J. 1990. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet.
- Kinnunen, J. & Vuori, J. 2005. Terveydenhuollon johtamiskulttuurin holistinen malli. Kirjassa J. Vuori (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Helsinki: WSOY, 192–217.
- Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Saatavilla: <http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1068-3.pdf> (haettu 27.12.2021).
- Kippist, L. & Fitzgerald, A. 2009. Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: The effects of dual roles in Australian health care organisations. *Journal of Health Organization and Management* 23(6), 642–655. Saatavilla: doi.org/10.1108/14777260911001653.
- Klossner, A. 1961. Sairaalatalous yllilääkärin näkökulmasta. *Sairaala* 24, 546–549.
- Korkiakoski, V., Kaila, M., Sumanen, M., Heistaro, S., Mattila, P., Kortekangas-Savolainen, O. & Kosunen, K. 2021. Lääkärien kiinnostus terveydenhuollon johtamistehtäviin: tuloksia Lääkäri 2018 -tutkimuksesta. Suomen Lääkärilehti 76(11), 719–721.
- Koskimies, A. 1943. Piirilääkärilaitoksemme. In memorian. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 59(5), 202–211.
- Kotter, JP. 1989. Johtajuus menestystekijänä. Suomentanut Ritva Liljamo ja Asko Miettinen. Espoo:Weilin + Göös.

- Kotter JP. 1990. A Force for Change. How Leadership Differs from Management. New York: Free Press.
- Krasikova, D., Green, S. & LeBreton, J. 2013. Destructive leadership: A theoretical review, integration, and future research agenda. *Journal of Management* 39(5), 1308–1338.
- KT Kuntatyöntäjät. 2013. Sairaalanlääkärien virat vuonna 2013
www.kuntatyöntajat.fi/fi/ajankohtaista/tilastot/tiedustelutja-selvitykset/Tyovoimatiedustelut/kuntasektorin-tyovoimatilanne-2013/Sivut/default.aspx
- Kujala A. 2015. Esimiesten ammattijohtamisvalmiuksien mittaaminen visuaalisella kehystetymuksella - murtuuko myytti? Tarkastelussa terveystiede- ja sosiaaliala. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto, Sosiaali- ja terveystiede.
- KvaliMOTV. 2021. Saatavilla:
https://www.fsd.tuni.fi/metelmaopetus/kvali/L5_6.html
 (haettu 12.11.2021)
- Laki hyvinvointialueesta. 2021. 29.6.2021/611, 42 §. Saatavilla:
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2021/20210611#O3L7> (haettu 11.12.2021).
- Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta. 1986. 8.8.1986/609. Saatavilla:
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860609> (haettu 10.1.2021).
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. 28.6.1994/559, 2§, 15 §, 22 §. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> (haettu 9.1.2021).
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 2014. Oikeus toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä. 30.12.2014/1355, 4§. Saatavilla:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#a30.12.2014-1355>
 (haettu 05.12.2021).
- Lammintakanen J, Rissanen S, Peronmaa-Hanska E, Joensuu M, Ruottu T. 2016. Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa: monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2016:68. Saatavilla:
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79134/STMraportti_johtaminen%20ja%20kehittäminen%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollossa23123016.pdf?sequence=1
- Lehto, J., Viitanen, E., Autio, V. & Lääkäri 98 tutkimuksen ryhmä. 2003. Minkälaiset lääkärit nousevat johtaviin aseisiin? *Suomen Lääkärilehti* 58(51–52), 5209–5213.
- Lepistö J. 2021. Suomi pudonnut Pohjoismaiden kerkasta: 3000 lääkärin vaje uhkaa sote-uudistusta ja hoitotakuun onnistumista (verkkojulkaisu). Saatavilla: <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/suomi-pudonnut-pohjoismaiden-kerkasta-3000-laakarinvaje-uhkaa-soteuudistustaja-hoitotakuun-onnistumista/8208836> (haettu 05.12.2021).

- Lipman-Blumen, J. 2005. *The allure of toxic leaders. Why we follow destructive bosses and corrupt politicians – and how we can survive them.* New York: Oxford University Press.
- Llewellyn, S. 2001. Two-Way Windows: Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies* 22(4), 593–623. Saatavilla: doi.org/10.1177/0170840601224003 (haettu 14.7.2017)
- Lönnqvist, J. 1991. *Johtamisen ja johtajan psykologiasta. 5. Painos.* Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Malmelin, N. & Hakala, J. 2012. *Vetovoima: Kirja inspiroivista yrityksistä, merkitysten johtamisesta ja idealismin voimasta.* Helsinki: Talentum Media Oy. Balto print, Liettu.
- MacVane Phipps, F. 2020. Through the lens of COVID-19. *International journal of health governance*, 25(3), 271–278. Saatavilla: [doi:10.1108/IJHG-06-2020-0067](https://doi.org/10.1108/IJHG-06-2020-0067) (haettu 4.10.2021).
- Marchildon, G.P. & Fletcher, A.J. 2016. Systems thinking and the leadership conundrum in health care. *Evidence and Policy: A Journal of Research, Debate and Practice* 12(4), 559-574. Saatavilla: doi.org/10.1332/174426415x14449988605954 (haettu 9.1.2022).
- Martin, G. P. & Learmonth, M. 2012. A critical account of the rise and spread of 'leadership': The case of UK healthcare. *Social Science & Medicine* 74(3), 281–288. Saatavilla: [doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.002](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.002) (haettu 28.1.2019).
- Marx D. 2003. How building a 'just culture' helps an organization learn from errors. *OR manager*, 19(5), 1–20.
- McAlearney, A. S. 2006. Leadership development in healthcare organizations: A qualitative study. *Journal of Organizational Behavior* 27, 967–982. Saatavilla: <https://doi.org/10.1002/job.417> (haettu 30.12.21).
- McConville, T. 2006. Devolved HRM responsibilities, middle-managers and role dissonance, *Personnel Review* 35(6), 637–653. Saatavilla: [doi:10.1108/00483480610702700](https://doi.org/10.1108/00483480610702700)
- Meier, N. 2015. Configurations of leadership practices in hospital units. *Journal of Health Organization and Management* (16)29, 1115–1130. Saatavilla: [doi:10.1108/JHOM-01-2014-0009](https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2014-0009)
- Mintzberg, H. 1980. *The nature of managerial work.* Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 54–99.
- Mintzberg, H. 1983a. *Power In and Around Organizations.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. 1983b. *Structure in Fives: Designing Effective Organizations.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. 1998a. *The Structuring of Organisations. A synthesis of the research.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Mintzberg H. 1998b. *Covert leadership: notes on managing professionals.* *Harvard Business Review*, 140–147.
- Mo, T.O. 2008. Doctors as managers: moving towards general management? The case of unitary management reform in Norwegian hospitals. *Journal*

- of Health Organization and Management 22(4), 400-415. Saatavilla: doi: 10.1108/14777260810893980 (haettu 16.3.2021)
- Morrow, E., Robert, G. & Maben, J. 2014. Exploring the nature and impact of leadership on the local implementation of the productive ward releasing time to care. *Journal of Health Organization and Management*, 28(2), 154-176. Saatavilla: doi.org/10.1108/jhom-01-2013-0001 (haettu 9.1.2022).
- Mäkipää, S., Laaksonen, K., Saarinen, J. & Miettinen, M. 2012. Mitenterveysdenhuoltoalan vetovoimaisuutta voidaan lisätä? *Suomen lääkärilehti* 67(13), 1060-1063.
- Neal, J. M. 2019. Empowerment is a big key to physician engagement. *Physician leadership journal*, 6(2), 44. Saatavilla: <https://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=135409485&S=R&D=bsh&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeqLU4wtvhOLCmsEmep7VSsaq4SrKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGqtU%2B3prFJuePfgeyx44Dt6fIA> (haettu 27.12.2021).
- Northouse, P. 2019. *Leadership: Theory & Practice*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Nykänen, P. 2021. Terveysdenhuollon johtaminen kuuluu lääkärille. *Suomen Lääkärilehti* 76(49), 2921.
- Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveystalouden julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa –Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Väitöskirja. Vaasa: Vaasanyliopisto. Saatavilla: https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7778/isbn_952-476-129-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y (haettu 3.1.2017).
- Ong, B.N. 1998. Evolving perceptions of clinical management in acute hospitals in England. *British Journal of Management* 9(3), 199-210. Saatavilla: doi.org/10.1111/1467-8551.00084 (haettu 27.12.2019).
- Onyura, B., Crann, S., Freeman, R., Whittaker, M.K. & Tannenbaum, D. 2019. The state-of-play in physician health systems leadership research: A review of paradoxes in evidence. *Leadership in Health Services* 32(4), 620-643. Saatavilla: doi.org/10.1108/lhs-03-2019-0017 (haettu 13.10.2020).
- Oostra, R.D. 2016. *Physician Leadership: A Central Strategy to Transforming Healthcare*. *Frontiers of Health Services Management* 32(3), 15-26. Saatavilla: <https://www-proquest-com.ezproxy.jyu.fi/scholarly-journals/physician-leadership-central-strategy/docview/1794769314/se-2?accountid=11774> (haettu 15.5. 2021).
- Oulun yliopisto. 2022. *Läketieteen lisensiaattiopinnot*. Saatavilla: <https://opas.peppi oulu.fi/fi/ohjelma/19021> (haettu 07.5.2022).
- Owens, G.L. Jr. 2020. *Professional Identity of the Physician Leader: A Qualitative Phenomenological Study*. Doctoral dissertation. American College of Education. Saatavilla: <https://scholarworks.ace.edu/bitstream/handle/20.500.12520/52/Owens%20Complete%20Dissertation%20Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (haettu: 25.12.2021).

- Oxford Dictionary of English. 2021: Saatavilla: https://www-sanakirja-fi.ezproxy.jyu.fi/oxford_english/english-english/good (haettu 3.3.2021).
- Padilla, A., Hogan, R. & Kaiser, R. 2007. The toxic triangle: Destructive leaders, susceptible followers and conductive environments. *The Leadership Quarterly* 18(3), 176–194.
- Palovuori, E. & Pitkäranta, A. 2019. Palaute muuttaa toimintatapoja HUS:ssa. *Potilaan Lääkärilehti*. Saatavilla: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/palaute-muuttaa-toimintatapoja-hus-ssa/> (haettu 17.1.2121).
- Parkkila, S. 2021. Pitkäkestoinen COVID-19. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 137(5), 457–463.
- Parkkila-Harju, M. 2017. Lääkärin arki muuttuu. *Suomen Lääkärilehti* 72(3), 93.
- Parmanne P. 2013. Yli puolessa terveystakesuksista kaikki lääkärintehtävät on täytetty. *Suomen Lääkärilehti* 68(49), 3260–3261.
- Parmanne P., Vänskä J. & Halila H. 2014. Lääkärimäärä kasvaa eläköitymisäällöstä huolimatta. *Suomen Lääkärilehti*, 24(69), 1811–1812.
- 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.
- Peltonen, M. & Ruohotie, P. 1991. Ihmisten johtaminen. *Aavaranta-sarja* 24. Keuruu: Otava.
- Perry, J., Mobley, F. & Brubaker, M. 2017. Most Doctors Have Little or No Management Training, and That's a Problem. *Harvard Business Review*. Saatavilla: <https://hbr.org/2017/12/most-doctors-have-little-or-no-management-training-and-thats-a-problem> (haettu 4.1.2020).
- Peters, F.H. 1906. *The Nicomachean Ethics of Aristotle*. Saatavilla: https://www.stmarys-ca.edu/sites/default/files/attachments/files/Nicomachean_Ethics_0.pdf (haettu 13.3.2021).
- Piispa, P. 2012. Asiantuntijasta johtoportaan. *T-lehti* 7.2.2012. Saatavilla: <https://t-lehti.fi/2012/02/07/asiantuntijasta-johtoportaan/>
- Porter, M. & Teisberg, E. 2007. How physicians can change the future of health care. *Journal of the American Medical Association* 297(10), 1103–1111. Saatavilla: <https://doi.org/10.1001/jama.297.10.1103> (haettu 01.01.22).
- Pulkka, A. 2013. Lääkärijohtajuus ja ylläkkäreiden ammatti-identiteetti muuttuvassa asiantuntijaorganisaatiossa. *Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Kauppätieteellinen tiedekunta, Johtaminen ja organisaatiot. Pro gradu*.
- Päätalo, K. & Kauppi, S. 2016. Well-being at physician's work – a systematic review to support managing work ability and well-being in health care organizations, *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53(1), 30–43. Saatavilla: <https://journal.fi/sla/article/view/55567> (haettu 5.2.2021).
- Quinn RE. 1988. *Beyond Rational Management*. San Francisco, CA; Jossey-Bass.

- Quinn, J.F. & Perelli, S. 2016. First and foremost, physicians: the clinical versus leadership identities of physician leaders. *Journal of Health Organization and Management* 30(4), 711–728. Saatavilla: doi.org/10.1108/jhom-05-2015-0079 (haettu 30.1.2017).
- Quinn, J.F. & Cola, P. 2020. Understanding physician leadership: The mediating effects of positive organizational climate and relational role endorsement. *The Journal of business & industrial marketing* 35(10), 1491–1503. Saatavilla: doi:10.1108/JBIM-01-2019-0032 (haettu 31.10.2021).
- Rautavaara, A. 1978. *Yhteistyö ja luottamus. Johtamisen perusteita*. Helsinki: Tietomies.
- Ropo, A., Eriksson, M., Sauer, E., Lehtimäki, H., Keso H., Pietiläinen, T. & Koivunen, N. 2005. *Jaetun johtajuuden särvät*. Helsinki: Talentum.
- Saxena, A., Desanghere, L., Stobart, K., & Walker, K. 2017. Goleman's Leadership styles at different hierarchical levels in medical education. *BMC medical education* 17(1), 169. Saatavilla: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0995-z> (haettu 11.12.2018).
- Schall, M. S. 1983. A Communication-Rules Approach to Organizational Culture. *Administrative science quarterly* 28(4), 557-581. Saatavilla: doi:10.2307/2393009
- Schein, E.H. 1978. *Career Dynamics: Matching Individual and Organizational Needs*. Boston: Addison-Wesley Publishing Company.
- Schein E. H. 1990. *Career Anchors: Discovering Your Real Values*. San Francisco: Jossey-Bass/Pfeiffer, a Wiley Company.
- Schmidt, J. W. & Linenberger, S. J. 2020. Medicine: A Prescription for Medical Student Leadership Education. *New directions for student leadership* 2020(165), 125–136. Saatavilla: doi:10.1002/yd.20374 (haettu 19.2.2022).
- Schyns, B. & Schilling, J. 2013. How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *The Leadership Quarterly* 24(1), 138–158.
- Shaw, J., Erickson, A. & Harveys, M. 2011. A method for measuring destructive leadership and identifying types of destructive leaders in organizations. *The Leadership Quarterly* 22(4), 575–590.
- Savage, M., Mazzocato, P., Savage, C., & Brommels, M. 2017. Physicians' role in the management and leadership of health care. A scoping review. Tukholma: Karolinska institutet.
- Sheard, A., Kakabadse, N. & Kakabadse, A. 2013. Destructive behaviours of leadership: The source of the shift from functional to dysfunctional workplace? *International Journal of Social Science Studies* 1(1), 73–89.
- Singer, S., Gaba, D., Geppart, J., Sinaiko, A., Howard, S. & Park, K. 2003. The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality & safety in health care* 12(2), 112-118. Saatavilla: doi:10.1136/qhc.12.2.112 (haettu 5.10.2018).
- SNAPS. 2004. *Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska lähderna. Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningfrågor*.

- Saatavilla: <https://docplayer.se/7019698-Den-framtida-lakrarbetsmarknaden-i-de-nordiska-landerna.html> (haettu 05.12.2021).
- Snell, A. J., Briscoe, D. & Dickson, G. 2011. From the inside out: the engagement of physicians as leaders in health care settings. *Qualitative health research* 21(7), 952-967. Saatavilla: <https://doi.org/10.1177/1049732311399780> (haettu 01.01.22).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002a. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114044/TRM200203.pdf?sequence=1> (haettu 4.1.2017).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002b. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy. Saatavilla: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70091/esite2002_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y (haettu 9.3.2019).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504224858>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Sosiaali- ja terveystalouden johtamiskoulutustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30. Saatavilla: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80419/tr30.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeet. Erikoislääkärikkoulutustyöryhmän loppuraportti. Saatavilla: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71959/URN%3aNBN%3afi-fe201504226354.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (haettu 8.2.2021).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Sote-uudistus. Saatavilla: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos, (haettu 4.1.2017).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Lääkäri 2018. Kyselytutkimus vuosina 2007-2016 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:69. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162015/STM_2019_69_R.pdf?sequence=1&isAllowed=y, (haettu 17.1.2021).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021. Terveyspalvelut. Saatavilla: <https://stm.fi/terveyspalvelut> (haettu 05.12.2021).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022a. Saatavilla: <https://stm.fi/terveyspalvelut> (haettu 10.05.2022)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022b. Sote-henkilöstön riittävyys ja saatavuus: työryhmän ehdotukset alatyöryhmäkohtaisiksi tavoitteiksi ja toimiksi. Saatavilla: <https://stm.fi/documents/1271139/105036658/Sote->

- henkilöstön+riittävyys+ja+saatavuus_Työryhmän+ehdotukset+alakohtaisiksi+tavoitteiksi+ja+toimiksi.pdf/85903c95-3ea2-34db-2566-e8393eca3197/Sote-henkilöstön+riittävyys+ja+saatavuus_Työryhmän+ehdotukset+alakohtaisiksi+tavoitteiksi+ja+toimiksi.pdf?t=1642149240572 (haettu 07.05.2022).
- Sote-uudistus. 2021. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus. Saatavilla: <https://soteuudistus.fi/lainsaadanto> (haettu 11.12.2021).
- Spehar, I., Frich, J.C. & Kjekshus, L.E. 2015. Professional identity and role transitions in clinical managers. *Journal of Health Organization and Management* 29(3), 353–366. Saatavilla: doi.org/10.1108/jhom-03-2013-0047 (haettu 29.10.2019).
- Spurgeon, P., Long, P., Clark, J. & Daly, F. 2015. Do we need medical leadership or medical engagement?. *Leadership in Health Services* 28(3), 173–184. Saatavilla: doi.org/10.1108/lhs-03-2014-0029 (haettu 4.12.2018).
- Spyridonidis, D., Hendy, J. & Barlow J. 2015. Understanding hybrid roles: The role of identity processes amongst physicians. *Public Administration* 93(2), 395–411. Saatavilla: doi.org/10.1111/padm.12114 (haettu 11.12.2018).
- Stogdill, R. M. 1974. *Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research*. New York: Free Press.
- Stoller, J. K. 2009. Developing physician-leaders: A call to action. *Journal of General Internal Medicine* 24(7), 876–878. Saatavilla: <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1007-8> (haettu 30.12.21).
- Styhre, A., Roth, A. & Roth, J. 2016. Who will lead the physicians unwilling to lead? Institutional logics and double-bind situations in health care leadership. *Leadership & Organization Development Journal* 37(3), 325–340. Saatavilla: doi.org/10.1108/lodj-10-2012-0137 (haettu 13.9.2020).
- Sumanen, M., Viitanen, E., Virjo, I., Hyppölä, H., Halila H., Kumpusalo, E., Kujala, S., Isokoski, M., Vänskä J. & Mattila, K. 2006. Lääkärin arviot kollegojen johtamistaidoista ovat parantuneet viidessä vuodessa. *Suomen Lääkärilehti* 61(41), 4241–4249.
- Summerfield, M.R. 2014. Leadership: a simple definition. *American Journal of Health-System Pharmacy* 71(3), 251–253. Saatavilla: doi.org/10.2146/ajhp130435 (haettu 1.11.2021).
- Suomen Lääkäriliitto. 1998. *Terveydenhuollon johtaminen ja virkanimikkeet*.
- Suomen Lääkäriliitto. 2010. Lääkärin asema terveydenhuollossa. Saatavilla: <http://www.laakariliitto.fi/uutiset/jasenuutiset/laakariliiton-linjaus-laakarin-asema-terveydenhuollossa>. (haettu 15.7.2017).
- Suomen Lääkäriliitto. 2013a. Lääkäriliiton arvot ja tehtävät. Saatavilla: <http://www.laakariliitto.fi/liitto/arvot/> (haettu: 05.12.2021).
- Suomen Lääkäriliitto. 2013b. Lääkärin etiikka, 7. painos. ISBN 978-951-9433-64-6. (verkkojulkaisu). Saatavilla: http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarin_etiikka_2013.pdf (haettu 4.2.2021).

- Suomen Lääkäriliitto. 2013c. Lääkärinvala. Saatavilla:
<https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/hippokrateenvala/> (haettu 1.3.22)
- Suomen Lääkäriliitto. 2014a. Lääkärin asema terveydenhuollossa ja terveydenhuollon johtaminen. Saatavilla:
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1229/1_k_rin_asema_terveydenhuollossa_ja_terveydenhuollon_johtaminen_muistio_hyv_ksytty_140822.pdf (haettu 30.1.2021)
- Suomen Lääkäriliitto. 2014b. Saatavilla:
<http://www.slideshare.net/laakariliitto/lkriit-yhteiskunnallisina-vaikuttajina-140508> pdf haettu 17.7.2017).
- Suomen Lääkäriliitto. 2016a. Lääkärit Suomessa. Saatavilla:
http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/ll16_tilasto2016_net1_170114.pdf (haettu 15.1.2021).
- Suomen Lääkäriliitto. 2016b. Lääkäriliiton verkkoavoriihi. Saatavilla:
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5229/verkkoavoriihi_jasenet_laaja_tulospaketti.pdf (haettu 17.1.2021).
- Suomen Lääkäriliitto. 2016c. Suomen Lääkäriliiton hallituksen kokouspäätökset 8.12.2016. Saatavilla:
<http://www.laakariliitto.fi/uutiset/linjauksia/terveydenhuollon-laadunkokonaisvaltainen-mittaaminen-osana-sote-uudistusta-laakariliiton-suuntaviivat/> (haettu: 11.05.2019).
- Suomen Lääkäriliitto. 2016d. Saatavilla:
<http://www.laakariliitto.fi/uutiset/blogi/johtajan-seitseman-hyvetta/> (haettu: 11.05.2019).
- Suomen Lääkäriliitto. 2019. Lääkärit 2019. Saatavilla:
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/sll_taskutilasto_fi_220620.pdf (haettu 05.12.2021).
- Suomen Lääkäriliitto. 2021a. Lääkärin Etiikka, 8. painos. ISBN 978-951-9433-75-2. (verkkojulkaisu). Saatavilla:
<https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/29259/laakarini-etiikka-2021.pdf> (haettu 11.12.2021).
- Suomen Lääkäriliitto. 2021b. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2021. Saatavilla:
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/terveyskeskusten_laakaritilanne_2021_final_2.pdf (haettu 19.06.2022).
- Suomen virallinen tilasto (SVT). 2017. Väestöennuste (verkkojulkaisu). ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla:
http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html (haettu 05.05.2019).
- Suomen virallinen tilasto (SVT). 2019a. Terveyskeskusten menot ja rahoitus (verkkojulkaisu). Helsinki: Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla:
<http://www.stat.fi/til/thkura/> (haettu: 11.05.2019).
- Suomen virallinen tilasto (SVT). 2019b. Väestörakenne (verkkojulkaisu). ISSN=1797-5379. 2019. Helsinki: Tilastokeskus Saatavilla:

- http://www.stat.fi/til/vaerak/2019/vaerak_2019_2020-03-24_tie_001_fi.html (haettu: 5.12.2021).
- Swanwick, T. 2017. Leadership Theories and Concepts. Kirjassa T. Swanwick & J. McKimm (toim.) ABC of Clinical Leadership. New York: John Wiley & Sons, Incorporated. ProQuest Ebook Central. Saatavilla: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/detail.action?docID=4788162>, 25–47 (haettu 4.10.2020).
- Tajfel, H. 1972. La catégorisation sociale (engl. käännös). In S. Moscovici (Ed) Introduction à la psychologie sociale, 1, Paris: Larousse, 272–302.
- Tampsi-Jarvala, T., Viitanen, E., Lehto, J. & Jarvala, T. & Suutala, E. 2005. Johtajana sosiaali- ja terveystoimessa. Helsinki: Stakes.
- Tammilaakso, S.M. 2016. Lääkäriesimien johtamiskompetenssi ja johtamisosaamisen kehittäminen. Tampere: Tampereen yliopisto, Hallintotieteiden tutkinto-ohjelma. Pro gradu. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201609132261> (haettu 16.7.2017).
- Tamminen, J. 2014. Lääkärit johtamaan. Suomen Lääkärilehti 69(10), 726.
- Tasi, M.C., Keswani, A. & Bozic, K.J. 2017. Does physician leadership affect hospital quality, operational efficiency, and financial performance? Health Care Management Review 44(3), 256–262. Saatavilla: doi.org/10.1097/hmr.000000000000173 (haettu 23.9.2020).
- Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin Laitos. 2021. Terveystieteiden menot ja rahoitus 2019. Tilastoraportti 15/2021. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142578/Tr15_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y (haettu 05.12.2021).
- Terveystieteiden laki. 2010. 30.12.2010/1326, 4§, 57§. (haettu: 5.12.2021). Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- The Joint Commission. 2009. Sentinel Event Alert Issue 43. Leadership committed to safety. Saatavilla: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_43.htm. (haettu 22.9.2018).
- Thoroughgood, C., Sawyer, K., Padilla, A. & Lunsford, L. 2018. Destructive leadership: A critique of leader-centric perspectives and toward a more holistic definition. Journal of Business Ethics 151(3), 627–649.
- Tienari, J. & Piekkari, R. 2011. Z ja epäohtaminen: Miten sinä haluat tulla johdetuksi? Helsinki: Talentum.
- Tietokiri. 2018. Saatavilla: <https://vm.fi/-/julkishallinto-tiedolla-johtamisen-edellakavijaksi> (haettu 15.05.2022).
- Trépanier, S.G., Boudrias, V. & Peterson, C. 2019. Linking destructive forms of leadership to employee health. Leadership & Organization Development Journal 40(7), 803–814.
- Tuononen, T., Suominen, A., & Lammintakanen, J. 2018. Career path from a dentist to a leader. Leadership in health services 31(4), 384–397. Saatavilla: <https://doi.org/10.1108/LHS-08-2017-0051> (haettu 12.12.2021).
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla:

- https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (haettu 5.1.2021).
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuomiranta, M. 2002. Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohdajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5291-7> (haettu 17.1.2017).
- Turunen, JP. 2018. Miksi oppiminen on tärkeää koko lääkärin uran ajan? Aikakausikirja Duodecim 134(23), 2311–2314.
- Törmänen, O. & Paasivaara, L. 2009. Määritely ja määrittelemätön eettisyys terveydenhuollon organisaation resurssien kohdentamisessa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 37(4), 391-406. Saatavilla: [https://urn-fi.ezproxy.jyu.fi/URN:NBN:fi:ELE-1524458](https://urn.fi/urn:urn:fi:ezproxy.jyu.fi/URN:NBN:fi:ELE-1524458) (haettu 21.5.2017).
- Uhl-Bien M. 2006. Relational leadership theory: exploring the social processes of leadership and organizing. The Leadership Quarterly 17(6), 654–676. Saatavilla: doi 10.1016/j.leaqua.2006.10.007 (haettu 27.12.2019).
- Valtiovarainministeriö. 2022. Tietojohtaminen. Saatavilla: <https://vm.fi/tietojohtaminen> (haettu 15.05.2022).
- Valtonen, H. 1993. Mikrotalousteorian rakenteesta ja ontologisista sitoumuksista. Vaasan yliopiston julkaisuja, Tutkimuksia 172. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Vartia-Väänänen, M. 2007. Työpaikkakiusaamisen selvittäminen on aina työnantajan tehtävä. Suomen lääkrilehti 62(22), 2180–2181.
- Vierula, H. 2019. HUS:n erikoistuvien tilanteen korjaaminen kestää pitkään. Suomen Lääkrilehti 74(46), 2632. Saatavilla: <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2019/SLL462019-2632.pdf> (haettu 17.1.21).
- Viitanen, E., Kokkinen, L., Konu, A., Simonen, O., Virtanen, J.V. & Lehto, J. 2007. Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisan kehittämissäätien tutkimusjulkaisut nro 59. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. Saatavilla: <http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2059.pdf> (haettu 16.1.2017).
- Viitanen E., Tampusi-Jarvala T. & Lehto J. 2006. Ylilääkrät toivovat esimiehiltään parempaa johtamista. Suomen Lääkrilehti 61(9), 997–1001.
- Viitanen, E., Wiili-Peltola, E. & Lehto, J. 2002. Osastonlääkrä lähiesimiehenä “Enemmän tämmönen seniorikonsultti”. Suomen Lääkrilehti 7(38), 3755–3757.
- Vincent J., Andrews D., Hertling M., Galura S. & Forlaw L. 2017. Impact of an Interprofes-sional Leadership Program on Collaboration in Practice, Collaborative Healthcare: In-terprofessional Practice, Education and Evaluation 8(1). Saatavilla: <https://jdc.jefferson.edu/jcipe/vol8/iss1/4> (haettu 25.12.21).

- Virtanen, J.V. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Väitöskirja. Turku: Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja, Sarja A 2. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-249-070-4> (haettu 15.1.2017).
- Vistbacka, S. 2019. Työuran merkitykselliset tapahtumat ja kasvu johtajaksi sairaalaorganisaatiossa. Vaasa: Vaasan yliopisto. Saatavilla: <https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/8181/978-952-476-855-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (haettu 2.1.22).
- Vroom, V.H. & Jago A.G. 2007. The role of the situation in leadership. *American Psychologist* 62(1), 17–24. Saatavilla: doi:10.1037/0003-066X.62.1.17 (haettu 27.12.2019).
- Vuori, J. 2005. Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja terveydenhuollon työyhteisöissä. Helsinki: WSOY.
- Warren, O. & Carnall, R. 2011. Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. *Postgraduate Medical Journal* 87(1023), 27–32. Saatavilla: doi:10.1136/pgmj.2009.093807 (haettu 20.6.2021).
- White, R & Lippitt, R. 1962. Autocracy and democracy: An experimental inquiry. *Philosophy of Science* 29(2), 209–212.
- Wiik, H. 2016. Lääkärijohtaja ja muutos. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 132 (23), 2203–2207.
- Wiili-Peltola, E. 2000. Sairaala sosiaalisena organisaationa: Uusia kuvia vanhoissa raameissa?. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37(2), 122–133.
- Witman, Y., Smid, G.A.C., Meurs, P.L. & Willems, D.L. 2011. Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization* 18(4), 477–495. Saatavilla: doi.org/10.1177/1350508410380762 (haettu 21.4.2021).
- World Health Organization. 2000. The World Health Report 2000: Improving performance. Geneva: World Health Organization. Saatavilla: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/reader.action?docID=284796> (haettu 9.1.22).
- Wrede, S., Olakivi, A., Fischer, N. & Sigfrids, A. 2016. Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta. Helsingin yliopisto ja Suomen Lääkäriliitto. Saatavilla: [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) (haettu 4.10. 2020).
- 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. Saatavilla: <https://search-proquest-com.ezproxy.jyu.fi/docview/61037417>
- Yukl, G. 2013. *Leadership in Organizations*. Global Edition, Pearson Education UK. ProQuest Ebook Central. Saatavilla:

<http://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/detail.action?docID=5248236> (haettu 4.2.2021).

Zaleznik, A. 1977. Managers and leaders: Are they different? *Harvard Business Review*, 67-78.

Zelenski, J.M., Murphy, S.A. & Jenkins, D.A. 2008. The Happy-Productive Worker Thesis Revisited. *Journal of Happiness Studies* 9(4), 521-537. Saatavilla: doi.org/10.1007/s10902-008-9087-4

Zohar, D. 2002. The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. *Journal of organizational behavior* 23(1), 75-92. Saatavilla: [doi:10.1002/job.130](https://doi.org/10.1002/job.130) (haettu 5.10.2018).

LIITTEET

Liite 1

Haastattelurunko.

Kaikille haastateltaville esitettiin seuraavat kysymykset:

- 3) Minkälaista on hyvä lääkäreiden johtaminen?
- 4) Tarvitseeko lääkäreiden johtajan olla lääkäri?

Lääkärijohtajille esitettiin myös lisäkysymykset:

- 12) Millaisen urapolun olet kulkenut nykyiseen tehtävääsi ja mitä työsi pitää sisällään?
- 13) Miten määrittelisit/valottaisit lääkärijohtamista (asiaa/ilmiötä) tuntemattomalle?
- 14) Millaisia asioita nostaisit esiin lääkärijohtamisen tärkeimpinä asioina?
- 15) Poikkeako lääkäreiden johtaminen muusta johtamisesta?
- 16) Millaisiin asioihin keskityt omassa johtamisessasi?
- 17) Millaiset asiat koet johtamistyössäsi helppoina/palkitsevina/positiivisina ja vaikeina/haastavina/kuormittavina?
- 18) Miten lääkärijohtajuutta voisi tukea?
- 19) Mitä mieltä olet lääkäreiden nykyisestä johtamiskoulutuksesta?
- 20) Miten koet työsi ja muun elämän yhdistämisen?
- 21) Onko jotain muuta mitä haluaisit kertoa lääkärijohtamisesta?
- 22) Minkälainen johtaja olet?

Liite 2

Johtamisroolit -lomake.

Johtamisrooli	Johtamisroolin kuvaus
Helpottaja (facilitator)	Yhteisöllisyyden edistäjä, yhtenäisyyden rakentaja ja yhteistyön kehittäjä. Yhteistyön rakentaminen, ristiriitojen hallinta ja osallistava päätöksenteko ovat johtamisen keskiössä.
Neuvonataja / Opastaja (mentor)	Kehittää ja tukee muita. Omaa hyvät kommunikointitaidot ihmissuhteissa, ja ymmärtää itseään ja muita ympärillään.
Uudistaja / Innostaja (innovator)	Arvostaa luovuutta, ja luottaa intuitioon sekä erilaisiin ideoihin. Helpottaa muutosta ja siihen mukautumista, koska haluaa johtaa muutosta.
Valmentaja / Tuottaja (producer)	Työstään kiinnostunut, motivoitunut ja tehtäväsuuntautunut. Toimii stressin- ja ajanhallinnan johtajana yrittäen motivoida myös muita
Järjestäjä (coordinator)	Suunnitteleva, organisoiva ja valvova. Mielenkiinto on työn helpottamisessa, ponnistusten koordinoinnissa sekä teknisissä, logistisissa ja taloushallinnollisissa teemoissa.
Johtaja (director)	Työtehtävien delegoija, joka asettaa tavoitteita ja vastaanottaa aloitteita.
Valvoja / Tarkkailija (monitor)	Analysoi ja tuntee tosiasiat yksityiskohtineen. Vastaanottaa, järjestee ja arvioi informaatiota ja reagoi siihen nopeasti.
Välittäjä (broker)	Neuvottelee sopimuksia ja sitoumuksia sekä esittelee ideoita omaten poliittista neuvokkuutta, voimakkuutta ja vaikutusvaltaa organisaatiossa.



ALKUPERÄISET JULKAISUT

I

MISTÄ ON LÄÄKÄRIJOHTAJAT TEHTY?

by

Huikko-Tarvainen, S., Sajasalo, P., & Auvinen, T. 2019

Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies, 24(1), 40-49

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201904012020>

Reproduced with kind permission
by
Jyväskylä School of Business and Economics.

Mistä on Lääkärijohtajat Tehty?

Sari Huikko-Tarvainen
Pasi Sajasalo
Tommi Auvinen

Abstract

Leadership and leadership development have been valued to be the most important part in reaching the strategic goals of the health care. At this moment when Finland is preparing for an unprecedented reform of the health and social services, the impact of a physician leadership to the health care is probably more important than ever. The aim of this study is also to increase understanding of the physician leadership, the work of physician leader and how Finnish doctors value leadership work nowadays. A qualitative interview study ($n = 23$) was performed for the chief physicians and the heads of departments in The Central Finland Central Hospital. The study showed that a physician leader is defined by an organizational leadership position and a professional expertise which is required by social expectations, legislation and guidelines of medical ethics. The physician leadership is primarily reflected through management, less leadership. The work of a physician leader is leading specialists, in which patient work is inextricably linked. The study showed an enthusiasm for leadership work. The majority of the leaders enjoyed their work and had voluntarily applied to their current position. Based on this study and the available literature, over the past 30 years, the attitude of the Finnish physician leaders towards a physician leadership work seems to be turning into a more positive, more acceptable and more aspirational one.

Avainsanat: lääkäri, lääkärijohtaja, lääkärijohtaminen, johtaminen, physician leadership

Johdanto

Suomalaisen terveydenhuollon ollessa suuressa muutoksessa (Suomen Lääkäriliitto, 2014a) ja pitkään valmistellun SOTE-uudistuksen kynnyksellä, lääkärijohtamisen merkitys on nyt mahdollisesti tärkeämpää kuin koskaan (ks. Hernandez, 2016). Terveydenhuollon hyvän johtamisen, toiminnan tarkoituksenmukaisuuden ja kustannusvaikuttavuuden kehittämisen on nähty olevan muutospaineissa avainasemassa (Suomen Lääkäriliitto, 2014a). Johtaminen ja johtamisen kehittäminen on lisäksi nostettu jo aiemmin tärkeimmiksi keinoiksi terveydenhuollon strategisten tavoitteiden saavuttamisessa (Grönroos & Perälä, 2004). Valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi on jo vuonna 2002 esitetty keskeiseksi ratkaisuksi terveydenhuollon johtamisen kehittämistä (STM, 2002), ja vuonna 2004 Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama työryhmä on lausunut, että sosiaali- ja terveysjohtamiseen liittyvää tutkimusta tulee kehittää (STM, 2004).

Lisäksi työryhmä on vuonna 2004 ehdottanut johtamiskoulutusta jatkumona, jossa johtamisen perusteet kuuluvat lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen osalta peruskoulutukseen, minkä jälkeen koulutus jatkuisi täydennyskoulutuksena keskijohdolle ja ylimmälle johdolle (STM, 2011). Syksystä 2009 alkaen erikoistumiskoulutukseen on kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa sisällytetty pakollinen lähijohtajakoulutus (STM, 2011). Ilmeisestä ajankohtaisesta tarpeesta ja erilaisista politiikkasuosituksista huolimatta viimeaikaista suomalaista tutkimusta lääkärijohtamisesta on tehty verrattain vähän (esim. Huikko-Tarvainen, 2017), mikä korostaa käsillä olevan tutkimuksen merkityksellisyyttä niin tutkimuksen kuin käytännön kannalta.

Eri maiden terveydenhuollon palvelujärjestelmissä on eroja, vaikka esimerkiksi maailmanlaajuisesti sairaaloiden toiminnallisissa perustoissa on selkeitä yhteneväisyyksiä. Terveydenhuoltojärjestelmien välillä on organisaatio- kuin hoitokulttuureissa kansallisia erityispiirteitä, jotka erottavat järjestelmiä tietyiltä osin omankaltaisikseen. (Wiili-Peltola, 2000; Virtanen, 2010.) Jo yksinomaan suomalainen käsitys johtamisesta ero-

aa monien eurooppalaisten kulttuurien painotuksista (Peltonen, 2004), esimerkiksi alhaisen valtaetäisyyden vuoksi (ks. Hofstede, 2001). Täten ulkomaisten tutkimustulosten sovellettavuudessa suomalaisen terveydenhuollon johtamistyöhön saattaa olla tiettyjä rajoitteita (Wiili-Peltola, 2000; Virtanen, 2010), minkä vuoksi suomalaisen lääkärijohtamisen tarkastelu on ajankohtaista ja tarpeellista.

Tässä tutkimuksessa tavoitellaan empiirisen tutkimuksen kautta ymmärrystä lääkärijohtamisesta: mitä lääkärijohtajalla tarkoitetaan, mikä on lääkärijohtamistyön ydinsisältö lääkäreiden johtamistyössä suomalaisessa käytännössä, ja miten suomalaiset lääkärijohtajat suhtautuvat lääkäreiden johtamistyöhön nykyisin. Samalla luodaan yhdenmukaisuutta ja selkeyttä niin aiheen ammatilliseen kuin johtamisteoreettiseen keskusteluun. Tutkimuksen tulosten pohjalta osoitetaan lisäksi hedelmällisiä suuntia jatkotutkimukselle. Tarkoitusta toteutetaan laadullisen, polkua lääkärijohtajaksi sekä lääkärijohtajan työnkuvaa kartoittavan empiirisen tutkimuksen kautta.

Monitulkintainen lääkärijohtaja-käsite

Vaikka lääkärille on olemassa Suomen lakiin pohjautuva määritelmä (Finlex, 1994, Finlex, 2014), ja lääkäri-nimikkeen käyttö on tarkoin säädelty, lääkärijohtajalle ei vastaavaa yksiselitteistä lakiperusteista, tai muutamaa yleisesti hyväksyttyä määritelmää kuitenkaan ole (Tuomiranta, 2002). Lääkärijohtaja-käsitteen epämääräisyys on osaltaan hämärtämässä sitä, mistä lääkärijohtamisessa on kyse, ja mitä lääkärijohtajat viimekädessä nimenmaan johtamisroolissaan terveydenhuollon organisaatioissa tekevät. Kansainvälisesti tilanne on sama. Englanninkielisessä kirjallisuudessa lääkäreiden johtajatehtäväkuvaan liittyvät piirteet ovat jokseenkin jäsentymättömiä ja keskusteluissa useat vastineet – physician executive, physician leader, physician manager, medical director, chief physician, deputy chief physician, director of health services (Xirasagar, 2009) – ovat limittyneet toisiinsa moninaisin tavoin.

Suomessa lääkärit ovat perinteisesti siirtyneet johtavaan asemaan ammatillisen urakehityksen myötä usein ilman johtamiskoulutusta (ks. esim. Aira ym., 2006; Lehto ym., 2003; Brommels ja Mäntyranta, 1994). Osaan lääkärijohtajaviroista valikoidutaan akateemisen meritoitumisen kautta (Tamminen, 2014; HYKS, 2016), osaan on puolestaan valikoitunut oman alansa arvostetuimpia klinikoita (Sumanen ym., 2006; Virtanen, 2010). Suomen Lääkäriliitto (2013) katsoo lääkärin peruskoulutuksen antavan hyvän pohjan ymmärtää terveydenhuollon palvelutoiminnan loogiikkaa, tehdä valintoja vaihtoehtojen välillä, ja saavuttaa asiiantuntija-alaisten luottamus, mutta johtajavastuusiin ja -tehtäviin koulutus ei kuitenkaan suoraan valmenna.

Ensimmäisinä suomalaisina käytännön kautta hahmottuvina lääkärijohtajina voidaan pitää piirilääkäreitä, joiden tehtävät määriteltiin ensimmäisen kerran vuonna 1739 (Hermanson, 1989; Hjelt, 1892; Suomen Lääkäriliitto, 2014b). Vuoteen 1832 asti hallintolääkärin päätehtävä oli potilaiden hoito (Hermanson, 1989), siitä lähtien yleinen terveydenhoito (Hermanson, 1989; Soininen, 1943). Potilaiden sairaudenhoito kuului tehtäviin vain, mikäli se ei ollut esteenä muiden virkatehtävien suorittamiselle (Hermanson, 1989; Koskimies, 1943). 1970-luvulle asti lääkärijohtajana, esimerkiksi sairaalan johtavana lääkärinä toimiminen ei merkinnyt valintaa kliinisen eli potilastyöuran ja johtamisen välillä, koska johtava lääkäri teki erikoisalan yllilääkärinä aina myös potilastyötä. Tehtävä oli määräaikainen, ja näin toimikauden päätyttyä oli mahdollista keskittyä jälleen potilastyöhön. (Hermanson, 1989.)

Sittemmin vakiintuneen käytännön mukaisesti hallintolää-

kärillä tarkoitettiin lääkäriä, joka käyttää työajastaan puolet tai enemmän hallinnollisiin tehtäviin ja/tai toimii koko organisaatiossa, ei pelkästään yhden osastoryhmän tai klinikan johdossa (Hermanson, 1989). Kokopäivätoimisiksi lääkärijohtajia ehdotettiin Suomessa ensimmäisen kerran vuonna 1961, koska nähtiin kliinisten tehtävien suorittamisen johtamistyön rinnalla muuttuneen liian raskaaksi (Hermanson, 1989; Klossner, 1961). Kirjallisuuden mukaan viimeisen parin kymmenen vuoden aikana keskimäärin puolet suomalaisista johtavassa asemassa olevista lääkäreistä tekee potilastyötä (Tampsi-Jarvala ym. 2005; Viitanen ym., 2007; Lehto ym. 2003), ja merkittävä osa myös päivystystyötä (Suomen Lääkäriliitto, 2016).

Suomessa lääkärijohtajina näyttäytyvät ensisijaisesti virkanimikkeistön, ja sitä myötä organisatorisen position kautta johtajayllilääkärit, ylilääkärit, apulaisyllilääkärit, hallintoyllilääkärit, osastonyllilääkärit, piiriylilääkärit ja johtajalääkärit. Myös sairaalan johtajat, vastualueen johtajat sekä toimialueen johtajat ovat useimmiten lääkäreitä. Samoin vastaava lääkäri voidaan rinnastaa lääkärijohtajaksi, ja toisinaan myös tulosyksikön johtajat ovat lääkäreitä. Näin käsitteellä on suomalaisessa käytännössä vahvasti hallinnollis-organisatorinen ydinmerkitys.

Suomalaisessa käytännössä lääkärijohtajan viran tai toimen nimikkeestä ei välttämättä voi tulkita, mille hierarkkiselle tasolle hän työnkuvansa puolesta kuuluu (Virtanen, 2010; Lehto ym., 2003), tai millaisia johtamiseen liittyviä tehtäviä ja vastuita työhön sisältyy. Lääkärijohtajan toimialue sairaalassa riippuu siitä, kuinka monesta osastosta lääkärijohtaja vastaa, tai kuuluuko hän ylimpään johtoon (Virtanen 2010, 32). Virkanimike voi itse asiassa perustua pikemminkin palkkaustekniikkaan kuin organisatoriseen position ja siihen liittyviin johtamivastuusiin (Isosaari, 2008). Suomalaisittain lääkärijohtaja-käsitteen sisältö vaikuttaakin näin määrittävän, niin vallitsevan käytännön pohjalta, kuin kirjallisuudessa ensisijaisesti koulutuksen/profession, organisatorisen position ja siihen liitettävien tehtävien ja hallinnollisten vastuiden, sekä klinikon roolin erottamattomuuden kautta (ks. esim. Virtanen, 2010; Pulkka, 2013; Brommels, 2010).

Kansainvälisessä kirjallisuudessa käsitteellä lääkärijohtaja voidaan viitata kahteen eri asiaan: lääkäriin, joka toimii kliinisenä johtajana terveydenhuollon toiminnan muutoksissa tai henkilöön, joka on koulutukseltaan lääkäri, ja on noussut johtajaposition organisaatiossa (Xirasagar, 2009). Suurin osa kirjallisuudesta ja useimmat terveydenhuollon organisaatiot eivät kuitenkaan määrittele kummassa merkityksessä käsitettä käytetään (Xirasagar, 2009). Amerikkalainen kirjallisuuskatsaus ehdottaa, että käsitettä lääkärijohtaja (physician executive) käytettäisiin henkilöistä, jotka terveydenhuolto-organisaatioissa: 1) työskentelevät virallisissa johtotehtävissä, 2) antavat neuvoja kliinisissä tai ei-kliinisissä strategisissa toiminnoissa, tai 3) neuvottelevat tai tekevät sopimuksia niiden edustajina (Schneller ym., 1997). Näin yhteistä kansainvälisen kirjallisuuden määrittelytavoille ja suomalaisessa kirjallisuudessa tavtaville määritelmille vaikuttaa olevan sekä määrittelyn henkilö- että profesiosidonnaisuus.

Muutos suhtautumisessa lääkärijohtamiseen

Aiemman suomalaisen kirjallisuuden mukaan lääkärit ovat kokeneet johtamistyön kliiniseen potilastyöhön verrattuna toisarvoisena työnä, vaikka he kokevat lääkäriesimiehenä olemisen edellytyksenä lääkäriä erityisosaamisen tuntemuksen (Wrede ym., 2016; Ahlblad, 2014; Hannus, 2006), käytännössä siis lääkärinkoulutuksen. Vaikka lääkärijohtamista on siis aiemman tutkimuksen perusteella odotettu, sitä ei niinkään vaikuta arvostetun.

Hermansonin (1989) ja Kekin (1979) mukaan 1970-luvulla Suomessa lääkärijohtajiksi – ensi sijassa hallinnollisiin virkoihin – hakeutuivat lääkärit, jotka eivät olleet kiinnostuneita kliinisestä työstä. Vuonna 1989 julkaistun väitöskirjatutkimuksen mukaan useimmat tutkimuksen kliinikkojohtajat ottivat hallintotehtävät vastaan vastentahtoisesti, ja lääkärit siirtyivät hallintotehtäviin enemmän sattuman kuin tietoisin valinnan kautta. Kliinisestä työstä hallintotehtäviin siirtymisen jälkeen lääkäreiden todettiin joutuneen läpikäymään vaikean sopeutumisprosessin. Hallintotyön nähtiin olevan lääkäreille enemmän työkokemuksen kautta vähitellen kehittyvä taito kuin teorian ja opiskelun myötä opittava ammatti tai erityinen osaamisalue. Kliinikkojohtajan ideaalityyppi suuntautui lääkäriprofession tuntien vähän tai ei olleenkaan kiinnostusta hallintotehtäviin muuten kuin profession edunvalvojana, ja vain osa lääkäreistä hyväksyi ajatuksen tehdä hallintotyötä täyspäiväisesti. Lääkärin hallintoura nähtiin eräänlaisena yksilösuorituksena, jonka hallinnollisista tehtävistä kiinnostunut saattoi halutessaan itse luoda itselleen. (Hermanson, 1989.)

Vuonna 2002 julkaistun lääkäreiden johtajuutta sekä lääkärijohtajien roolijännitteitä käsittelevän väitöskirjatutkimuksen mukaan tutkimuksen lääkärijohtajista (n=51) 39,2 % oli kiinnostunut asiajohtamistyöstä, 45,0 % henkilöstöjohtamistyöstä, ja vain 3,9 % olisi halunnut paneutua aikaisempaa enemmän kliiniseen työhön (Tuomiranta, 2002). Näin jo parissa vuosikymmenessä voidaan havaita lääkärikunnassa tapahtuneen merkittävä suhtautumismuutos johtamistyötä kohtaan: lisäksi hallinnon sijaan terminologia on muuttunut johtamiseksi, ja toisaalta johtamisen – asioiden tai ihmisten – arvostus on lisääntynyt aiempaan verrattuna. Sama kehitys on havaittu myös kansainvälisessä tutkimuksessa terminologian suhteen; jopa siten että asioiden johtamisen (management) sijaan painotus ja huomio on siirtynyt ihmisten johtamiseen (leadership) viime aikoina (Martin ja Learmonth, 2012).

Viitasen ym. (2002) tutkimuksen mukaan osastonlääkärit kokivat lähijohtajaroolinsa epäselviksi, minkä vuoksi osastonlääkärin johtajaroolin kehittäminen koettiin vaativan tuekseen sekä johtamiskoulutusta, että johtajaroolin selkiyttämistä organisaatiossa. Vaikka Suomen Lääkäriliitto suosittaa näkemään johtajan roolin terveydenhuollossa lääkäreillä omana ura-polkuunaan ja yhtä arvostettuna kuin akateeminen ja kliininen meritoituminen (Suomen Lääkäriliitto, 2014a), on lääkäreillä itsellään usein myös vallinnut asenne, että johtaminen ei ole työtä lainkaan (Järvi 2000, 4175). Vuoren (2005, 24) mukaan lääkäriasiantuntijoita ei ole kiinnostanut omaksua aitoa johtajan roolia taloudellisten säästöjen ollessa keskeisin uudistusten perustelu.

Sumanen ym. (2006) tutkivat Suomen Lääkäriliiton viiden vuoden välein kyselytutkimuksella kerättävää Lääkärit-aineistoa vuodelta 2003, ja havaitsivat aineiston perusteella esimiesasemassa olevien lääkärin johtamistaitojen olleen paranemassa, ja että toimiminen esimiesasemassa lisäsi myönteistä arviota myös oman lääkäriesimiehen johtamistaidoista.

Viitanen ym. (2007) selvittivät kolmella erillisellä tutkimuksella vuosina 2001–2005 kysely- ja haastatteluaineistolla sosiaali- ja terveydenhuollon keski- ja lähijohdon tehtävissä työskentelevien henkilöiden johtamisosaamista ja johtamisympäristön muutosten vaikutusta johtamiskäytäntöihin. He havaitsivat tutkittujen johtajaryhmien edustajien kokeneen hallitsevan omasta mielestään parhaiten henkilöstöjohtamisen. Lisäksi keskijohdon edustavat lääkärit kokivat osaavansa seuraavaksi parhaiten asioiden hoitamisen, yhteistyön ja kokonaisuusien hallinnan. Johtajista 60 % koki tietävänsä, mitä ylin johto odottaa heidän johtamistyöltään, ja 80 % koki tietävänsä, mitä alaiset odottavat häneltä johtamistyössä. (Viitanen, 2007.)

Vuonna 2010 julkaistun lääkäri- ja hoitajataustaisten, keskijohdun tai ylimpään johtoon kuuluvien johtajien toimikenttää julkisissa sairaaloissa käsitelleen Virtasen väitöskirjatutkimuksessa nähtiin lääkärijohtamisen olevan muuttumassa aikaisempaa ammattimaisemmaksi. Johtajaksi hakeutumisen ja kouluttautumisen nähtiin olevan aikaisempaa aktiivisempaa. Kuitenkin myös Virtasen tutkimuksessa, samoin kuin Tuomirannan (2002) väitöskirjatutkimuksessa aiemmin, tuli edelleen esille ristiriita lääkärintyön ja johtamisen välillä. (Virtanen, 2010.)

Vuonna 2015 julkaistun terveys- ja sosiaalialan esimiesten johtamisvalmiuksia käsitelleen väitöskirjatutkimuksen mukaan lääketieteen tohtoritutkimuksen suorittaneissa lääkäreissä oli keskiarvoisesti enemmän esimiehiä, joiden johtamisprofiili luokiteltiin tutkimuksessa käytettyjen kriteerien mukaan ammattijohtajiksi. Lääketieteen lisensiaattitutkimuksen suorittaneiden esimiesten joukossa sen sijaan oli keskiarvoisesti ja prosentuaalisesti vähiten esimiehiä, joiden johtamisprofiili luokiteltiin ammattijohtajaksi. (Kujala, 2015.) Kujalan tuloksien mukaan lääkärijohtamisessa vaikuttaa kuitenkin tapahtuneen jo osittaista ammattimaistumista.

Aineisto ja analyysimenetelmä

Empiirisen tutkimuksen kohteena olivat kaikki Keski-Suomen keskussairaalan ylilääkärit sekä osastonylilääkärit, joita lähestyttiin organisaation sisäisellä sähköpostikutsulla osallistua tutkimukseen. Keski-Suomen keskussairaala on Suomen suurin keskussairaala. Kohderyhmästä haastateltavaksi suostui kahdeksaltatoista eri erikoisalalta yhteensä 23 nais- ja mieserikoislääkäriä, joista 15 toimi ylilääkärinä ja 8 osastonylilääkärinä. Naisia haastatelluista oli 8 ja miehiä 15. Tutkimusstrategiaksi valikoitui laadullinen tutkimusote, ja aineistonkeruumenetelmäksi puolistrukturoitu haastattelu, jossa informantteja pyydettiin vapaasti valottamaan omaa urapolkuunsa lääkärijohtajapositioon, kertomaan työstään ja sen sisällöstä sekä miten he kokevat työnsä. Tarvittaessa haastateltaville esitettiin tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastattelut toteutettiin huhti-kesäkuussa 2017 ja heinä-elokuussa 2018 haastateltavien itsensä valitsemisissa sairaalan tiloissa, joissa ei haastattelun aikana ollut sivullisia.

Tietoiseksi suostumukseksi haastateltuun määriteltiin haastateltavien vapaaehtoinen sähköpostiyhteydenotto haastattelijana toimineeseen ensimmäiseen kirjoittajaan. Haastateltavat informointiin vapaaehtoisuudesta osallistua tutkimukseen, ja tietosuojaan liittyvät seikat huomioitiin tutkittaviin kohdistuvien eettisten periaatteiden mukaisesti (Hirsjärvi ja Hurme, 2011, 19–20; Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012). Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, heidän oikeutensa keskeyttää osallistuminen ja kieltää tietojen käyttö missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Haastateltavien tietosuojaan vaalimista korostettiin ja myös sitä, että tutkimuksessa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että haastateltavien osallistuminen tutkimukseen ei paljastuisi, eikä heitä voitaisi tunnistaa tutkimusraportista. Ainoastaan haastattelijalla on tietoinen osallistujien henkilöllisyydestä.

Kaikki haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja koodattiin. Digitaalisesti tallennettujen haastattelujen kestot olivat 22 minuuttia – 1 tunti 22 minuuttia ja haastatteluiden yhteiskesto 18 tuntia 32 minuuttia. Haastatelluista kertyi haastattelulitteenä yhteensä 398 A4-sivua (kirjasin Calibri, fonttikoko 12, riviväli 1). Analyysimenetelmäksi valittiin teemoitteluperiaatteella toteutettu sisällönanalyysi, joka menetelmänä soveltuu kaikkiin laadullisen tutkimuksen perinteisiin. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koske-

viin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi ja Sarajarvi, 2009, 91, 103.) Teemoittelussa aineistosta poimitaan tiettyyn teemaan liittyvät asiat (Eskola ja Suoranta, 2005, 178). Haastatteluista on poimittu teemoittain aineistokatkelmia havainnollistamaan aineistosta tehtyjä tulkintoja. Aineistokatkelmista on poistettu tai vaihdettu sellaisia ilmauksia, jotka olisivat voineet vaarantaa informantin anonymiteetin. Näillä muutoksilla ei ole ollut vaikutusta analyysiin ja tulkintoihin, koska muutettu tekstiasu esiintyy vain aineistokatkelmissa. Ensimmäisen aineistonkeruuvaiheen tulokset (8 ylilääkärinä ja 1 osastonylilääkärinä) on julkaistu ensimmäisen kirjoittajan kauppatieteen maisterin tutkinnon oppinäytetyönä (Huikko-Tarvainen, 2017).

Tulokset

Urapolku lääkärijohtajaksi

Haastateltavien urapolku oli kulkenut lääketieteen lisentiaattikoulutuksen ja erikoislääkäritutkinnon kautta ennen lääkärijohtaja-asemaa. Kaikki haastateltavat olivat suorittaneet johtamiskoulutuksia vaihtelevan mittaisina ja laajuisina kokonaisuuksina, jopa useamman vuoden mittaiseen executive Master of Business Administration (eMBA) -koulutukseen asti. Yleisimmin suoritettu johtamiskoulutus (4 haastateltavaa) oli Suomen Lääkäriliiton järjestämä Erikoislääkäreiden johtamiskoulutus (ELJ). Lääkäristöihin oli yleensä hakeuduttu heti, kun siihen oli ollut laillisesti mahdollisuus, ja näin haastateltavilla oli jo ennen lääkärijohtajapositiota takanaan pitkä työura erilaisissa lääkäri- ja erikoislääkäritehtävissä.

Osa haastatelluista kertoi keskustelleen läheistensä kanssa mahdollisesta esimiestehtäviin hakeutumisesta ja lääkärijohtajatyön vaikutuksista muuhun elämään, ja sitä myötä lääkäriuran alkuvaiheessa ajatellut nimenomaisesti välttävnsä esimiestehtäviä uran edetessä.

Lääkäriksi [kun] valmistuin ja sitten kattelin noita ylilääkäreitä siellä ja kaikkee, niin mää aina vannoin, että musta ei ikipäivänä tule ylilääkärinä, mää en ikipäivänä hae sitä hommaa ... Esimies alkoi sitten minua ohjaamaan siihen suuntaan, et nyt menet vaan sinne johtamiskoulutukseen. (H36)

Osa haastatelluista koki oman persoonan tukeneen vastuun ja kehitystehtäviin hakeutumista jo lääkäri- ja erikoislääkäri vuosien työtehtävissä ennen lääkärijohtaja-asemaa: oli haluttu haastaa itseä ja kokeilla siipien kantavuutta esimiestehtävissä. Yksi haastateltava kertoi jo uran erikoistumisvaiheessa suunnitelleensa esimiesasemaan hakeutumista.

Jo oikeastaan ennen niin kun mä oon tienny, että mihin mä erikoistusin, niin mä oon tienny, että mä haluaisin tehdä jotakin tämmöstä niinku johtamistehtävää. (H34)

Aineiston ja aiemman tutkimuksen valossa (ks. esim. Lehto ym., 2003; Sumanen ym. 2006) tällainen aikainen, tietoinen lääkärijohtajauralle suuntautuminen on kuitenkin harvinaisempaa. Tosin vahva orientaatio omaan profession ja kokemus siitä, että asema johtajana pikemmin häiritsee omaa ydinkiinnostusta, on tunnustettu muillakin aloilla. Esimerkiksi uusi ammattikunta, e-urheilijat, ovat esimerkki ihmisistä, joita rahan, urakehityksen ja aseman sijaan ohjaa halu tehdä ”omaa juttuaan”, pelaamista (Kallinen-Kuisma & Auvinen, 2018). Valtaosaa haastatelluista työ ja elämä olivatkin pikemmin kuljettaneet uralla niin, että lääkärijohtajapositioon siirtyminen tuntui lopulta vain ”luonnolliselta” urajatkumolta.

Harva päättää silloin kolmekymppisenä, et musta tulee halintolääkäri. Enpä juuri ole tavannut. Sen takia varmaan ... johtaviin tehtäviin siirtyminen tapahtuu tämmöisessä kypsässä iässä niin kuin minulla. Ku hallitset sen [oman työn], yhtäkkiä sä toteat, että tämä perusduuni alkaa sujuu aika mukavasti, niin sen jälkeen rupeaa miettimään vähän laajempia kuvioita. (H21)

Aikaisen uravaiheen tietoisien valinnan sijaan tyyppilliseltä vaikuttaa siis jossain vaiheessa työuraa orastaneiden ajatusten lääkärijohtamisositioon suuntautumisesta vahvistuminen lääkärijohtajapositioon myötä. Näin kehityskulkua lääkärijohtajapositioon voisikin luonnehtia vähittäisenä johtajan rooliin, ja sen myötä koituvien vastuuksiin kypsymisenä (ks. Heilmann, 2018).

Osa haastatelluista koki osin uhrautuneensa johtamistehtävään. Osa puolestaan oli halunnut edetä lääkärijohtajapositioon kokiessaan lääkärijohtajana pystyvänsä paremmin vaikuttamaan työpaikkansa asioihin ja/tai terveydenhuollon asioihin laajemmassa mittakaavassa kuin rivilääkärinä.

Siinä vaiheessa, kun on ollut johtajana jonkin aikaa, niin sä huomaat, että siinä oikeasti pystyy vaikuttamaan asioihin ja pystyy oikeasti muuttamaan jotakin käytäntöä. Eikä se ole silleen vaan, että sä kahvihuoneessa puhut muille, että tää vois mennä hyvin näin. (H23)

Myös omakohtaiset kokemukset johtamiskulttuurin puutteista olivat saattaneet herättää haastateltavan pohtimaan syvemmin johtamisen merkitystä organisaatiolle ja sen jäsenille, mikä oli myötävaikuttanut työpaikan vaihtoon, ja sitä myötä siirtymistä lääkärijohtajapositioon.

Siellä [edellisessä työpaikassa] ... tämä niin sanottu johtaminen ... ei oikein minun mielestäni toiminut. Ja olisi ollut vaan aika uudelle sukupolvelle ja aukeisi tämä paikka, niin mää sitten tulisin tänne. (H37)

Taloudelliset seikat olivat yksi vaikutin muiden joukossa: osastonylilääkäreille lääkärijohtajanimikkeellä on mahdollistunut erikoislääkäri virkaa korkeampi palkkataso. Myös työelämän sattumilla koettiin olleen oma vaikutuksensa lääkärijohtajapositioon päättämisenä: jos aiempi työpaikka ei tarjonnut koulutusta vastaavaa työtä, lääkäri oli päättänyt ottaa työtä vastaan toiselta paikkakunnalta, jossa samalla olikin ilmaantunut mahdollisuus hakea myös lääkärijohtajapositioon.

Aineiston perusteella lääkärijohtajapositioon päättämisenä piirtyykin kuva joko ajatuksellisenä kypsymisenä, ja johtajarooliin jopa osin vastahakoisena hyväksymisenä tai siihen ajautumisenä, kuin aktiivisena pyrkimisenä.

No minähän en ikinä kuvittelut, että musta tulee mitään johtajaa...tai et mulla olisi ollut tavoite, että musta tulisi johtaja. (H23)

Lääkärijohtajaksi päättämiseen on aineiston perusteella ollut vaikuttamassa useita seikkoja yhdessä tai erikseen. Lääkärijohtajan virkaa oli saatettu hakea omaehtoisesta halusta edetä uralla korkeampaan, ja näin useimmiten myös paremmin palkattuun tehtävään, tai toisaalta taustalla oli saattanut vaikuttaa esimiehen tai kollegojen suositus. Kuvio 1 (s. 44) tiivistää havaintomme lääkärijohtajapositioon päättämisen taustavaikuttamista.

Lääkärijohtajan työnkuva

Tämä tutkimus vahvistaa aiempia havaintoja lääkärijohtajan työstä moniulotteisena ja jopa ristiriitaisina rooliodotuksia si-

		Hakeutumisen luonne	
		Positiivinen	Negatiivinen
Motivaation lähde	Sisäinen lähde	KUTSUMUS Persoonaa tukee vastuutehtäviin hakeutumista Halu edetä uralla Halu haastaa itsensä Halu esimiestehtäviin	PAKKO Uhrautuminen muiden edestä Aiemman työpaikan toimimattomaksi koetun johtamiskulttuurin vuoksi työpaikan vaihto
	Ulkoinen lähde	JÄRKISYYT Korkeampi palkkataso Esimiehen kannustus Mahdollisuus vaikuttaa paremmin työyhteisön asioihin Läheisten kannustus virkaissa	AJAUTUMINEN Akateeminen meritoituminen Pitkä työura Sattuma Työpaikan vaihtaminen Kysytty virkaan

Kuvio 1. Lääkärijohtaja-käsitettä määrittävät tehtäväkokonaisuudet

Kliininen työ	Ihmisten johtaminen ja henkilöstötyö	Asioiden johtaminen
Potilastyö; ml. hoito sekä potilaiden ja omaisten kanssa keskustelu ja neuvonta	Moniammatillinen tiimityö potilaan hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kanssa (esim. hoitohenkilökunta, sosiaalitoimi)	Työn ja työtapojen sekä hoitopolkujen kehittämistyö
Lääketieteen opiskelijoiden ja erikoistuvien lääkäreiden perehdytys- ja ohjaustyö	Työntekijöiden kanssa keskustelu, neuvonta ja ohjaus	Kokousta eri tahojen kanssa (esim. sairaanhoitopiiriin toimintaan liittyvät kokoukset sekä kokoukset alueellisten hoitoketjujen selkeyttämiseksi ja jalkauttamiseksi)
Oman erikoisalalan erikoislääkäreiden konsultointityö	Kokoustaminen (esim. lääkäri- ja ylläkärimmeetingit sekä eri erikoisalojen yhteismeetingit)	Kokouksissa puheenjohtajana toimiminen (esim. viranomaisyhteistyötapaamiset)
Muiden erikoisalojen konsultointityö (esim. moniammatillista yhteistyötä vaativissa potilashoitotilanteissa)	Työnohjaus (oman työn työnohjaus, oman yksikön, erikoistuvien lääkäreiden työnohjaus)	Luentojen ja muiden esitysten valmistelu (esim. oman erikoisalalan klinikkatapaamislentojen valmistelu ja sairaanhoitopiiriin kokousten esitysten valmistelu)
	Töiden delegointi (esim. kliinisten eri vastualueiden jakaminen klinikan erikoislääkäreille)	Työn suunnittelu ja kehitystyö (esim. riittävien henkilöstöresurssien suunnittelu ja työtoimintamallit esim. työvoimaresurssipulassa)
	Osastopalaverit	Sopimuksien tekeminen (esim. palvelutuottaja- ja kilpailutus sopimukset)
	Muiden työyhteisön ammattiryhmien esimiesten tapaaminen työprosessien kehittämiseksi ja sujuvoittamiseksi	Työyksikön suunnittelu- ja kehittämistyö (esim. työvuorolistojen laatiminen)
	Rekrytointi- ja perehdyttämisprosessit	Palvelujen laadunvalvonta ja valituksiin vastaaminen
	Kehityskeskustelut; ml. alaisen urakehitykseen liittyvä suunnittelu	Viranomaisyhteistyö (esim. sosiaalitoimi, poliisi, pelastuslaitos)
	Työn tekemiseen liittyvät hallinnolliset ja operatiiviset tehtävät (esim. työaikaohjeiden seuranta sekä työ- ja päivystyslistojen laatiminen)	Suoronnottomuusvalmiussuunnitelmat ja niiden johtaminen, kenttätyötehtävien suunnittelu ja johtaminen
		Laskujen hyväksyminen
		Budjetti- ja vuosityösuunnitelma
		Kirjeenvaihto sähköpostitse
		Potilaslähetteiden käsittely ja lähetepotilaiden hoitokiireellisyysarviot
		Erilaisten lomakkeiden allekirjoitustyö (esim. työtuntilistat, päivystysilmoitukset ja loma- sekä koulutusanomukset)
		Palvelujen laadunvalvonta ja valituksiin vastaaminen

Taulukko 2. Lääkärijohtaja-käsitettä määrittävät tehtäväkokonaisuudet

sältävänä (Tuomiranta, 2002). Työhön voi kuulua vaihtelevia tehtäviä aina erikoistuvan ja erikoislääkärin töistä asiantuntija-organisaation johtamisen kautta talous- ja muihin hallintotehtäviin. Osa tehtävistä koettiin sellaisiksi, ettei yksikään edeltävä koulutus ollut niitä opettanut, vaan ne oli opittu hallitsemaan kokemuseräisesti osana käytännön lääkärijohtajantyötä. Taulukko 2 tiivistää havaintomme lääkärijohtaja-käsitettä keskeisesti määrittävistä tehtäväkokonaisuuksista.

Valtaosa haastatelluista ylilääkäreistä teki potilastyötä osana lääkärijohtajan työtään. Näin aiemmat havainnot (ks. esim. Viitanen ym. 2007) potilastyön merkittävästä osuudesta lääkärijohtajan työnkuvassa vaikuttavat edelleen olevan vallitsevaa käytäntöä. Potilastyön ja johtamisen osuus ylilääkäreiden työkuvasa jakautui yleisimmin jokseenkin tasan potilastyön ja johtamistyön välille. Painotukset työtehtäväkonnaisuuksien välillä saattoivat vaihdella päivittäin ja viikottain, joko ennalta sovitusti, tai yllättäen, pysyvämmän tai toistaiseksi sovitun työnkuvan mukaan, erikoisaloittain, erikoisalalan lääkärimiehitysasteen mukaan, yksikön koon, vastuutehtävän luonteen, hierarkisen aseman, sekä muiden mahdollisten lisävastuiden mukaan. Myös yksiköiden kokonaistyömäärät, kuten potilaslähetteidien määrä ja työmäärän jakautuminen, vaikuttivat lääkärijohtajan työpäivän kulkuun ja pituuteen, sekä työntehtävien jakautumiseen lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Osastonylilääkäreillä työ painottui ylilääkäreitä enemmän kliniseen potilastyöhön, mutta siinäkin esiintyi ylilääkäreiden tapaan vaihtelua työtehtävien painotuksissa. Haastateltujen lääkärijohtajien työnkuvat ja tehtäväpainotukset poikkesivat toisistaan. Samoin vaihtelua oli samankin lääkärijohtajan työkuvasa päivien ja viikkojen välillä, mikä yleisemminkin kuvastaa johtamistyön ei-rutiiniluonnetta ja tilanteisuutta (Heilmann, 2018; Auvinen ym., 2018).

Tiettyjen erikoisalojen lääkärijohtajat kuvasivat työpäivien saattavan venyä aamusta ja/tai illasta, ja joillakin erikoisaloilla töihin saatetaan hälyttää mihin vuorokaudenaikaan hyvänsä. Osa tutkimuksen lääkärijohtajista teki edelleen myös vapaaehtoisesti päiväpotilastyön ohella päivystyspotilastyötä. Osalle päivystyspotilastyö oli tärkeä kokonaispalkkaa kohottava tekijä. Vaikka lääkärijohtajien työnkuva muuttuu tilanteen vaatiessa, oli työviikkojärjestys kuitenkin yleensä ennaltsuunniteltu, ja työaikaan voitiin jakaa ja suunnitella eri työtehtävien kesken tarpeen ja tilanteen mukaan.

Lääkärijohtajat kokivat myös työyhteisön odottavan lääkärijohtajilta potilastyöhön osallistumista, minkä osa koki paineena siirtää potilastyötä johtamistöiden edelle, ja ilmeisenä haasteena yhteen kietoutuvien lääkärin ja johtajan velvoitteiden välillä.

Saan perustella tosi usein, että, mitä sä oikein niin kun teet, että teetkö sä oikeata työtä ollenkaan...eihän.... nyt kukaan minkään muun alan pomo ajattele, että se ei olisi oikeata työtä se johtaminen ...että kyllä mä voin olla päätoiminen johtaja ilman, et mun täytyy joka päivä selittää sitä, että mä en tee potilastyötä. (H35)

Puhuessaan työstään ja sen piirteistä haastateltavat tukeutuivat rutiininomaisesti kahtiajakoon potilastyön ja johtamis/hallintotyön välillä. Edelleen, johtamistyöstä puhuessaan lääkärijohtajat usein viittasivat siihen ei-potilastyönä, eivätkä pääsääntöisesti tehneet eroa ihmisten johtamisen (leadership) ja asioiden johtamisen (management) välille. Ei-potilastyö kattoi haastateltavien puheessa kaikki potilastyön ulkopuolelle jäävät työtehtävät, mikä kuvastaa potilastyön nauttimaan yleistä arvostusta, sen luontaista keskeisyyttä lääkäriprofessiolle, sekä klinisen pätevyyden jatkuvan osoittamisen tärkeyttä myös osana johtajaroolia (ks. myös Viitanen ym., 2007; Kaukoranta, 2012). Samalla kahtiajaon voidaan nähdä heijastelevan johtamistyön

impliittistä vähempiarvoisuutta.

Lääkärijohtamisen monirooliristiriita

Lääkäri työyhteisöä asiantuntijaorganisaationa ei koettu helpoimmasta päästä johdettavana työyhteisönä. Lääkärijohtajat näkevät lääkäreiden johtamisen asiantuntija-johtamistyönä, joka fluktuoi potilastyön ja johtamistyön välillä. Tämä koettiin haasteellisena asetelmana, mutta ei mahdottomana tilanteena. Parhaiten tällaista tilannetta nähtiin voitavan johtaa omaamalla hyvät johdettavan erikoisalalan kliiniset taidot, joilla johtamistaitojen puutteita koettiin voitavan kompensoida.

Tiettyissä pesteissä se voi olla tosi vaativa paikka, et sul on alaisina erittäin kokeneita lääkäreitä. Ja jos ei sul ole niitä omia kannuksia, niin sul on aika huonot eväät toimia sitten. Sä et saa auktoriteettia millään muotoa, mutta jos toisinpäin, ni se onnistuu taas varsin selkeästi, helpostikin. Annetaan paljonkin anteeksi (H37)

Se tuntuma säilyttäminen siihen potilastyöhön on myöskin välttämätöntä sen uskottavan kliinisen johtamisen kannalta. (H34)

Potilastyön vaihtuminen ei-potilastyöhön saatetaan myös kokea potilastyöstä luopumisena, mihin voi liittyä epävarmuus lääkärin arvosta ilman potilastyötä. Lääkärijohtajan ammatti-identiteetti ja työmoraali ovat vahvasti lääkäriydessä, johon johtaminenkin pitkälti tukeutuu.

No jos ihan oikeasti haluaa lääkärijohtajaksi, niin kyllä kannattaa minusta vielä toisen kerran harkita. Mutta sitten, jos on tosissaan, niin mikä ettei.... kyllä se [johtaminen] paljon raskautta tuo tähän hommaan...mutta jonkun pitää tehdä näitäkin...en mä nyt tällä sitä tarkoita, että minä väheksyisin tätä työtä, mutta se tarkoittaa sitä, että niin kyllä tässä [johtamisessa] on oma stressikertoimensa. Että helpommallakin saa sen leipänsä päälle voita. (H1)

Myös aiemman tutkimuksen valossa lääkärit ovat pitäneet lääkäriesimiehenä toimimisen edellytyksenä lääkäriyden erityisosaamisen tuntemusta (Wrede ym., 2016; Ahlblad, 2014; Hannus, 2006). Lisäksi on todettu, että vain lääkärikoulutuksen saanut voi arvioida alaistensa lääkärin osaamisen, työn laadun, onnistumisen ja jatko- ja täydennyskoulutustarpeet (Suomen Lääkäriliitto, 2010). Suomen Lääkäriliitto suosittaa, että klinistä työtä tekevien lääkärin esimiehenä tulee olla lääkäri, ja hänellä tulee olla johtamistyöhön tarkoituksenmukaiset resurssit (Suomen Lääkäriliitto, 2014a).

Tutkimuksen havainnot saattavat viitata myös siihen, että kliinisesti meritoitumista ei enää nähtäisikään aiemman tasoisena vaateena lääkärijohtajuudelle: Osan haastateltujen lääkärijohtajien mielestä lääkärijohtajan lääkärintyöosuuden osamistasoksi riittää, että lääkärijohtaja osaa oman erikoisalansa lääkärintaidot hyvin, mutta ei tarvitse olla klinikan paras klinikko kuten aiemmin (Sumanen ym., 2006).

Lääkärin pitää olla siellä edessä, joukkojen edessä tekemässä työtä. 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 semmoinen ryhdikäs esimerkillinen. (H11)

Suomen Lääkäriliiton suosituksen mukaan yleisjohtajuuden lisääntyessä lääkärin tulisikin osata luopua osasta kliinistä rooliaan ja pystyä keskittymään varsinaisiin johtamistehtäviin. Pitkän lääkäriuran ja/tai akateemisen meritoitumisen myötä lääkärin työn substanssiosaaminen on joka tapauksessa lääkäri-

johtajatehtäviin hakeutuneilla jo vahvaa. (Suomen Lääkäriliitto, 2014a.)

Johtamistyölle koettiin ajoittain olevan vaikeuksia löytää aikaa myös sen vuoksi, että potilastyön koettiin menevän kaiken muun työn edelle. Työympäristö ja työolosuhteet ohjaavat, suosivat ja osittain pitävät itsestäänselvyytenä, että kaikki lääkärikoulutetut eli myös lääkärijohtajat tekevät potilastyötä. Tätä asetelmaa tukemassa on myös lääkärikoulutettujen yhteinen eettinen lähtökohta; eri järjestelmissä toimivien lääkäreiden eettiset velvoitteet ovat samat (Suomen Lääkäriliitto, 2013).

Mä perun vaikka kokouksia tai järän muut hallinnon hommat taustalle ja teen sitten niitä [johtamistöitä] illalla tai viikonlopulla, mutta meidän strategia on et potilas ensin...et jos vaikka joku lääkäri sairastuu, niin mä menen sinne paikkaamaan, mutta haluan myös johtaa sieltä edeltä ja haluan tietää mitä kentällä tapahtuu. (H44)

Täten lääkärikoulutuksen ja profession myötä noudatettavaksi tulevat lait ja eettiset ohjeistukset eivät poistu lääkärin siirtyessä lääkärijohtajaksi. Toisaalta ammattijohtajuus edellyttää lääkäriltä lisäkoulutusta ja mahdollisuutta keskittyä johtamiseen (Suomen Lääkäriliitto, 2014a).

Tutkimuksen lääkärijohtajat kokivat työnsä negatiivisina puolina byrokratian, sekavat ja lukuisat tietojärjestelmät, hyvin tehdystä työstä ansaituksi koetun kiitoksen puutteen, henkilöstön ristiriitojen selvittelyt sekä työyhteisössä joskus esiintyvän epäselvyyden taktikoinnin. Vaikeina ja haastavina asioina koettiin ajan myös riittämättömyys, tunne keskeneräisyydestä ja riittämättömyydestä, työasioiden priorisointi ja voimavarojen jakaminen eri työtehtävien välillä.

Siis päivittäisestä tästä paperin pyörittämisestä. Siitä mä en tykkää yhtään. Ja sitten on tietojärjestelmät...niistä mä en tykkää yhtään (H37).

No kaikista inhottavinta ja haastavinta, niin vaikeinta ja kuormittavinta on se, kun aika ei riitä...Et se riittämättömyyden tunne, että ei kerta kaikkiaan repeä joka paikkaan, eikä kerta kaikkiaan ehdi. Se on se, mikä minua eniten repii ja semmoinen keskeneräisyyden tunne. (H44)

Haastavinta on henkilöstöhallinnon vaikeiden asioiden selvittely, ihmisten väliset konfliktit. Ei kukaan tykkää ruveta selvittämään riitoja. (H27)

Musta on vaikeata ja kuormittavaa, että on esimerkiksi semmoisia alaisia, jotka ovat hyviä siinä pelämisessä ja juonittelussa, et joutuu jotenkin vastakkain semmoisen kanssa tai reagoimaan siihen. (H34)

Tutkimuksessa nousi esiin myös aitoa innostusta johtamistyötä kohtaan. Valtaosa lääkärijohtajista viihtyi työssään ja oli omaehtoisesti hakeutunut nykyiseen positioonsa. Omaehtoinen kiinnostus johtamistyöhön nähtiin tärkeänä johtamistyönsä onnistumisessa.

Tämä on yks parhaita pestejä sairaalassa... niin tämä on semmoinen mielenkiintoinen, mutta kyllä aika paineinen ja haasteinen paikka. kyllä siihen pitää olla se motivaatio ja tietynlainen palo siihen johtajuuteen, että ei se tule päälle liimattuna.... Johtajuus sinänsä on jo arvo, että joku on johtaja, vaikka ei tekisi mitään potilastyötä. (H35)

Myös Suomen Lääkäriliitto suosittaa, että johtamistehtäviin hakeutumisen tulee olla tietoista, ja johtotehtävissä toimivilta tulee edellyttää koulutusta ja johtajan rooliin asettumista (Suomen Lääkäriliitto, 2014a).

Johtamistyölle toivottiin potilastyön veroista arvoa. Johtamistyön näkemistä "oikeana työnä" perään kuulutettiin sekä työyhteisön että lääkäreiden taholta, mutta myös omaa uskoa johtamistyön arvoon pohdittiin.

Et olisi se ihan kivaa, että joku tässä talossa arvostaisi ihan sitä esimiestyötä. Myös lääkärikunnassa nähtäisiin se arvo, et jos ei me itse sitten arvosteta sitä, niin kuinka me voidaan ajatella, et kukaan muukaan arvostaa lääkärijohtajaa. (H35)

Avoimesti tunnustettaisiin [johtaminen] vaativaksi tehtäväksi ja myös avoimesti tehtäisiin, niin että se [johtaminen] on vaativaa. Ja sitten myös, että määriteltäisiin se, et minkä verran ja kuuluuko siihen kliinistä työtä ollenkaan vai onko se täysaikainen pesti. Et tavallaan, et se tunnustettaisiin se asema. (H27)

Suomen Lääkäriliiton suosituksen mukaan, lääkärin tulee arvostaa eri tehtävissä – niin esimiehenä kuin viranomaisrooleissa – toimivien kollegojen työnkuvia (Suomen Lääkäriliitto 2014a). Osa haastatelluista koki muiden alojen johtajien kanssa käytyjen keskusteluiden voivan toimia lääkärijohtajille vertaistukena auttamassa näkemään johtamistyö potilastyön veroisena "oikeana" työnä.

Pohdinta

Tämän tutkimuksen tulosten ja käytössä olevan aiemman kirjallisuuden perusteella voidaan todeta, että lääkärijohtamistyötä määrittävät yhtäältä organisatoriseen positioon liittyvä esimiesasema, toisaalta, ja aivan erityisesti, lääketieteellinen asiantuntemus, jota edellyttävät niin yhteiskunnalliset odotukset ja lainsäädäntö, kuin lääkärin etiikan ohjeistukset. Myös johtamis- ja ihmishuhdetaidot sekä talousosaaminen määrittävät enenevässä määrin lääkärijohtamistyötä (ks. myös Turunen 2018). Lääkärijohtaminen käsitteenä näyttäytyy aineiston valossa monitulkintaisena. Havainto ei itsessään ole yllättävä – onhan johtamisen käsite itsessään monitulkintainen ja hämärä – johtamiselle on tuotettu vuosikymmenten saatossa jopa useita satoja toisinaan toisistaan huomattavasti eroavia, toisinaan keskenään limittyviä määritelmiä (esim. Ahonen 2001; Juuti 2001; Ciulla 1998). Suurin osa johtamisen määritelmistä perustuu kuitenkin 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; Yukl, 2010), mikä kuvaa hyvin myös lääkärijohtajan työtä.

Lääkärijohtajan työ kuvautuu kuitenkin aineistossa ensisijaisesti johtamisen/hallinnon (management), vähemmän johtajuuden (leadership) kautta. Sitä myötä lääkärijohtajan työ näyttäytyy asiantuntijatyön johtamisena (ks. Heilmann, 2018), johon erityispiirteensä liittyy erottamattomasti lääkärinä syvä asiantuntemus kliiniseen potilastyöhön liittyen. Haslammin ym. (2012, 143–144) johtamista koskevan yleisestikin luonnehtivan tutkimuslöydöksen mukaan johtajaksi haluavan tulee korostaa itsensä ja johdettavan ryhmän yhteisiä piirteitä sen sijaan, että pyrkisi erottamaan johdettavistaan: itsekategorioinnin teorian metakonstrastiperiaatteen mukaisesti jokaista ryhmän jäsentä pidetään paremmin ryhmää edustavana ja vaikutusvaltaisempana siinä määrin kuin hänen ominaisuuksiensa koetaan edustavan

sekä, 1) mitä yhteistä ”meillä” on, että 2) mikä erottaa ”meidät” heistä, ja valintatilanteissa ryhmän jäsenet suosivat sisäryhmä-prototyyppejä piirteitä ilmentäviä johtajia, ei niinkään yleisesti johtajia stereotyyppisten (esim. reiluus, luotettavuus, karisma) mukaisesti kuvaavia johtajia. Kuten aineistomme ilmentää, peruslähtökohtana lääkärikunnan piirissä on, että lääkärijohtajan on suositeltavaa olla itse myös koulutukseltaan lääkäri. Lääkärijohtajan tulee näin olla ammatillisen viiteryhmänsä tunnustettu jäsen, eli yksi ”meistä”.

Aineistomme mukaan yhtäältä näyttää, että lääkärijohtajaksi päätymisessä korostuu management, ei niinkään leadership, joskin toisaalta, lääkärijohtajat eivät tee selkeää eroa johtajuus- (leadership) ja johtamis- (management) roolien välille kuvattaessaan työtään. Management, sisältäen hallinnolliset vastuut, juridiset kysymykset, ja kansalliset toimintaperiaatteet erityispiirteineen on selkeämmin terveydenhuoltojärjestelmäsidonainen ilmiökokonaisuus, siinä missä leadership, sisältäen alaisen tukemisen, opettamisen, ja osaamisen kehittämisen on jopa universaali, erilaisia elämänoja läpäisevä ilmiö. Lääkärijohtamisessa leadership-roolilla on viimekädessä hippokraattinen ydin kollegiaalisuuden ja yhteisöllisyyden kautta, koska auttamis- ja opetusvelvoitteet resonoivat sekä Hippokrateen valan, että leadership-käsitteen ytimen kanssa.

Toimintaympäristön muutokset ovat arkipäivää myös sosiaali- ja terveyspalvelualalla, mikä vaatii esimiehiltä hyviä ammatijohtamisvalmiuksia (Kujala, 2015). Johtamista delegoimalla ja erilaisilla henkilöstöjohtamisen muodoilla on todettu olevan myönteinen yhteys työtyytyväisyyteen, innovatiivisuuteen ja työpaikassa pysymiseen (STM, 2004). Täten on tärkeää, että lääkärijohtajatkin ovat kiinnostuneita johtamistyöstään ja sen kehittämistä, sekä se että myös he viihtyvät työssään. Tämän tutkimuksen sekä käytettävissä olevan kirjallisuuden perusteella 30 vuoden aikana lääkäreiden oma suhtautuminen lääkärijohtajan työhön ja lääkärijohtamiseen näyttää Suomen kääntyneen myönteisempään, hyväksytympään ja tavoitellumpaan suuntaan. Tämänkin tutkimuksen lääkärijohtajat pääsääntöisesti viihtyvät työssään.

Havainnostamme avautuu lisätutkimustarve lääkärijohtamisen tarkasteluun erityisesti ihmisten johtamisena, ja toisaalta lääkärijohtamisen arvopohjasta kumpuavien vaikutteiden tarkasteluun osana johtamistyötä. Lisäksi syytä on purettua syvällisemmin sekä lääkäreiden itsensä kokemuksiin haasteisiin ja kehittämisaikaisiin omassa johtamistyössä, mutta perusteltua olisi myös tutkia johdettavien kokemuksia lääkärijohtamisesta – millainen kuva hyvästä ja tehokkaasta lääkärijohtajasta piirtyy niin johtajien kuin johdettavien kokemusmaailman kautta.

References

- Ahlblad, J. (2014), Lääkäri haluaa lääkärijohtajan. Suomen Lääkärilehti, Vol. 69 No. 10, 690–691.
- Ahonen, A. (2001), Organisaatio, johtaminen ja edistyksen puhekieliset: Liikkeenjohdollisen tiedon kentät, kerrostumat ja kulttuurinen paikka. Doctoral Dissertation, Turku School of Economics, Turku.
- Aira, M., Mäntyselkä, P., Myllykangas, M. & Kumpusalo, E. (2006), Kenen joukoissa seisot? Johtavan lääkärin haasteellinen asema terveyskeskuksessa. Suomen Lääkärilehti, Vol. 61 No. 17, 1883–1888.
- Auvinen, T., Riivari, E., & Sajasalo, P. (2018), Lessons Learned from Traditional and "new age" Leadership. Kirjassa Eskola A (Ed.) Navigating Through Changing Times: Knowledge Work in Complex Environments, Routledge, 95–112.
- Brommels, M. (2010), Vastuu tekee lääkäristä johtajan. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, Vol. 126 No. 5, 470–471.
- Brommels, M. & Mäntyranta, T. (1994), Lääkärijohtajien asenteet johtamiskoulutukseen. Su-omen Lääkärilehti, Vol. 49 No. 36, 3868–3871.
- Ciulla, J.B. (1998), Leadership Ethics: Mapping the Territory. In Joanne B. Ciulla (Ed.) Ethics. The Heart of Leadership, Praeger, Westport, CT, 1–25.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2005), Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Finlex. (1994), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 2§. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#a559:1994>
- Finlex. (2014), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Oikeus toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä. 30.12.2014/1355, 4§. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#a30.12.2014-1355>
- Grönroos, E. & Perälä, M.L. (2004), Johtamistutkimus terveydenhuollossa: Kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.
- Hannus, T. (2006), Lääkäri haluaa lääkärijohtajan. Suomen Lääkärilehti, Vol. 61 No 20, 2272–2273.
- Haslam, S. A., Reicher, S. D. & Platow, M. J. (2012), Uusi johtamisen psykologia. Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki.
- Heilmann, P. (2018), Leading Specialists, in Eskola A (Ed.), Navigating Through Changing Times: Knowledge Work in Complex Environments, Routledge, New York, 19–36.
- Hermanson, T. (1989), Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 49. Väitöskirja, Kansantervystieteiden laitos, Helsingin yliopisto.
- Hernandez, J.S. (2016), Leading your physicians: perspectives and perceptions. (Management Matters). Physician Leadership Journal, Vol. 3 No 6, 50–53.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001), Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö, Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki. ISBN 951-570-458-8.
- Hjelt, O. (1892), Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812. Andra delen. Helsingfors central-tryckeri, Helsingfors. Saatavilla: <http://runeberg.org/medhist/1/0026.html>
- Hofstede, G. (2001), Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations (2nd ed.), Sage, Thousand Oaks.
- Huikko-Tarvainen, S. (2017), Lääkärijohtajan työn status preasens. Pro gradu. Johtaminen, Jyväskylän yliopisto.
- HYKS. (2016), Sairaanhoidonlautakunta § 63, 22.11.2016. [verkkojulkaisu]. [viitattu: 30.1.2017]. Saatavilla: <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>
- Isosaari, U. (2008), Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Väitöskirja. Hallintotieteiden tiedekunta, Vaasan yliopisto.
- Järvi, U. (2000), Selvitysmies Jouko Isolauri: Johtajuus on ansaittava. Suomen Lääkärilehti, Vol. 55 No. 41, 4174–4175.
- Juuti, P. (2001), Johtamispuhe. PS-Kustannus, Jyväskylä.
- Kallinen-Kuisma, M. & Auvinen, T. (2018), E-urheilun johtaminen – Lähtölaukaus empiiriselle tutkimukselle suomalaisesta

- näkökulmasta. EJBO Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies, Vol. 23 No. 2, 34-43.
- Kaukoranta, S.S. (2012), Onko erikoissairanhoidossa sijaa jaetulle johtajuudelle? Lääkärijohtajien puhetta johtajuudesta. Pro gradu. Kauppätieteellinen tiedekunta, Vaasan yliopisto.
- Kekki, P. (1979), Terveystieteiden hallinnon koulutus lääkärin kannalta. Suomen Lääkärilehti Vol. 34, 41-46.
- Klossner, A. (1961), Sairaalaalustus ylilääkärin näkökulmasta. Sairaala 24, 546-549.
- Koskimies, A. (1943), Piirilääkärilaitoksemme. In memorian. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, Vol. 59 No. 5, 202-211.
- Kujala A. (2015), Esimiesten ammattijohtamisvalmiuksien mittaaminen visuaalisella kehystetymuksella - murto-osaa myydyt? Tarkastelussa terveys- ja sosiaaliala. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveystiede. Vaasan yliopisto.
- Lehto, J., Viitanen, E., Autio, V. & Lääkäri 98 tutkimuksen ryhmä. (2003), Minkälaiset lääkärit nousevat johtaviin asemiin? Suomen Lääkärilehti, Vol. 58 No. 51-52, 5209-5213.
- Martin, G. P. & Learmonth, M. (2012), A critical account of the rise and spread of 'leadership': The case of UK healthcare. Social Science & Medicine, Vol. 74 No 3, 281-288.
- Peltonen, T. (2004), Organisaatio- ja johtamistutkimuksen uudet haasteet. Liiketa-oudellinen aikakauskirja, 2, 199-203.
- Pulkka, A. (2013), Lääkärijohtajuus ja ylilääkäreiden ammattidentiteetti muuttuvassa asiantuntijaorganisaatiossa. Pro gradu. Johtaminen ja organisaatiot. Kauppätieteellinen tiedekunta, Lappeenrannan teknillinen yliopisto.
- Schneller, E.S., Greenwald, H.P., Richardson, M.L. & Ott, J.A. (1997), The Physician Executive: Role in the Adaptation of American Medicine. Health Care Management Review, Vol. 22 No. 22, 90-96.
- Soininen, G. (1943), Lääninlääkärilaitoksemme esihistoriaa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, Vol. 59 No. 11, 495-519.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2002), Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tu-levaisuuden turvaamiseksi. Kirjapaino Keili Oy, Vantaa. Saatavilla: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70091/esite2002_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2011), Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeet. Erikoislääkärikoulutustyöryhmän loppuraportti. Saatavilla: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71959/URN%3aNBN%3afi-fe201504226354.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2014), Sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30. Saatavilla: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80419/tr30.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sumanen, M., Viitanen, E., Virjo, I., Hyppölä, H., Halila H., Kumpusalo, E., Kujala, S., Iso-koski, M., Vänskä, J. & Mattila, K. (2006), Lääkärin arviot kollegojen johtamistaidoista ovat parantuneet viidessä vuodessa. Suomen Lääkärilehti, Vol. 61 No. 41, 4241-4249.
- Suomen Lääkäriliitto. (2010), Lääkärin asema terveydenhuollossa. Saatavilla: <http://www.laakariliitto.fi/uutiset/jasenuutiset/laakariliiton-linjauks-laakarin-asema-terveydenhuollossa>.
- Suomen Lääkäriliitto. (2013), Lääkärin etiikka. 7. PAINOS. Esa Print Oy, Lahti. ISBN 978-951-9433-64-6. [verkkojulkaisu]. Saatavilla: http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarin_etiikka_2013.pdf
- Suomen Lääkäriliitto. (2014a), Lääkärin asema terveydenhuollossa ja terveydenhuollon johtaminen. Saatavilla: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1229/l_k_rin_asema_terveydenhuollossa_ja_terveydenhuollon_johtaminen_muistio_hyv_ksyty_140822.pdf
- Suomen Lääkäriliitto. (2014b), Saatavilla: <http://www.slideshare.net/laakariliitto/lkriit-yhteiskunnallisina-vaikuttajina-140508.pdf>
- Suomen Lääkäriliitto. (2016), Lääkärit Suomessa. Saatavilla: http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/ll16_tilasto2016_net1_170114.pdf
- Tampsi-Jarvala, T., Viitanen, E. & Lehto, J. (2005), Johtajana sosiaali- ja terveystoimessa. Sta-kes Aiheita 7.
- Tammilaakso, S.M. (2016), Lääkäriesimiesten johtamiskompetenssi ja johtamisosaamisen kehittäminen. Pro gradu. Hallintotieteiden tutkinto-ohjelma, Tampereen yliopisto. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201609132261>
- Tamminen, J. (2014), Lääkärit johtamaan. Suomen Lääkärilehti, Vol. 69 No 10, 726.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012), Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009), Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus, Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Tuomiranta, M. (2002), Lääkärijohtaja - lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairanhoidossa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5291-7>
- Turunen, J.P. (2018), Miksi oppiminen on tärkeää koko lääkärin uran ajan? Aikakauskirja Duodecim, Vol. 134 No. 23, 2311-2314.
- Viitanen, E., Kokkinen, L., Konu, A., Simonen, O., Virtanen, J.V. & Lehto, J. (2007), Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallissalan kehittämissektiön tutkimusjulkaisu nro 59, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala. Saatavilla: ISBN 978-952-5514-70-4. <http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2059.pdf>
- Viitanen, E., Wiili-Peltola, E. & Lehto, J. (2002), Osastonlääkäri lähiesimiehenä "Enemmän tammönen seniorikonsultti". Suomen Lääkärilehti, Vol. 57 No. 38, 3755-3757.
- Virtanen, J.V. (2010), Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keski- ja ylämpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Väitöskirja. Turun kaupakorkeakoulun julkaisuja, Sarja A 2, Uniprint. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-249-070-4>
- Vuori, J. (2005), Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY. Helsinki.
- Wrede, S., Olakivi, A., Fischer, N. & Sigfrids, A. (2016), Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta, Helsingin yliopisto ja Suomen Lääkäriliitto. Saatavilla: [http://tuhat.helsinki.fi/portal/en/publications/autonomia-ja-ammatti\(44dec6d8-beb5-4b0c-8603-7dfd4d81cc0a\).html](http://tuhat.helsinki.fi/portal/en/publications/autonomia-ja-ammatti(44dec6d8-beb5-4b0c-8603-7dfd4d81cc0a).html)
- Wiili-Peltola, E. (2000), "Sairaala sosiaalisena organisaationa: Uusia kuvia vanhoissa raa-meissa?", Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, Vol. 37 No. 2, 122-133.
- Xirasagar, S. (2009), Physician Leadership and Development, in Johnson, J. (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, Vol. 15 No. 2, 251-289. Saatavilla: <https://search.proquest-com.ezproxy.jyu.fi/docview/61037417>
- Yukl, G. (2010), Leadership in Organizations. 6. edition. Upper Saddle River, Pearson Prentice Hall.

Authors

Sari Huikko-Tarvainen, LL, KTM, eMBA

Ihotautien ja allergologian erikoislääkäri
Yleislääketieteen erikoislääkäri
Väitöskirjatutkija, Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu
sari.huikko-tarvainen@fimnet.fi

Pasi Sajasalo, KTT, dosentti

Yliopistonopettaja, johtaminen
Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu

Tommi Auvinen, KTT, dosentti

Yliopistonlehtori, johtaminen
Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu



II

LÄÄKÄRIJOHTAJAN JOHTAMISROOLIT - LAADULLINEN TUTKIMUS

by

Huikko-Tarvainen, S., Sajasalo, P., & Auvinen, T. 2020

Suomen Lääkärilehti, 75(48), 2607–2611

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/laakarijohtajan-johtamisroolitlaadullinen-tutkimus/>

Reproduced with kind permission by Suomen Lääkäriliitto.

SARI HUIKKO-TARVAINEN

LL, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri, yleislääketieteen erikoislääkäri, KTM, eMBA, väitöskirjatutkija
Jyväskylän yliopiston kauppar korkeakoulu
Iholääkäripiste, Seppälääkärit

PASI SAJASALO

KTT, dosentti, yliopistonopettaja (johtaminen)
Jyväskylän yliopiston kauppar korkeakoulu

TOMMI AUVINEN

KTT, dosentti, yliopistonlehtori, johtava tutkija
Jyväskylän yliopiston kauppar korkeakoulu

KIRJALLISUUTTA

- Andersson T. The medical leadership challenge in healthcare is an identity challenge. *Leadership Health Serv* 2015;28:83–99.
- Lammintakanen J, Rissanen S, Peronmaa-Hanska E, Joensuu M, Ruottu T. Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa: monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:68. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79134/STMraportti_johtaminen%20ja%20kehittäminen%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollossa23123016.pdf?sequence=1
- Berghout MA, Fabbriotti IN, Buljac-Samardz'ic M, Hilders CGJM. Medical leaders or masters? A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PLoS ONE* 2017;12:e0184522.
- Spurgeon P, Long P, Clark J, Daly F. Do we need medical leadership or medical engagement? *Leadership Health Serv* 2015;28:173–84.

Lääkärijohtajan johtamisroolit

Laadullinen tutkimus

LÄHTÖKOHDAT Lääkärijohtamisella tarkoitetaan terveydenhuolto-organisaatioissa muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivan lääkärin johtamistyötä. Ilmiö on Suomessa empiirisesti vähäisesti tutkittu ja johtamisteoreettisesti jäsentymätön, koska aiemmat tutkimukset eivät ole erottaneet esimerkiksi asia- ja ihmiskeskeisiä johtamistyön ulottuvuuksia. Jotta voidaan kouluttamalla kehittää lääkäreiden johtamisosaamista, tarvitaan lisää suomalaisen terveydenhuollon erityispiirteet huomioivaa tutkimusta.

MENETELMÄT Aineisto koostuu Keski-Suomen keskussairaalan osastonylilääkäreiden ja ylilääkäreiden haastatteluista (n = 22), joita on tulkittu laadullisesti. Lääkärijohtajien johtamisrooleja tarkastellaan hyödyntäen haastattelujen pohjana Ollilan suomentamia johtamisrooleja Quinin johtamisroolimallista. Näiden johtamisroolien soveltuvuutta lääkärijohtajien roolien tarkastelussa arvioidaan.

TULOKSET Johtamisrooleissa ihmisten johtamisen ja johtajuuden (leadership) sekä asiakeskeisen (management) johtamisotteen painotukset ovat erilaisia eri tilanteissa, minkä vuoksi rooleja on useita ja niitä on vaihdettava tilanteen mukaan. Ollilan/Quinin mallin johtamisroolit soveltuvat vain osittain lääkärijohtajien johtamisroolien selvittämiseen.

PÄÄTELMÄT Se, mitä johtaa, määrittää johtamisotetta, joka näyttäytyy johtamisroolien kautta. Lääkärijohtajat tunnistavat johtaja-asemansa, mutta asemaa varjostaa johtamistyön mieltäminen potilastyötä vähemmän merkitykselliseksi.

Kiinnostus terveydenhuollon johtamiseen on lisääntynyt niin kansainvälisesti kuin Suomesakin (1,2). Eräs keskeinen näkökulma terveydenhuollon johtamiseen, lääkärijohtaminen, on käsitteenä epämääräinen ja johtamisteoreettisesti jäsentymätön (3,4).

Yleisesti johtaminen jaetaan ihmisten johtamiseen (leadership) ja asioiden johtamiseen (management) (5). Tarkasteltaessa johtamista lääkärikontekstissa on kuitenkin huomioitava, että johtajuutta esiintyy professionissa virallisen (formal) lääkärijohtaja-aseman lisäksi epävirallisenä (informal) muotona (3,6,7).

määrityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Näin lääkärin työhön liittyy lähtökohtaisesti odotus johtajuudesta (9,10). Lisäksi on huomioitava, että Suomessa lääkärijohtajat ovat peruskoulutukseltaan lääkäreitä (11), ja heidän työnsänsä liittyy useimmiten johtamistyön ohella potilastyötä (9,12–15).

Tässä tutkimuksessa selvitetään laadullisesti, miten keskussairaالاتason lääkärijohtajat tunnistavat johtamisrooleja työssään, miten he suhtautuvat näihin rooleihinsa ja onko yli- ja osastonylilääkäreiden johtamisrooleissa eroja. Lisäksi arvioidaan, miten haastattelujen pohjana käytetty Ollilan/Quinin (16,17) johtamisroolimalli (taulukko 1) soveltuu lääkärijohtajien johtamisroolien selvittämiseen.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusstrategiaksi valittiin laadullinen, tulkitseva tutkimusote (18). Kohderyhmänä olivat Keski-Suomen keskussairaalan ylilääkärit (n = 50) ja osastonylilääkärit (n = 75), joista haasteltavaksi suostui 22 lääkärijohtajaa 18 erikoisalalta (taulukko 2). Tietoiseksi suostumukseksi

Informaalinen johtamisrooli on läsnä lääkärin työssä hierarkia-asemasta riippumatta.

Informaalinen johtamisrooli on läsnä lääkärin työssä hierarkia-asemasta riippumatta. Lääketieteellinen johtajuus on osa työn arkea, koska lain (8) mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudin-



TAULUKKO 1.

Johtamisroolit

Mukailtu Ollilan (19) suomentamasta Quinin (22) johtamisroolimallista.

	Johtamisrooli	Johtamisroolin kuvaus
LEADER-JOHTAMISROOLIT	Helpottaja (facilitator)	Yhteisöllisyyden edistäjä, yhtenäisyyden rakentaja ja yhteistyön kehittäjä. Yhteistyön rakentaminen, ristiriitojen hallinta ja osallistava päätöksentek ovat johtamisen keskiössä.
	Neuvonantaja/Opastaja (mentor)	Kehittää ja tukee muita. Omaa hyvät kommunikointitaidot ihmissuhteissa, ja ymmärtää itseään ja muita ympärillään.
	Uudistaja/Innostaja (innovator)	Arvostaa luovuutta, ja luottaa intuitioon sekä erilaisiin ideoihin. Helpottaa muutosta ja siihen mukautumista, koska haluaa johtaa muutosta.
MANAGER-JOHTAMISROOLIT	Valmentaja/Tuottaja (producer)	Työstään kiinnostunut, motivoitunut ja tehtäväsuuntautunut. Toimii stressin- ja ajanhallinnan johtajana yrittäen motivoida myös muita.
	Järjestäjä (coordinator)	Suunnitteleva, organisoiva ja valvova. Mielenkiinto on työn helpottamisessa, ponnistusten koordinoimisessa sekä teknisissä, logistisissa ja taloushallinnollisissa teemoissa.
	Johtaja (director)	Työtehtävien delegoija, joka asettaa tavoitteita ja vastaanottaa aloitteita.
	Valvoja/Tarkkailija (monitor)	Analysoi ja tuntee tosiasiat yksityiskohtainen. Vastaanottaa, järjestee ja arvioi informaatiota ja reagoi siihen nopeasti.
	Välittäjä (broker)	Neuvottelee sopimuksia ja sitoumuksia sekä esittelee ideoita oman poliittista neuvokkuutta, voimakkuutta ja vaikutusvaltaa organisaatiossa.

TAULUKKO 2.

Haastateltavat lääkärijohtajat

Sukupuoli, ikäjakautuma, lääketieteen lisensiaatti- ja erikoislääkärivuodet sekä johtamistyövuodet.

Lääkärijohtajat	Naisia/ Miehiä	Ikä (v)	Lääketieteen lisensiaattina (v)	Erikoislääkäriä (v)	Johtamistyövuosia
Osastonylilääkärit (n = 8)	5/3	41–57	12–31 (ka 24)	4–20 (ka 15)	3 kk–13 v (ka 5,6 v)
Ylilääkärit (n = 14)	4/10	48–62	21–35 (ka 26)	12–27 (ka 19)	2–24 v (ka 10 v)

5 Yukl, G. Leadership in Organizations, Global Edition. Pearson Education, UK 2013. ProQuest Ebook Central. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/detail.action?docID=5248236>.
6 Witman Y, Smid GA, Meurs PL, Willems DL. Doctor in the lead: balancing between two worlds. Organization 2011;18:477–495.

haastatteluun määriteltiin haastateltavien vapaaehtoinen sähköpostiyhteydenotto haastattelijana toimineeseen ensimmäiseen kirjoittajaan.

Johtamisrooleja luotaava osuus lähetettiin haastateltaville tutustuttavaksi ennakkoon. Haastattelut toteutettiin 4–6/2017 ja 7–8/2018 haastateltavien valitsemissa terveydenhuollon tiloissa.

Tutkimuksen empiirinen aineisto koostuu haastatteluista, joissa lääkärijohtajia pyydettiin arvioimaan omaa johtamistyötään käyttäen pohjana Ollilan (16) Quinin (17) johtamisroolimallista (taulukko 1) suomentamia johtamisrooleja. Näitä ovat Helpottaja, Neuvonantaja/Opastaja, Uudistaja/Innostaja, Valmentaja/Tuottaja, Järjestäjä, Johtaja, Valvoja/Tarkkailija ja Välittäjä.

Haastateltavat järjestivät johtamistyöroolit numeroilla 1–8 siten, että numero 1 kuvaa haastateltavan johtamisroolia eniten, numero 2 toiseksi eniten jne. (taulukko 3). Johtamisrooleja numeroidessaan haastateltavat pohtivat spontaanisti ääneen eri rooleja ja niiden sisältöjä johtamistyössään. Tarvittaessa haastateltaville esitettiin tarkentavia lisäkysymyksiä.

Haastattelut (kesto 22–82 minuuttia) nauhoitettiin, litteroitiin ja koodattiin aakkosin haastattelujärjestyksessä siten, että haastateltavien henkilöllisyys on salattu. Haastatteluaineisto analysoitiin tukeutuen laadulliselle tutkimustraditiolle tavanomaisiin analyysimenetelmiin, sisällönanalysiin ja teemoitteluun.

Ensimmäinen kirjoittaja vastasi sisällönanalyyseistä. Sen avulla tutkittavasta ilmiöstä tuotettiin kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja muihin aiheesta saatuihin tutkimustuloksiin (19). Lääkärijohtamisaiheen kannalta merkityksellisenä pidetyt asiat poimittiin aineistosta teemoittelussa, johon osallistivat kaikki kirjoittajat, mikä mahdollisti analyysin tutkijatriangulaation toteutumisen (18).

Haastatteluista poimittiin aineistosta tehtyjä tulkintoja havainnollistavia katkelmia häivyttämien kohdat, jotka olisivat voineet paljastaa haastateltavien henkilöllisyyden. Numeerista johtamisrooliaineistoa (taulukko 3) ei aineiston pienuuden vuoksi lähestytty tilastollisesti. Sen sijaan sitä hyödynnetään havainnollistamaan näkemysten suurta vaihtelua.

Ollilan (16) Quinin (17) johtamisroolimallista suomentamien johtamisroolien soveltuvuutta arvioitiin vertaamalla johtamisroolimallin tuottamaa tulosta haastateltavien vapaassa haastattelupuheessa esille tulleisiin asioihin.

Tulokset

Moniroolijohtaja

Haastateltavien arvioimat johtamisrooliensa numerointijärjestykset poikkesivat täysin toisistaan (taulukko 3). Numeroinneissa ei noussut

- 7 Edmonstone J. Clinical leadership: The elephant in the room. *Int J Health Plann Manage* 2009;24:290–305.
- 8 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/ 559, 2§. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L4P22>
- 9 Kaukoranta SS. Onko erikoissairaanhoidossa sijaa jaetulle johtajuudelle? Lääkärijohtajien puhetta johtajuudesta. Vaasan yliopisto, Kauppatieteellinen tiedekunta. Pro gradu 2012.
- 10 Pulkka A. Lääkärijohtajuus ja ylilääkäreiden ammatti-identiteetti muuttuvassa asiantuntijaorganisaatioissa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Kauppatieteellinen tiedekunta, Johtaminen ja organisaatiot. Pro gradu 2013.
- 11 Virtanen JV. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskihoitoon ja ylimpään hoitoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja A 2. Väitöskirja. Uniprint, 2010. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-249-070-4>.
- 12 Aira M, Mäntyselkä P, Myllykangas M, Kumpusalo E. Kenen joukoissa seisot? Johtavan lääkärin haasteellinen asema terveyskeskuksessa. *Suom Lääkäril* 2006;61:1883–88.
- 13 Huikko-Tarvainen S, Sajasalo P, Auvinen T. Mistä on lääkärijohtajat tehty? Jyväskylän yliopisto. *EJBO* 2019;24:40–49.
- 14 Tuomiranta, M. Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja 2002. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5291-7>

Lääkärin johtamista kuvattiin ”itsenäisten johtajien johtamiseksi”.

- 15 Viitanen E, Tampus-Jarvala T, Lehto J. Ylilääkärit toivovat esmiehittäen parempaa johtamista. *Suom Lääkäril* 2006;61:997–1001.
- 16 Ollila S. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa – Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. *Acta Wasaensia* (156), 2006.
- 17 Quinn RE. *Beyond Rational Management*. Jossey-Bass, San Francisco, CA 1988.

TAULUKKO 3.

Arvio johtamisroolin kuvaavuudesta omassa johtamistyössä

1 = kuvaa eniten... 8 = kuvaa vähiten.

LDR = Leader-johtamisrooli, MGR = Manager-johtamisrooli, sarakeotsikkokirjain = yksilötunnus, joka koodattu aakkosin haastattelujärjestyksessä

Johtamisrooli	LDR / MGR	Ylilääkärit										Osastonylilääkärit											
		A	C	D	E	F	G	H	I	L	M	O	R	S	U ¹	B	J	K	N	P	Q	T	V ²
Helpottaja	LDR	2	1	6	2	3	5	3	1	3	1	3	5	5	-	1	4	3	3	4	6	4	-
Neuvonantaja/ Opastaja	LDR	6	6	5	3	5	7	6	2	2	2	1	4	8	-	7	5	1	5	7	4	1	-
Uudistaja	LDR	7	3	4	4	6	3	1	7	6	7	7	7	1	-	3	8	2	1	6	2	7	-
Valmentaja/ Tuottaja	MGR	4	5	3	1	1	4	7	4	1	6	2	2	3	-	6	1	6	2	3	1	3	-
Järjestäjä	MGR	1	2	7	6	4	1	4	5	8	8	5	1	2	-	2	3	5	7	1	7	6	-
Johtaja	MGR	3	8	2	8	7	6	5	3	4	5	4	6	4	-	5	2	7	6	8	3	8	-
Valvoja/ Tarkkailija	MGR	5	7	8	7	2	2	2	8	7	3	6	3	7	-	8	7	4	8	2	8	2	-
Välittäjä	MGR	8	4	1	5	8	8	8	6	5	4	8	8	6	-	4	6	8	4	5	5	5	-

¹ Ei ehtinyt potilastyökiireiden vuoksi vastata johtamisroolitaulukkokysymykseen.

² Ei halunnut vastata taulukkokysymykseen, koska koki roolien kuvaavuusjärjestyksen asettamisen mahdottomaksi.

esille roolijärjestystrendiä eikä ryhmäeroja yllä osastonylilääkäreiden roolijärjestyksissä tai leader-/manager-roolien painotuksissa. Sen sijaan osastonylilääkäreiden spontaanissa puheessa ilmeni ylilääkäreiden työnkuvaan verrattuna suurempi asiakeskeisen johtamisotteen (management) painottuminen ja suurempi potilastyön osuus.

mänkin tämmöisenä työn tekemisen mahdollistajana näkisin oman osastonylilääkärin roolini... Tämä on ihmisten johtamista asioiden kautta. (H40)

Kummassakaan ryhmässä ei myöskään tullut esille yhtä selkeää, yleisimmin esiintyvää johtamisroolia, joka erottuisi muita kuvaavampana, sopivampana/sopimattomampana tai parempana/huonompana. Valtaosa piti rooliluokittelua ja -numerointia vaikeana, mitä perusteltiin lääkärijohtajan työn luonteella.

Vastaajan oman persoonan pohdittiin vaikuttavan johtamisroolien valintajärjestykseen, ja järjestystä usein vaihdeltiin ennen lopulliseen järjestykseen päättymistä. Vastajat pohtivat, voiko lääkärijohtajan työssä johtamisrooleja ylipäätään laittaa näin järjestykseen. Epävarmuutta herätti, minkä työtehtävän suhteen vastaukset piti arvioida, koska työtehtävät ovat eri työpäivinä erilaisia ja vaativat näin erilaisia johtamisrooleja.

Keskityn [osastonylilääkärinä] siihen, että tällä meidän tiimillä, jonka johtaja olen, niin ne saa tehdä rauhassa työtään ilman, ettei ne kompastele joihinkin asioihin, jotka minä voin hoitaa, joihin minun roolissa on natsat hoitaa. Eli minun tehtävä on olla mahdollisimman huomaamaton ja silottaa tietä sille asiantuntijajoukolle, joka tässä poolissa tekee töitä. (H40)

Työ pitää sisällään hyvin paljon potilastyötä ja sen organisoimista ja päivittäiseen työn järjestämistä. Ei niinkään henkilöstöjohtamista, vaan enem-

Rooleja on monenlaisia riippuen... pitääkö saada joku asia tapahtumaan vai pitääkö saada jotain ihmisiä tekemään toisella tavalla töitä tai

- 18 Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2005.
- 19 Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus, Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2009.
- 20 Bohmer R. The Instrumental Value of Medical Leadership: Engaging Doctors in Improving Services. King's Fund, London, England 2012: s. 1–31.
- 21 Goleman D, Boyatzis RE, McKee A. Primal Leadership: Learning to Lead with Emotional Intelligence. Harvard Business School Press, Boston, Mass. 2004.
- 22 Saxena A, Desanghere L, Stobart K, Walker K. Goleman's Leadership styles at different hierarchical levels in medical education. BMC Med Edu 2017;17:1–9. doi:10.1186/s12909-017-0995-z
- 23 Goleman D, Boyatzis RE, McKee A. Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence. Harvard Business School Press, Boston, Mass. 2002.
- 24 Vroom VH, Jago AG. The role of the situation in leadership. Am Psychol 2007;62:17–24.
- 25 Llewellyn S. Two-Way Windows: Clinicians as Medical Managers. Organ Stud 2001;22:593–623.
- 26 Ong BN. Evolving perceptions of clinical management in acute hospitals in England. Br J Manag 1998;9:199–210.
- 27 Quinn JF, Perelli S. First and foremost, physicians: the clinical versus leadership identities of physician leaders. J Health Manag 2016;4:711–28. <http://doi.org/10.1108/JHOM-05-2015-0079>.

Potilastyön koettiin usein syrjäyttävän johtamistyön.

- 28 Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. J Health Org Manag 2015;29:353–366.
- 29 Baker R, Denis JL. Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership. Public Money Manag 2011;31:355–362.
- 30 Piispa P. Asiantuntijasta johtoportaan. T-lehti 7.2.2012. <https://t-lehti.fi/2012/02/07/asiantuntijasta-johtoportaan/>
- 31 Mintzberg H. Covert leadership: notes on managing professionals. Harvard Business Review 1998;140–147.

asennoitumaan... Ja myös vähän sen ihmisen mukaan, et kuka kaipaa enemmän sitä tukea. (H27)

Eri johtamisrooleja arvioitiin tarvittavan työssä myös samanaikaisesti. Johtamisroolin pohdittiin olevan erilainen eri hierarkiatasossa olevien johdettavien lääkärin suhteen. Erikoistuvat lääkärit esimerkiksi tarvitsevat enemmän lääketieteellisellä tiedolla johtamista kuin erikoislääkärit, joilla saattaa olla enemmän tietotaitoa omalla erikoisosaamisalueellaan kuin esimiehellä.

Kyllä se on se oman roolin tunnistaminen... Kun on kuitenkin älykkäiden ihmisten kanssa tekemisissä, sekin on tunnustettava, että sinulla on itseäsi parempia alaisia. Ja se, että antaa erilaisille osamiselle ja erilaisille persoonallisuuksille tilaa. Ja oppisi löytämään kunkin vahvuuksia... siinä joutuu koko ajan miettimään minkälaisen roolimallin antaa ja miten kohtaa jokaisen. (H35)

Yksikään vastaaja ei arvioinut johtaja-johtamisroolia eniten itseään kuvaavaksi johtamisrooliksi, ja osa koki aversiota johtaja-sanaa kohtaan. Puheessaan lääkärijohtajat käyttivät kuitenkin omasta roolistaan usein johtaja-termiä; osa pohti olleensa jo vuosia tiimensä johtajana ja olevansa johtamisroolissaan sinut esimiesasemansa kanssa. Myös johdettavistaan haastateltavat paikoitin käyttivät johtaja-sanaa kuvaten lääkärin johtamista ”itsenäisten johtajien johtamiseksi”.

Lääkärijohtajan työssä minusta erityislaatuista on, että sinun alaiset eivät ole 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 ovat oman työnsä asiantuntijoita ja haluavat tavallaan johtaa itseänsä, että se on vähän semmoista itsenäisten johtajien johdattamista. (H27)

Laitoin oikeistaan tuon johtajan roolin viimeseksi... Nämä on kaikki tietysti aika tärkeitä, mutta et pahahan niistä on loppupeleissä nostaa yhtä ylitse

TÄMÄ TIEDETTIIN

- Lääkärin työhön liittyy lähtökohtaisesti johtajuusodotus, mutta missään positiossa olevat lääkärit eivät miellä itseään ensisijaisesti johtajiksi, vaan lääkäreiksi.
- Suomessa lääkärijohtajan työnkuvaan kuuluu useimmiten myös potilastyötä.

TUTKIMUS OPETTI

- Lääkärijohtajat tunnistavat johtaja-asemansa.
- Lääkärijohtajien työssä ihmisten johtamisen ja johtajuuden sekä asiakeskeisen johtamisotteen painotukset ovat erilaisia eri tilanteissa, minkä vuoksi johtamisrooleja on useita ja niitä on vaihdettava tilanteen mukaan.

muiden, mutta ehkä minä vieroksun tuota johtaja-sanaa sinällänsä. (H1)

Johtamistyön arvostus

Johtamistyötä arvostettiin, mutta työyhteisön silmissä sillä koettiin olevan potilastyötä vähäisempi arvo. Potilastyön koettiin usein syrjäyttävän johtamistyön.

Jos tässä tekee rinnalla potilastyötä, niin potilastyöhän menee aina edelle, koska ne potilaat täytyy vaan hoitaa... saan perustella tosi usein, että mitä sinä oikein niin kun teet, että teetkö oikeata työtä [potilastyö] ollenkaan. (H35)

Osa haastateltavista kertoi pohtineensa vastauksia alkuun ensisijaisesti potilastyön eikä johtamistyön näkökulmasta, mikä heijastelee potilastyön keskeisyyttä lääkärijohtajien työssä. Ylilääkäreiden työnkuvat olivat hyvin erilaisia: osalla työhön kuului vain satunnaisesti potilastyötä ja osalla sitä oli valtaosa työstä. Osastonylilääkäreillä potilastyö käsitti valtaosan työstä.

Pohdinta

Lääkärijohtajan johtamisroolit ovat monipuoliset ja vaihtelevat, minkä esille tuomiseen Ollilan/Quinnin (16,17) johtamisroolinumerointimalli soveltuu. Haastattelututkimustulosten perusteella lääkärijohtajien työssä ihmisten johtamisen ja johtajuuden (leadership) sekä managerialistisen, asiakeskeisen johtamisotteen (management) painotukset ovat erilaisia eri tilanteissa. Siksi johtamisrooleja on useita ja niitä on vaihdettava tilanteen mukaan.

- 32 Lehto J, Viitanen E, Autio V ja Lääkäri 98 tutkimuksen ryhmä. Minkälaiset lääkärit nousevat johtaviin asemiin? *Suom Lääkäril* 2003;58:5209–13.
- 33 Suomen Lääkäriliitto. Lääkärin etiikka, 7. Painos. Esa Print Oy, Lahti 2013. www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarin_etiikka_2013.pdf
- 34 Gronn P. Distributed leadership as a unit of analysis. *Leadersh Q* 2002;13:423–51.
- 35 Uhl-Bien M. Relational leadership theory: exploring the social processes of leadership and organizing. *Leadersh Q* 2006;17:654–676.
- 36 Huikko-Tarvainen S. Lääkärijohtajan työn status preasens. Jyväskylän yliopisto, Johtaminen. Pro gradu 2017.

Johtamisen kontingenssiteorian mukaan kyseessä on johtamistapa, jossa oleellisia ovat tilanneyhteys ja johdettavat (20). Myös kansainvälisissä tutkimuksissa eri hierarkiatasojen lääkärijohtajien on todettu käyttävän laaja-alaisesti erilaisia johtamistyyliä (21,22). Tehokkaiden johtajien on nähty kykenevän käyttämään laajasti erilaisia johtamistapoja (17,21–23) ja sovitamaan käyttämänsä johtamistyylin eri tilanteisiin sopivaksi (17,24).

Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että lääkärijohtajat eivät tunnista itseään ensisijaisesti johtajina (25–28), vaan lääkäreinä (6,25,29). Tämän tutkimuksen lääkärijohtajat sen sijaan käyttivät vapaassa puheessa sekä itsestään että lääkärialaisistaan johtaja-termiä, mikä viittaa siihen, että lääkärijohtajat tunnistavat johtaja-asemansa. Johtamisroolinumeroinnissaan he sen sijaan kuvasivat itseään ensisijaisesti muilla rooleilla kuin johtaja-johtamisroolilla.

Epäsuhta numerointituloksen ja haastatteluvastausten välillä voi osaksi johtua siitä, että suomennetut johtamisroolitermit eivät ole yksiselitteisiä tai sellaisenaan sovellettavissa roolien tutkimiseen lääkäriprofessiossa.

Suomalaisissa 2010-luvun johtamisammattillisissa keskusteluissa on nostettu esille johtajan ammatti-identiteetin merkitys korkean koulutustason vaativissa asiantuntijatehtävissä (30). Asiantuntijaorganisaatioille on tyypillistä, että johdettavat ovat esimiestensä tasoisia asiantuntijoita (31), mikä voi myös selittää johtajaroolin jäämistä lääkäriasiantuntijaroolin varjoon.

Johtamistyön merkityksen mieltäminen potilastyötä vähäisemmäksi voi vaikuttaa siihen, miten lääkärijohtaja suhtautuu johtaja-sanaan ja kokee tai arvottaa johtamisroolinsa. Lääkäri-

ammatti-identiteetin ja -kulttuurin perspektiivistä lääkäri voi kokea johtotehtävään siirtymisen kollegakunnan ulkopuolelle siirtymisenä (32). Kokemusta voi vahvistaa johdettavien halu tietää, onko lääkärijohtaja yksi lääkäreistä vai yksi johtajista (6).

Laki (8) tuo lääkäriyössä toimiville lääkärijohtajille velvollisuuksia potilastyön suhteen, ja myös eettiset velvoitteet pysyvät samoina, vaikka lääkäri toimii eri järjestelmissä (33). Tämäkin vahvistaa potilastyön merkitystä verrattuna johtamistyöhön.

Potilastyöhön osallistumisen on todettu vahvistavan enemmän lääkäri-identiteettiä kuin johtajaidentiteettiä, joka näyttäytyy lähes anti-identiteettinä lääkäri-identiteetille (1). Toisaalta johtajuutta on sanottu voitavan ymmärtää vain ymmärtämällä sitä sosiaalista järjestelmää, jossa johtaminen tapahtuu (34,35).

Käytännön potilastyöllä on keskeinen arvo lääkäriprofessiossa, ja pätevyyden osoittaminen potilastyössä on nähty osana lääkärijohtajan johtajaroolia (9,36), mitä Ollilan/Quinnin (16,17) johtamisroolimalli ei tuo esille. Mallin johtamisroolit soveltuvatkin vain osittain lääkärijohtajien roolien selvittämiseen, mikä voi johtua lääkärijohtajien johtamistyön luonteesta. Toisaalta malli itsessään voi olla soveltumaton (johtamistyön ohella myös potilastyötä tekevien) lääkärijohtajien roolien tarkasteluun. ●

Kiitokset lääkärijohtajille tutkimukseen osallistumisesta sekä Suomen Lääkäriliitolle väitöskirja-artikkeliapurahasta.

SIDONNAISUDET

Sari Huikko-Tarvainen: Väitöskirja-artikkeli-apuraha (Suomen Lääkäriliitto).
Pasi Sajasalo ja Tommi Auvinen: Ei sidonnaisuuksia.

ENGLISH SUMMARY | www.laakarilehti.fi/english

Leadership roles of physician leaders

- A qualitative research on the leadership roles of the chief physicians and heads of department in the Central Finland Central Hospital

SARI HUIKKO-TARVAINEN

M.D., Specialist in Dermatology and Allergology, Specialist in General Practice, M.Sc. (Econ.), eMBA, Doctoral Researcher
Jyväskylä University School of Business & Economics
Iholääkäripiste, Seppälääkärit

PASI SAJASALO
TOMMI AUVINEN

Leadership roles of physician leaders

- A qualitative research on the leadership roles of the chief physicians and heads of department in the Central Finland Central Hospital

BACKGROUND Empirical research on physician leadership is sparse in Finland and the definition of physician leadership is not unambiguous. In order to educate towards better performance in physicians' leadership roles and improvement of leadership skills, more research which takes into account the features of Finnish healthcare is needed.

METHODS The subjects (n = 22) of the empirical study were chief physicians and heads of department in the Central Finland Central Hospital. A leadership role model originally developed by Quinn (17) but adapted to the Finnish context by Ollila (16) was used as the theoretical starting point of the interviews to define the roles of leadership.

RESULTS In leadership roles, the emphasis on a leadership or a management approach varies from situation to situation, which is why there are several leadership roles. Roles need to be switched depending on the leading situation. Ollila's/Quinn's (16,17) leadership role model is only partially suitable for elucidating leadership roles of physician leaders.

CONCLUSIONS The leadership approach of a physician leader is expressed in different leadership roles which vary depending on the situation. Physician leaders recognize their leadership position, but it is overshadowed by the perception of leadership work as less important than patient work.



III

JUST A LEADER? LEADERSHIP WORK CHALLENGES AND IDENTITY CONTRADICTIONS EXPERIENCED BY FINNISH PHYSICIAN LEADERS

by

Huikko-Tarvainen, S., Sajasalo, P., & Auvinen, T. 2021

Journal of Health Organization and Management, 35(9), 195–210.

<https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2020-0421>

Reproduced with kind permission by Emerald.

Just a leader? Leadership work challenges and identity contradiction experienced by Finnish physician leaders

Leadership
work
challenges

195

Sari Huikko-Tarvainen, Pasi Sajasalo and Tommi Auvinen
School of Business and Economics, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

Received 25 October 2020
Revised 16 March 2021
14 May 2021
Accepted 18 May 2021

Abstract

Purpose – This study seeks to improve the understanding of physician leaders' leadership work challenges.

Design/methodology/approach – The subjects of the empirical study were physician leaders ($n = 23$) in the largest central hospital in Finland.

Findings – A total of five largely identity-related, partially paradoxical dilemmas appeared regarding why working as “just a leader” is challenging for physician leaders. First, the dilemma of identity ambiguity between being a physician and a leader. Second, the dilemma of balancing the expected commitment to clinical patient work by various stakeholders and that of physician leadership work. Third, the dilemma of being able to compensate for leadership skill shortcomings by excelling in clinical skills, encouraging physician leaders to commit to patient work. Fourth, the dilemma of “medic discourse”, that is, downplaying leadership work as “non-patient work”, making it inferior to patient work. Fifth, the dilemma of a perceived ethical obligation to commit to patient work even if the physician leadership work would be a full-time job. The first two issues support the findings of earlier research, while the remaining three emerging from the authors' analysis are novel.

Practical implications – The authors list some of the practical implications that follow from this study and which could help solve some of the challenges.

Originality/value – This study explores physician leaders' leadership work challenges using authentic physician leader data in a context where no prior empirical research has been carried out.

Keywords Healthcare, Physician, Physician leader, Physician leadership, Identity

Paper type Research paper

Introduction

Healthcare sector resources have been globally pushed to near breaking point by the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. In such crises, good management and leadership throughout the healthcare system are of crucial importance to facilitate the best use of available resources, not only to save lives but also achieve the ultimate goal of bettering the health of citizens (WHO, 2000, p. 23). According to previous research, engaging physicians in the leadership of health systems improves patient care and organizational performance (Falcone and Santiani, 2008; Goodall, 2011; Perry *et al.*, 2017; Spurgeon *et al.*, 2015; Tasi *et al.*, 2017), affects staff well-being (Päätaalo and Kauppi, 2016), and above all, patient outcomes (Onyura *et al.*, 2019).

© Sari Huikko-Tarvainen, Pasi Sajasalo and Tommi Auvinen. Published by Emerald Publishing Limited. This article is published under the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) licence. Anyone may reproduce, distribute, translate and create derivative works of this article (for both commercial and non-commercial purposes), subject to full attribution to the original publication and authors. The full terms of this licence may be seen at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

The authors wish to thank the physician leaders for their participation in the study, and the two anonymous reviewers for their constructive comments and insightful suggestions for improving the manuscript.

Declarations of interest: None.

Ethical approval: The study was granted an ethics approval by the Central Finland Care District officials.



Journal of Health Organization and
Management
Vol. 35 No. 9, 2021
pp. 195-210
Emerald Publishing Limited
1477-7266
DOI 10.1108/JHOM-10-2020-0421

If effective physician leadership provides such benefits in the medical profession and health systems, why is effective physician leadership, apparently, so hard to accomplish? After all, medical leadership has been noted to be an intrinsic component of all physicians' daily clinical work at all hierarchical levels (Baker and Dennis, 2011; Edmonstone, 2009; Noordegraaf *et al.*, 2015). Regardless, even physician leaders do not primarily identify themselves as leaders/managers (Quinn and Perelli, 2016; Llewellyn, 2001; Ong, 1998; Spehar *et al.*, 2015), but as physicians instead (Baker and Denis, 2011; Llewellyn, 2001; Witman *et al.*, 2011). As Andersson (2015) argues, the leader identity is almost an antithesis to the physician identity. The challenge of physician leadership appears, therefore, as not only an issue of structure and/or competence, and those already make healthcare an especially challenging context for leaders (Angood and Shannon, 2014; Leatt and Porter, 2003), but just as much—or possibly even more so—an identity and value challenge (e.g. Llewellyn, 2001).

For the reasons outlined above, building further understanding of the challenges faced by physician leaders in their leadership work is timely and relevant. In this paper, we build on the challenges experienced by a group of Finnish physician leaders trying to balance the contradictory forces of the expectation of being medical professionals and physician leaders, stemming from both systemic grounds and various stakeholders. We will provide some answers to the question of why it is so hard for physician leaders to work as “just a leader”. Our research question is as follows: which kinds of challenges emerge in physician leaders' leadership work and why? Our aim is to provide resources for developing physician leadership theory and suggest ways of resolving some of the challenges physician leaders face trying to balance the paradoxical demands of their work.

Theoretical framework

To allow an informed analysis of the challenges met by physician leaders in their leadership work, we have built our theoretical framework to illustrate both the nature of physician leader work and some central contextual issues related to their working environment. These being the professional bureaucracy of healthcare organizations, the competing institutional logic of healthcare and professional identity-related issues, that, when combined, has an impact on physician leadership and its practice in healthcare organizations.

Physician leadership

Leadership has many definitions but is most often perceived as “a social process of influence towards the attainment of a common goal ... to achieve direction, alignment and commitment” (Swanwick, 2017, p. 35). However, none of the existing leadership theories have specifically defined physician leadership (see, e.g. Yukl, 2013). Based on the prior literature, physician leadership is mostly conceptualized as leadership work that simply combines medical and managerial work (see, e.g. Berghout *et al.*, 2017; Buchanan *et al.*, 1997; Witman *et al.*, 2011; Andersson, 2015; Quinn and Perelli, 2016; Llewellyn, 2001; Ong, 1998; Spehar *et al.*, 2015; Baker and Denis, 2011; Berg and Byrkjeflot, 2014; Byrkjeflot and Jespersen, 2014). However, as Quinn and Cola (2020, p. 1492) highlight, “that physicians may not value leadership may be the most important factor in differentiating physician leadership from mainstream leadership theory”.

Healthcare organizations as professional bureaucracies

Mintzberg (1983b, pp. 189–213; 1998, pp. 348–349), among others, has used hospitals as an example of professional bureaucracy, a stability-oriented organization in which highly qualified professionals—physicians—have considerable control over their work. The power to influence the organization's performance and the ability to change the behaviour of others in a professional hierarchy builds on professional expertise (Mintzberg, 1983b, p. 198). Mintzberg further argues that having power related to one's own work means being rather

independent from colleagues (Mintzberg, 1983b, p. 190). Mintzberg emphasizes that in situations where a professional must choose between profession-bound and administrative work, power is transferred to professionals focusing on administrative work. However, even then, the administrators retain their power only as long as the professionals feel the administrators are effectively serving the interests of their profession (Mintzberg, 1983b, p. 200).

Competing institutional logics

A recent systematic literature review of medical leadership (Berghout *et al.*, 2017) concluded physician leaders' work comprises both general management/leadership activities and medicine, requiring balance between these two competing professional fields. Competing logic leads physician leaders to feel pressured into either-or decisions concerning important aspects of their work: quality of care versus efficiency (Buchanan *et al.*, 1997), work autonomy versus subordination (Andersson, 2015) or engaging in clinical versus managerial work (Witman *et al.*, 2011). Andersson (2015) further points out that physicians at any hierarchical level are more strongly associated with their physician professional culture rather than any other organizational sub-culture.

Professional identities in healthcare

A professional identity, the combination of attitudes, beliefs, motives, values and experiences through which people define themselves in a professional role (Schein, 1978) forms over time through various interactions, such as individual experiences, formal education, feedback and co-worker behaviour. The main influences on professional identity formation are language, communication, privileges, responsibilities, community, context and setting (Chan *et al.*, 2018).

As physician leaders experience meaning, satisfaction and legitimacy through their clinical work (Quinn and Perelli, 2016; Llewellyn, 2001; Ong, 1998; Spehar *et al.*, 2015), they gravitate towards working mainly with medical issues (Baker and Denis, 2011; Berg and Byrkjeflot, 2014; Byrkjeflot and Jespersen, 2014; Llewellyn, 2001; Witman *et al.*, 2011). Furthermore, according to Spehar *et al.* (2015), physician leaders feel clinical provide the needed credibility among colleagues and the ability to influence colleagues without drawing on professional power. Consequently, it appears that medical credibility among peers is key for an effective physician leader, resulting in less time spent on leadership work for fear of losing credibility (Llewellyn, 2001).

To contrast identity/role construction within healthcare, Spehar *et al.* (2015) found nurses progress into managerial roles faster (see also Bondas, 2006) and also feel more positive about the transition, are more fully engaged in the managerial aspects of their work and place less importance on demonstrating clinical competence. Berg (1996) argues that while physicians want to perform leadership and management work, they do not want to see it as a separate managerial discipline, but rather an extension of their own medical role (Spehar *et al.*, 2015, p. 361 citing Berg, 1996). Similarly, Summerfield (2014, p. 252) finds that "leadership is a professional obligation of all pharmacists and not the exclusive responsibility of pharmacists who hold informal leadership roles or titles". Physicians not considering managerial work as a career step (Kippist and Fitzgerald, 2009) make these contrasting findings an interesting anomaly to explore further.

An extensive study of physicians' work ($n = 1,233$) noted that professional identity evolves constantly over a physician's career and that leader identity becomes stronger with the number of years spent in the position (Ministry of Social Affairs and Health, 2020). Forouzadeh *et al.* (2018) point to education as an essential part of the formation of a professional identity. Moreover, according to Quinn and Perelli (2016), role internalization,

relational recognition and organizational endorsement are pivotal precursory elements for physician leaders' self-identity construction, which is an essential factor affecting their performance. Furthermore, [Quinn and Perelli \(2016\)](#) argue that successfully functioning as a physician leader may necessitate accepting a dual identity.

Research context

As contextual effects may influence the transferability of findings of leadership practices and entrenched paradoxical tensions in health system organizations ([Onyura et al., 2019](#)), we provide a brief overview of the Finnish public healthcare system and its organization to offer additional context for our results.

Finnish public healthcare

All 5.5 million inhabitants of Finland ([Statistics Finland, 2019](#)) are entitled to adequate health services regardless of ability to pay or place of residence by the Finnish constitution ([Finlex, 1999](#)). There are some 21,000 working-age physicians in Finland, of whom 4,026 are considered physician leaders ([Finnish Medical Association, 2016](#)). Roughly half of the physician leaders participate in clinical work ([Huikko-Tarvainen et al., 2019](#); [Lehto et al., 2003](#)) and 63% of medical directors, chief physicians and deputy chief physicians of hospitals have on-call duties ([Finnish Medical Association, 2016](#)). Finnish physicians have routinely advanced to formal leadership positions through career progression, often with little to no leadership training ([Huikko-Tarvainen et al., 2019](#); [Lehto et al., 2003](#)), which is also not uncommon elsewhere (see [Angood and Shannon, 2014](#)). While physician education does not prepare one for leadership duties, it provides a foundation for understanding the logic of healthcare service operations and gaining the trust of physician-subordinates ([Finnish Medical Association, 2013](#)). Since 2009, compulsory first-line leadership training has been part of the medical specialist education in Finland ([Ministry of Social Affairs and Health, 2011](#)).

The Finnish public healthcare system ranks as the best in the world in terms of quality and availability together with Iceland, Norway, the Netherlands, Luxembourg, Switzerland and Australia ([GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2018](#)). Furthermore, Finland outranks other countries in cost efficiency of healthcare, with an annual cost of \$3,300 per person ([Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2018](#)). For efficiency, the work of physicians is of key importance: decisions regarding care lead to roughly 70% of the total expenditure of the healthcare system ([Alarotu, 2012](#)). As physician leaders are involved in the daily operation of the healthcare system, a lot depends on them.

Data and methods

A qualitative, constructivist interpretative approach ([Gibbs, 2007](#)) was chosen as the research strategy because our research task involves furthering the understanding of the challenges faced by physician leaders in their leadership work. A semi-structured interview was chosen as the data collection method. The informants were invited to freely consider their work as physician leaders in terms of managerial and leadership roles and whether they face any challenges in their leadership work. The structure of the interview was guided by the research question, and the main interview themes were the content of the informants' work and challenges related to their physician leadership work.

The study was granted ethical approval by the Central Finland Care District. The physician leader informants of our study—chief physicians and heads of departments—were all employed by the Central Finland Central Hospital and invited to participate in the study by an internal email. The Central Finland Central Hospital serves a population base of

270,000 and employs 485 physicians, of which 50 are chief physicians and 75 are heads of departments (KSSHP, 2019a, b).

A total of 23 male and female physician leaders from 18 different specialist fields of medicine volunteered and were interviewed from April to June 2017 and July to August 2018. In total, 15 informants were chief physicians with extensive experience in the medical profession (28.5 years on average) and leadership positions (11.3 years on average), and eight of the informants were heads of departments and had comparable experience in their profession (24.25 years on average) but less experience in leadership positions (5.5 years on average). Chief physician ages ranged from 48 to 64 years, while heads of department were between 41 and 57 years.

The interviewees were duly informed of their participation being voluntary, and due consideration was given to matters related to data protection in accordance with the ethical principles applicable to research subjects (Finnish Advisory Board on Research Integrity, 2012). The interviewees were informed of the purpose of the study and their right to withdraw their participation and deny the use of their data at any time during the study. The identities of the informants are hidden.

All interviews were digitally recorded, transcribed and coded to make the data more accessible for analysis. The duration of the individual interviews ranged from 22 to 88 min, resulting in 18 h and 32 min of speech in total. The transcribed interviews yielded a total of 398 A4-sized sheets of text (Calibri, 12 point, single spacing). Content analysis by thematization was selected as the method of analysis. After carefully reading through the interviews several times, the informants' replies were categorized according to emergent themes (expectations of commitment to patient work, undervaluation of leadership work and fear of losing professional credibility, and profession-based ethical pressure) and analysed by employing content analysis. The purpose of the content analysis was to obtain a description of the studied phenomenon, allowing us to connect our findings to a broader context and previous results on the subject, while in thematization, matters related to a specific theme were constructed from the data, as suggested by Eriksson and Kovalainen (2008, pp. 187–189, 219). Informative excerpts have been carefully chosen from the data to illustrate the interpretations made. Expressions that could compromise anonymity have been edited in these excerpts, but this had no effect on the analysis or results due to the changed wording appearing only when presented.

Results

To lead into our findings and discussion on the leadership work challenges experienced by physician leaders, we outline three sets of duties that are inseparably associated with the core content of physician leaders' work found in our earlier work (Huikko-Tarvainen *et al.*, 2019) and alluded to by our informants in this study also. These duties, we argue, may be seen as feeding the identity incongruity of physician leaders in leadership work.

- (1) Medical professional duties – clinician identity: saving lives, traditional patient care
- (2) Leadership duties – leader identity: human resource championing, support and development of people, and care for the organizational members
- (3) Managerial duties – manager identity: ensuring smooth running of the “machinery”, looking after the efficiency, effectiveness and frictionless functioning of the work organization

As there is no coherent and established job description for a physician leader, the sets of duties and responsibilities of the physician leaders in our study varied considerably. However, the majority carried outpatient work as part of their regular duties as physician

leaders. The work of the heads of departments in our study was more focused on clinical patient work than the chief physicians', but the emphasis in their responsibilities varied as well. Consequently, there is an inherent imbalance in the job description of physician leaders which generates challenges in all areas of their profession, especially their leadership duties (Marchildon and Fletcher, 2016). Next, to answer the first part of our research question about the kinds of challenges physician leaders face in their leadership work, we will analyse them in more detail.

Challenge I – expectations of commitment to patient work

The working environment and institutional logics of healthcare imply, favour and sometimes take as self-evident that everyone with medical education—physician leaders included—carry out patient work. Some interviewees experienced this implicit demand put on them by varying stakeholders and a pressure to prioritize patient work over leadership work, the obvious challenge being the intertwining responsibilities of a clinician and a leader and how to balance the two.

I often have to explain that, eh, what is it actually that you do, are you doing real work at all . . . no boss in any other line of business thinks that leading was not real work . . . that I can be a full-time leader without having to explain every day that I don't do patient work . . . Leadership as such is a value, that someone is a leader even though not being involved in patient work. (I35)

When describing their work and its distinctive features, the interviewees routinely mentioned a dichotomy between patient work and managerial/leadership work. When speaking about aspects related to managerial or leadership duties, physician leaders did not make any distinction between managing people (leadership) and managing things, but often referred to both as simply “non-patient work” instead. The non-patient work discourse covered any duties that lacked a medical aspect. This is indicative of the deep commitment to, and the general appreciation of, patient work and its innate central significance to the physician profession (Spehar *et al.*, 2015). It also broaches the importance of constantly proving one's clinical competence as part of the leader role. At the same time, the dichotomy can be seen to reflect the implicit inferiority physicians see in managerial/leadership work, which constitutes both a stark identity discrepancy and a value conflict for physician leaders.

Challenges II and III – undervaluation of leadership work and fear of losing professional credibility

Physician leaders' work fluctuates between patient work and leadership work. Our informants perceived the leadership work they performed as undervalued by their peers, in relation to patient work, and expressed hope for leadership work becoming of equal merit to patient work. Meriting leadership work as “real work” was called for, both for the work community and physicians, and yet confidence in the value of leadership work was questioned.

It would be nice if someone here appreciated leadership work as such. That its value would also be recognized among physicians—if we do not show appreciation, then how anyone else could be expected to appreciate physician leaders and their work in the organization. (I35)

That it [leadership] would be openly recognized as a demanding duty and it would be openly stated that it [leadership] is demanding. Moreover, that it would be clearly defined whether the position involves any clinical work and if so, how much, or whether it is a full-time post. That the position would, sort of, be truly recognized as a leadership position. (I27)

The physician leaders in our study perceived a lack of recognition and appreciation for their leadership work and clearly felt a need to explain and convince the other healthcare staff,

including their medical colleagues and even themselves, that their leadership work is as real and important to the organization as clinical work. This is consistent with the findings of Styhre *et al.* (2016), where leadership work was viewed as less rewarding than clinical work, and physicians therefore preferred leaders who were perceived as skilled clinicians. This puts major self-affirmation pressure on those committing to leadership work and further intensifies the struggle between leadership versus clinician identities faced by physician leaders.

Furthermore, the physician leaders considered leading other physicians demanding because those being led might have more advanced medical skills than the physician leaders themselves. This was perceived as a challenging setting best coped with by possessing good clinical skills in the speciality under one's leadership.

This is leadership of medical experts. . . You always have to remember that some of the subordinates are wiser in medical knowledge than their leaders. (I3)

It can be a difficult situation when you have highly experienced physicians as your subordinates. If you do not already have enough merit [in clinical skills], you are not very well equipped to do the [leadership] job then. You have no way of gaining authority, but if it is the other way around, this succeeds quite nicely, even easily. A lot is forgiven. (I37)

Based on our data, the physician leaders believed possessing good clinical skills would compensate for shortcomings in one's leadership skills. While this may work towards becoming an even better clinician, such a state is detrimental for leadership skill development. For instance, Morrow *et al.* (2014) and Giri (2017) found that physicians would benefit from leadership development in order to become more effective at their job. Leadership development would help boost not only "technical" skills in the field but also the leadership identity of physician leaders.

Challenge IV – profession-based ethical pressure

A physician leader's professional identity and work ethic are strongly attached to the medical profession upon which their leadership also largely relies, as well as the institutional logic of healthcare. Switching over from patient work to leadership work may also be seen as abandoning medicine (Styhre *et al.*, 2016), accompanied by uncertainty about the value of a physician who does not do any patient work.

A physician just needs to be on the frontline doing the work. And even though the physician leader can perhaps no longer be top-notch in his own specialty, because leadership responsibilities take so much time, he can, by his own work, set an upright example of the way we work here. (I11)

Being able to commit enough to leadership work was perceived as difficult at times because patient work seemed to take priority over everything else due to the ethical obligations associated with the profession.

If necessary, I cancel meetings or set other leadership duties aside and do them in the evening, or over the weekend, as our strategy is that the patient comes first. . . and if a physician falls ill, I get out there to back up, but I also want to lead from the frontline, and I want to know what's going on in the field. (I44)

Physician leaders apparently felt a sense of guilt when not carrying out patient work as laws and ethical guidelines to be complied with after assuming the leadership position are not lifted. Furthermore, as the excerpts above demonstrate, in addition to professional ethics, a personal commitment to leading by example and being informed appear as strong motivators for physician leaders to actively engage in clinical work. In terms of physician leaders' identity struggles, the ethics-driven clinician identity would appear to be subordinate to the leadership identity.

Discussion

To better understand these challenges and their underlying reasons emerging in physician leaders' leadership work related to why working as "just a leader" is challenging, we dig deeper into five dilemmas linked to the identity struggle physician leaders are constantly experiencing in their work. This provides informed answers to the second part of our research question: why?

Dilemma I – identity ambiguity, leader and/or physician?

Indicative of the non-routine and situational nature of leadership work (Huikko-Tarvainen *et al.*, 2019; Heilmann, 2018), our findings suggest considerable daily and weekly variation in the work content of one and the same chief physician. This causes ambiguity and challenges in allotting time for clinical and leadership work, similar to what Spyridonidis *et al.* (2015) and Witman *et al.* (2011) have noted. This constant duality causes fluctuation not only between the two different work roles but also between the physician and leader identities, similar to Andersson's (2015) findings. Furthermore, our study corroborates previous observations (see Witman *et al.*, 2011; Andersson, 2015; Spyridonidis *et al.*, 2015) on the physician leader's job as being multidimensional hybrid work containing contradictory role expectations.

However, the professional identity challenge can also partly originate from other grounds than the duality of job roles. As noted by Spehar *et al.* (2015), nurses seem to adopt leadership roles with relative ease, whereas physicians have been found to face identity challenges when working as leaders. The professional identity challenge may be related to the length of education and number of working years. As Forouzadeh *et al.* (2018) point out, professional education is essential in the formation of professional identity. Therefore, individuals may professionally identify themselves not only through their education and work but also through their own profession.

The longer the education and working period, the stronger the feeling of belonging to a profession and its professional identity is likely to become. In Finland, the length of nursing education is 3.5 years (Degree Programme in Nursing, 2021), while the length of a doctor's medical education is 6 years; becoming a specialist doctor takes another 5–6 years (Medical education program, 2021). All physician leaders of public hospitals in Finland are specialist doctors. Because of their extended medical education and the number of years spent working as physicians, physician leaders have had much longer to identify as physicians rather than leaders, which may lead to a more intense identity ambiguity challenge.

"One of us" talk feasibly supporting the leader identity

Based on our findings, the basic starting point among physicians is that they strongly prefer to be led by another physician. This way, the physician leader becomes a recognized member of a shared reference group; one of "us" in the professional bureaucracy (Mintzberg, 1983a, b, 1998). Being a physician is often perceived as a calling, and as such, working for the greater good, which in turn offers a sense of meaning and purpose for members of the profession. It is therefore likely that leading one's peers sets the tone for leadership behaviour, as does the fact that members of the medical profession, while varying in their level of expertise and experience, share a common goal: preserving life. This relates to the findings of Haslam *et al.* (2011) about effective leadership on a more general level; an aspiring leader should emphasize the common characteristics of themselves and those led instead of seeking to stand out from their subordinates.

Additionally, in light of previous research, medical education and training is a necessary precondition for working as a physician leader (Styhre *et al.*, 2016; Ahlblad, 2014; Wrede *et al.*, 2016). When being recognized by peers as one of "us", physician leaders can narrow the gap between medicine and management/leadership and therefore function as a bridge between

the two worlds as suggested by Hoff (1999) and Llewellyn (2001), and by doing so, remedy the division argued to plague the development of healthcare (see Witman *et al.*, 2011). Moreover, in order to evaluate the skills, quality of work, job performance and supplementary education needs of clinicians, medical expertise is required of their leaders (Finnish Medical Association, 2014).

To summarize, the first dilemma for physician leaders to solve is clearly bound to professional identity. Physicians feel uncertain about the value of a physician who does not do any patient work, but at the same time, they want their leaders to be physicians.

Dilemma II – once a doctor, always a doctor

Based on our findings, the culture in the Finnish healthcare organizations does not yet appear to be ready to accept physicians who relinquish their clinical work, similar to what previous studies have found in various other national contexts (Buchanan *et al.*, 1997; Dickinson and Ham, 2008; Kippist and Fitzgerald, 2009; Mo, 2008). Healthcare organizations expect physician leaders to continue their clinical work because physician leaders are, primarily, qualified medical professionals. This culture of stability in healthcare organizations as professional bureaucracies (see Mintzberg, 1983b, pp. 189–213; Mintzberg, 1998, pp. 348–349) does not help accepting and respecting physician leaders as “just” formal leaders, meaning these challenges are not only a professional identity matter (cf. Andersson, 2015) but an organizational one. As professional expertise allows power in the professional hierarchy (Mintzberg, 1983b, p. 198) and independence in relation to colleagues (Mintzberg, 1983b, p. 190), physician leaders may not want to lose their physician identity and the power it brings. Assuming a “just a leader” identity might lead to a loss of independence and power in the organization.

This second dilemma, related to healthcare organizations and their organizational culture, is the systemic expectation of all physicians, including physician leaders, to undertake patient work. This is because physician leaders are trained medical professionals, and first and foremost physicians with a deep commitment to a patient work. This leads to difficulty combining patient work and leadership work in the same position, further contributing to the identity discrepancy.

Dilemma III – compensation of shortcomings in leadership skills

The study finds a deep commitment to not only the ethics of the physician profession but also to patient work. Similar to the findings of Spehar *et al.* (2015), the physician leaders in this study feel that they gain credibility, legitimacy, authority and respect from their medical colleagues only by doing patient work. Possessing recognized clinical skills allows positional power but needs continuous peer confirmation (see also Quinn and Perelli, 2016; Llewellyn, 2001; Ong, 1998; Spehar *et al.*, 2015), leading to the noted fear of losing respect among physicians if one becomes “just” a leader. In addition, as a first new finding, our study uncovers that good clinical skills compensate for shortcomings in leadership skills. However, for leadership skill development, this kind of compensation appears detrimental.

Because mistakes in patient work can be fatal, a culture of clinical faultlessness prevails in healthcare (Kivinen, 2008, p. 81). Because of this, physician leaders do not want to fail in leadership work either and can compensate for shortcomings by taking part in patient work for which they are highly trained and able to excel in. However, instead of compensating for handicaps in leadership skills through clinical skills, more emphasis should be placed on leadership education and leadership work to allow physicians to benefit from leadership development (Morrow *et al.*, 2014; Giri, 2017).

The fact that excellent clinical skills are seen to compensate for shortcomings in leadership skills only encourages physician leaders to continue, and try to excel at, patient

work alongside their leadership work. This is counterproductive for the development of physician leaders in being better leaders of their subordinates or better managers trying to ensure the efficiency, effectiveness and frictionless functioning of the work organization.

Dilemma IV – “non-patient work” talk diminishing the leader identity

A physician leader’s work appears as management of a highly qualified expert’s work (cf. [Heilmann, 2018](#)). When describing their duties, physician leaders routinely refer to leadership/managerial work as “non-patient work”, which is the second new finding of our study not mentioned in the previous literature. Furthermore, they did not make any meaningful distinction between the leadership and management aspects of their work. Management—including administrative responsibilities, legal considerations and national operating principles with their distinctive features—is more clearly a set of phenomena specific to a certain healthcare system, whereas leadership—including supporting, teaching and developing the competence of one’s subordinates—is more a universal phenomenon. The term “non-patient work” reflects the strong presence of patient work in physician leaders’ daily work and the doctor’s profession. This leads to a situation where work tasks other than patient work—leadership and management work—are valued against patient work and appear inferior.

This dilemma, linking to the former three, is that leadership work is habitually referred to as “non-patient work” by physician leaders themselves as well as others in healthcare organizations. This represents a deeply held commitment to, and a general high regard for, patient work, which naturally has an innate central significance to the physician profession but also increases the importance of proving one’s clinical competence as part of a leadership role. At the same time, this dichotomy can be seen to reflect the apparent inferiority of managerial/leadership work as part of physician leadership, which is not helpful in terms of the identity formation of physician leaders or motivating individuals to take up the challenge of becoming a physician leader and developing abilities as one.

Dilemma V—ethical obligations to follow

The third new finding in our study is that physician leaders not only carry out exactly the same clinical work as their subordinates, but they often go beyond the call of duty by cancelling meetings or otherwise delaying leadership work if more physicians are needed to take care of patients. This points towards the binding ethical obligations of the medical profession. Physician leaders not only follow the “patient comes first” approach of their employer, but clearly, the core of the Hippocratic Oath. This situation frequently leads to perceiving physician leaders in healthcare organization primarily—if not solely—as physicians, which further empowers the physician identity over that of the leader identity. It may be argued that physician leadership has an ultimately Hippocratic core via a collegial and communal spirit because the obligation to help resonates both with the Hippocratic Oath and the core concept of leadership (e.g. [Ciulla, 1998](#)). However, most definitions of leadership build on the idea of it being a process of intentional influence to organize, guide and facilitate actions and interpersonal relations in an organization or a group ([Yukl, 2013](#)). While this is an apt description of physicians’ leadership work, the Hippocratic core sets an important undertone to it.

The fifth dilemma of physician leadership relates to the inseparable ethical basis of the physician profession, reflected in the driving principle of “the patient comes first”. This orientation, forming the ethical foundation of the physician identity, means that the ethical expectations of the physician profession obligate physician leaders to continue patient work if needed. While time can be crucial to a patient, leadership/management work can be put aside for a moment, as it is an endless endeavour in organization, healthcare or otherwise. The dilemma here is how to best reconcile the ethical basis of the two identities.

Conclusion

Even though most definitions of general leadership loosely fit the concept of physicians' leadership work, physician leadership appears to have two specific aspects, setting it apart from usual definitions, that may explain some of the challenges faced by physician leaders. First, the work of physician leaders does not only contain leadership and management work, but instead, physician leaders are intimately involved with the same work (patient work) as their subordinates, and they seem to habitually go beyond that by prioritizing patient work over leadership work. Second, there appears to be a widely spread undervaluation of the leadership aspect of what physician leaders do in the healthcare organization in comparison to patient work, which does not fit the definitions of leadership theories of general leadership (see also [Quinn and Cola, 2020](#)). These dilemmas are linked to the identity conflict physician leaders constantly experience in their work.

To offer viewpoints for future research on physician leadership and its practice, we first present practical implications based on our study. These implications, we hope, will be helpful in developing physician leaders to be more effective in their position to benefit the healthcare systems and their ultimate goal of positive patient outcomes. First, positive relationships are argued to support individuals in accepting a second identity as a leader ([Quinn and Cola, 2020](#)). As physician leaders strongly identify with the profession of a physician, they would need firm enough footing in leadership skills, and professional knowledge related to leadership, to empower their leader identity and allow for a balance between the two identities.

In order to allow for a more holistic orientation towards leading healthcare organizations, both physician/specialist education and continuing education for practicing physician leaders should give equal weighting to the management and leadership aspect of the work. Therefore, healthcare organizations should reinforce physician leaders' professionalism by offering more practical leadership work training for physician leaders. This would equip physician leaders to more effectively close the gap between the competing worlds of medicine and management/leadership, as well as foster the development of healthcare systems (see [Witman et al., 2011](#)) and develop their personal leader/manager identities.

This would necessitate physician leaders giving up some of their clinical duties to better concentrate on their leadership role. Accompanied by organization-wide leadership development, this would lead to a better command of leadership skills and strengthen the leader identity of physician leaders so that they would be able to better serve their organizations now and in the future ([Leatt and Porter, 2003](#)). As the general leadership/management responsibilities of physicians increase, healthcare organizations could help physician leaders accept the leadership identity by allowing and organizing more peer group support for them, and by doing so, help create a stronger social group identity for physician leaders. This would further influence healthcare organizations, including the physicians being led, to respect physician leadership more and help leaders to be recognized as leaders and not "just" as physicians. The better physician leaders appraise themselves, the better the organization they work for accepts their leadership work (see [Mintzberg, 1983a](#), pp. 4–5).

Furthermore, as [Spehar et al. \(2015\)](#) suggest, healthcare organizations need to not only focus on role and identity but also on need satisfaction when developing clinicians into leaders. Healthcare organizations should also support the growth of the clinicians' complex physician-leader identities, as work satisfaction supports productivity at work ([Zelenski et al., 2008](#)). Moreover, as [Quinn and Perelli \(2016\)](#) point out, role internalization, relational recognition and organizational endorsement are pivotal precursory elements for physician leaders' self-identity construction. This means that by recognizing and acknowledging the dual identity of a physician leader, healthcare organizations can succeed in their leadership performance for the benefit of not only the organization but the individual as well.

Since engaging physicians in the leadership of health systems affects staff and patient outcomes (Onyura *et al.*, 2019) and improves patient care and organizational performance (Falcone and Santiani, 2008; Goodall, 2011; Perry *et al.*, 2017; Spurgeon *et al.*, 2015; Tasi *et al.*, 2017), there is a need to solidify the meaning and value of physician leadership. This not only applies to physicians and physician leaders but to the whole healthcare organization. Therefore, in order to empower the professional identity of physician leaders as equal members of the professional community and not “just” as physicians, an attitude change is required for physicians to work as fully accepted formal leaders and not as “just” leaders or “just” physicians. This also applies to physicians as a profession. If physicians are willing to accept only physicians as their leaders, the medical discourse needs toning down and physician leaders need to be recognized as valuable members of the professional community, not judged as outcasts who have lost their passion for medicine (see also Styhre *et al.*, 2016).

Because the dual role of physician leaders as physicians and leaders seems to be irreversible, the resultant hybrid identity should be seen not as an unresolvable contradiction, but as complementary identities instead, offering the possibility for better physician leadership through resolving the dilemmas outlined in this study. Resolving these dilemmas will not be easy but is the key to achieving effective physician leadership and unlocking the improvement potential of health systems and their outcomes.

Limitations and future research

The findings of our study should be considered with the following limitations: (1) participation was limited to physician leaders at one central hospital level hospital and (2) the sample size was small ($n = 23$). In the future, it would be worthwhile to study challenges in physician leadership not only in university hospitals but also in the primary healthcare hospitals, taking into account the possible differences between various types of healthcare unit to gain more detailed understanding of the contextual issues (including national differences) and their effect on medical leadership.

References

- Ahlblad, J. (2014), “Lääkäri haluaa lääkärijohtajan (Doctors want to be led by a doctor)”, *Suomen Lääkärilehti (Finnish Medical Journal)*, Vol. 69 No. 10, pp. 690-691, available at: <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2014/SLL102014-690.pdf>.
- Alarotu, E. (2012), “Lääkärijohtaja on paljon vartija (A medical director is responsible for a lot)”, *Suomen Lääkärilehti (Finnish Medical Journal)*, Vol. 6 No. 77, p. 524, available at: <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2012/SLL72012-524.pdf>.
- Andersson, T. (2015), “The medical leadership challenge in healthcare is an identity challenge”, *Leadership in Health Services*, Vol. 28 No. 2, pp. 83-99, doi: 10.1108/lhs-04-2014-0032.
- Angood, P. and Shannon, D. (2014), “Unique benefits of physician leadership – an American perspective”, *Leadership in Health Services*, Vol. 27 No. 4, pp. 272-282, doi: 10.1108/LHS-03-2014-0020.
- Baker, R. and Denis, J.L. (2011), “Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership”, *Public Money and Management*, Vol. 31 No. 5, pp. 355-362, doi: 10.1080/09540962.2011.598349.
- Berg, B.O. (1996), “Meta-medicine: the rise and fall of the doctor as leader and manager”, in Larsen, I. and Olsen, B.O. (Eds), *The Shaping of a Profession: Physicians in Norway, Past and Present*, Science History Publications, Canton, MA, pp. 431-433.
- Berg, L.N. and Byrkjeflot, H. (2014), “Management in hospitals: a career track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway”, *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 27 No. 5, pp. 379-394, doi: 10.1108/ijpsm-11-2012-0160.

- Berghout, M.A., Fabbriotti, I.N., Buljac-Samardžić, M. and Hilders, C.G.J.M. (2017), "Medical leaders or masters – a systematic review of medical leadership in hospital settings", *PloS One*, Vol. 12 No. 9, pp. 1-24, doi: [10.1371/journal.pone.0184522](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184522).
- Bondas, T. (2006), "Paths to nursing leadership", *Journal of Nursing Management*, Vol. 14 No. 5, pp. 332-339, doi: [10.1111/j.1365-2934.2006.00620.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00620.x).
- Buchanan, D., Jordan, S., Preston, D. and Smith, A. (1997), "Doctor in the process. The engagement of clinical directors in hospital management", *Journal of Management in Medicine*, Vol. 11 No. 3, pp. 132-156, doi: [10.1108/02689239710177774](https://doi.org/10.1108/02689239710177774).
- Byrkjeflot, H. and Jespersen, P.K. (2014), "Three conceptualizations of hybrid management in hospitals", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 27 No. 5, pp. 430-440, doi: [10.1108/ijpsm-12-2012-0162](https://doi.org/10.1108/ijpsm-12-2012-0162).
- Chan, M., Pratt, D., Poole, G. and Sidhu, R. (2018), "Professional paradox: identity formation in qualified doctors pursuing further training", *Medical Education*, Vol. 52 No. 3, pp. 302-313, doi: [10.1111/medu.13485](https://doi.org/10.1111/medu.13485).
- Ciulla, J.B. (1998), "Leadership ethics: mapping the territory", in Ciulla, J.B. (Ed.), *Ethics. The Heart of Leadership*, Praeger, Westport, CT, pp. 1-25.
- Degree Programme in Nursing (2021), *JAMK University of Applied Sciences*, available at: <https://www.jamk.fi/fi/Koulutus/Sosiaali-ja-terveysala/sairaanhoitaja/> (accessed 31 January 2021).
- Dickinson, H. and Ham, C. (2008), *Engaging Doctors in Leadership: A Review of the Literature*, NHS Institute for Innovation and Improvement, Coventry, available at: <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/leadership-literature-review.pdf> (accessed 4 October 2020).
- Edmonstone, J. (2009), "Clinical leadership: the elephant in the room", *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 24 No. 4, pp. 290-305, doi: [10.1002/hpm.959](https://doi.org/10.1002/hpm.959).
- Eriksson, P. and Kovalainen, A. (2008), *Qualitative Methods in Business Research*, Sage, London, pp. 187-189, 219.
- Falcone, R.E. and Santiani, B. (2008), "Physician as hospital chief executive officer", *Vascular and Endovascular Surgery*, Vol. 42 No. 1, pp. 88-94, doi: [10.1177/1538574407309320](https://doi.org/10.1177/1538574407309320).
- Finlex (1999), *Suomen perustuslaki (The Constitution of Finland)*, available at: <https://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/1999/en19990731.pdf>.
- Finnish Advisory Board on Research Integrity (2012), *Responsible Conduct of Research and Procedures for Handling Allegations of Misconduct in Finland*, available at: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (accessed 4 October 2020).
- Finnish Medical Association (2013), *Lääkärin etiikka (Physician's Ethics)*, 7th ed., Esa Print Oy, Lahti, available at: http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarinen_etiikka_2013.pdf (accessed 4 February 2021).
- Finnish Medical Association (2014), *Lääkärin asema terveydenhuollossa ja terveydenhuollon johtaminen (The Role of Doctors in Healthcare and the Management of Healthcare)*, available at: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5249/l_k_rin_asema_terveydenhuollossa_ja_terveydenhuollon_johtaminen_muistio_hyv_ksytty_140822.pdf (accessed 30 January 2021).
- Finnish Medical Association (2016), *Lääkärit Suomessa (Physicians in Finland)*, available at: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/1116_tilasto2016_net1_170114.pdf (accessed 4 October 2020).
- Forouzadeh, M., Kiani, M. and Bazmi, S. (2018), "Professionalism and its role in the formation of medical professional identity", *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, Vol. 32, No. 1, pp. 765-768, doi: [10.14196/mjiri.32.130](https://doi.org/10.14196/mjiri.32.130).
- GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators (2018), "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet*, Vol. 391 No. 10136, pp. 2236-2271, doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2).

- Gibbs, G.R. (2007), *Analyzing Qualitative Data*, Sage, London.
- Giri, P. (2017), "Self-determining medical leadership needs of occupational health physicians", *Leadership in Health Services*, Vol. 30 No. 4, pp. 394-410, doi: [10.1108/lhs-06-2016-0029](https://doi.org/10.1108/lhs-06-2016-0029).
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2018), "Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40", *The Lancet*, Vol. 391 No. 10132, pp. 1783-1798, doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)30697-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30697-4).
- Goodall, A.H. (2011), "Physician-leaders and hospital performance: is there an association?", *Social Science and Medicine*, Vol. 73 No. 4, pp. 535-539, doi: [10.1016/j.socscimed.2011.06.025](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.025).
- Haslam, S.A., Reicher, S.D. and Platow, M.J. (2011), *The New Psychology of Leadership: Identity, Influence and Power*, Psychology Press, New York, NY. doi: [10.1177/0001839212437539](https://doi.org/10.1177/0001839212437539).
- Heilmann, P. (2018), "Leading specialists", in Eskola, A. (Ed.), *Navigating through Changing Times: Knowledge Work in Complex Environments*, Routledge, New York, pp. 19-36.
- Hoff, T.J. (1999), "The paradox of legitimacy: physician executives and the practice of medicine", *Health Care Management Review*, Vol. 24 No. 4, pp. 54-64, doi: [10.1097/00004010-199910000-00007](https://doi.org/10.1097/00004010-199910000-00007).
- Huikko-Tarvainen, S., Sajasalo, P. and Auvinen, T. (2019), "Mistä on lääkärijohtajat tehty? (What are physician leaders made of?)", *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*, Vol. 24 No. 1, pp. 40-49, available at: http://ejbo.jyu.fi/pdf/ejbo_vol24_nol_pages_40-49.pdf (accessed 4 October 2020).
- Kippist, L. and Fitzgerald, A. (2009), "Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: the effects of dual roles in Australian health care organisations", *Journal of Health, Organisation and Management*, Vol. 23 No. 6, pp. 642-655, doi: [10.1108/14777260911001653](https://doi.org/10.1108/14777260911001653).
- Kivinen, T. (2008), *Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa (Knowledge Management in Health Care Organizations)*, Väitöskirja, Kuopion yliopisto, Kuopio, available at: <http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1068-3.pdf> (accessed 27 January 2021).
- KSSHP (2019a), "Essoten ja Keski-Suomen keskussairaalat suuntaavat tiiviimpään yhteistyöhön erikoissairaanhoidossa", available at: [https://www.ksshp.fi/fi-FI/Essoten_ ja_KeskiSuomen_keskussairaalat_s\(58284\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Essoten_ ja_KeskiSuomen_keskussairaalat_s(58284)) (accessed 24 February 2021).
- KSSHP (2019b), "Vuosikertomukset", available at: https://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Talous_ ja_ suunnittelu/Vuosikertomukset (accessed 24 February 2021).
- Leatt, P. and Porter, J. (2003), "Where are the healthcare leaders: the need for investment in leadership development", *Healthcare Papers*, Vol. 4 No. 1, pp. 14-31, doi: [10.12927/hcpap.2003.16891](https://doi.org/10.12927/hcpap.2003.16891).
- Lehto, J., Viitanen, E. and Autio, V. and Lääkäri 98 tutkimuksen ryhmä (2003), "Minkälaiset lääkärit nousevat johtaviin asemiin? (What kind of physicians rise to the leadership positions?)", *Suomen Lääkärilehti (Finnish Medical Journal)*, Vol. 58 Nos 51–52, pp. 5209-5213.
- Llewellyn, S. (2001), "Two-way windows: clinicians as medical managers", *Organization Studies*, Vol. 22 No. 4, pp. 593-623, doi: [10.1177/0170840601224003](https://doi.org/10.1177/0170840601224003).
- Marchildon, G.P. and Fletcher, A.J. (2016), "Systems thinking and the leadership conundrum in health care", *Evidence and Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, Vol. 12 No. 4, pp. 559-574, doi: [10.1332/174426415x14449988605954](https://doi.org/10.1332/174426415x14449988605954).
- Medical education program (2021), *Helsinki University*, available at: <https://www.helsinki.fi/fi/opiskelijaksi/koulutusohjelmat/laaketieteen-koulutusohjelma/opiskelu> (accessed 31 January 2021).
- Ministry of Social Affairs and Health (2011), *Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeet. Erikoislääkärikoulutustyöryhmän loppuraportti (Reforming the Medical Specialist and Dental Specialist Education)*, Final Report of the Working Group on Medical Specialists Education, ISBN 978-952-00-3162-6, available at: <http://urn.fi/URN> (accessed 8 February 2021).

-
- Ministry of Social Affairs and Health (2020), *Kyselytutkimus vuosina 2007–2016 valmistuneille lääkäreille (Physician 2018: Survey for Physicians Licensed in 2007–2016)*, Reports and memoranda of the Ministry of Social Affairs and Health 2019: 69, ISBN 978-952-00-4128-1, available at: <http://urn.fi/URN> (accessed 8 February 2021).
- Mintzberg, H. (1983a), *Power In and Around Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Mintzberg, H. (1983b), *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Mintzberg, H. (1998), *The Structuring of Organisations, A Synthesis of the Research*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Mo, T.O. (2008), "Doctors as managers: moving towards general management? The case of unitary management reform in Norwegian hospitals", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22 No. 4, pp. 400-415, doi: [10.1108/14777260810893980](https://doi.org/10.1108/14777260810893980).
- Morrow, E., Robert, G. and Maben, J. (2014), "Exploring the nature and impact of leadership on the local implementation of the productive ward releasing time to care", *Journal of Health, Organisation and Management*, Vol. 28 No. 2, pp. 154-176, doi: [10.1108/jhom-01-2013-0001](https://doi.org/10.1108/jhom-01-2013-0001).
- Noordegraaf, M., Schneider, M., Van Rensen, E. and Boselie, J. (2015), "Cultural complementarity: reshaping professional and organizational logics in developing frontline medical leadership", *Public Management Review*, Vol. 18 No. 8, pp. 1-27, doi: [10.1080/14719037.2015.1066416](https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1066416).
- Ong, B.N. (1998), "Evolving perceptions of clinical management in acute hospitals in England", *British Journal of Management*, Vol. 9 No. 3, pp. 199-210, doi: [10.1111/1467-8551.00084](https://doi.org/10.1111/1467-8551.00084).
- Onyura, B., Crann, S., Freeman, R., Whittaker, M.-K. and Tannenbaum, D. (2019), "The state-of-play in physician health systems leadership research: a review of paradoxes in evidence", *Leadership in Health Services*, Vol. 32 No. 4, pp. 620-643, doi: [10.1108/lhs-03-2019-0017](https://doi.org/10.1108/lhs-03-2019-0017).
- Päätaalo, K. and Kauppi, S. (2016), "Well-being at physician's work – a systematic review to support managing work ability and well-being in health care organizations", *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti (Journal of Social medicine)*, Vol. 53 No. 1, pp. 30-43, available at: <https://journal.fi/sla/article/view/55567> (accessed 5 February 2021).
- Perry, J., Mobley, F. and Brubaker, M. (2017), "Most doctors have little or no management training, and that's a problem", *Harvard Business Review*, available at: <https://hbr.org/2017/12/most-doctors-have-little-or-no-management-training-and-thats-a-problem> (accessed 4 October 2020).
- Quinn, J.F. and Perelli, S. (2016), "First and foremost, physicians: the clinical versus leadership identities of physician leaders", *Journal of Health, Organisation and Management*, Vol. 30 No. 4, pp. 711-728, doi: [10.1108/jhom-05-2015-0079](https://doi.org/10.1108/jhom-05-2015-0079).
- Quinn, J.F. and Cola, P. (2020), "Understanding physician leadership: the mediating effects of positive organizational climate and relational role endorsement", *The Journal of Business and Industrial Marketing*, Vol. 35 No. 10, pp. 1491-1503, doi: [10.1108/JBIM-01-2019-0032](https://doi.org/10.1108/JBIM-01-2019-0032).
- Schein, E.H. (1978), *Career Dynamics: Matching Individual and Organizational Needs*, Addison-Wesley, Reading.
- Spehar, I., Frich, J.C. and Kjekshus, L.E. (2015), "Professional identity and role transitions in clinical managers", *Journal of Health, Organisation and Management*, Vol. 29 No. 3, pp. 353-366, doi: [10.1108/jhom-03-2013-0047](https://doi.org/10.1108/jhom-03-2013-0047).
- Spurgeon, P., Long, P., Clark, J. and Daly, F. (2015), "Do we need medical leadership or medical engagement?", *Leadership in Health Services*, Vol. 28 No. 3, pp. 173-184, doi: [10.1108/lhs-03-2014-0029](https://doi.org/10.1108/lhs-03-2014-0029).
- Spyridonidis, D., Hendy, J. and Barlow, J. (2015), "Understanding hybrid roles: the role of identity processes amongst physicians", *Public Administration*, Vol. 93 No. 2, pp. 395-411, doi: [10.1111/padm.12114](https://doi.org/10.1111/padm.12114).
- Statistics Finland (2019), available at: https://www.stat.fi/en/luokitukset/sairaanhoitop/sairaanhoitop_1_20200101/ (accessed 4 October 2020).

- Styhre, A., Roth, A. and Roth, J. (2016), "Who will lead the physicians unwilling to lead? Institutional logics and double-bind situations in health care leadership", *Leadership & Organization Development Journal*, Vol. 37 No. 3, pp. 325-340, doi: [10.1108/lodj-10-2012-0137](https://doi.org/10.1108/lodj-10-2012-0137).
- Summerfield, M.R. (2014), "Leadership: a simple definition", *American Journal of Health-System Pharmacy*, Vol. 71 No. 3, pp. 251-253, doi: [10.2146/ajhp130435](https://doi.org/10.2146/ajhp130435).
- Swanwick, T. (2017), "Leadership theories and concepts", in Swanwick, T. and McKimm, J. (Eds), *ABC of Clinical Leadership*, John Wiley and Sons, pp. 25-47, Incorporated, ProQuest Ebook Central, available at: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/detail.action?docID=4788162> (accessed 4 October 2020).
- Tasi, M.C., Keswani, A. and Bozic, K.J. (2017), "Does physician leadership affect hospital quality, operational efficiency, and financial performance?", *Health Care Management Review*, Vol. 44 No. 3, pp. 256-262, doi: [10.1097/hmr.0000000000000173](https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000173).
- Witman, Y., Smid, G.A.C., Meurs, P.L. and Willems, D.L. (2011), "Doctor in the lead: balancing between two worlds", *Organization*, Vol. 18 No. 4, pp. 477-495, doi: [10.1177/1350508410380762](https://doi.org/10.1177/1350508410380762).
- World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000: Improving Performance*, World Health Organization, Geneva.
- Wrede, S., Olakivi, A., Fischer, N. and Sigfrids, A. (2016), *Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta (Autonomy and Professionalism from the Point of View of Clinical Doctors)*, University of Helsinki and Finnish Medical Association, available at: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5119/sll_autonomia_raportti_30012017.pdf (accessed 4 October 2020).
- Yukl, G. (2013), *Leadership in Organizations*, Global ed., Pearson Education UK, ProQuest Ebook Central, available at: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/detail.action?docID=5248236> (accessed 4 February 2021).
- Zelenski, J.M., Murphy, S.A. and Jenkins, D.A. (2008), "The happy-productive worker thesis revisited", *Journal of Happiness Studies*, Vol. 9 No. 4, pp. 521-537, doi: [10.1007/s10902-008-9087-4](https://doi.org/10.1007/s10902-008-9087-4).

Corresponding author

Sari Huikko-Tarvainen can be contacted at: sari.huikko-tarvainen@finnet.fi

For instructions on how to order reprints of this article, please visit our website:

www.emeraldgroupublishing.com/licensing/reprints.htm

Or contact us for further details: permissions@emeraldinsight.com



IV

ELEMENTS OF PERCEIVED GOOD PHYSICIAN LEADERSHIP AND THEIR RELATION TO LEADERSHIP THEORY

by

Huikko-Tarvainen, S., T. 2022

Leadership in Health Services, 35(1), 14-29

<https://doi.org/10.1108/LHS-01-2021-0002>

Reproduced with kind permission by Emerald.

Elements of perceived good physician leadership and their relation to leadership theory

Perceived good
physician
leadership

Sari Huikko-Tarvainen

School of Business and Economics, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

Received 7 January 2021
Revised 22 March 2021
8 June 2021
Accepted 2 August 2021

Abstract

Purpose – This research paper aims to discover the elements of good physician leadership as perceived by physicians and to find out how the findings connect to the leadership theory.

Design/methodology/approach – The subjects ($n = 50$) of this qualitative study are physicians from four hierarchical levels (residents/specialising physicians, specialists, heads of departments and chief physicians). Content analysis with a constructivist-interpretative approach by thematisation was the chosen method, and it was also analysed how major leadership theories relate to good physician leadership.

Findings – Physician leaders are expected to possess the professional skills of physicians, understand how the work affects physicians' lives and be competent in applying suitable leadership approaches following different situations and people. Trust, fairness, empathy, social skills, two-way communication skills, regular feedback, collegial respect and emotional intelligence are expected. As medical expertise connects leaders and followers, success in medical leadership comes from credibility in medical expertise, making medical leadership an inseparable part of good physician leadership. Subordinates are physician colleagues, who have their informal leadership roles on their hierarchical levels, making physician leadership a multidimensional leadership setting wherein formal leaders lead informal leaders, which blurs the traditional leader–follower boundary. In summary, good physician leadership is leadership through medical expertise combined with good manners, collegiality and traits from different kinds of leadership theories.

Originality/value – This study discovers elements of good physician leadership in a Finnish health-care context in which no similar prior empirical research has been carried out.

Keywords Physician leadership, Leadership theory

Paper type Research paper

Introduction

Definition of physician leadership

Although leadership is generally defined as “a social process of influence towards the attainment of a common goal, and its task is to achieve direction, alignment and commitment” (Swanwick, 2017, p. 35), similar agreed-upon definitions for physician leadership do not exist in literature.

© Sari Huikko-Tarvainen. Published by Emerald Publishing Limited. This article is published under the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) licence. Anyone may reproduce, distribute, translate and create derivative works of this article (for both commercial and non-commercial purposes), subject to full attribution to the original publication and authors. The full terms of this licence may be seen at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

The author wish to thank the physicians and the physician leaders for their participation in the study, the two anonymous reviewers and the author's PhD supervisors PhD, Adjunct Professor, University teacher Pasi Sajasalo and PhD, Adjunct Professor, Senior lecturer Tommi Auvinen for their constructive comments and insightful suggestions for improving the manuscript.

Ethics approval: The study was granted an ethics approval by the Central Finland Care District officials.



LHS

Instead, the terms “physician leadership”, “medical leadership” and “clinical leadership” are often used interchangeably, as if these were synonymous, which creates unwanted confusion regarding what is being referred to. According to [Spurgeon et al. \(2015, pp. 175–176\)](#), some authors use the term medical leadership to refer to doctors’ influence processes upon other doctors and clinical leadership as an influence process upon any health-care professional with clinical training. Particularly in American literature, the term “physician leadership” tends to be preferred. Based on an international systematic literature review, physician leaders’ work comprises of both general management/leadership activities and medicine, and medical leadership is defined as what physicians, either with formal managerial roles or acting as informal leaders, do in their daily leadership work to influence others towards goal attainment. Furthermore, the term “medical leadership” is used interchangeably with the term “medical management”, especially referring to physicians’ administrative roles and tasks ([Berghout et al., 2017, pp. 1–2](#)).

To avoid unwanted confusion, a distinction between the aforementioned terms is made in this study. “Medical leadership” is used to denote activities aimed at managing specific medical knowledge used in patient work, the term “physician leadership” is used to denote leadership activity by a physician leader towards physicians being led, whereas the term “clinical leadership” is seen as a general term referring to leadership activities concerning any group of health-care professionals, rather than specific groups such as physicians. The embedded nature of the concepts is portrayed in [Figure 1](#).

Elements of good physician leadership

The word good, according to the [Oxford Dictionary of English \(2021\)](#), refers to virtues and is defined as being desired or approved, having the required qualities, possessing or displaying moral virtue, giving pleasure, being enjoyable or satisfying, having a high standard or being thorough or valid.

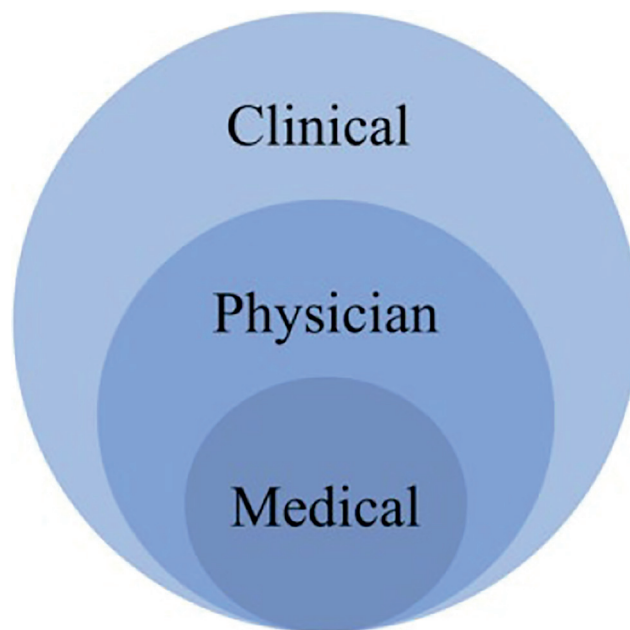


Figure 1.
How medical,
physician and clinical
leadership concepts
are embedded

In contrast, Aristotle (Peters, 1906, p. 1) offers a philosophical take on the issue: “good is that at which everything aims”. Thus, although the concept of “good” may be defined in various ways, any definition would be of little value without context and a reference point. Therefore “good” remains an elusive concept that is abstract in its essence.

Leadership study, as argued by Ciulla (2018, pp. 444–446), is seeking to understand the nature of good leadership wherein ethics and effectiveness overlap. As Ciulla (2018) comments in Aristotelian spirit, a good leader does the right thing in the right way and for the right reasons. Ciulla (2018, pp. 441, 444) further points out that when asking “What is good leadership?”, what is sought after is a demarcation of how leadership ought to be. Therefore, the point of studying leadership is to answer this question where “good” has two senses: morally good and technically good.

In the health-care context, the National Health Service, UK, has delineated the Healthcare Leadership Model consisting of nine core dimensions to help formal and informal leaders in health and care become better leaders. The dimensions are leading with care, evaluating information, connecting our service, sharing the vision, engaging the team, inspiring shared purpose, influencing for results, developing capability and holding to an account (Healthcare Leadership Model, 2013), which are applicable for describing the elements of good physician leadership.

Moreover, recognising there is no one best approach to physician leadership, Oostr (2016) suggests that it should include the following three sets of attributes:

- (1) belong, believe and build;
- (2) cascade, connect and champion; and
- (3) distributed, dyad and development.

The attributes suggest physician leaders should be involved in decision-making, build trust between physician leaders and administrative leaders based on transparent communication, take their physician colleagues through an engagement process with the leadership structure, promoting feelings by all physicians of belonging, which give trust in the system and its functioning capacity. In this kind of environment, physicians can confidently connect with their peers and cascade information, while championing mutually beneficial individual, organisational and community needs and goals. Oostr (2016) suggests a situationally distributed dyad framework in which roles and responsibilities are shared when developing physician leaders to achieve success in the healthcare environment.

The research task of this article is to discover elements of good physician leadership as perceived by physicians with and without formal leadership duties working in the risk-filled occupational context of medicine (Collin *et al.*, 2011) and to find out how the findings connect to the leadership theory.

Theoretical framework

There are several ways of classifying theoretical approaches to leadership and its study based, for instance, on traits, behaviour, power influence, situational or integrative approach or by types of variables relevant for understanding the effectiveness of leadership, such as the characteristics of leaders, followers or the situation (Bass and Stogdill, 1990, pp. 11–19). To facilitate analysis of the empirical data, the selected leadership theories compiled from a wider set of available leadership theories form the theoretical framework for this study. Even though each leadership theory represents a conception of what good leadership is (Ciulla, 2018, pp. 444–446), their selection for the theoretical framework was driven by relevance and fit in the physician leadership context to allow perceptual analysis.

LHS

Distributed, shared/collective and collaborative theory

This set of theories favour sharing power between leaders and followers and removing the clear-cut boundary separating the identities present in traditional approaches to leadership (Gordon, 2011, pp. 194–195). According to Yukl (2013, pp. 290–291), distributed leadership involves multiple leaders with distinct but interrelated responsibilities, with the leaders' responsibility to "encourage and enable others to share responsibility for leadership functions". In shared/collective leadership, the leadership power is perceived as being "wherever the expertise, capability and motivation" happen to be located. Collaborative leadership, on the other hand, presumes that leadership work needs the effort of several individuals who may come from different professions and organisations. Leadership teams are more valued than solo leaders (Swanwick, 2017, p. 45).

Transformational theory

In transformational leadership, subordinates are empowered by leaders who increase the sense of efficacy and purpose as well as inspire subordinates to work together towards goals (Burns, 2003, p. 26). Subordinates are thought to feel "trust, admiration, loyalty and respect" towards their leader. Transformational leadership is said to appeal to the moral values of the followers. The leader's goal is then to try to raise their subordinates' awareness of ethical issues and improve the organisation by putting the subordinates' energy and resources into motion (Burns, 2003, p. 29; Yukl, 2013, pp. 312–313). Leaders' behaviour is confident and optimistic, and they state a vision for the organisation and explain how it can be obtained. Dramatic and symbolic actions by leaders are ways to highlight the main values. The leader is perceived capable of influencing subordinates' commitment to work by setting an example of desired behaviour as part of their interactions with them (Yukl, 2013, pp. 323–325). Transformational leadership is argued to improve subordinates' experiences and outcomes (Swanwick, 2017, p. 47).

Ethical and servant theory

It is suggested that ethical leadership manifests in the forms of external guidance and internal commitment (Bowman and Swanwick, 2017, p. 203). Leaders appear truthful, caring and principled when making objective decisions. They set ethical standards and work and behave according to them (Brown and Treviño, 2006). Ethical leaders do not play favourites or support mistrust to gain more power or achieve personal objectives, as they need to encourage ethical behaviour and discourage unethical practices. Ethical leaders are considered to be capable of building mutual trust and respect among subordinates, solving conflicts between different parties and influencing subordinates into realising the need for adaptive problem-solving that will enhance their long-term welfare (Yukl, 2013, p. 345). Similar to ethical leaders, servant leaders protect and develop all their followers, treating them with equal respect and appreciation. Regardless of the financial interests of the organisation, servant leaders are to stand for what is right and good (Yukl, 2013, pp. 337, 345). Furthermore, the leader is to educate their subordinates through mentoring, coaching and training and remain consistent with the supported values in their behaviour while encouraging critical thinking to find the best alternatives. These theories suggest that leaders need to generate a vision based on subordinate input concerning their ideas, values and needs and take personal risks and actions to fulfil the vision (Yukl, 2013, p. 342).

Contingency theory and situational theory

Contingency theory centres on understanding how situational aspects modify a leader's influence on subordinates or workgroups (Yukl, 2013, p. 169) to match the right kind of

leader with a situation they can efficiently handle (Gordon, 2011, p. 194). The effectiveness of leaders and organisations does not only depend on the leader's personality and the degree to which they are task-motivated, but also on the situational control, which clarifies to what extent the situation provides leaders with power, control and influence over the outcome. Task-motivated leaders are more successful in situations of very high or relatively low control, whereas relationship-motivated leaders are more successful in situations of moderate control (Fiedler, 1981). The situational approach to leadership highlights the importance of contextual elements that affect leadership processes (Yukl, 2013, p. 29).

Data and methods

The subjects of this empirical study were physicians of the Central Finland Health Care District wherein approximately 800 physicians are working (Finnish Medical Association, 2016). The informants were invited and volunteered to participate in the study with an internal email. They form two groups:

- (1) those with leadership responsibilities hereinafter referred to as physician leaders (15 chief physicians, eight heads of departments); and
- (2) those without such responsibilities referred to as physicians (13 specialists, 14 specialising physicians/residents).

Although, for the most part, the two groups were treated as representatives of the physician profession, a distinction of the level of the physician category was made if the professional hierarchy level appeared specifically relevant to the findings. Most of the physician leaders were male (14/23), whereas most of the physicians were female (16/27). Chief physicians had on average 11 years of leadership experience, whereas heads of departments had roughly five. As expected, the physician leaders were typically somewhat older (41–62 years) than physicians (26–54 years). All the participants were eligible for the study as the research task was to discover elements of good physician leadership as perceived by members of the doctor's profession. The study was granted ethics approval by the Central Finland Care District officials. Due consideration was given to matters related to data protection following the ethical principles applicable to research subjects (Finnish Advisory Board on Research Integrity, 2012).

The interviews were conducted in private, typically in the informant's office during April–June 2017 and July–August 2018. The interviewees were duly informed about the purpose of the study and their right to withdraw their participation and deny the use of their data at any time during the study. The interviews were digitally recorded, transcribed and coded with numbering to make the data more accessible for analysis. The duration of the individual interviews ranged from 11 to 85 min, approximately 25 h in total. The transcribed interviews yielded a total of 619 A4-sized pages (Calibri, 12 point, single spacing).

A qualitative, constructivist-interpretative approach (Gibbs, 2007) was chosen as the research strategy due to the research task involving furthering our understanding of the elements of good physician leadership as perceived by the informants. Semi-structured interviews were chosen as the data collection method. Each informant was asked to describe freely: "What does good physician leadership mean to you?" If the informant understood the question and was able to answer the question, and likewise, the interviewer understood the answer; no further questions were asked. If the informant felt he/she did not understand the question, the interviewer asked the same question in other words. If the interviewer did not understand the answer, the interviewer asked: "Could you explain your answer in other words?"

Systematic, structured content analysis by thematisation was chosen as the method of analysis. Content analysis is based on a systematic examination of the whole set of empirical data with the unit of analysis being for example the individual participants or the whole group. Its focus is on themes and patterns by picking up common or exceptional statements or viewpoints and continuing with identifying and comparing information, groups or subgroups, themes and patterns and meaning. In the end, connections between points of view, themes and patterns of the discussion are theorised. Thematisation is a commonly used technique for organising empirical data in studies based on content analysis, such as this. A theme can be defined as a concept, trend, idea or distinction that emerges from the empirical data (Eriksson and Kovalainen, 2008, pp. 187–189, 219).

The analysis was conducted to identify patterns and themes across the data using a step-by-step procedure. In the first step, the author familiarised herself with the data by reading and immersing herself in the data to the point where the knowledge of the content was firm and deep. In the second step, the author identified the most basic elemental codes, words or phrases that represent the most basic elements of the raw data, based on which the data was organised into groups. In the third step, the themes were searched by grouping the codes into potential themes representing patterns emerging from the data. In the fourth step, the potential themes were reviewed and refined to the point where each theme was internally coherent and there were identifiable distinctions between them. After that, the themes were organised into a thematic table. In the fifth step, the themes were named and distinct definitions for each theme were created. Each theme was analysed separately and within the context of the overall thematic structure. In the last step, the author adjusted the thematic structure as necessary to provide a clear and coherent representation of the data and prepared a report outlining the conceptual ordering with carefully selected excerpts to add validity to the findings and illustrate the interpretations made. Expressions that could have endangered the informant's anonymity have been removed or replaced in the interview excerpts. These changes did not affect the results because the original transcriptions were used for analysis. Excerpts from chief physicians are marked with (C), those from heads of departments with (H), those from specialists with (S) and those from specialising physicians/residents with (R). As a result, five categories representing elements of good physician leadership (relationship skills, collegiality and physician's autonomy, medical leadership shown by experience of physician's work, appropriate leadership approach and working conditions) emerged from the data. As the analysis was data-driven, the whole step-by-step procedure was repeated twice to avoid bias. The author returned to the data several times during the analysis process to confirm that the results truly represent the informants' voices, and the results were further evaluated against leadership theories particularly connecting physician leadership principles as outlined in the theoretical framework to assess how the elements of good physician leadership relate to them.

Results

Based on the data, the elements of perceived good physician leadership are based on similar fundamental elements of good leadership as with any other professional group. However, the elements involve certain special aspects related to physician work. The elements and their profession-specific aspects are presented in the following.

Relationship skills

According to the informants, good manners and mastering basic relationship skills, such as an ability to relate to others in communication and willingness to listen, are important

elements of good physician leadership. The skill of empathy and mindset needed to adopt subordinates' positions were considered important.

Perceived good
physician
leadership

A leader may not lose his temper, curse, stab in the back, be unfair or build inner circles in which some are in a better position than others [...] Impartiality, tactful conduct and matter-of-factness are an integral part of good leadership. (C11)

Communication cannot be based on the assumption that leaders know what their subordinates think and vice versa. Mutual and reciprocal continuous communication between leaders and followers was seen as a precondition for all actions, and the low threshold for presenting one's thoughts and ideas to one's superior was perceived to be important. Engaging physicians in decision-making concerning them was considered a reasonable and easier way to succeed in leadership.

I do not necessarily make my own decisions without first listening to and discussing with other physicians [...] especially when larger issues are concerned, they need to be discussed first and then come up with the decision. (C15)

Leaders' communication may not only be a transmission of information, but instead, informants felt that showing interest towards subordinates' work and how they are coping was a good leadership practice. Informants felt it more natural to refer to physicians being lead as "physicians" rather than "subordinates", and in mutual discussions, irrespective of the hierarchy level, the use of first names was preferred over the use of job title alone or in combination with a surname.

The informants hoped that performance and development appraisals would take place on an annual basis, and specialising physicians wanted to receive "signposts" to their careers in them. Leaders were regularly expected to provide constructive feedback, both positive and negative. Leaders themselves also desire feedback regarding their work from their superiors but also appreciate it from subordinates.

My supervisor has been interested in the direction I wish to develop in my work or career as a physician [...] and he pitched ideas about the potential direction my career as a physician could take. (S19)

The way the feedback is given must be carefully considered. (H23)

Feedback would be the most important thing, that the leader would also receive feedback from their superior. (C44)

Feedback was best given face-to-face, and positive feedback was not given often enough according to the informants. The trickier the leadership issue was, the more physicians expected face-to-face encounters. The ability to work undisturbed was perceived as a form of positive feedback and a sign of trust in the physician being competent and capable of succeeding in their work.

Good physician leadership involves an element of trust [...] if everything works, then things can be left as they are, trusting that these guys will finish the job properly [...] I think allowing people to work undisturbed is, as such, already a form of positive feedback. (R8)

Negative issues must be dealt with quickly and as forthright as possible [...] not through e-mail discussions, but preferably through telephone calls or face-to-face conversations [...] straight away, fairly, and impartially. (C11)

LHS

The word “feedback” was felt to have a somewhat negative connotation and was associated with a failure in one’s work. However, being truthfully informed face-to-face about one’s shortcomings in work was considered a feature of good leadership.

The informants expected situational predictability in leaders’ behaviour: calmness and consistency. The informants felt it important that their leaders were responsible for their leadership and patient work, appreciative of the work of the physicians they lead and equitable and just towards them. Playing favourites was considered unacceptable. The informants expected leaders to possess situational awareness and emotional intelligence to present things in a well-reasoned, non-offensive way.

The capacity for empathy and compassion are also an essential part of good physician leadership, and if they are missing, management is unlikely to work. (H10)

Decision-making ability and courage to address shortcomings, such as inequalities in subordinates’ workloads, were considered necessary qualities in leaders. Information about who made the decisions clarified the division of responsibilities and reinforced a sense of safe working.

Courage to make even unpleasant decisions and take up issues that are not easy to address. (S22)

Physicians as subordinates were regarded as a distinctive, highly educated and self-aware group of experts with strong personalities and opinions. For this reason, leaders must get along with different kinds of people and understand their strengths and weaknesses.

Good physician leadership requires a certain kind of authority, but then again, humility to listen and negotiate is also necessary. It also requires diplomacy skills because this is a large organisation, in which relationships and community-building skills are needed. (H40)

Leaders, as senior physician colleagues, were considered partly responsible for shaping the behavioural culture of the workplace due to the expectation of demonstrating what appropriate behaviour in the workplace was.

A leader’s task is to create the preconditions for successful work performance and to be able to maintain a positive atmosphere of doing things together. (C35)

Occasionally, informants felt it was forgotten that physicians are also people with feelings and emotions, which emphasises the need for interpersonal skills in physician leadership.

Collegiality and physicians’ autonomy

The informants routinely included collegiality as an element of good physician leadership. Collegiality was perceived to manifest as general appreciation towards colleagues and respect for another’s work, but also as a certain kind of balance that manifested in the form of equality between colleagues.

When you lead, you have to be collegial in the same way as physicians are collegial towards one other, and this also applies to a physician leader. (S49)

In challenging situations, good leadership appeared as clear and collegial guidance in which leaders backed up their people rather than primarily serving their interests.

Even though physicians are colleagues to one another regardless of the hierarchical level, a certain distance between physician leaders and subordinates was felt necessary, and therefore, closer friendships were not seen as desirable or necessary. However, too much distance was perceived to result in talking behind backs and the formation of small cliques, complicating leadership.

[A good leader] is friendly and matter-of-factly but does not attempt to be buddies with you. Remembers his position. (H41)

Perceived good
physician
leadership

For successful leadership, it was considered practical to be able to liaise with the physicians being led during working days in neutral situations (e.g. in the hospital cafeteria/canteen/corridor) in addition to during patient work. In that way, leaders provided subordinates an opportunity to speak their minds. Some leaders considered being readily available, responding to work calls even when off-duty, for example, as a sign of responsibility and dependability which was required for good leadership. However, controlling work too closely was perceived as lacking confidence in the subordinate's professional ability and autonomy, which, in turn, was perceived as undermining the subordinate's respect for the leader.

As experts, we [physicians] demand or need our freedom to act [. . .] distrustful monitoring will not do. (S25)

I trust the physicians I lead, and I dare to let the physicians in my clinic do the job they've been hired to do. (H1)

I'm one of those 24/7 leaders, always available [. . .] I am extremely committed to the working community and my team. That's what a good leader is like. (C11)

According to the informants, good physician leadership meant giving enough freedom to subordinates: not intervening with minor details and allowing them to work undisturbed by trusting their expertise in their field and capability at their job.

Medical strenuous process the physicians have already gone through leadership demonstrated by experience

Good physician leadership was not perceived as something that could be learned solely through leadership studies, nor was medical training alone seen as a self-evident guarantee of success. Partly, it was seen as something physicians grow into, similar to physicianship. The informants perceived a physician's profession unique under the Hippocratic Oath not only as a profession but also as a lifestyle. Therefore, when leading physicians, it was considered a necessity that leaders themselves had gone through the same education and working experiences and had grown to understand the importance of doctor's ethics in their work.

A good physician leader understands the whole process that is part of the work as a physician [. . .] what medical training really means and what kind of strenuous process the physicians have already gone through before they enter working life. The leader understands the healthcare system [. . .] and the pressure under which physicians do their work and how much on-call duty the work involves. (C36)

In physician leadership, leadership was earned by a leader's own conduct and working performance. An academic leadership/management title alone was not sufficient to convince physicians about leadership capabilities.

Leadership must be earned, trust comes through actions [. . .] It is not enough to just declare that my values as a physician leader are fairness and impartiality and that I am capable of making decisions. Leadership competence must be proven with actions as part of everyday work. (C35)

The informants perceived medical credibility as an essential element for good physician leadership, and it was sought after by doing patient work to establish one's

LHS

competence. Some leaders perceived self-sacrificing behaviour as a sign of good leadership that raised a sense of duty among subordinates. For example, if there was a shortage of physicians for an on-call shift at an emergency clinic, the physician leader did the shift himself.

Good physician leadership is leading by one's own work – by showing the subordinates that this is how the physician's work should be done. (C11)

In hospital settings, specialties had their distinct features affecting physicians and their work which could not be ignored in physician leadership.

The basic requirement is that specialist medical competence must be mastered. Otherwise, the subordinates will lead the leader with their substance competence. (H10)

If the leader doesn't know the substance, he will not be able to make decisions without substance experts' help, which in turn may lead to a situation where the leader doesn't quite know who to believe. A leader who knows the field is much better able to filter and evaluate information. (H23)

Based on the findings, the leaders of specialists had to master specialist work in the field, and a sufficiently strong medical background was deemed necessary, as leaders were otherwise felt to be disadvantaged in their leadership work and lacking credibility in the eyes of their subordinates.

Appropriate leadership approach

The ability to be a leader for each individual employee and take the situation at hand into account was considered important elements of good physician leadership. The informants presumed physician leaders to possess – through their previous medical and working career – the knowledge, skills and understanding of the support needed by physicians at different career stages.

There is not only one kind of good physician leadership; instead, there are many kinds of good physician leadership. (C11)

The current career/specialisation stage and the underlying life experience of the physicians being led were important aspects to consider because physicians at different stages of their career need different kind of leadership. In the early stages of physicians' careers, difficult situations were more frequently experienced in patient encounters, which was why young physicians needed mental support from their supervisor in addition to the physical presence of a leader.

A physician just starting his specialisation training is in a completely different situation [...] compared to a situation where the physician has already worked as a specialist for years. (H6)

Some differences of opinion regarding the leader's relationship with the physicians being led arose among the informants. Some thought that the key factor in successful physician leadership was physicians being led from the front line. However, autocratic leadership was perceived as old-fashioned and a sure way to fail in physician leadership. Dictating orders to highly educated people was not deemed viable, but instead, well-founded reasons were expected to exist when giving orders. Some of the informants perceived good physician leadership as a service profession in which leadership is bottom-up leadership.

A good physician leader leads his troops if not exactly from the front line, then at least very close to it. (H1)

Informants considered physicians as leaders of their work and of multi-professional teams they worked with, highlighting the informal leadership in the physician profession. Therefore, formal leaders were expected to dial back responsibility and dare to give the physicians – as informal leaders – the opportunity to direct themselves if the working community functions well.

Perceived good
physician
leadership

If you have responsibility without power, nothing will work. And if you have power without responsibility, it will not work either. (H6)

Integrating elements of the business world as part of physician leadership was not considered possible because of ethical issues related to the field of medicine guiding the work of all physicians, irrespective of the hierarchical level.

We can't be quite that tough and just focus on the figures. In our field, people and things are managed, and on the other hand, we are also really often at this interface of humanity, as it were. (R20)

For the success of physician leadership, it was considered important that power, responsibility and ethics went hand in hand within the same leader.

Working conditions

An important aspect of good physician leadership for physicians was their work running smoothly; everyday work should not be day-to-day survival. Knowledge of health-care systems, foresight skills and a vision of the direction being pursued were necessary virtues of leaders for enabling hassle-free work. The construction of leaders' visions needed to be encouraging and forward-looking in a determined way.

That [leadership] is not just living in the moment. The leader must have an idea of where the healthcare system is going and what is being sought. (C27)

Smoothly running work ensured that physicians were satisfied with their work and would not seek work elsewhere. This was achieved with a well-functioning framework for working: appropriate employment contracts, compliance with working conditions and hours, properly assigned responsibilities, opportunity to work undisturbed and ensuring that all new physicians, (regardless of the hierarchical level) were also able to start their work smoothly with a proper induction.

The physician leader takes the unit's side and sees to it that there are sufficient resources available and that the employees can do their work now, and in the future. (S38)

There should be induction, and you should be told who your supervisor is and who you can turn to if you encounter problems. (R12)

Physicians voted with their feet if not satisfied with their working conditions and/or their leader's leadership skills.

To make employees want to stay, a physician leader must have the ability to see the situation and the big picture. If a physician is planning to leave, this needs to be addressed rather quickly, asking what we should do to keep you here. (H23)

Based on the findings, leaders would need to sense situations that could result in departure and be humble enough to bring potential leaving plans up for discussion and to persuade physicians to stay in their current position.

Discussion

As noted above, leadership is conceptualised as “a social process of influence towards the attainment of a common goal, and its task is to achieve direction, alignment and commitment” (Swanwick, 2017, p. 35). Based on the results of this study, these features are also found in physician leadership but are not enough to succeed by themselves. According to the findings of this study, the elements of good physician leadership perceived by physicians include relationship skills, collegiality, physician’s autonomy, medical leadership demonstrated by the experience of physician’s work, appropriate leadership approach and working conditions, which are parallel to previous studies’ findings (Healthcare Leadership Model, 2013; Oostra, 2016; Ciulla, 2018, pp. 441, 444).

In the following section, the results of this study are reflected against the distributed, shared/collective and collaborative theory, transformational theory, ethical and servant theory and contingency theory and situational theory.

Leading peers – leading leaders

According to the findings, physician leaders were not only leaders but also physician colleagues of their subordinates because, as shown in this study, most participated in patient work, which blurs the leader–follower boundary. Success in medical leadership came from credibility in medical expertise, which made medical leadership an inseparable part of physician leadership. For example, if some advice were needed in difficult medical or patient situations, specialists with extensive medical career and life experience still expected back-up from their leaders and/or a second opinion from their peers. This exemplifies the informal and shared/collective nature of leadership in the physician profession. Furthermore, this extends to physician leaders as they participated in patient work alongside their leadership work, signifying that physicians could generate a mutual medical leadership regardless of the hierarchical level through medicine. As the informal leadership role associated with a physician’s work turns all physicians into leaders on their hierarchical level, the physician leadership is a multidimensional leadership setting in which formal leaders led informal leaders. This further blurs the boundaries between followers and leaders. These professional traits are probably part of the reason why physicians found it hard to accept anyone other than physicians as their leaders.

In sum, these profession-specific features – instilling leadership responsibility to a wider body of organisational members than only those at the top – support distributed, shared/collective and collaborative leadership as an important approach for constructing good physician leadership as this set of theories favours sharing power between leaders and followers and removing the clear-cut boundary separating the identities present in traditional approaches to leadership (Gordon, 2011, pp. 194–195).

Physicians’ autonomy and working conditions

Based on the findings, physicians expected good physician leadership to establish good role model behaviour and recognise the autonomy of a physician’s work. Activities that streamline work were deemed to be a part of good physician leadership. The beneficial attributes of a leader include trust, fairness, empathy, social skills, two-way communication skills, regular feedback, collegial respect and emotional intelligence. Good manners are considered a necessity. These findings are similar to what previous studies have found (Healthcare Leadership Model, 2013; Oostra, 2016). According to the findings, when referring to the physicians being led, the terms “subordinate” and “employee” were not recommended by physicians at any level. The informants preferred subordinates/employees

being called “physicians” when referring to them as a group. In other situations, first names were preferred, but not titles nor titles with surnames.

Physician leaders were expected to be capable of making decisions and to have visionary talents. Natural-born leaders were not expected, and a job title was not perceived enough to earn credibility as a leader to subordinates and peers. The status of a respected leader was earned by showing not only capability for leadership but also an understanding of medicine and a physician’s work and life. This was assumed to be difficult without prior knowledge of working as a physician because it takes medical education and years of work experience to properly internalise medical ethics and the responsibilities of physicians. A meaningful vision for the organisation and hassle-free working conditions were seen to contribute positively to the desired level of job satisfaction.

In short, these features support the transformational leadership theory as a good ground to build a good physician leadership as leaders’ behaviour was required to be confident and optimistic, and they needed to have a vision for the organisation in addition to being capable of explaining how to obtain it. The transformational leader was perceived to be capable of influencing subordinates’ commitment to work by setting an example of desired behaviour as part of their interactions with them (Yukl, 2013, pp. 323–325). This was perceived to occur naturally in patient work alongside the leadership work, as physician leaders did and were expected to participate in clinical patient work according to the findings of this study. This also helped physician leaders to understand and to respect the physician’s autonomy, which caused them to feel trust, admiration, loyalty and respect towards their leader, which are intrinsic parts of the transitional leadership approach (Burns, 2003, p. 29; Yukl, 2013, pp. 312–313).

Perceived good
physician
leadership

Common ethical goal

The physician’s profession and the context of leading fellow physicians set a specific tone and expectation for the leadership approach. Physicians had a strong internal commitment to accomplish their work with ethical behaviour. This study corroborated the view that physicians wanted to be led by a leader with the same internalised ethical and medical values (Styhre *et al.*, 2016) combined with mutual trust and collegial and professional respect, which reflected ethical leadership. Collegial and communal obligations calling to cherish and help one’s peers and strive to do no harm, only what is right and good, served as a basis of good physician leadership. Thus, the Hippocratic Oath of the physician profession brought about the need for ethical leadership and servant leadership in particular.

To summarise, these features support the importance of ethical leadership as part of good physician leadership. Physician leaders needed to show ethical standards via their work and behave according to what they believe in (Brown and Treviño, 2006). Moreover, following Aristotle (Peters, 1906, p. 2), the physician leader was to promote equally good treatment for followers and could not play favourites if acting in Aristotelian good leadership spirit. This also reflected the servant leadership approach as physician leaders were expected to educate subordinates as peers through mentoring, coaching and training and remain consistent with the supported values in their behaviour, while encouraging critical thinking to find the best alternatives (Yukl, 2013, p. 342).

Different needs between hierarchical levels

Because of the different hierarchical levels in the physician profession, the contingency theory is readily applicable to good physician leadership. The situational approach highlights the importance of the contextual elements that affect the leadership processes. The findings of the study showed that the needs of hierarchical levels were different to a

LHS

certain extent, even though there were many similarities as well. In general, fairness, collegial behaviour and feedback on work were taken to represent good physician leadership. However, there were also needs specific to each level. Based on the leader's prior work history as a physician and career as a leader, subordinates expected leaders to understand suitable ways to lead in different situations. The expected social skills, combined with emotional intelligence and situational awareness, were believed to help leaders find a suitable approach to leadership, with appropriate work and social distance in each case.

Specialising physicians/residents wanted and needed more medical leadership in the form of teaching and consultation help. They also desired career advice as well as role model support during their growth into doctorhood. Unlike specialising physicians/residents, specialists already had a long medical career and lots of life experience underline the significance of hassle-free working conditions and expected an understanding of the autonomy of a specialist's work as an important element of good physician leadership. Because the medical knowledge of specialists was at a high level, they usually did not need medical advice in the same way as specialising physicians/residents. At the level of formal physician leaders, good physician leadership was perceived as a situation in which subordinates succeeded in their work and the leader could provide enough physicians for the clinic and safeguard the necessary work equipment to ensure smoothly running working conditions. Physician leaders in formal leadership positions desired feedback on their leadership work from their superiors, but also appreciated it from their subordinates. Preferably, feedback was received in person.

In essence, these features support the contingency and situational approach as building blocks of good physician leadership as the contingency theory centres on understanding how situational aspects modify a leader's influence on subordinates or workgroups (Yukl, 2013, p. 169) to match the right kind of leader with a situation they can efficiently handle (Gordon, 2011, p. 194). Furthermore, the situational approach highlights the importance of contextual elements that affect leadership processes (Yukl, 2013, p. 29).

Conclusion

Based on the findings, good physician leadership is multi-theoretical. As subordinates are physician colleagues following the Hippocratic Oath and having informal leadership roles on their respective hierarchical levels, the physician leadership is a multidimensional leadership setting wherein formal leaders lead informal leaders, which blurs the traditional leader-follower boundary, which has an impact on how good physician leadership is perceived. As medical expertise connects leaders and followers, success in medical leadership comes from credibility in medical expertise, making medical leadership an inseparable part of physician leadership, but not synonymous with it. Good physician leadership is thus leadership through medical expertise, combined with good manners, collegiality and traits appearing in various leadership theories. Most often, different approaches are needed concurrently. The most suitable approach to combining them depends on the situation and the hierarchical level on which physicians are led and physician leaders are working. Ethical, transformational, contingency and situational aspects of leadership are present on every hierarchical level as part of good physician leadership. Physician leaders also need a distributed, shared/collective, collaborative and servant leadership approach to accomplish their leadership work. Physician leaders are expected to possess the professional skills of physicians, understand how the work affects physicians' lives and be competent in applying suitable leadership approaches per different

situations and people. Trust, fairness, empathy, social skills, two-way communication skills, regular feedback, collegial respect and emotional intelligence are expected.

Perceived good
physician
leadership

Limitations and further research

This study was limited to a single hospital district, the Central Finland Health Care District. However, it represents the largest non-university hospital district in Finland (Association of Finnish Municipalities, 2020). In further research, it would be worthwhile to investigate physician leadership at the university hospital level and compare perceptions between the different levels.

References

- Association of Finnish Municipalities (2020), "Hospital districts [sairaanhoitopiirit]", available at: www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Kartta_Ervat_Sairaanhoitopiirit2020_0.pdf (accessed 17 November 2020).
- Bass, B.M. and Stogdill, R.M. (1990), *Bass and Stogdill's Handbook of Leadership. Theory, Research and Managerial Applications*, 3rd ed., Free Press, New York, NY, pp. 11-19.
- Berghout, M.A., Fabbriotti, I.N., Buljac-Samardžić, M. and Hilders, C.G.J.M. (2017), "Medical leaders or masters – a systematic review of medical leadership in hospital settings", *PLoS One*, Vol. 12 No. 9, pp. 1-24, available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184522>
- Bowman, D. and Swanwick, T. (2017), "Values-based, authentic and ethical leadership", Swanwick, T. and McKimm, J. (Eds), *ABC of Clinical Leadership*, John Wiley and Sons, Incorporated, ProQuest Ebook Central, pp. 199-207, available at: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/detail.action?docID=4788162>
- Brown, M.E. and Treviño, L.K. (2006), "Ethical leadership: a review and future directions", *The Leadership Quarterly*, Vol. 17 No. 6, pp. 595-616, available at: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.10.004>
- Burns, J.M. (2003), *Transforming Leadership: A New Pursuit of Happiness*, Grove, New York, NY, pp. 26-29.
- Ciulla, J. (2018), "Ethics and effectiveness: the nature of good leadership", in Antonakis, J. and Day, D. (Eds), *The Nature of Leadership*, Sage, CA, pp. 438-468, available at: <https://www.doi.org/10.4135/9781506395029.n17> (accessed 27 February 2021).
- Collin, K., Sintonen, T., Paloniemi, S. and Auvinen, T. (2011), "Work, power and learning in a risk filled occupation", *Management Learning*, Vol. 42 No. 3, pp. 301-318, available at: <https://doi.org/10.1177/1350507610394411>
- Eriksson, P. and Kovalainen, A. (2008), *Qualitative Methods in Business Research*, Sage, London, available at: www.doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.4135/9780857028044 (accessed 21 March 2021).
- Fiedler, F.E. (1981), "Leadership effectiveness", *American Behavioral Scientist*, Vol. 24 No. 5, pp. 619-632, available at: <https://search-proquest-com.ezproxy.jyu.fi/scholarly-journals/leadership-effectiveness/docview/59182613/se-2?accountid=11774>
- Finnish Advisory Board on Research Integrity (2012), "Responsible conduct of research and procedures for handling allegations of misconduct in Finland", available at: www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (accessed 17 November 2020).
- Finnish Medical Association (2016), "Lääkärit Suomessa [physicians in Finland]", available at: www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/1116_tilasto2016_net1_170114.pdf (accessed 17 November 2020).
- Gibbs, G.R. (2007), *Analyzing Qualitative Data*, Sage, London.
- Gordon, R. (2011), "Leadership and power", in Bryman, A., Collinson, D., Grint, K., Jackson, B. and Uhl-Bien, M. (Eds), *The Sage Handbook of Leadership*, Sage, London, pp. 193-200.

-
- Healthcare Leadership Model (2013), available at: www.leadershipacademy.nhs.uk (accessed 12 May 2021).
- Oostra, R.D. (2016), "Physician leadership: a central strategy to transforming healthcare", *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 32 No. 3, pp. 15-26, available at: www.proquest-com.ezproxy.jyu.fi/scholarly-journals/physician-leadership-central-strategy/docview/1794769314/se-2?accountid=11774 (accessed 15 May 2021).
- Oxford Dictionary of English (2021), available at: www-sanakirja-fi.ezproxy.jyu.fi/oxford_english/english-english/good (accessed 3 March 2021).
-
- Peters, F.H. (1906), "The Nicomachean ethics of Aristotle", available at: https://www.stmarys-ca.edu/sites/default/files/attachments/files/Nicomachean_Ethics_0.pdf (accessed 13 March 2021).
- Spurgeon, P., Long, P., Clark, J. and Daly, F. (2015), "Do we need medical leadership or medical engagement?", *Leadership in Health Services*, Vol. 28 No. 3, pp. 173-184, available at: <https://doi.org/10.1108/lhs-03-2014-0029>
- Styhre, A., Roth, A. and Roth, J. (2016), "Who will lead the physicians unwilling to lead? Institutional logics and double-bind situations in health care leadership", *Leadership and Organization Development Journal*, Vol. 37 No. 3, pp. 325-340, available at: <https://doi.org/10.1108/lodj-10-2012-0137>
- Swanwick, T. (2017), "Leadership Theories and Concepts", in Swanwick, T. and McKimm, J. (Eds), *ABC of Clinical Leadership*, John Wiley and Sons, Incorporated, ProQuest Ebook Central, available at: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/detail.action?docID=4788162,pp.2-47>
- Yukl, G. (2013), *Leadership in Organizations*. Global Edition, Pearson Education, ProQuest Ebook Central, available at: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/detail.action?docID=5248236>

Corresponding author

Sari Huikko-Tarvainen can be contacted at: sari.huikko-tarvainen@fimnet.fi

For instructions on how to order reprints of this article, please visit our website:

www.emeraldgroupublishing.com/licensing/reprints.htm

Or contact us for further details: permissions@emeraldinsight.com



V

HUONO JOHTAMINEN LÄÄKÄRIKONTEKSTISSA

by

Huikko-Tarvainen, S., Juuti, P., Sajasalo, P., & Auvinen, T. 2022

Hallinnon Tutkimus 41(2)

<https://doi.org/10.37450/ht.109675>

Reproduced with kind permission
by
Hallinnon Tutkimus.

Huono johtaminen lääkärikontekstissa



Sari Huikko-Tarvainen, Pauli Juuti, Tommi Auvinen & Pasi Sajasalo

ABSTRACT

How bad leadership manifests in the doctoral profession

This study qualitatively describes physicians' perceptions of bad physician leadership. The informants (n=50) of this study were physicians from four hierarchical levels (residents, specialists, heads of departments, and chief physicians). Content analysis by thematization was the chosen methodology. We found that bad physician leadership may manifest as adopting misguided leadership roles and styles, setting excessive demands, evading responsibility, lacking social skills and empathy, lacking support, favoritism, and inappropriate conduct. The results suggest that bad leadership can have negative consequences for not only working physicians but also the whole healthcare organization.

Keywords: physician, leadership, bad leadership

JOHDANTO

Lääkärijohtaminen, toisin sanoen terveydenhuolto-organisaatioissa muihin lääkäreihin nähden johtavassa asemassa toimivan lääkärin työ, on viime vuosina noussut yhteiskunnallisesti keskeiseen asemaan ja niin tutkijoiden kuin lääkäreiden itsensä kiinnostuksen kohteeksi (Huikko-Tarvainen ym. 2020). Lääkärityön muuttumista ja työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä kartoittaneen Suomen Lääkäriliiton lääkäreille kohdistaman Verkkoaiivorihi 2016 -selvityksen tuloksissa (n=2054) lääkärijohtaminen nousi toiseksi tärkeimmäksi ja toiseksi eniten vastaajia puhuttaneeksi aiheeksi. Johtamisen nähtiin lisäksi vaikuttavan keskeisesti työyhteisön työhyvinvointiin. (Suomen Lääkäriliitto 2016b.) Tämä yhteys on todennettu myös Hoffrénin ja Laulaisen (2019) suomalaista terveydenhuoltoa käsittelevässä tutkimuksessa. Hyvää ja etenkin huonoa lääkärijohtamista on

toistaiseksi tutkittu empiirisesti vähän, vaikka nimenomaan huonoa johtamista pidetään yhtenä yleisimmistä syistä etenkin julkisen terveydenhuollon lääkäripulaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019). Myös Helsingin yliopistollisen sairaalan erikoistuvien lääkäreiden työ- ja koulutuspaikkaselvityksessä nousi esille tyytymättömyys johtamiseen (Vierula 2019; Palovuori & Pitkäranta 2019).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2019) Lääkäri 2018 -tutkimuksen mukaan johtamistaitojen opetusta on toivottu lisättävän. Vuonna 2020 julkaistiin ensimmäistä kertaa Suomen kaikille lääketieteellisille tiedekunnille yhteiset valmistuvan lääkärin osaamistavoitteet, joissa yhtenä tavoitteena on johtamisen osaaminen; lääkärin on ymmärrettävä roolinsa terveyspalvelujen johtamisessa ja hallinnossa (Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta 2020).

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisia ilmenemismuotoja huono johtaminen saa lääkärikontekstissa. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua (n=50). Kaikki aineiston informantit ovat lääkäreitä. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla, jonka tuloksena syntyi huonon lääkärijohtamisen teemoittelu. Tätä teemajakoa täsmennettiin myös aiemman tutkimuskirjallisuuden avulla.

Tutkimuksen tuloksilla toivotaan voitavan kehittää lääkäreiden työhyvinvointia ja lääkärijohtajan työtä terveydenhuollon muuttuvassa toimintaympäristössä siten, että lääkäreillä olisi tehtävänsä motivoituneita ja tehtävässään viihtyviä lääkäreitä johtajinaan.

HUONO JOHTAMINEN ILMIÖNÄ

Mitä on huono johtaminen?

Huono johtaminen on alaisille, ja jopa koko organisaatiolle, haittaa aiheuttavaa johtamista. Haitta voi aiheutua monista syistä, kuten esimerkiksi johtajan huolimattomuudesta, tietämättömyy-

destä, kyynisyydestä, epäluotettavuudesta tai korruptoituneisuudesta. Se voi olla luonteeltaan tilapäistä tai jatkuvaa. Mikäli haitta on tilapäistä, tai mikäli johtaja vain laiskuuttaa tai tietämättään aiheuttaa haittaa, ei tällaista johtamista pidetä huonona johtamisena. Mikäli sen sijaan johtaja toiminnallaan tietoisesti aiheuttaa vahinkoa ja tällainen toiminta on jatkuvaa, pidetään johtamista huonona. (Lipman-Blumen 2005.)

Huonoon johtamiseen ei perinteisesti ole kiinnitetty kovin paljon huomiota organisaatio- ja johtamiskirjallisuudessa, koska tutkijat ovat ensisijaisesti pyrkineet parantamaan organisaatioiden toimintaa tarkastelemalla sitä, millaista on hyvä johtaminen. Lisäksi huonosta johtamisesta on ollut vaikea puhua, ja sen vuoksi siitä on vaiettu. Tilanne on kuitenkin muuttunut viimeisten 20–30 vuoden aikana, ja huonoa johtamista on alettu tutkia aiempaa enemmän. (Erikson ym. 2015, 267; Shaw ym. 2011, 575–576.) Syyksi huonon johtamisen tutkimuksen lisääntymiseen mainitaan esimerkiksi huonon johtamisen aiheuttamien kustannusten ja haittojen suuruus (Schyns & Schilling 2013, 138).

Perinteisesti johtamistutkimuksessa on tarkasteltu johtamisen tuloksellisuutta, ja huonon johtamisen on usein ajateltu olevan vain johtamisen puutetta. Näin ei kuitenkaan ole. Huono johtaminen ei aiheudu johtamisen puutteesta tai johtajan tietämättömyydestä, vaan se on luonteeltaan tietoista ja systemaattista. Tutkimus on osoittanut huonolla johtamisella olevan monia ilmenemismuotoja. (Einarsen ym. 2007, 207.)

Huonoon johtamiseen viitataan useilla termeillä. Johtajaa voidaan kutsua tyranniksi, alistajaksi, kiusaajaksi, ahdistelijaksi, narsistiksi tai psykopaatiksi. Huonoksi johtamisen tekee tyypillisesti se, että johtaja käyttäytyy vihamielisesti ja herättää pelkoa alaisissaan muun muassa kiusaamalla tai nimittelemällä pyrkiessään valvomaan heitä tarkasti. (Einarsen ym. 2007, 208.)

Huono johtaminen on itsekeskeisten asenteiden, motivaation ja käyttäytymisen sekoitus, jolla on kielteinen vaikutus niin alaisasemassa olevien käyttäytymiseen kuin käsillä olevan tehtävän kannalta olennaiseen toimintaan. Huono johtaja ei piittaa muista eikä organisaation ilmapiiiristä, vaan hänen pyrkimyksensä ovat itsekeskeisiä. Huono johtaja käyttää perustehtävän kannalta ei-toivottuja käyttäytymistapoja, kuten kieroilua, pettämistä, kiusaamista ja muita epä-

oikeudenmukaisia menettelytapoja saadakseen haluamansa. (Erikson ym. 2015, 266.)

Huonona johtamista pidetään silloin, kun se pitkän ajan kuluessa systemaattisella tavalla rikko organisaation sääntöjä, sabotoi organisaation päämääriä ja rapauttaa alaisten työhyvinvointia, työtyytyväisyyttä ja motivaatiota. (Einarsen ym. 2007, 208.)

Miten huono johtaminen syntyy?

Huonon johtamisen synnystä ja kehittymisestä on esitetty lukuisia näkökulmia. Usein huonon johtamisen nähdään olevan seurausta johtajalle asetetuista liian vaativista tavoitteista. Jotkut jopa väittävät, että johtajat on asetettu epäonnistumaan, koska heille on annettu mahdottomia tehtäviä. (Sheard ym. 2013, 73.) Ajatellaan, että johtajat, jotka huomaavat ajautuneensa tilanteeseen, jossa he eivät voi saavuttaa työhönsä tai omaan uraansa liittyviä tavoitteita organisaatiossa hyväksytyin toimintatavoin, voivat turvautua joko organisaation tai alaistensa kannalta haitallisiin keinoihin niiden saavuttamiseksi (Erikson ym. 2015, 269).

Toinen selitysmalli huonon johtamisen synnystä pohjaa ajatukseen johtajien pelosta asemansa puolesta tilanteissa, joissa he havaitsevat oman haavoittuvuutensa tai joutuvat liian suuren paineen alle. Tällöin johtajat alkavat toimia ”jäykällä”, samanlaisia käyttäytymismalleja toistavalla tavalla kuuntelematta alaisiaan. Heistä tulee kireitä ja kärsimättömiä, he vaativat liikaa ja menettävät helposti malttinsa. (Mehta & Maheswari 2014, 20–21.)

Kolmas tapa mieltää huonon johtamisen syntymisen perustuu kontrastiin idealismin ja käytännön realiteettien välillä. Aloittaessaan työnsä organisaation johdossa, johtajien ajatellaan olevan aluksi idealisteja; he puhuvat hienoista visioista ja siitä, mitä organisaatio voi saavuttaa tulevaisuudessa oikeanlaisin strategioin. Kun johtajat ajan myötä törmäävät riittävän usein reaali maailman toiminnalle asettamien rajoitteiden ja käytössään olevien resurssien rajallisuuden kanssa, heistä kuoriutuu vähitellen joko kylmäkiskoisia ja kovia käytännön henkilöitä tai huonoja johtajia, joita leimaa joko narsismi tai korruptoituneisuus. (Allio 2007, 12–13.)

Juuti puolestaan on esittänyt, että huono johtaminen voi syntyä ensinnäkin siitä, että jokin

johtajan toiminnassa esiintyvä puute alkaa ajan kuluessa häiritä yhä enemmän ihmisiä. Toinen huonon johtamisen synty tapa kumpuaa johtajan pyrkimyksistä vaientaa työyhteisön kriittiset näkökulmat ja jäsenten erivät näkemykset asettamalla alaisensa ”ruotuun” turvautumalla joko käskyttämiseen, jonkun henkilön eristämiseen tai varoitusten antamiseen. Kolmanneksi huono johtaminen voi perustua erilaisten uhkakuvien levittämiseksi, ja neljänneksi se voi kummuta johtajan persoonan pimeän puolen (ks. Zeigler-Hill & Marcus 2016) aiheuttamista vääristymistä. (Juuti 2018.)

Padilla ym. (2007) esittävät edelleen, että huono johtaminen syntyy huonon johtajan, huonolle johtamiselle alttiiden alaisten ja huonolle johtamiselle suotuisan ympäristön yhteisvaikutuksena. He kutsuvat näitä olosuhteita ”myrkylliseksi kolmioksi”. Huonoon johtajaan liittyviä tekijöitä ovat kielteinen karismaattisuus, halu valtaan, narsismi ja vihalle perustuva ideologia. Huonolle johtamiselle alttiita ovat epäkypsät ja itseään aliarvioivat alaiset, joiden tavoitteet ovat jääneet saavuttamatta. Huonolle johtamiselle suotuisia ympäristöjä ovat epävaakaat, kriisiytyneet ja uhan alla olevat ympäristöt. Myöhemmin Leela ym. (2013, 48) ovat luoneet mallin huonosta johtamisesta myrkyllisen kolmion ympärille.

Viime aikoina tutkimuksessa on kiinnitetty huomiota työyhteisöihin ja niiden toimijoiden, kuten alaisten, merkitykseen huonon johtamisen synnyssä (Hoffrén 2019, 56). Näin ollen tarkastelua on laajennettu vain johtajaan tai hänen piirteisiinsä liittyvistä seikoista huonon johtamisen synnyssä. Thoroughgood ym. (2012, 899–901) kiinnittävät huomiota alaisten merkitykseen huonoa johtamista tarkasteltaessa. He puhuvat siitä, kuinka muun muassa autoritaariset, opportunistiset ja liiallisen mukautumispyrkimyksen omaavat alaiset, sekä alaiset, jotka vetäytyvät vain seurailemaan työyhteisön tapah-tumia, voivat toiminnallaan edesauttaa huonon johtamisen syntyä. Thoroughgood ym. (2018, 636–638) ovat myös kiinnittäneet huomiota haitallisten ryhmä- ja organisaatioilmiöiden sekä kulttuuristen tekijöiden vaikutukseen huonon johtamisen synnyssä.

Miten huono johtaminen ilmenee?

Huono johtaminen ei ole sen paremmin tehotonta kuin rakentavaakaan johtamista. Rakentavassa (constructive) johtamisessa ei esiinny organisaatiota tai alaisia haittaavia piirteitä. Tehoton (ineffective) johtaminen on johtajan tahdosta riippumatta haitallista, huonoa työsuoritusta, joka vahingossa aiheuttaa haittaa muille. Huonossa (destructive) johtamisessa johtaja tahallaan vahingoittaa tai aikoo vahingoittaa organisaatiota tai vastuualueellaan olevia ihmisiä. (Krasikova ym. 2013, 1316.)

Huono johtaminen voi Pynnösen (2015, 24) mukaan ilmentyä monin tavoin. Huonon johtamisen ilmenemismuotoja ovat hänen mukaansa muun muassa destruktiivinen johtaminen, tyranimainen johtaminen, pelolla johtaminen, aseman väärinkäyttö, työpaikkakiusaaminen sekä itsekeskeinen ja omaa etua ajava johtaminen. Kellermanin (2004) mukaan huonon johtajan ominaisuuksia ovat jäykkyys, äkkipikaisuus, tunteettomuus, eristyneisyys ja pahuus. Huonot johtajat ovat hänen mukaansa usein myös epäpäteviä ja korruptoituneita. Lisäksi huonot tunteetaidot kostautuvat myös johtajalle itselleen, sillä tutkimusten mukaan raiteiltaan suistuneet ja epäonnistuneet johtajat ovat usein kyvyttömiä käsittelemään paineitaan ja kommunikoidaan omia tunteitaan (Yukl 2002, 182–183).

Huonoilta johtajilta puuttuu usein muihin vetoava visio. He ajavat pääosin omaa etuaan organisaationsa ja alaistensa etujen sijaan. Huonot johtajat käyttävät usein rangaistuksia jopa sattumanvaraisesti; he haluavat, että heitä pelätään. Huono johtaja ei osaa kommunikoida, eikä hänellä ole selkeitä tavoitteita tai päämääriä, ja viestiessään epäselvällä tavalla tavoitteista hän aiheuttaa hämmennystä ja kaaosta. Havaitessaan, etteivät ihmiset ymmärrä häntä, huono johtaja käyttäytyy aggressiivisesti, nimittelee ja kiusaa. (Baird 2017, 9–10.)

Kiusaaminenkin voi saada eri muotoja. Se voi esiintyä nimittelynä, syntipukkien etsimisenä tai epäoikeudenmukaisena töiden jakamisena esimerkiksi niin, että jollekulle henkilölle tai ryhmälle asetetaan muita suuremmat vaatimukset. Kiusaaminen voi esiintyä myös seksuaalisena häirintänä tai kielteisen, stigmatisoivan leiman lyömisenä johonkin henkilöön. (Harvey ym. 2007, 119.)

Huono johtaminen voi ilmentyä myös johtajan tietoisena pyrkimyksenä manipuloida ihmisiä käyttäen hyväksi tarinoita, joilla pyritään vaikuttamaan ihmisten ajatteluun ja käyttäytymiseen. Tutkimuslöydösten mukaan johtajat voivat käyttää tarinoita eri tavoin pyrkiessään luomaan toivomiaan vaikutteita. He voivat kertoa humoristisia tarinoita vaiantaakseen alaisensa kritiikkiä tai vähätelläkseen heidän kokemuksiaan. Johtajat voivat myös stimuloida autonomisuuden tunnetta näennäisosallistamalla alaisensa organisaation yhteisen tarinan kertomiseen, vaikka kyseessä saattaakin olla viekoittelu omien näkökulmiensa taakse tarinoiden avulla. Lisäksi johtajat voivat pyrkiä näyttämään ymmärtävänsä alaisten tunteita tilanteissa, joissa esimerkiksi alaisten työehtoja heikennetään tai alainen tulee irtisanotuksi. Tällaista toimintatapaa voi kuvailla pseudo-empaattiseksi. (Auvinen ym. 2013.)

Huonon johtamisen ilmentymät, kuten Machiavelliset toimintatavat, voivat kummuta johtajan vinosta tai vääristyneestä persoonallisuudesta kuten sosiopatiasta, narsismista tai psykopatiasta. Sosiopaatit eivät tunne oikeaa ja väärää, sillä heillä ei ole omaatuntoa. Sosiopaatit voivat toimia ajatellen, että tarkoitus pyhittää keinot, ja ettei heidän tarvitse välittää muiden odotuksista tai oikeuksista sen paremmin kuin yhteiskunnan säännöistäkään. (Sheard ym. 2013, 76.)

Narsistisesta persoonasta juontuva huono johtaminen ilmentyy pienimmänkin kritiikin vaimentamisena organisaatiossa, sillä johtaja kokee sen kohdistuvan itseensä (Kohut 1985, 62–67; Kets de Vries 1990). Narsistit keräävät ympärilleen joukon ”jes-miehiä ja -naisia”, jotka samastuvat johtoon ja pyrkivät vahvistamaan johtajan egoa (Johnson ym. 2019, 182). Narsistit ihailevat itseään, eivätkä kykene kohtaamaan muita ihmisinä. He pitävät muita itsensä jatkeina, esineen kaltaisina olioina, joita voi käyttää hyväksi.

Psykopatiasta juontava huono johtaminen puolestaan ilmenee organisaation jäsenten manipulointina, yleisenä tunteettomuutena ja syyllisyyden ulkoistamisena (Smith & Lilienfield 2013). Psykopaattisen huonot johtajat ovat pinnallisella tavalla viehättäviä, mutta pohjimmiltaan epärehellisiä ja itsekeskeisiä, valehtelevat uskottavasti eivätkä ota vastuuta teoistaan tai kadu tekojaan (Boddy 2016, 81). Psykopaatteja

arvioidaan olevan prosentti väestöstä. Kuitenkin lähijohtajista psykopaatteja on noin 3–4 prosenttia ja ylimmästä johdosta jopa kymmenen prosenttia (Boddy 2017).

Eräät tutkijat ovat viime aikoina kritisoineet johtamiskirjallisuudessa esiintyvää yksilökeskeistä lähestymistapaa. Heidän mielestään huonoa johtamista tarkastellaan liian psykologisoituna näkökulmasta, vaikka on selvää, että johtamiseen vaikuttavat myös alaiset ja tilanne työskentely-ympäristössä. (Thoroughgood ym. 2018, 629.)

Millaisia vaikutuksia huonolla johtamisella on?

Huono johtaminen voi aiheuttaa haittavaikutuksia yksilöille, ryhmille ja organisaatioille, alentaa henkilöstön työtyytyväisyyttä sekä lisätä poissaoloja ja vaihtuvuutta. Huono johtaminen voi lisätä henkilöstön työstressiä, mikä voi ilmetä muun muassa ärtymyksenä. Lisäksi huono johtaminen voi alentaa henkilön työsuoritusta. (Erikson ym. 2015, 270.) Empiirisissä tutkimuksissa on todettu, että huono johtaminen aiheuttaa henkilöstölle terveydellisiä haittoja – huono johtaminen on yhteydessä jopa loppuunpalamiseen (Trépanier ym. 2019, 809). Laajan, 260 artikkeliin pohjautuvan meta-analyysin perusteella voidaan sanoa, että huono johtaminen aiheuttaa tyytymättömyyttä johtoa kohtaan sekä työtytymättömyyttä. Se myös lisää vaihtuvuutta, vähentää työhyvinvointia ja työhön sitoutumista sekä haittaa työsuoritusta. (Schyns & Schilling 2013, 148.)

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto hankittiin kolmessa vaiheessa lähestymällä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin noin 800 lääkäriä (Suomen Lääkäriliitto, 2016a) sähköpostitse (30.3.2017, 2.7.2018 ja 8.8.2018) kutsulla osallistua vapaaehtoisesti lääkäreiden johtamista käsittelevään tutkimukseen. Kutsuihin vastasi myönteisesti yhteensä 50 lääkäriä. Informantit edustivat kohderyhmää hyvin, koska haastateltavien joukossa oli edustettuna kaikkiaan 23 eri lääketieteen erikoisalaa yhteensä neljältä eri lääkäriprofession hierarkiatasolta.

Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, heidän oikeutensa keskeyttää siihen

osallistuminen ja kieltää tietojen käyttö missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tietosuojaan liittyvät seikat huomioitiin tutkittaviin kohdistuvien eettisten periaatteiden mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Vain aineiston kerännyt artikkelin ensimmäinen kirjoittaja tietää osallistujien henkilöllisyyden. Haastattelut tallennettiin digitaalisesti, litteroitiin ja koodattiin. Haastattelujen kestot vaihtelivat 22–82 minuutin välillä, ja niistä muodostui kaikkiaan 619 A4-sivun tekstimassa (fonttikoko 12, riviväli 1). Tutkimusstrategiaksi valittiin laadullinen tutkimusote (Gibbs 2007) ja aineistonkeruumenetelmäksi puolistrukturoitu haastattelu. Haasteltavia pyydettiin kuvailemaan vapaasti näkemyksiään lääkärijohtamisesta seuraavin kysymyksiin: minkälaista on hyvä lääkäreiden johtaminen? Tarvitseeko lääkäreiden johtajan olla lääkäri? Lisäksi lääkärijohtajana toimiville esitettiin lisäkysymyksenä seuraava: minkälainen johtaja olet? Tämä artikkeli perustuu koko kerätyn aineiston siihen osaan, jossa informantit kuvailevat piirteitä, joiden he katsoivat kuuluvan osaksi huonoa johtamista. Jos vastauksiin tarvittiin selvennystä, haastateltavalle esitettiin tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastattelut toteutettiin 4–6/2017 ja 7–8/2018 haastateltavien itsensä valitsemissa terveydenhuollon tiloissa, joissa ei haastattelun aikana ollut sivullisia.

Analyysimenetelmäksi valittiin teemoittelu-periaatteella toteutettu sisällönanalyysi, joka menetelmänä soveltuu kaikkiin laadullisen tutkimuksen perinteisiin. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 91, 103.) Teemoittelussa aineistosta poimitaan tiettyyn teemaan liittyvät asiat (Eskola ja Suoranta 2005, 178).

Analyysin ensimmäinen vaihe oli haastattelu-aineistoon perehtyminen lukemalla haastattelu-aineisto läpi useita kertoja niin, että aineisto tuli tutuksi. Toisessa vaiheessa aineistosta tunnistettiin sanat tai lauseet, jotka kuvasivat huonoa johtamista lääkärkontaktissa, ja kolmannessa vaiheessa näistä muodostettiin teemaryhmiä. Neljännessä vaiheessa teemoja tarkasteltiin ja tarkennettiin siten, että jokainen teema oli sisäisesti johdonmukainen ja niiden välillä oli tun-

nistettavia eroja. Viidennessä vaiheessa teemat nimettiin ja niiden sisältö analysoitiin erikseen. Viimeisessä vaiheessa haastatteluista poimittiin teemoittain aineistokatkelmia havainnollistamaan aineistosta tehtyjä tulkintoja. Informantin anonymiteetin vaarantavat ilmaukset on muutettu. Muutoksilla ei ole ollut vaikutusta analyysiin ja tulkintoihin, koska muutettu tekstiasu esiintyy vain aineistokatkelmissa. Teemoittelun tuloksena aineistosta tunnistettiin seitsemän huonoa lääkärijohtamista ilmentävää teemakonaisuutta eli ilmenemismuotoa, jotka esittelemme seuraavaksi. Tutkimustapa mahdollisti analyysin tutkijatriangulaation toteutumisen (Eskola & Suoranta 2005).

TULOKSET

Ilmenemismuoto 1: vääränlaisen johtajan roolin ja johtamistyylin omaksuminen

Perinteisesti on tunnistettu, että johtajat ovat ”puun ja kuoren välissä” (the man in the middle). He ovat ylempältä johdolta tulevien, usein taloudellisiin tuloksiin ja työsuoritusten määriin liittyvien vaatimusten ja alaisiltaan tulevien, esimerkiksi palkkaan ja työmäärään sekä työhyvinvointiin liittyvien vaatimusten välissä. Ihannetilanteessa johtaja osaa taitavasti luovia molempien tahojen vaatimusten välissä ja kykenee luomaan kummallekin taholle tunteen, että hän ”kuuluu meihin ja ajaa asiaamme”. Mikäli johtaja ei kykene onnistuneella tavalla luovimaan johdon ja omien alaisensa välissä, saattaa hän jäädä ulkopuoliseksi henkilöksi, jota kukaan ei puolusta. (McConville 2006.)

Johtaja, joka pelkää, ettei saavuta niitä tavoitteita, jotka hänen ylempänsä ovat hänelle asettaneet, saattaa turvautua vastuualueellaan olevien ihmisten autoritaariseen käskyttämiseen. Jo vanhastaan on tunnistettu, että autoritaarinen johtamistyyli aiheuttaa huonoa ilmapiiriä ja ristiriitoja henkilöstön keskuudessa. (White & Lippitt 1962.) Näin oli käynyt myös osassa aineiston alatyöyhteisöjä.

Tänä päivänä autoritäärinen johtaja on huono johtaja, joka ei kuuntele ja ylhäältä sanelee ja ajattelee, että se kaikki viisautta asuu siellä yhdessä päässä. (H35).

Et [johtaja] saa omalla käyttäytymisellä... hirveen huonon työilmapiirin aikaan...et on komennettu vaikka erikoistuvat lääkärit pois tilasta ja sitten erikoislääkärit ovat huutaneet suoraa kurkkua toisilleen, se on paljon kiteytynyt siihen henkilöön, siihen johtajaan (H24).

Esimies pystyy herkästi sen työilmapiiriin pilaamaan, koska sillä on niin...iso vaikutusvalta. (H26).

Johtajaksi ei tulla pelkän aseman perusteella, vaan auktoriteetti tulee ansaita. Tämä vaatii johtamistaitojen opettelua. Parhaiten tämä onnistuu, jos johtaja omaksuu heti alusta pitäen palvelevan johtamisen toimintatavat, jolloin hän pyrkii auttamaan kutakin alaistaan onnistumaan, voimaan hyvin työssään ja kehittymään ammatissaan. (Greenleaf 2002.) Aineistossa haastateltavat kuvasivat esimerkkejä huonosta johtamisesta, jossa lääkärijohtaja kuvittelee omaavansa auktoriteettia pelkästään asemansa ja siihen liittyvän johtajatittelin kautta.

Ei riitä et sul on hieno y[lilääkäri]-alkunen titteli ja meuhkaat kahvipöydässä: ”Näähommat pitää hoitaa!” (H40).

Todellisuudessa pelkät puheet ja vaatimukset eivät kuitenkaan riitä, vaan johtajuus ansaitaan luottamusta ja toimintaa ylläpitävillä teoilla.

Ilmenemismuoto 2: liiallisten vaatimusten esittäminen

Jos johtaja pelkää, ettei saavuta hänelle asetettuja tavoitteita, hän voi vaatia henkilöstöltä liikoja. Liiallinen työmäärä kuormittaa henkilöstöä ja aiheuttaa stressiä.

Vaaditaan, että on se n-luku [potilasmäärä/työpäivä] on tietty, ei anneta riittävästi aikaa toimitustoihin. Ja ku me ollaan erilaisia tekemään töitä... ei huomioda sitä yksilöllisyyttä...työajan säätelyssä, ja työn sisällössä... Olen nähnyt pomon, joka olettaa, että minä istun 12 tuntia töissä. (H48).

Vaikka semmonen, että [johtaja sanoo, että] tilastojen mukaan täällä ei voi olla nyt tämä

työ kuormittavaa, kun tämä potilasmäärä on pysynyt samana viimeiset viisi tai kymmenen vuotta (H29).

Liiallisia vaatimuksia henkilöstölle esittävä johtaja osoittaa, ettei hän piittaa sen paremmin alaisistaan kuin heidän työhyvinvoinnistaankaan, mikä rapauttaa työmoraaalia. Lääkärit ovat korkeasti koulutettuja asiantuntijoita, ja jo pelkästään tämän vuoksi he voivat odottaa inhimillistä kohtelua työssään. Lääkärijohtaja, joka liiallissa määrin samaistuu ylempään johtoon, ei ota tarpeellisessa määrin huomioon vastuullaan olevien lääkärikollegojensa esittämiä näkemyksiä.

Ilmenemismuoto 3: kykenemättömyys ottaa oma rooli

Aineisto osoittaa, että osalla lääkärijohtajista on ollut vaikeuksia löytää sopivaa tasapainoa johtamistyön ja henkilöstön toiveiden välille johtajan roolissa toimiessaan. Tämä voi aiheuttaa sen, että lääkärijohtaja jää työyhteisön ulkopuolelle (esim. McConville 2006). Tämä puolestaan voi johtaa siihen, että lääkärijohtaja alkaa pakoilla johtamisvastuuta ja pyrkii vierittämään johtajaroolin sekä siihen liittyvän päätösvastuun alaisilleen. Tämä ei kuitenkaan ole kestävä johtamisen malli, sillä jos johtaja itse ei ota johtajaroolia työyhteisössä, sen ottaa joku muu.

Joissakin esimiehissä on ollut vähän turhanakin tämmöstä joviaalia asennetta...että jos tulee ristiriitaa esimerkiksi erikoislääkäreitten kesken, ni silloin ehkä johtaja jättää turhan paljon siimaa kaikille. (H16).

Sellanen liiallinen ripustautuminen sitten niihin omiin alaisiinsa ei oo hyvää johtajuutta. (H41).

Jotku alaiset on saanu vähän tehdä mitä tykkäävät, ja se ei mun mielestä pitkäl tähtäimel toimi. (H30).

Johtajan on tarvittaessa hankittava avoimesti lisätietoa ja asiantuntemusta päätöstensä tueksi, minkä jälkeen hänen on itse uskallettava linjata ja päättää ja tehdä päätökset sekä otettava päätöksistään vastuu.

Mikäli lääkärijohtaja samastuu liiaksi ylemmän johtoon ja tuo sieltä annetut käskyt ja tavoitteet sellaisinaan alaisilleen, hän saattaa menettää näiden luottamuksen. Samoin käy, mikäli hän ei osaa tai halua kantaa johtajan rooliaan sopivalla tavalla. Johtaminen perustuu molemminpuoliselle luottamukselle, kuten jo Antero Rautavaara (1978) totesi vuosikymmeniä sitten.

Luottamus pulaa syntyy myös, mikäli lääkärijohtaja pitää johtamistehtäviä toisarvoisina tehtävinä sekä silloin, jos hän ei osaa toteuttaa johtamistehtävää. Tällöin voidaan ajautua tilanteeseen, jossa työyhteisöstä puuttuvat yhteiset pelisäännöt tai johtaja antaa katteettomia lupauksia. Myös johtajan oikullisuus, joka voi esiintyä jo tehtyjen päätösten pyörtämisenä ja päätösten roikkumaan jättämisenä, voi aiheuttaa luottamus pulan. Samoin luottamus pulaa voi aiheuttaa myös ylimielinen suhtautuminen alaisiin ja heidän työoloihinsa sekä työympäristöön liittyviin rakentaviin kehitysideoihin.

Eestaas vatvominen, että kun sovitaan yhdessä kokouksessa, että tehdään näin... sit kuulet seuraavalla viikolla, että ei se menekään niin, se onkin vaihdettu taas tämmöseen suuntaan... että sä et voi luottaa yhtään siihen esimiehen sanaan. (H36).

Kyl mä semmosta luistelevaa johtamista oon nähny hyvinkin paljon, että hoidetaan vaan niin kun semmonen se vähin mahdollinen johtamisrooli... keskitytään sitten ihan muihin asioihin. (H35).

Et jos on epäkohtia, vaikka tässä työn jakamisessa tai muussa, niin sitten niihin puututtais, eikä silleen, että ”no palataan tähän”, jos asiaan ei sitten ikinä palata. (H38).

Luottamusta ei voi ostaa, vaan se pitää ansaita teoilla. Lisäksi luottamuksen voi menettää nopeasti, mikäli ei tee sitä, mitä on luvannut. Luottamusta horjuttaa myös, mikäli koko ajan vaihtaa esittämiään näkökulmia. Lääkärijohtajan oletetaan ymmärtävän lääkärin työhön liittyvät asiat aina niiden yksityiskohtia myöten. Siksi luottamusta horjuttaa, jos työhön liittyviin itsestään selvyyksinä pidettyihin rutiiniasioihin, kuten työ sopimuksiin, työvuoroihin ja lomajakohtiin liittyviä päätöksiä ei ole hoidettu

ajallaan. Tällaisista asioista huolehtiminen voi unohtua, mikäli lääkärijohtaja ei arvosta johtamistyötä tai vastuualueellaan olevia ihmisiä ja heidän työtään.

Ilmenemismuoto 4: sosiaalisten taitojen ja empatian puute

Johtajan roolin omaksuminen edellyttää sosiaalisten taitojen harjoittelua ja niissä harjaantumista. Johtaja ei ole koskaan valmis, vaan johtamistaitoja on työstettävä jatkuvasti. Tämä johtuu siitä, että johtaja joutuu pitämään sisällään paitsi niitä asioita, joita eri tahot hänelle välittävät ja joita hän ei niiden luonteen vuoksi voi sellaisenaan viestiä eteenpäin, niin myöskin ne tunteet, joita kyseisten asioiden käsittelyyn liittyy. Johtajan työ onkin vuorovaikutustyötä; parhaimmillaan hän saa aikaan toimivaa dialogia eri suuntiin ja kykenee luomaan avoimen ilmapiiirin.

Aineisto osoitti, ettei lääkärijohtamisessa aina voida puhua avoimesta dialogista ja keskustellevasta johtamisesta, vaan päinvastoin ongelmia syntyy keskustelun ja kuuntelun puuttumisesta. Tämä on omiaan estämään dialogin syntymisen ja asioiden reflektoinnin. Kanssakäymisen epä määräisyys, arvaamattomuus ja olemattomuus puolestaan synnyttävät työyhteisössä turvattu muutta ja epätietoisuutta päämääristä.

Semmonen poukkoilevaisuus, että et koskaan tiedä, millä tuulella se tänään on, että kannattaako tänään kysyä vai vasta huomenna. (H27).

Jos sä [johtajana] huomaat olevasi väärässä, ni pitää tunnustaa se, että tää oli pielessä ja korjata se. (H40).

Onhan tietenki työpaikalla ongelmia, joille ei vaan voi tehdä mitään, mut esimies vois ainaki kuunnella ja osottaa myötätuntoa...Tulee tosi semmonen olo, että hitsi, että no mitä varten mä täällä ite oon töissä, että jos ei munkaa asiat kiinnosta esimiestä. (H30).

Mikäli lääkärijohtaja ei osaa tai halua huomioida työyhteisön arjessa alaisiaan inhimillisellä ja kohteliaalla tavalla, vaan kohtelee heitä sen sijaan kuin ilmaa, synnyttää se henkilöstössä suuttu-

mustasekäheikentää motivaatiota ja sitoutumista työpaikkaan. Epäoikeuden mukaisuuden kokemusta lisäävät johtajan joustamattomuus ja kyvyttömyys ottaa huomioon työntekijöiden yksilöllisiä eroja sekä työntekijän heikot mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä liittyviin asioihin, kuten työmäärään. Epäoikeuden mukaiseksi koetaan myös, mikäli johtaja ei kuuntele riittävällä tavalla kaikkia asianosaisia, tai jos hän luottaa kolmansilta osapuolilta saamiinsa tietoihin enemmän kuin siihen, mitä henkilöstö hänelle kertoo. Kaikkiaan johtajalla tulisi olla empaattisuuden lisäksi riittävästi tilannetajua, jotta hän voisi kohdella ihmisiä oikeuden mukaisesti, ja näin rakentaa hyvää työilmapiiriä. Kerätty aineisto osoittaa, että myös lääkärijohtajilta odotetaan johtamistyössä vaadittavaa myötäelämisen ja anteeksipyyttämisen taitoa sekä kykyä tunnistaa ja tunnustaa myös omat virheensä.

Ilmenemismuoto 5: tuen puute

Johtajalla tulisi olla riittävät sosiaaliset taidot ja empatiakyky, jotta hän kykenisi tukemaan alaisiaan heidän työssään. Aineisto osoittaa, että näin ei aina ole. Aineiston mukaan lääkärijohtaja voi jättää alaisensa työskentelemään yksin silloinkin, kun hänen tulisi tarjota hänelle ammatillista tukea. Huonona johtamisena koetaan myös se, jos lääkärijohtaja käyttää alaisen ammatillista kokemattomuutta hyväkseen eikä ota päätöksissään huomioon tämän ammatillista osaamista.

Kun joku [potilas] on kuollut ni sit sä oot vaan lähtenyt hampaita pureskellen pois töistä eikä mitään työnohjausta, [johtaja] oli vaan silleen et no niin, siitä vaan tsemppiä. Kyllä se seuraavan kerran paremmin menee tai ei tapahdu tämmöstä. (H24).

Tämä perehdyttäminen on yks ja ei oo ollu sitten riittävästi sitä senioritukee, että tavallaan heitetty vaan, että tossa on sulla pöytä ja tossa on noi potilaat, ala hommiin... Ja silloin jos johtaja tarvi jotain, niin hän otti yhteyttä, mutta ei silloin, kun ehkä minä olisin tarvinnu häntä. (H44).

Huonoa johtamista on myös se, että ei anna mitään palautetta. Vaikka säännöllisesti tavataan, en oo viiteen vuoteen saanu mitään palautetta siitä, miten mä oon työtäni tehnyt. (H44).

Tuen puute näyttäytyy lääkärijohtajan läsnäolon puutteena, kasvottomuutena, taidottomuutena antaa työstä palautetta ja käsitellä tilanteita, joissa alainen tarvitsee työnohjausta, tukea suoriutuakseen tai palautuakseen työstä. Osa rivillää-käriajassa olevista lääkäreistä koki huonona johtamisena tehtävänsä hoitamiseen saadun riittämättömän tai olemattoman perehdytyksen, vaatimukset uransa alkuvaiheessa olevan lääkärin suoriutumisesta työstään kokeneen kollegan tavoin, kohtuuttomat työrupeamat sekä henkisesti kuormittavien asioiden (kuten potilaan kuolema) työnohjausten puutteen.

Tuen puute ja johtajan kasvottomaksi kokeminen voivat olla myös tilanneriippuvaisia (ks. Thoroughgood ym. 2018, 629). Aineistossa piirre esiintyi esimerkiksi siten, että lääkärijohtaja ei näkynyt työpaikalla eikä hän ollut tarvittaessa tavoitettavissa, sekä sellaisissa tilanteissa, joissa nuoret lääkärit oli sijoitettu työskentelemään fyysisesti kaukana johtajastaan. Edellisen kaltaiset tilanteet koettiin ongelmallisiksi sen vuoksi, että nuoremman lääkärin pitäisi pystyä konsultoimaan tarvittaessa kokeneempaa kollegaa, mihin ei aina pelkkä puhelinkonsultaatiomahdollisuus riitä.

Myös formaalissa johtaja-asemassa olevista lääkäreistä osa koki huonona johtamisena johtamistehtävänsä hoitamiseen saadun riittämättömän tai olemattoman perehdytyksen sekä vertaistuen puutteen.

Sheardin ym. (2013, 73) mukaan huono johtaminen voi olla seurausta liian vaativista tavoitteista. Kyetäkseen tukemaan henkilöstöä, lääkärijohtajan pitää ymmärtää lääkäreiden työympäristön ja työn vaatimukset. Aineiston mukaan lääkäriprofession ulkopuolelta tulevilla lääkäreillä johtavilla henkilöillä tai lääkärin työstä vieraantuneilla kollegoilla voi olla vaikeuksia ymmärtää lääkäriyön nykyvaatimukset, mikä voi näyttäytyä huonona johtamisena.

Pomo ei tiedä, mitä klinikassa, firmassa tehdään. Tulee ulkopuolelta. Eri maailmasta. Että kyllä pomon pitää tuntea se organisaatio. (H48).

Hyvän johtajan ja huonon johtajan ero on, että se hyvä johtaja tietää, että mitä ne työntekijät tekee. Sillä tarkotan sitä, että hyvän johtajan pitää käydä myös siellä ruohonjuuritasonlla itekin joskus töissä. [Jos] täysin irrotetaan johtajat omasta ammatistaan, niin viiden vuoden päästä he ei oikeesti tiedä, et mitä täällä tehdään. (H47).

Mikäli lääkärijohtaja ei osallistu potilastyöhön, hän saattaa menettää kykynsä ”lukea” työtilanteita ja arvioida sitä, miten työskentely on edennyt. Jos lääkärijohtaja menettää kykynsä olla mukana lääkirintyössä, ja mikäli hän lisäksi epäonnistuu ottamaan sopivan roolin johdon ja henkilöstön välissä toimiessaan, hän on vaarassa jäädä kliinistä työtä tekevän lääkäriyhteisön ulkopuolelle. Tällöin voi olla vaikea vaikuttaa sen paremmin johtoon kuin henkilöstöönkään.

Ilmenemismuoto 6: suosikkijärjestelmä

Leader-Member-Exchange-teorian mukaan johtajilla on taipumus muodostaa johtamistaan henkilöistä kaksi ryhmää. Sisäpiiriin johtaja pyrkii ottamaan henkilöitä, joista hän syystä tai toisesta pitää, ja muut jäävät ulkopiiriin (Häkkinen 2012, 53–55). Yleensä johtajat pyrkivät pitämään mielessään tekemänsä jaottelun salassa. Myös lääkärijohtamisen kontekstissa sisäpiirin olemassaolo näyttää paikoin nousevan esille. On ilmeistä, että näkyvälle tasolle noustessaan sisäpiirin olemassaolo aiheuttaa sen, että henkilöstö kokee johtajan kohtelevan heitä epäoikeudenmukaisella ja eriarvoistavalla tavalla.

Lääkärijohtamisessa sisäpiirin ja sen myötä suosikkijärjestelmän olemassaolo näyttää tulevan esille, mikäli alaisia kohdellaan eriarvoisesti vaikkapa päivittäisen työmäärän jakautumisen suhteen. Eriarvoinen kohtelu voi näyttäytyä myös vaikkapa koulutuksiin pääsyssä tai palkkauksessa, jos samaa työtä tekeville maksetaan erilaista palkkaa.

Sitäkin valitettavasti sitten näkee... että siellä on samanarvoisia työntekijöitä, mutta niillä on erilaiset edut. (H28).

On semmosii hyvä veli -kerhoja. Että asiat ei mee avoimesti ja rehellisesti ja välttämättä sille, joka sen ehkä vaikka ansaitsis ammatil-

lisesti, vaan se saattaa mennä jostain pöydän alta virat ja tämmöset asiat... palkkaeroja on, mut mun mielestä samasta työstä, jos sul on samanlaiset pätevyudet, niin pitäis olla suurin piirtein sama korvaus. (H29).

Kaikilla erikoislääkäreillä ei oo samat, vaikka koulutuksiin pääsymahdollisuudet, tai töiden delegointi jotenkin on epätasa-arvosta, eli toisten listat siellä paukkuu täynnä ja toisilla ei juurikaan ole mitään hommaa. (H38).

Alaisten eriarvoinen kohtelu ja suosikkijärjestelmät syövät johtamistyöltä uskottavuutta. Tämä puolestaan nakertaa johtajien arvovaltaa. Lääkäreiden mielestä huonoa johtamista on, jos lääkärijohtaja käyttää epäoikeudenmukaisia menettelytapoja saadakseen haluamansa asiat suosikeilleen (ks. Erikson ym. 2015, 15).

Ilmenemismuoto 7: epäasiallinen käytös

Suosikkijärjestelmän lisäksi aineistostamme nousee esiin syrjiviä mekanisme ja erilaisten epäasiallisen käytöksen muotojen kautta. Näitä mekanismeja ovat eriarvoinen kohtelu, työpaikkakiusaaminen sekä sukupuolisyryntä. Lääkärit kokevat huonoksi johtamiseksi tilanteen, jossa lääkärijohtajan tiedetään kohdelleen henkilöstöä eriarvoisella tavalla, mutta hän ei myönnä tätä, vaan saattaa pyrkiä peittelemään tekoaan vääristellen tosiasioita. Huonona johtamisena pidetään myös sitä, että työssään ahkeraa, taitavaa ja hyvin suoriutuvaa lääkäriä ”palkitaan” lisätyökuormalla. Tämän varsin tavanomaisen menettelyn lääkärit kokevat epäoikeudenmukaisena. Lisäksi epäoikeudenmukaisuutta koetaan syntyvän alaisten aliarvioinnista, alaisten työn vähättelystä ja työn vaatimustason asettamisesta kohtuuttomaksi, tai jopa korkeammaksi kuin johtajalla itsellään on.

Että jos ei se [johtajan] oma tekeminen vastaa sitä mitä vaatii muilta. (H30).

[Johtajan] oman laiskuuden peittämistä... että tehdään työlistoja sijoituspaikkoihin ja hän sijoittaa itsensä siihen paikkaan, missä kyseisenä päivänä ei ole töitä... että pääsee itse luikahtamaan kaikista pois. (H27).

Johtajan laiskuuden, virheiden anteeksi pyytämättä jättämisen sekä ”hajota ja hallitse” -johtamisotteen koetaan lisäävän omalta osaltaan epäoikeudenmukaisuuden tunnetta. Sitä lisää myös johtajan työn tai työympäristön epäkohtiin puutumatta jättäminen sekä ymmärryksen puute muutoksista työn vaativuudessa nykyisessä työympäristössä verrattuna lääkärijohtajan lääkäriuran alkuvaiheessa vallinneeseen tilanteeseen.

Aineistomme mukaan huonon lääkärijohtamisen ilmenemismuodot liittyvät vääränlaisen johtajan roolin ottamiseen, osaamattomuuteen toimia johtajan roolissa sopivalla tavalla ja sosiaalisten taitojen sekä empatiakyvyn puuttumiseen. Kun näihin ilmiöihin liitetään informanttien havainnot henkilöstön epäoikeudenmukaisesta kohtelusta sekä suosikkijärjestelmän käyttämisestä, voidaan hyvällä syyllä olettaa, ettei huono lääkärijohtaminen aiheudu pelkästään johtamisosaamisen ongelmista, vaan ainakin osittain kulttuurisista tekijöistä, kuten Thoroughgood ym. (2018, 634) esittävät.

Aineiston mukaan lääkärijohtajien epäasiallinen käytös näyttäytyi huutamisena, simputtamisena, tilyttämisenä, itkettämisenä, kyttämisenä, henkisenä väkivaltana sekä alaisten julkisena nöyryyttämisenä.

Se ainut palauteryöpsy tulee huutamalla. (H25).

Oon ite joutunu ihan esimiehen simputtavaks... siinä oli vaan tarkotus simputtaa minut ulos aiemmasta mihin olin erikoistumassa. (H36).

Tämmöstä tilytystä... joskus jopa saattanu joku vähän itkeäkin, jos on tilytetty. (H33).

Raskaan päivystysvuoron jälkeen kun käydään läpi yöllä hoidettuja keissejä, niin siinä sitten laitetaan se koko klinikan kuullen se väsyny päivystäjä seinää vasten ja annetaan palaute siinä kaikkien kuullen. (H35).

Huonoa johtamista ilmentävä epäasiallinen käytös voi kuormittaa henkilöstöä aiheuttamalla epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia, ja se voi kulminoitua jopa henkilöstön kiusaamisena. Molemmat saavat pahimmillaan aikaan työpä-

hoinvointia. (esim. Hoffrén & Laulainen 2019; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Epäasiallinen käytös näyttäytyi lisäksi sukupuolisena syrjintänä. Vaikka sukupuolinen syrjintä on lailla (Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta 1986) kielletty, esiintyy sitä aineiston valossa edelleen lääkäriprofessiossa. Sukupuolinen syrjintä koetaan epäoikeudenmukaisena, ja sitä myötä huonona johtamisena.

Sukupuolieroa tulee edelleenki... työsyryntää näistä äitiyslomista... sitä tapahtuu edelleenki, et se työsuhde katkastaan siihen kun äitiysloma alkaa. Onpa itseltäni kysytty haastattelussa myös, että olet naimisissa oleva nainen, että kuinka ajattelit tästä työstä selviytyä. (H29).

Ollu pomoja, jotka on täysin halveeraannu naisia. Naiskollegat oli ihan ilmaa. Miehet pääs koulutuksiin. (H48).

Se liittyy naissukupuoleen monessa, että työttölyä, vähättelyä... työhaastattelussa kysytään, aiotko lapsia tehdä... virkaa saa vasta sitten, kun lapset on tehty... että jos ehdottaa jotain toimenpidettä... sitten kun sen sanoo joku lääkäri, jolla on munat, niin sitten vasta uskotaan. (H50).

Kuten edeltävät aineistokatkelmat ilmentävät, syrjintä ilmenee sukupuolten välisenä palkkaeroina, erikoistumiskoulutukseen ja työkoulutuksiin pääsyssä, epäasiallisena käytöksenä työhaastattelutilanteissa, virkoihin valinnoissa, nimittelynä, halveeraamisena, mielipiteiden tai toimintamallien vähättelynä, perheen perustamiseen liittyvinä epäasiallisina kysymyksinä sekä perheutisiin liittyvinä pettymyseleinä.

POHDINTA JA YHTEENVETO

Tämän tutkimuksen perusteella huono lääkärijohtaminen voi saada monia ilmenemismuotoja. Tunnistimme aineistostamme seitsemän ilmenemismuotoa: vääränlaisen johtajan roolin ja johtamistyylin omaksuminen, liiallisten vaatimusten esittäminen, kykenemättömyys ottaa oma rooli, sosiaalisten taitojen ja empatian puute, tuen puute, suosikkijärjestelmä sekä epäasiallinen käytös. Tulostemme mukaan huonon lää-

kärijohtamisen ilmenemismuodoissa ja syntyisissä on yhteneväisyyksiä, mutta myös eroavaisuuksia verrattuna aiempiin huonon johtamisen yleismaailmallisiin löydöksiin seuraavassa kuvattun mukaisesti.

Tehoton johtaminen

Tulosten mukaan lääkärit odottavat tehokasta toimintaa asioiden hoitamiseksi, minkä vuoksi kaikenlainen tehottomuus näyttäytyy huonona johtamisena lääkäriprofession edustajille (esim. Krasikova ym. 2013, 1316). Lääkärijohtajan laiskuus (töiden pakoilu), lääkärin perustyöstä vieraantuminen tai sen ymmärtämättömyys sekä tilapäinenkin huono käytös, johtamisvastuun pakoilu, epäoikeudenmukainen kohtelu ja epärehellisyys nähtiin huonon johtamisen ilmentyminä (ks. myös Lipman-Bluman 2005). Johtamisen puutos (esim. tekemättömät johtamistyöt, johtajan johtamispäätöksissä alaisiin ripustautuminen ja johtamisvastuun vierittäminen alaisille) sekä johtajan työtietämättömyys tai -taitamattomuus (esim. työympäristön tuntemattomuus ja resurssien hallitsemattomuus) nähtiin myös huonona johtamisena (ks. Einarsen ym. 2007, 207).

Yksin vai yhdessä johtaminen

Autoritäärinen johtaminen nähtiin huonon johtamisen ilmentymänä, mutta toisaalta johtajan oman johtamisvastuun vierittämistä alaisille ei myöskään pidetty hyvänä johtamisotteena. Tilanne, jossa alainen tai toinen johtaja ottaa johtamisvastuun tilanteessa, jossa varsinainen (tehtävään nimetty) johtaja ei sitä ota, vie johtamista jaetun johtajuuden suuntaan. Tällainen vastuunpakoilun myötä ilman tietoista valintaa tapahtuva siirtyminen kohti jaettua johtajuutta ei kuitenkaan ole kestävä ratkaisu missään organisaatiossa, vaan siirtyminen vaatii prosessin tavoitteellista ohjausta.

Johtamisvastuun jakaminen alaisille ei ole vieras tilanne lääkäreille, koska lääkäriprofession kuuluvat kollegiaalisuus ja lääkärin etiikka velvoittavat auttamaan lääkärikollegaa hänen työssään (Suomen Lääkäriliitto 2013). Lisäksi kaikki lääkärit ovat työssään tottuneet tietynlaiseen johtamisvastuuseen, sillä informaali johtamisrooli on läsnä lääkärin työssä hierarkia-ase-

masta riippumatta; lääketieteellinen johtajuus on keskeinen ja erottamaton osa lääkäriyön arkea (Gabel 2014). Tämä tarjoaa lähtökohtaedellytykset kehittää jaettua johtajuutta. Aidosti jaettuun johtajuuteen tukeutuminen lääkärijohtamisessa vaatii paitsi sitoutumista kaikilta osallisilta, myös lääkärijohtamisen kulttuurin ja perinteen läpivalaisua.

Terveydenhuoltoa velvoittavien lukuisien lakien (esim. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994) tarkoituksena on ohjata ja selkeyttää terveydenhuollon toimintaa. Machiavellistinen ”tarkoitus pyhittää” -johtaminen ja se, ettei johtajien tarvitsisi välittää alaisen oikeuksista eikä yhteiskunnan säännöistä (Sheard ym. 2013, 76) tai se, että lääkärijohtaja voisi tahallaan vahingoittaa alaisiaan tai organisaatiotaan (Krasikova ym. 2013, 1316), eivät ole terveydenhuoltoon tai muuhunkaan organisaatiokontekstiin soveltuvia johtamismuotoja. Vaikka sekä profession sisäinen koodisto että lainsäädäntö ja yhteiskunnalliset normit osaltaan pyrkivät rajoittamaan autoritääristä johtamista lääkäriprofession piirissä, eivät sisäinen tai ulkoinen sääntely ole tässä kuitenkaan täysin onnistuneet, kuten tuloksemme osoittavat.

Myrkyllinen kolmio

Padillan ym. (2007) kuvaamat olosuhteet ”myrkylliselle kolmiolle”, jossa huono johtaminen syntyy huonon johtajan, huonolle johtamiselle alttiiden alaisten ja huonolle johtamiselle suotuisan ympäristön yhteisvaikutuksesta, voivat yhteen sattuessaan synnyttää huonoa johtamista myös lääkäriprofessionissa.

Myrkyllisen kolmion osatekijöistä tässä tutkimuksessa esiin nousivat huonoa johtamista ilmentävinä piirteinä kielteinen karismaattisuus ja vallanhalu. Aiemmista yleismaailmallisista johtamistutkimustuloksista poiketen aineistossamme ei kuitenkaan noussut esiin vihaideologiaa, narsismia eikä myöskään huonolle johtamiselle altistavia epäkypsiä ja itseään aliarvioivia alaisia, joiden tavoitteet olisivat jääneet saavuttamatta. (vrt. Padilla ym. 2007.)

Terveydenhuollon organisaatiot ovat perusluonteeltaan hierarkkisia, eli johdettavat (erikoistuvat lääkärit ja erikoislääkärit) lääkärit ovat johtajiaan (osastonylilääkärit ja ylilääkärit) alemmassa hierarkiaryhmässä. Lisäksi erikois-

tuvat lääkärit ovat lääketieteellisiltä taidoiltaan erikoistumisvaiheessa, ja tarvitsevat näin erikoislääkäreiltä konsultaatioapua työssään.

Hierarkian luoma eriarvoistuminen ja valtaselma saattaa altistaa terveydenhuolto-organisaatiota huonolle johtamiselle. Vaikka terveydenhuollon ammattihenkilönä lääkärin ammatitoiminnan lain velvoittamiin päämääriin kuuluvat terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994), ja vaikka lääkärin työn perustana oleva lääkärin etiikan arvopohja ei ole muuttumassa, kohtaa etiikan soveltaminen käytäntöön muuttuvassa maailmassa jatkuvasti uusia haasteita (Suomen Lääkäriliitto 2013, 168).

Padillan ym. (2007) mukaan epävakaat, kriisiytyneet ja uhan alla olevat ympäristöt ovat suotuisia huonolle johtamiselle. Terveydenhuollon toimintaympäristö ei koskaan ole täysin vakaa tai varmuudella ennustettavissa, mistä ajankohtaisimpana esimerkkinä toimii COVID-19-pandemian vaikutus niin terveydenhuoltojärjestelmään kuin sen johtamiseen (ks. esim. MacVane Phipps 2020). Myös terveydenhuollon rakenteiden nähtävissä olevat muutokset, kuten esimerkiksi väestön ja terveydenhuoltohenkilökunnan ikärakenteen muutokset, työurien pidentämissaateet, kansainvälistyminen ja monikulttuurisuus (Harmoinen 2014, 15), lisäävät terveydenhuollon johtamiseen kohdistuvia odotuksia ja haasteita (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2014).

Huonoa johtamista esiintyy kaikissa profesioissa. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin huonon johtamisen ilmenemismuotoja lääkäriprofessionissa, ja aineistosta tunnistettiin kaikkiaan seitsemän ilmenemismuotoa. Tutkimustuloksiamme ei kuitenkaan tule tulkita niin, että lääkärit olisivat lähtökohtaisesti huonoja johtajia. Itse asiassa lääkärin peruskoulutus tarjoaa tulevalle lääkärijohtajalle vankan pohjan ymmärtää terveydenhuollon palvelutoiminnan logiikkaa, tehdä valintoja vaihtoehtojen välillä sekä saavuttaa lääkäri-kollega-alaisten luottamus (ks. Suomen Lääkäriliitto 2013, 178). Kollegiaalisen luottamuksen keskeisyys tuloksettaalle lääkärijohtamiselle kävi ilmi myös tässä tutkimuksessa, sillä huonon lääkärijohtamisen ilmenemismuodossa, 'kykenemättömyys ottaa oma rooli', nimenomaan luottamuspuola näyttäytyi merkittävänä huonon johtamisen osatekijänä.

Lääkärijohtamista on kuitenkin tutkittu varsin vähän, ja aihetta on syytä tutkia empiirisesti lisää terveydenhuolto-organisaatioissa – myös monikulttuurisuuden näkökulmasta. Johtamistutkimuksen tärkeimpänä arvona onkin sen yleishyödyllisyys. Näin huonon johtamisen tutkimus osaltaan edistää profession johtamisosaamista ja -koulutusta tunnistamalla johtamistyön kontekstin mukanaan tuomia erityispiirteitä, joita lääkärikunnankin on huomioitava johtamistyössään välttääkseen huonon johtamisen sudenkuopat. Hyvin johdettu terveydenhuolto-organisaatio onkin työpaikkana houkutteleva, tehokas, laadukas ja hyvinvoiva työyhteisö – niin työntekijän kuin potilaan näkökulmista.

Huonon johtamisen vaikutukset

Johtamistutkimuksissa tarkastelun keskeisenä lähtökohtana on ollut johtamisen tuloksellisuuden tarkastelu (Einarsen ym. 2007, 207). Huonon johtamisen on todettu aiheuttavan suuria kustannuksia ja haittoja (Schyns & Schilling 2013, 138). Useiden kansainvälisten tutkimusten mukaan lääkärijohtamisella katsotaan olevan tärkeä rooli organisaation suorituskyvyn parantamisessa, potilashoidon laadussa, potilasturvallisuudessa ja kustannustehokkaassa hoidossa (Berghout ym. 2017; Blumenthal ym. 2012; Meier 2015; Porter 2007; Warren & Carnall 2011).

Lääkäreillä on vahva vaikutus terveydenhuollon taloudellisiin voimavaroihin, koska he sitovat kliinisten päätöksensä kautta hoitoratkaisuillaan noin 70 prosenttia terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Alarotu 2012, 524). Amerikkalaisen, kolmea erikoisalaa (syöpäsairaudet, suolistosairaudet sekä sydänsairaudet ja -kirurgia) tarkastelleen tutkimuksen mukaan lääkärin johtamat sairaalat olivat laadukkaampia hoitotulosten pohjalta arvoituina kuin ne sairaalat, joissa johtaja ei ollut lääkäri (Goodall 2011). Lisäksi lääkäreiden johtamiseen osallistamisen on nähty olevan yhteydessä parempaan potilashoittoon sekä organisaation suorituskykyyn (Geerts ym. 2020; Falcone & Santiani, 2008; Goodall, 2011; Perry ym. 2017; Spurgeon ym. 2015, 2011; Tasi ym. 2017). Näin lääkärijohtamisen laadulla, tai sen puutteella, on kauaskantoisia seurauksia niin potilaille kuin laajemmin yhteiskunnallisesti.

Tämän tutkimuksen mukaan huono johtaminen aiheuttaa lääkäreissä tyytymättömyyttä niin itse johtamista kuin työtään kohtaan sekä vaikeuttaa työstä suoriutumista ja vähentää työhyvinvointia (ks. myös Vartia-Väänänen 2007). Lisäksi lääkärit saattavat vaihtaa työpaikkaa kokemansa huonon johtamisen vuoksi tai tietoisesti välttää hakeutumista terveydenhoidon yksikköön, jolle on syntynyt maine huonosta johtamisesta (ks. myös Schyns & Schilling 2013, 148). Jos terveydenhuollossa ei ole riittävästi

lääkäreitä, tai heidän työstään suoriutuminen vaikeutuu huonon johtamisen vuoksi, vaikeutuu samalla potilaiden hoitaminen, sillä lain (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994) mukaan terveydenhuollossa laillistettu lääkäri päättää potilaiden lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja niihin liittyvistä hoidoista. Ilman lääkäreitä terveydenhuolto ei toimi. Huono johtaminen ei tästä johtuen tule pelkästään yhteiskunnalle kalliiksi, vaan se vaikeuttaa lopulta myös potilaiden hoitoa.

LÄHTEET

- Alarotu, Elli (2012). Lääkärijohtaja on paljon varti- ja. *Suomen Lääkärilehti*, 67(7), 524. Haettu sivulta <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2012/SLL72012-524.pdf>, 9.1.2021.
- Allio, Robert (2007). Bad leaders: How they get that way and what to do about them. *Strategy & Leadership*, 35(3), 12–17. <https://doi.org/10.1108/10878570710745785>
- Auvinen, Tommi, Lämsä, Anna-Maija, Sintonen, Teppo & Takala, Tuomo (2013). Leadership manipulation and ethics in storytelling. *Journal of Business Ethics*, 116(2), 415–431. <https://doi.org/10.1007/s10551-012-1454-8>
- Baird, James (2017). Horrible leaders. *International Journal of Human Resources Management*, 6(5), 9–14.
- Berghout, Mathilde, Fabbriotti, Isabelle, Buljac-Samardžić, Martina & Hilders, Carina (2017). Medical leaders or masters – A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PLoS ONE*, 12(9), 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184522>
- Blumenthal, Daniel, Bernard Ken, Bohnen Jordan & Bohmer Richard (2012). Addressing the leadership gap in medicine: Residents' need for systematic leadership development training. *Academic Medicine*, 87(4), 513–522. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e31824a0c47>
- Boddy, Clive (2016). Unethical 20th century business leaders. Where some of them corporate psychopaths? The case of Robert Maxwell. *International Journal of Public Leadership*, 12(2), 76–93. <http://dx.doi.org/10.1108/IJPL-12-2015-0032>
- Boddy, Clive (2017). Psychopathic leadership. A case study of corporate psychopath CEO. *Journal of Business Ethics*, 145(1), 141–156. <https://doi.org/10.1007/s10551-015-2908-6>
- Einarsen, Ståle, Aasland, Merethe & Skogstad, Anders (2007). Destructive leadership behavior: A definition and conceptual model. *The Leadership Quarterly*, 18(3), 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.03.002>
- Erikson, Anthony, Shaw, Ben, Murray, Jane & Branch, Sara (2015). Destructive leadership: Causes, consequences and countermeasures. *Organizational Dynamics*, 44(4), 266–272. <http://doi:10.1016/j.orgdyn.2015.09.003>
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2005). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus, Kirjapaino Oy.
- Falcone, Robert & Santiani, Bhagwan (2008). Physician as hospital chief executive officer. *Vascular and Endovascular Surgery*, 42(1), 88–94. <https://doi.org/10.1177/1538574407309320>
- Gabel, Stewart (2014). Expanding the Scope of Leadership Training in Medicine. *Academic Medicine*, 89(6), 848–852. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000236>
- Geerts, Jaason, Goodall, Amanda & Agius, Stevie (2020). Evidence-based leadership development for physicians: A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 246. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112709>
- Gibbs, Graham (2007). *Analyzing Qualitative Data*. London: Sage.
- Goodall, Amanda (2011). Physician-leaders and hospital performance: is there an association? *Social Science and Medicine*, 73(4), 535–539. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.025>
- Greenleaf, Robert (2002). *Servant leadership. A journey into the nature of legitimate power & greatness*. New York: Paulist Press. Ensipainos 1977.
- Harmoinen, Merja (2014). *Arvostava johtaminen terveydenhuollossa*. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Haettu sivulta <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/96359/978-951-44-9668-4.pdf?se-,9.1.2021>

- Harvey, Michael, Buckley, Ronald, Heames, Joyce, Zinko, Robert, Brouer, Robyn & Ferris, Gerald (2007). *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 14(2), 117–129.
<https://doi.org/10.1177/1071791907308217>
- Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta (2020). Valmistuvan lääkärin osaamistavoitteet. Haettu sivulta https://www.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/valmistuvan_laakarin_osaamistavoitteet_0.pdf, 17.1.21
- Hoffrén, M. (2019). Vaieta vai vastustaa? Tuhoava johtaminen vastavuoroisena johtamisprosessina. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.
- Hoffrén, M. & Laulainen, S. (2019). Destructive leadership as a wicked problem in health care. Can we blame the leader only? In: Thomas, W., Hujala, A., Laulainen, S. & McMurray, R. (eds.) *The management of wicked problems in health and social care*. New York: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315102597-9>
- Huikko-Tarvainen, Sari, Sajasalo, Pasi & Auvinen, Tommi (2020). Lääkärijohtajan johtamisroolit. *Suomen Lääkärilehti*, 75(48), 2607–2611. Haettu sivulta https://www.laakarilehti.fi/kirjautuminen-vaadittu/?showAd=content_login&login_to_page=true&return_path=/pdf/2020/SLL482020-2607.pdf, 9.1.2021.
- Häkkinen, Sari (2012). *Towards trust-based model of leadership within the leader-member-exchange theory framework. A qualitative study of leader's trustworthiness in the SME context*. Väitöskirja. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.
- Johnson, Eric, Kidwell, Linda, Lowe, Jordan & Reckers, Phillip (2019). Who follows the unethical leader? The association between followers' personal characteristics and intentions to comply in committing organizational fraud. *Journal of Business Ethics*, 154(1), 181–193.
<https://doi.org/10.1007/s10551-017-3457-y>
- Juuti, Pauli (2018). *Huono johtaminen. Tuhon tieltä toimivaan työyhteisöön*. Helsinki: Gaudeamus.
- Kellerman, Barbara (2004). *Bad leadership. What it is, how it happens, why it matters*. Boston: Harvard Business School Publishing.
- Kets de Vries, Manfred (1990). The organizational fool: Balancing a leader's hubris. *Human Relations*, 43(8), 751–770.
<https://doi.org/10.1177/001872679004300804>
- Kohut, Heinz (1985). *Self-psychology and humanities. Reflections on a new psychoanalytical approach*. New York: Norton & Company.
- Krasikova, Dina, Green, Stephen & LeBreton, James (2013). Destructive leadership: A theoretical review, integration, and future research agenda. *Journal of Management*, 39(5), 1308–1338.
<https://doi.org/10.1177/0149206312471388>
- Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta* 8.8.1986/609. Haettu sivulta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860609>, 10.1.2021
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä* 28.6.1994/559, 15 §, 22 §. Haettu sivulta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>, 9.1.2021
- Leela, Vedantam, Mehta, Pranjal & Jambhulkar, Sonam (2013). Emergence of destructive leader: Proposed definition and Formulation of model. *International Journal of Leadership*, 1(2), 45–59.
- Lipman-Blumen, Jean (2005). *The allure of toxic leaders. Why we follow destructive bosses and corrupt politicians – and how we can survive them*. New York: Oxford University Press.
- MacVane Phipps, Fiona (2020). Through the lens of COVID-19. *International journal of health governance*, 25(3), 271–278.
<https://doi.org/10.1108/ijhg-06-2020-0067>
- McConville, Teri (2006). Devolved HRM responsibilities, middle-managers and role dissonance. *Personnel Review*, 35(6), 637–653.
<https://doi.org/10.1108/00483480610702700>
- Mehta, Sunita & Maheshwari, Greesh (2014). Toxic leadership: Tracing the destructive trail. *International Journal of Management*, 5(10), 18–24.
- Meier, Ninna (2015). Configurations of leadership practices in hospital units. *Journal of Health Organization and Management*, (16)29, 1115–1130.
<https://doi.org/10.1108/jhom-01-2014-0009>
- Padilla, Art, Hogan, Robert & Kaiser, Robert (2007). The toxic triangle: Destructive leaders, susceptible followers and conductive environments. *The Leadership Quarterly*, 18(3), 176–194.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.03.001>
- Palovuori, Elina & Pitkäranta, Anne (2019). Palaute muuttaa toimintatapoja HUS:ssa. Potilaan Lääkärilehti. Haettu sivulta <https://www.potilaan-laakarilehti.fi/kommentit/palaute-muuttaa-toimintatapoja-hus-ssa/>, 17.1.2121.
- Perry, Jennifer, Mobley, Foster & Brubaker, Matt (2017). Most Doctors Have Little or No Management Training, and That's a Problem. *Harvard Business Review*. Haettu sivulta <https://hbr.org/2017/12/most-doctors-have-little-or-no-management-training-and-thats-a-problem>, 17.1.2021.
- Porter, Michael & Teisberg, Elisabeth (2007). How physicians can change the future of health care. *Journal of the American Medical Association*, 297(10), 1103–1111.
<https://doi.org/10.1001/jama.297.10.1103>
- Pynnönen, Anu (2015). *Varjosta valokeilaan. Kriittisiä diskursianalyysieja huonosta johtamisesta*. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

- Rautavaara, Antero (1978). *Yhteistyö ja luottamus. Johtamisen perusteita*. Helsinki: Tietomies. Ensipainos 1972.
- Schyns, Birgit & Schilling, Jan (2013). How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *The Leadership Quarterly*, 24(1), 138–158. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2012.09.001>
- Shaw, James, Erickson, Anthony & Harveys, Michael (2011). A method for measuring destructive leadership and identifying types of destructive leaders in organizations. *The Leadership Quarterly*, 22(4), 575–590. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2011.05.001>
- Sheard, Anthony, Kakabadse, Nada & Kakabadse, Andrew (2013). Destructive behaviours of leadership: The source of the shift from functional to dysfunctional workplace? *International Journal of Social Science Studies*, 1(1), 73–89. <https://doi.org/10.11114/ijss.v1i1.31>
- Smith, Sarah & Lilienfeld, Scott (2013). Psychopathy in the workplace: The knowns and unknowns. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 204–218. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.007>
- Spurgeon, Peter, Long, Paul, Clark, John & Daly, Frank (2015). Do we need medical leadership or medical engagement? *Leadership in Health Service*, 2(3), 173–184. <https://doi.org/10.1108/lhs-03-2014-0029>
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2014). *Sote-uudistus*. Haettu sivulta http://www.stm.fi/vireilla/kehittamishjelmat_ja_hankkeet/palvelura-kenneuudistus, 4.1.2017
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2019). Lääkäri 2018. Kyselytutkimus vuosina 2007–2016 valmistuneille lääkäreille. *Sosiaali- ja terveystieteiden raportteja ja muistioita 2019:69*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Haettu sivulta https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162015/STM_2019_69_R.pdf?sequence=1&isAllowed=y, 17.1.2021.
- Suomen Lääkäriliitto (2013). *Lääkärin etiikka*. 7. Painos. Lahti: Esa Print Oy. ISBN 978-951-9433-64-6. Haettu sivulta http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarini_etiikka_2013.pdf, 9.1.2021
- Suomen Lääkäriliitto (2016a). *Lääkärit Suomessa*. Haettu sivulta https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/ll16_tilasto2016_net1_170114.pdf, 15.1.2021
- Suomen Lääkäriliitto (2016b). *Lääkäriliiton verkko-aivoriihi*. Haettu sivulta https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5229/verkko-aivoriihi_jasenet_laaja_tulospaketti.pdf, 17.1.2021
- Tasi, Michael, Keswani, Aakash, Bozic, Kevin (2017). Does physician leadership affect hospital quality, operational efficiency, and financial performance? *Health Care Management Review*. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000173>
- Thoroughgood, C., Padilla, A., Hunter, S. & Tate, B. (2012). The susceptible circle: A taxonomy of followers associated with destructive leadership. *The Leadership Quarterly*, 23, 897–917. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2012.05.007>
- Throughgood, Christien, Sawyer, Katina, Padilla, Art & Lunsford, Laura (2018). Destructive leadership: A critique of leader-centric perspectives and toward a more holistic definition. *Journal of Business Ethics*, 151(3), 627–649. <https://doi.org/10.1007/s10551-016-3257-9>
- Trépanier, Sarah-Geneviève, Boudrias, Valérie & Peterson, Clayton (2019). Linking destructive forms of leadership to employee health. *Leadership & Organization Development Journal*, 40(7), 803–814. <https://doi.org/10.1108/lodj-04-2019-0168>
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus, Kirjapaino Oy.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Haettu sivulta https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf, 5.1.2021.
- Vartia-Väänänen, Maarit (2007). Työpaikkakiusaamisen selvittäminen on aina työnantajan tehtävä. *Suomen lääkärilehti*, 62(22), 2180–2181. Haettu sivulta <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2007/SLL222007-2180.pdf>, 5.2.2021
- Vierula, Hertta (2019). HUS:n erikoistuvien tilanteen korjaaminen kestää pitkään. *Suomen Lääkärilehti*, 74(46), 2632. Haettu sivulta <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2019/SLL462019-2632.pdf>, 17.1.21.
- Warren, Oliver & Carnall, Ruth (2011). Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1023), 27–32. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2009.093807>
- White, Ralph & Lippitt, Ronald (1962). Autocracy and democracy: An experimental inquiry. *Philosophy of Science*, 29(2), 209–212. <https://doi.org/10.1086/287865>
- Yukl, Gary (2002). *Leadership in Organizations*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Zeigler-Hill, Virgil & Marcus, David K. (Eds). (2016). *The dark side of personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology*. Washington, DC: American Psychological Association