

# Oppimisen ja johtamisen mahdollisuudesta terveydenhuollon organisaatioissa

## Terveyshallinnon popperilainen falsifikaatioteoria osa I

Jari Vuori

### LEARNING AND LEADERSHIP IN HEALTH CARE ORGANISATION:

*Popper's theory of falsification applied in health management.*

The aim of this article is to apply the idea of Karl Popper's falsification in health management in a frame of learning and leadership. Prescriptive and descriptive writings are usually the two main streams of theorizing the field of organisational development and learning. The first stream, prescriptive writings on the learning organization, is concerned with the question "How should an organisation learn?" Targeting practioners, these studies are usually based on the author's consulting experience. Descriptive writings focus on the question: "How does an organization learn?" These are academic studies striving for scientific rigor. This dichotomy leads to main question: Is there any possibility to integrate these two streams of research? In case of health care the simple integration of the streams is not the answer, because it may just lead to verify of the earlier findings in the field. For this reason the article introduces the theory based on Popper's idea of falsification. The theory is shaped by the answers of doctors and nurses in a hospital (N=70). The theory directs us to study the unspoken aspects of learning and leadership in health care organisations.

*Keywords: learning, leadership, healthcare organisation, falsification, Karl Popper*

### JOHDANTO

*Popper oppivan organisaation uudistajana terveydenhuollossa*

Kaikki tietomme on arvausta (Popper 1974, 653, Popper 1995). Tieto ei ole silti suhteellista,

me vain yksinkertaisesti voimme erehtyä valinnoissamme. Osua harhaan tai jäädä etsimään totuutta, on tieteentekijän riittämättömyyden tunteen ehtymätön lähde (vrt. Popper 1974, 652). Jopa luonnontieteissä tiukoin testauksin saavutettu totuus on vain lopulta hyvä arvaus. Karl Popperille vain vähän testatut hypoteesit ja rohkeat arvaukset ovat ainoa tie uusiin tutkimustuloksiin. Tutkin tässä artikkelissa Popperin luomaa 'kriittistä rationalismia' terveydenhuollon organisaatioiden tutkimuskentässä. Kriittinen rationalismi lähestymistapana merkitsee, että kaikki väitteet ovat mahdollisia kunnes toisin todistetaan.

Terveydenhuollon tutkimukselle popperilaisuus tarjoaa paljon: on perusteltua keskittyä falsifointiin, koska verifiointin tie lisää riskiä selittää monitieteistä kenttää yhden tieteen ehdoilla. Tuuden seulonta siitä, milloin terveydenhuollon toimintaa ei selitä talous, henkilöstön väsymys, työn vaativuus olisi Popperille hedelmällisempää kuin verifiointi: resurssitarve on ilmeinen, väsynyt henkilöstö heikentää tehokkuutta, työkiire estää yhteistyön jne. Tieteellisen tiedon kasvua pidetään usein niin itsestäänselvytenä, ettei kasvun taustalla olevia hypoteeseja juuri kyseenalaisteta, vaikka ne olisivat pettäviä (Lyotard 1985, 17).

On vaikeaa kehityksen nimissä kyseenalaistaa esimerkiksi johtamisen paradigmaa sairaaloissa, jos ei löydy rohkein arvauksin valmiutta tutkia johtamisen, vallan ja professionalismin yhteyksiä kaikilla mahdollisilla tavoilla. Aikaisemmat tutkimukset johtavat asettamaan helposti hypoteeseja, jotka eivät kyseenalaista vallitsevia paradigmoja. Kriittisiä ja poikkeavia hypoteeseja taas pyydetään argumentoimaan verifioituilla empirialla, ja näin ollaan 'todistelun umpikujassa': mitään ei voi väittää, kun ei ole "mukamas näyttöä".

Kaikki arkitietomme terveydenhuollosta on

usein medioiden välittämää 'pintaa' todellisuudesta, on todella vaikeaa esittää uusia tieteellisesti kestäviä ja kriittisiä lähestymistapoja. Popperilaisuus tarjoaa onneksi yhden 'pakotien' mahdollisesti väärin oletuksien perustalle kumuloidusta tiedosta. Popperilaisittain on samantekevää ovatko median kuvaukset mm. sairaaloiden johtamistoiminnasta verifioituja, olennaisempaa on keskittyä siihen halutaanko niitä millään tavoin osoittaa vääriksi ja mihin hypoteeseihin ne johtavat.

Mihin popperilaisiin hypoteeseihin media sitten johdattaa? Kun mediassa esitetään, ettei lääkäri-lakko vaikuta sairaaloiden kesäsuulkeuksiin, vaan osastoja "suljetaan kaikissa sairaanhoitopiireissä keskikesällä säästöjen ja vuosilomien takia" (Liukkonen & Talka 2001), on popperilainen rohkea arvaus tarpeen: mitään muuta vastausta ei voida antaa, koska se merkitsisi mahdollisten lainvastaisuuksien myöntämistä, mm. liiallisten ylityötuntien ja niiden kustannusten tarkistamista. Samassa mediassa kirjoitetaan samana päivänä, että liiallisia ylityötunteja on tutkittava työaikalainsäädännön rikkomisena (Aho 2001). Toinen rohkea arvaus: sairaanhoitopiirin johtajayli-lääkärit eivät voi paljastaa, ettei huippuosaaja ole riittävästi. Paljastus ehkä merkitsisi joillekin ansion menetyksiä ja organisaation julkisivun himmentymistä: sairaut ovat työssään yliväsyneiden hoidon kohteina. Arvausta voisi jatkaa: mediakaan ei asetu vastakkain organisaatioidensa julkisivua varjelevien johtajien kanssa, koska se romahduttaisi kansalaisten uskoa koko terveysjärjestelmään. Kolmas rohkea, popperilaisittain naivi arvaus antaisi siihen kyllä aihetta: lääkäri-lakko osoittaa, että sairaalat toimivat aivan hyvin hoitohenkilöstön turvin ja näin lääkärin määrää voidaan perustellusti vähentää. Terveystieteiden osastolla säästöjen ollessa ilmeinen osatavoite, löytyy vähentämislle selvät perustelut. Lääkärin irtisanominen lisää säästöjä osastojen kesäsuulkeuksia enemmän ja säästämisavoitteet suorastaan ylittyvät. Näin siitä huolimatta, että kansalaisten säästöt vähenevät mm. potilasjonojen lisäessä väistämättä tarvetta yksityisiin palveluihin. Näin kansalaiset maksavat 'tuplapalkkaa' lääkäreille veromarkoin ja yksityispalkkioiden muodossa. Oletettavasti tällaisiin hypoteeseihin mediassa vastataan siten, ettei 'asi-oita saisi sotkea keskenään', 'ei pidä paikkaansa' tai jopa naurulla. Todellisuudessa tällä tavoin reagoivien tahojen pitäisi näyttää todeksi se, miksi ei pidä paikkaansa. Popperilaisittain niitä nimen-

omaan pitääkin "sotkea", jotta löytyisi uusia hypoteeseja.

Terveystieteiden johtamisessa Popperia ei juuri kiinnosta hoitajien johtajat, koska heillä ei näytä olevan todellista valtaa (power-over) niin paljon kuin lääkärijohtajilla. Popperille ei olisi mahdotonta myöskään esittää konventioista poikkeavia naiiveja hypoteeseja: terveystieteiden johtajien on näyteltävä muuta kuin he ovat ja olla tekevinään jotakin merkittävää, koska

- 1) suurimmalla osalla mm. lääkärinkunnasta ei ole edes käsitystä siitä miten hallinto mm. simonilaisittain määritellään, ja koska
- 2) rehellisyys johtaisi tutkimaan sitä, johtavatko lääketieteelliset ansioon asemaansa nimitetyt lääkärit hallinnollisesti enemmän koulutettuja hoitajia kuin vain asemaansa vedoten, ja koska
- 3) lääkärikunta ei välttämättä halua johtajakseen johtajaa, vaan kollegan, joka näyttelee johtajaa juuri sen verran mitä kollegiaalisuus antaa myöten.

Jos nämä hypoteesit vaikuttavat epätodellisilta ollaan Popperin jäljillä, koska konventionaaliset hypoteesit eivät haasta aikaisempaa todellisuutta. Popperilaisittain ei olisi soveliaista hypoteesissa kolme puhua johtajan roolin omaksumisesta näyttelemisen sijasta, koska se johtaisi helposti verifioinnin logiikkaan: tiukka oletus velvoittaa falsifiointiin aikaisemmasta paradigmasta irtautuen. Sitä paitsi Popperille kaikki tieteelliset väitteet on oltava falsifioitavissa, muutoin ne ovat näennäistieteellisiä. Johtajarooli voi olla pakotie, jos vastuu siirtyy roolin odotuksiin, ei johtajan toimintaan. Terveystieteiden organisaatioissa on paljon 'kiellettyjä ilmiöitä', joiden tutkiminen ei ole kovin toivottavaa.

Edellä kuvatut hypoteesit eivät ole suinkaan niin naiiveja kuin ensin olettaa. Hyppölä (2001, 61-64) osoittaa, ettei mitään merkittävää ole tapahtunut lääkärin hallinnollisessa koulutuksessa sitten Hermasonin (1989) väitöskirjan. Päinvastoin lääkärikoulutuksen vastaavuus lääkärin arkipäivän hallinnollisiin osaamistarpeisiin näyttää vain heikentyneen entisestään. Tämä johtaa rohkeaan arvaukseen: lääkärin ei johtajina edelleenkään tarvitse hallita johtamistaitoja, koska lääkäreillä on tiukasti tulkiten lain mukaankin 'määräysvalta' ja hallintotiedettä taitavat hoitajat voivat hoitaa lääkärin heille delegoimat tehtävät (vrt. osastolääkärin ja osastonhoitajien toi-

menkuvat). Mielikuvituksellisesti tähän hypoteesiin voi heti sanoa: tuo ei pidä paikkaansa. Popperille kaikki on silti mahdollista kunnes toisin todistetaan.

Eikö muotipuhe professioiden tiimiyhteistyöstä ole naiivia, jos ei hoitajilla ja lääkäreillä ole edes yhteisiä kokouksia? Tämän hypoteesin tutkimusrahoitustarve kumotaan helposti yleiseen mielihyökkäykseen vedoten: ei terveydenhuollon organisaatioissa nyt näin jäljessä voida olla. Tässä on jälleen samantekevää löytyykö vastakkaisia esimerkkejä vai ei, kyse ei ole kokemusyleistyksillä operoinnista. Olennaista on huomata, että falsifiointia vaativat hypoteesit ovat huomattavasti vähemmän suosiossa kuin vallitsevia paradigmoja myötäilevät hypoteesit. Samalla unohdetaan, että useita näistä organisaatioita johdetaan (lue: ohjataan) normein ja säädöksin ajoittain 'normiuhrihenkisesti' (vrt. Kinnunen & Vuori 1999). Hypoteesin 'tyhmäksi nauravat' tahot pelkäävät myös, että täydennyskoulutukseen käytetyt rahat eivät ole kohdentuneet oikein ja viimeisen kymmenen vuoden aikana tapahtuneet edistysaskeleet ovat olleet vain yksittäisiä työyhteisöjä koskevia. Yleisemmin jouduttaisiin ehkä silti toteamaan, että johtamisen vapausasteet ovat edelleen erikoissairaanhoidon lain peilikuvia: hoitaja ei voi johtaa lääkäriä, vaikka epävirallisesti sitä tekeekin potilaiden edun turvaamiseksi. Miksi julkisuudessa ei siis voida tunnustaa, että yliopistollisten keskussairaaloiden tiettyjen alojen apulaislääkärit eivät selviä työstään ilman kokeiden osastonhoitajien apua. Tämän kysymyksen hengessä Popper ei epäröisi tehdä valtaa näkyväksi naivilla lisäkysymyksellä: Miksi psykiatristen sairaaloiden osastoja on suljettava, jos osastojen johtoon ei saada palkatuksi lääkäreitä? Suluthan vältettäisiin ainakin osittain, jos lääkärit konsultoisivat ja osastohoijat johtaisivat. Johtava lääkärinkin kuulee toisinaan vastaavan tähän vaivautuneesti, mutta epäröimättä: niin asia ei ole kyllä näin yksinkertainen.... Ja vastausta jota ei oteta tosissaan, kuuluu: ei tietenkään – tutkitaan siis sitä.

Jos edellä esitettyihin kysymyksiin hypoteeseihin ei etsitä vastauksia popperilaisittain rohkeista arvauksista, terveydenhuollonsyvälinen muutos, oppiminen tapahtuu ehkä tulevaisuudessakin vain yhteiskunnan kriiseissä, jos silloinkaan. Joissakin viime aikaisissa terveydenhuollon organisaatioiden kehittämisen 'tutkimuksissakaan' ei ole otettu kantaa siihen, miten lähestymistavalliset

sitoumukset vaikuttivat tutkimusten tuloksiin (ks. esim. Pahkala ym. 2000, Korhonen ym. 2000). Tällöin kaikki mihin löydetään vähänkin näyttöä kelpaa tällöin erheellisesti verifioiduksi 'tieteelliseksi' näytöksi. Edelleenkin 'tutkimuksissa' jätetään selittämättä se kenen ehdoilla ja kriteerein aineistosta esitetään päätelmiä. Kenen ehdoilla saa myös kysymään: miksi jotakin osoitetaan oikeaksi, eikä vääräksi? Tiedon kasvu saavutetaan myös Popperin fallibilistisen tietoteorian ehdoin: millä ehdoilla jokin 'vääraltä tuntuva' tulkinta ja tutkimusasetelma on osoitettavissa vääräksi? Tutkinkin tässä työssä edistäisikö vääräksi oletetun oikeaksi osoittautuminen oppimista ja johtamista terveydenhuollon organisaatioissa.

### *Oppiminen ja fallibilismi terveydenhuollon organisaatioissa*

On selvää, että terveydenhuollon organisaatioille oppiminen eli syvälinen muutos on aina jotenkin 'vaarallista'. Muutoshalu johtaa väistämättä toimintaa ohjaavien valta- ja toimintamallien kyseenalaistamiseen: miksi osastoa 'johtaa' muodollisesti lääkärin, mutta osastohoitaja vastaa budjetista. Syvällisemmät aikasarjatutkimukset mm. johtajien kokemuksesta oppimisesta ovat usein niin 'paljastavia', että tutkimuksen tilaajat haluavat säilyttää tiedon salassa ja välttää 'negatiivista julkisuutta' (Easterby-Smith 1997, 1108). Toiseksi organisaation kehittämistulokset saadaan aina näyttämään siltä, että asetetut kehittämistavoitteet saavutetaan (ks. esimerkki tällaisesta raportoinnista Korhonen ym. 2000, 285). Kun teoreettisesti ei lisäksi sitouduta mihinkään lähestymistapaan, niin 'aineiston kaivelun' riski kasvaa: muuttujien välisistä riippuvaisuuksista voidaan aina selittää jotain verifioituvaa. Se miellyttää tutkimuksen tilaajaa, muttei kritiikittömyydessään kumuloidu uutta teoriaa luovaksi tiedoksi. Lopuksi voidaan yhtäältä 'hurrata' tutkijan ylevää rauhaa ja toisaalta nauraa hänen jäljittelijälle ominaista koomisuutta (vrt. Kierkegaard 1992, 40).

Kun esimerkiksi Senge (1990, 14) määrittelee oppivan organisaation organisaatioksi, joka jatkuvasti laajentaa mahdollisuuksia määritellä oma tulevaisuutensa, miellyttää se kyllä ammatti-johtajia, muttei Boodia (1998, 211) lainatakseni laajenna ymmärrystämme siitä mitä oppiminen organisaatioissa oikeastaan on. Oppivan organisaation määritelmiä on siis lähes yhtä paljon kuin

on kirjoittajakin (vrt. Tsang 1997, 75). Määritelmät vaihtelevat tieteenalan mukaan. Mm. sosiologisella organisaatiotieteellä, psykologialla ja organisaatiokehittämisen suuntauksella, johtamistieteellä, tuotantotaloudella sekä kulttuuri-antropologialla on eri perustelunsa oppimiselle (Easterby-Smith 1997, 1087). Psykologia korostaa ontologisesti inhimillistä kehitystä kun tuotantotalous korostaa tehokkuutta. Tehokkuuden ja ihmisen kasvun ontologiset lähtökohdat ovat usein implisiittisesti vastakkain, mutta toisinaan tehokkuutta yritetään selittää ihmisen kasvun ontologisiin sitoumuksiin ja päinvastoin. Tieteenalojen näkyvyys monimutkaistuu entisestään, kun tutkimusta luonnehtii jako preskriptiivisiin (*pitäisi*) ja deskriptiivisiin (*on*) teorioihin (Tsang 1997, Prange 2000, 23, vrt. kulttuuri-tutkimuksen is/has -debatti).

Johtajille opetetaan usein miten organisaation pitäisi oppia, mutta oppia ei ole tieteellisesti testattu (Tsang 1997, 74). Tällöin opetusta voidaan tarkoitushakuisesti perustella minkä tieteenalan tiedolla tahansa. Kun esimerkiksi tehokkuustavoite pääsääntöisesti ohjaa preskriptiivisestä tutkimusta, niin ajaututaan alunperin ihmisen kasvua tarkastelevassa tutkimuksessakin tuottavuuden teemoihin (vrt. urakehitys / palkkaus). Tarkasti ottaen tällöin tulisi itse asiassa puhua perusolettamusten tiedostamisesta ja oppimista estävistä itsestäänselvyyksistä liittyivätpä ne sitten tuottavuuteen tai eivät. Yleensä oppimista korostetaan siksi, että se lisäisi henkilöstön suorituskykyä ja organisaation tehokkuutta, mutta tämäkin oletus on tieteellisesti kyseenalaistettu (ks. esim. Huber 1991). Uuden käsitteen hiipiessä arkikielen käytänteisiin tieteellisyyden vaade unohtuu hieman samalla tavoin kuin oppimisenkin: johtajia kiinnostaa enemmän subjektiiviset kokemukset ja kokemuksellinen tieto kuin objektiivinen, mittavissa oleva ja verifioitu tieto (Tsang 1997, 86). Ainoata mitä 'tutkimuksessa' saataan päätyä sanomaan on yhtä pinnallista kuin seuraava johtopäätös: "esimiehen tulisi ymmärtää ihmisuontoa" (Pahkala 2000, 276). Popperilaisittain jokaisen tieteellisen väittämän tulisi periaatteessa falsifioitua tieteen kehittymisen nimissäkin. Tämä johtopäätös ei sitä tee.

Tässä työssä deskriptiivisen ja preskriptiivisen lähestymistavan rinnalle tarjotaankin popperilaista fallibilistista lähestymistapaa ja mallia. Terveydenhuollon organisaatioiden sosiaalisten rakenteiden muuttumattomuuden oletetaan olevan osit-

tain seurausta siitä, että näiden organisaatioiden kohdalla kaikki tutkimuskysymykset eivät ole yleisesti yhtä hyväksyttävä tai niihin suhtaudutaan kielteisen vähättelevästi. Näin on turvallisempaa pitäytyä aiemmissa tutkimuksissa päteviksi todettuihin yleistyksiin (vrt. Raunio 1999, 141).

Terveydenhuollon ydinhaasteet (mm. professionaaliset valtakysymykset) ristitään kovin nopeasti myös senioritutkijoiden taholta ns. ikuisuusongelmiksi. Tutkijan ehdottomana velvollisuutena on silti aina yrittää tehdä mahdollomat tutkimusaiheet mahdollisiksi, koska ainoastaan näin löydetään uusia tutkimustuloksia tuottavia hypoteeseja. Popperilaisen maailmankuvan valitseminen antaa täysin uuden näkökulman esimerkiksi ns. autoritaarisen ja byrokraattisen johtamisen lähes muuttumattomaan asemaan jopa osastotasolla. Perinteisestä terveydenhuollon organisatorisesta identiteetistä johtuen hoitajat eivät uskaltaudu viestimään kaikesta toiminnastaan, eikä erityisesti epäonnistumistaan. Tämä käyttäytymisen uskotaan palvelevan terveydenhuollon virheettömyyden tavoitetta, mutta jos johtajan ja työntekijän välillä ei ole avointa viestintää ei synny myöskään luottamusta. Näin ollen on turvaututtava 'virheettömyyden nimissä' perinteiseen hallinnolliseen valvontaan. Hoitajien ja lääkärien vapausasteiden ja toimenkuvien laajentuminen merkitsee tällöin helposti ohjeiden ja normituksen suoraa lisääntymistä, vaikka asetettu tavoite on ollut juuri päinvastainen. Pahimmillaan muodikkaat ja asiayhteydestään (yritysympäristöstä) irrotetut tiimi- ja voimaantumismallit törmäävät terveydenhuollon sosiaalisesti konstruoituneisiin vallon ja hierarkioiden instituutioihin.

Popper oikeuttaa siis meidät tekemään naiveja ja rohkeita arvauksia siitä, mikä estää oppimista terveydenhuollon organisaatioissa. Jos hän eläisi, hän saattaisi kysyä: miksi sairaaloista puhutaan kuin tuotantolaitoksista, jos perustarkoituksena on lievittää kärsivän ihmisen tuskaa? Miksi hoitotyön resursseista päättävät ne, jotka eivät ymmärrä mitä hoitotyö edellyttää, hoitamista johtavat ne, jotka eivät ymmärrä mitä johtaminen on?

## TUTKIMUKSEN TAUSTA, TEHTÄVÄ JA AINEISTO

Tässä työssä terveydenhuollon organisaatioiden oletetaan uusiutuvan vasta sitten kun tutki-

mukset kohdistuvat ns. vaikeasti tutkittaviin ilmiöihin. Tällaisia ilmiöitä ovat esimerkiksi epävirallisen vallan arkipäivän ilmentyvät. Se kuunteleeko joku lääkäri alaistensa huolia ei anna vastausta siihen, miksi lääkärit eivät kykene huolehtimaan alaisistaan (vrt. Pahkala 2000, 271). Tärkeäksi syyksi ns. vaikeasti tutkittavien ilmiöiden tutkimisen laiminlyönnille on nähtävissä deskriptiivisen ja preskriptiivisen todellisuuden kohtaamattomuus. Tutkijat eivät pääse tutkimaan näitä ilmiöitä ja konsultit eivät saa konsultoida (vrt. Schein 1987).

Esimerkiksi suurten reformien rinnalla saateetaan kuljettaa ajatusta siitä, että hoitaja tai lääkäri voisi organisaatiossa saavuttaa "vahvan sisäisen voimantunteen eli luoda voimaa itselleen" (Siitonen 1999, 85) ikään kuin hierarkkisen sairaalakulttuurin arvoja murtavasti. Voimaantumisen (empowerment) tutkimuksissa on silti havaittu, etteivät vanhemmat johtajat kykene perinteisissä virallisissa rakenteissa ja kulttuureissa omaksumaan johtamistyyliä, joka todella antaa myös strategista valtaa keskijohdolle ei vain työtehtävien organisointiin liittyvää valtaa (Procter & Currie & Orme 1999, 407). Lääkärien johtamista vastustavan *esprit de corpsin* on aikaa sitten havaittu syntyvän siitä, että heidän kulttuuriset norminsa ovat voimakkaasti ristiriidassa johtamiskulttuurin kanssa (Stewart 1987, 5). Konfliktialttiit työsuhteet muiden ammattiryhmien esimerkiksi hoitajien kanssa säilyvät entisellään paremmin silloin kun ei sitouduta johtamiskysymyksiin (Willcocks 1998, 169). Ylipäänsä mm. lääkärien johtamistaidoista puhutaan enemmän kuin niistä annetaan yliopistollista koulutusta (Hyppölä 2001).

Huonon yhteistyön taustalle jätetään usein myös valtakysymykset ja normatiiviset sopimukset ammattiryhmien välillä. Kuten Rousseau (1995, 51) esittää hoitajilla voi tiimissä olla muodollisesti sama asema kuin lääkäreillä, mutta todellisuudessa heillä on huonompi työturva ja vähemmän organisatorisia oikeuksia. Näin on siinäkin huolimatta, että usein hoitajat ovat sairaalan palkkalistoilla ja lääkärit toimivat myönnetyin etuoikeuksin (vrt. Suomessa esimerkiksi erikoismaksuluokan potilaita palvelevien lääkärien edut vs. samoja potilaita hoitavien hoitajien edut). Keskustelu teemasta loppuu usein hallintojohtajan toteamukseen: "Hyväksy se, sairaala ei voi toimia ilman lääkäriä. Jos lääkäri ei pidä hoitajasta ja hänen työstään, hoitaja saa lähteä talosta "

(Rousseau 1995, 52). On selvää, että huippuosaajille annetaan liikkumavaraa, mutta organisaation johtajien olisi oltava valmiina varasuunnitelmiin ja hallittava neuvottelutaidot tilanteiden kärjistyessä. Jokunen vuosi sitten HYKSin kirurgien keskinäinen 'välien selvittely' näytti tyypiesimerkiltä siitä, miten huonosti kyseistä tilannetta oli alusta alkaen oletettavasti ohjattu. Ainakin se osoitti, että johtamisen laiminlyömisellä voi olla erittäin kielteisiä seurauksia. Työyhteisö tehtävineen näytti jääneen mm. suomalaisten kirurgien riitelystä sivuseikaksi (Järvinen 1999, 148) siinä määrin, ettei usein huomata konfliktin puhkeamista huonon johtamisen lopputuloksena tai 'niitaa' yhteisötason konflikteihin ilmentymänä. Tämä huono johtaminen voi olla seurausta juuri johtavien lääkärien halusta enemmän suojata lääkäreitä kuin johtaa heitä (Kitchener 2000). Ja kun periaatteita tarvittaisiin selkeän työnjaon aikaansaamiseksi lääkärien kesken, unohtuvat periaatteet varsin nopeasti (vrt. Procter ym. 1999).

Popperilaisittain on mieleltöntä kysyä terveydenhuollon esimiehiltä huolehtivatko he alaistensa hyvinvoinnista, koska alaisten hyvinvoinnista huolehtiminen on aina periaatteessa tärkeää. Niin ikään 'vino' on myös väittämä siitä, että esimies löytää ihmissuhdeongelmissa sopivan ratkaisun. Voisiko milloinkaan edes ajatella popperilaisittain, ettei sen löytyminen olisi organisaatiolle hyödyksi? Väite ei siis periaatteessa falsifioitu, vaikka sen sitä tulisi tehdä. Terveydenhuollon organisaatioissa tämänkaltaisia kyselyjä tehdään silti edelleen (ks. esim. Pahkala ym. 2000), ja niissä esitetyt tulokset "esimiehen tulisi ymmärtää ihmisluntoa" (emt. 276) eivät syvennä aikaisempia löydöksiä (ks. esim. Menzies 1960, Presscott & Bowen 1985, Sheridan 1994, ks. myös Kinnunen 1992, Vuori 1993). Tällaiset väittämät ovat itsessään verifioituvia, joiden sijasta olisi kysyttävä onko esimerkiksi ihmissuhdeongelmissa löydettävissä sopivia ratkaisuja, jos ratkaisijoilla ei tunnetusti ole ollut minkäänlaista koulutusta tälle alueelle ja sairaaloiden henkilöstörakenteelliset ratkaisut estävät tällaisen toiminnan (ks. esimerkiksi Protector ym. 1999). Tämä johtaakin tutkimuskysymyksiin:

- a) Miksi terveydenhuollon organisaatioiden oppimista, kehittämistä ja johtamista on perusteltua mallintaa popperilaisen falsifikaatioteorian pohjalta?
- b) Miten terveydenhuollon empiiristä aineistoa on mahdollista tulkita falsifikaatiokriteerin eh-

doilla ja mitä uutta se tuo tutkimusten ideointiin?

Tutkimuksen aineiston koostuu kyselystä erään keskussairaalan operatiivisen tulosalueen työntekijöille (n=70) ja terveydenhuollon ammattilaisille (n=20), jotka olivat eri tehtävistä terveydenhuollon organisaatioissa (ks. tarkemmin Vuori 2001). Organisaatiokulttuurilla on kiistaton vaikutus ihmisten havaintoihin työstään ja työyhteisöstään. Tämä tutkimus sivuuttaa tämän "tosiasian". Tutkimuksen lähestymistapa ja aineisto palvelevatkin siten fallibilistista mallintamista terveydenhuollon organisaatioiden oppimiseen ja kehittämisen tarpeisiin. Aineistolla ei pyritä osoittamaan oikeaksi mitään muita oletuksia kuin sitä, että fallibilismi voi olla erittäin varteenotettava lähestymistapa terveydenhuollon organisaatioiden ja organisaatioiden reformikarusellin 'pysäyttämiseksi'. Vääänksi leimattavien hypoteesien määrä on olettavasti suurempi kuin se, miten paljon ne on testatusti osoitettu vääräksi tai ylipäänsä niitä päästään testaamaan terveydenhuollon organisaatioissa.

## POPPERIN DEMARKAATIOKRITEERI JA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIO

Popperin demarcatiokriteeri – kiistettävyyden ja falsifioinnin kriteeri - tarjoaa yhden mielenkiintoisen oppivan organisaation testausmenetelmän (Popper 1995, 39). Kuten tiedämme Popperin lähti ideasta, että periaatteessa kaikki teoreettiset hahmotelmat ovat aina jossain määrin vajavaisia selityksiä todellisuudesta. Popperille tieteelliset teoriat olivat periaatteessa falsifioituvia kun näennäistieteelliset taas eivät ole (ks. myös Raunio 1999, 138). Oppiva organisaatio ilmiönä falsifioituu aina huonosti kun se ilmiönä rinnastetaan organisaation muutokseen ja menestykseen kausaalisuhteita erittelemättä. Uskottavana ja 'helppona' selityksenä se saa helposti myös kehäpäätelmän luonteen. Lauseet: oppiminen takaa organisaatiolle menestystä, menestys edellyttää oppimista ja 'motivaatio ohjaa kaikkea toimintaa' ovat näennäistieteellisiä, koska ne eivät ole periaatteessa falsifioituvia. Prangen (1999) ajatusta jatkaen: oppivan organisaation teorian tarve on suuri, koska tarjolla on paljon näennäistieteellisiä, ainoastaan verifioituvia ja uskottavia selityksiä oppimisesta organisaation

tasolla.

Oppiminen organisaatiossa selitetään helposti siten, että menestys oli seurausta 'nopeasta oppimis- ja mukautumiskyvystä turbulenttiin toimintaympäristöön' tai muutos toimintatavoissa olisi seurausta henkilöstön oppimisesta. Popperin (1995, 35-39) mukaan liiallinen datan ja mallin keskinäinen vastaavuus eli mallin periaatteellinen kumoutumattomuus johtaa siihen, että mallia täydennetään puuttuvilla muuttujilla selityksasteen parantamiseksi – anomalian kohdalla teoria voidaan siis pelastaa syyttämällä käytettyjä muuttujia. Organisaation oppimisen tutkimushistoria osoittaa miten paljon erilaisia kilpailevia malleja on tarjolla ja miten paljon niitä kyetään selittämään verifioinnin periaatteella enemmän kuin falsifioitavuuden (vrt. Easterby-Smith 1997). On aina uskottavampaa ja houkuttelevampaa esittää minkälaista oppimista menestys edellyttää kuin mitä se ei edellytä tai mistä on haittaa – tehokkuuskeskeinen hallintotieteen sovellettavuus houkuttelee etsimään verifioitua menestystä. Selkeitä oppimista edistäviä ja estäviä listauksia ei löydy edes suomalaisten suosimista perusoppikirjoista (vrt. Sarala & Sarala 1996). On aina helpompaa todeta minkälainen esimerkiksi terveydenhuollon johtajan tulisi olla, kuin esittää tarkasti minkälaiset johtajat tulisi ohjata mihinkin koulutukseen ja minkälaiset vaatia vaihtamaan tehtäviä – jälkimmäinen johtaa väistämättä ns. vaikeasti tutkittavien valtaimiöiden analyysiin. Kriittisesti on silti oikeutettua kysyä mikä on useiden suomalaisten kuntien satojen tuhansien markkojen hintaisen tiimikonsultoinnin kustannus-hyöty, jos sitä tekevä konsultti ilmoittaa vaihtavansa tiimit pian johonkin paljon myyvämpään tuoteeseen.

Dogmaattisen falsifioinnin kritisoijat ovat hetimiten kritisoimassa tätä asetelmaa, toteamalla ettei hypoteesien vääräksi osoittaminen voi olla sen varmempaa kuin oikeaksi osoittaminenkaan. Lievemmin Kuhn (1970) esittää, ettei mikään teoria ratkaise kaikkia tietynä hetkenään kohtaamiin ongelmiin, eivätkä saavutetut ratkaisut voi olla mitenkään täydellisiä. Näin ollen kaikki teoriat ja mallit ovat aina ankaran tieteellisesti ajatellen hylättävissä. Popperilaisten tulisi siis pystyä Kuhnin mukaan osoittamaan falsifioinnin todennäköisyyksiä, jolloin he siirtyvät toiseen, verifioinnin todennäköisyyden 'tutkijaleiriin'. Bohmin ja Peat (1992, 73) jatkavat hieman samoilla linjoilla todetessaan, että tieteen liike, konfirmaation ja

falsifikaation liikkeenä ei voi toteutua popperilaisuudessa. Heille ei ole mitään mieltä asettaa hypoteesia ellei sitä edes ole konfirmoitu tai jos se ei vaikuta kovin järin uskottavalta (vrt. emt.). Rajoituksistaan huolimatta falsifikaation on todettu "näyttelevän metodisessa totuudenetsinnässä verrattomasti tärkeämpää osaa kuin lauseiden verifikaatio." (von Wright 1998, 105). Kritiikistä huolimatta terveydenhuollon organisaatioiden kehittämiseksi ja oppimiselle Popperin demarkaation ongelmassa on paljon ideoita. Falsifioitavuuden sijasta on kiehtovaa tarkastella sitä, millä perusteella tietyt ilmiöt oikeutetaan laajemman terveyshallinnollisen tutkimuksen kohteiksi. Se onko hypoteesi osoitettavissa oikeaksi ja vääräksi ei määritä sitä mikä hypoteesi on adekvaatti, mutta demarkaatiokriteeri ohjaa etsimään 'sitä oikeaa' ennakkoluulottomasti.

Kun tämä tieteen uskottavuuden ja kasvun keskustelu siirretään fysiikasta yhteiskuntatieteisiin syntyy toisenlaisia haasteita. Ensiksi Popperin demarkaation ongelman merkitys ei ole niinkään falsifioinnin, vaan tutkimusidean testattavuudessa ja heuristisessa hyödyntämisessä. Popperhan korostaa, että periaatteessa falsifioituvien hypoteesien asettaminen merkitsee samaa kuin eteneminen kriittisesti kestävämmän teorian rakentamiseen (Popper 1995, 38-39, ks. myös Raunio 1999, 139). Mallin ja havaintojen vastainen ristiriita merkitsi myös sitä, että 'järjettömäksi' väitettyjen ideoiden täytyy olla perustellusti järjettämiä (Popper 1995, 257). Popper on helppo kumota falsifikaation ehdottomuuden periaatteella (vrt. Raunio 1999, 139), mutta se ei tee oikeutta hänen tieteen edistymisen etsinnälle:

"Teoria, joka on tarkempi ja helpommin kumotavissa, on myös mielenkiintoinen. Koska se uskalletumpi, se on vähemmän todennäköinen. Mutta se on paremmin testattavissa, sillä voimme tehdä testimme tarkemmiksi" (Popper 1995, 256).

Tämä tarjoaa itse asiassa mahdollisuuden luovaan leikkiin enemmän kuin oletammekaan, vaikka juuri siitä Bohm ja Peat (1994) Popperia kritisoivat. Popperin demarkaatiokriteeri ohjaa meidät väkisin kyseenalaistamaan aikaisempien terveyshallinnollisten tutkimusten teoreettiset perusoletukset ja pakottaa asettamaan 'sosiaalista tasapainoa järkyttäviä' tutkimuskysymyksiä. On esimerkiksi kysyttävä määrättykö sairaalorganisaatiossa asiantuntijan toimenkuva enemmän johtajan ja johtajien mielivallan kuin delegoi-

dun vallan ehdoilla (vrt. Argyris 1995, 105-111)<sup>1</sup>. Mielenkiintoisesti Popperin näkemys oppimisestakin on samansuuntainen "oppimisen prosessi sisältää runsaasti sellaisia odotustemme korjauksia, jotka ovat järkyttäneet meitä" (Popper 1973, 344). Tämä ristiriita odotusten ja todellisen tilanteen välillä synnyttää yrityksen ja erehdyksen prosessin, jossa todellisuutta yritetään tehdä odotuksia vastaavaksi (ks. myös Berkson & Wettersten 1984, 6-9). Terveydenhuollon organisaation, esimerkiksi sairaalan johtamisessa kysymys kuuluu: kenen odotuksia vastaavaksi todellisuutta on perusteltua muuttaa? Todellisuudessa johtamisesta tiedetään yleisemmin hyvin vähän, vaikka sitä on tutkittu suunnattomasti (Sievers 1994, 160). Tutkimusaluetta vaivaa äärettömän suuri yksilökeskeinen lähestymistapa, vaikka useasti ilmiönä kyse on ryhmädynamiikasta (emt.). Sairaaloissa mm. johtamiongelmia lähestytään helposti itsestään selvyysin. Professionaalista raja-aitoja ei esimerkiksi kyseenalaisteta organisaatio- ja palvelurakenteellisissa kysymyksissä: sanotaan että vaikkapa resursseja lisäämällä kaikki on ratkaistavissa. Tällöin unohtuu, että "ongelma ohjaa tiedon hankintaa ja toiminnan edellytysten tutkimista, ja jos ongelma on määritelty väärin, ratkaisun ehtojen etsintä suuntautuu virheellisesti." (Miettinen 1998, 91). Esimerkiksi vanhustenhuollon organisaatiossa työyhteisön ilmapiirin on havaittu korreloivan selvästi korkean palvelulaadun kanssa. (Sheridan & White & Fairchild 1992, 335). Professionaaliset raja-aidat ylittävän yhteistyön on havaittu myös Suomessa laskevan kustannuksia (Mäkelä ym. 2000, vrt. Taskinen ym. 1993, 178).

Niinikään Linna (1999, 92) tuo esille väitöskirjatutkimuksessaan, että suomalaisissa sairaaloissa puolet kustannustehottomuudesta johtui allokatiivisesta tehottomuudesta. Lääkärien työvoimaa käytettiin liian vähän suhteessa muihin ammattiryhmiin, yliopistosairaalat käyttivät liikaa pääoma- ja materiaalivaroja työvoimaan nähden. Resurssien lisäys ei siis takaa sitä, että niitä käytettäisiin tarkoituksenmukaisesti. Tässä on kyse paljolti siitä, miten johtajat oppisivat tulkitsemaan mm. edellä mainittua tietoa ja arviointitietoa tehdäkseen johtamiskäytännöt vaikuttavammaksi (vrt. Øvretveit 1998, 392). Demarkaation kriteeriä soveltaen edellä sanotun voisi tiivistää hypoteesiksi: sairaaloiden johtajat eivät pysty ratkaisemaan delegoinnin ongelmia ihmissuh-



detasolla, koska ovat taipuvaisia panostamaan lääketieteen teknologian ja työtilojen investointeihin sairaalatehokkuuden lisäämiseksi, vaikka lääkärin työvoimaa käytettäisiin entistä vähemmän jo esimerkiksi käytössä oleviin leikkaustiloihin ja teknologiaan nähden.

#### *Itsepäisyyden menetelmä organisaation oppimisen esteenä*

Terveydenhuollon organisaatioissa näyttäisi vallitsevan Peircen itsepäisyyden menetelmätodellisuus (ks. Niiniluoto 1984, 81). Sairaalaorganisaation viestintä ja tiedonkulku oletetaan toistuvasti olevan viestintäkanaviin liittyvä tekninen ongelma. Viestinnän huonoutta selitetään usein kehämäisesti ilmiöllä itsellään "viestintä ei toimi, kun tieto ei kulje". Viestintää estää terveydenhuollon ammattiryhmien taitamaton yhteistyö, jota johtajat eivät kykene, halua tai uskalla ratkaista.

Tämä itsepäisyys on vastoin sitä popperilaista ideaa, jossa kaikki tietomme perustuu arvaamiseen ja sen kritisointiin (Popper 1995, 152). Tiedonkulun kritiikki on terveydenhuollossa vain lisännyt mm. sähköisten viestintäkanavien määrää. Arvaus: mitä enemmän kanavia sitä vähemmän tieto kulkee ei ole tullut testatuksi. Popperille kaikki arvaukset ovat yhtä oikeutettuja. Sairaalojen johtajat voivat siis yhtä lailla teeskennellä kuin olla todellisuutta peilaavia julkisen sanan lausunnoissaan: "lääkärilakko ei aiheuta osastojen sulkemisia" (Liukkonen & Takala 2001).

On yhtä todennäköistä tai epätodennäköistä, että uskomuksia oikeista ja tarpeellisista tutkimuskohteista ohjaa auktoriteetin menetelmä. Näin ollen on yhtä todennäköistä, etteivät sairaalojen johtajat helposti hyväksy tutkimushypoteeseja, joissa esimerkiksi testattaisiin lääkärin johtamistaitoa tai kyseenalaistettaisiin ylimmän johdon tiedotus- ja viestintätavat. Toisaalta he eivät olisi kovin halukkaita siihen, vaikka niistä olisi vuosien verifioitu näyttökkin (Nutt 1999, Hargish & Tourish 2000). Käytännön ongelmien tasolla huono tiedonkulku organisaatioissa on edelleen terveydenhuollon organisaatioiden perusongelmia aivan yhtä lailla kuin ammattiryhmien ja erikoisalojen väliset yhteistyösuhteet (Lamb – Cox 1999, 296). Miksi siis tehdä tutkimusta muuttujilla, joiden ainoa analysoiva vastus on: tiedonkulkuun on kiinnitettävä huomiota.

Terveydenhuollon organisaatioiden oppimisessa lääkärijohtajien osaamisen testaaminen hypoteesilla: "ylimmällä johdolla ja osastolääkäreillä ei ole mitään tietämystä johtamistaidoista" tai "tiedonkulun huonous ei johdu viestinnän vähyydestä, vaan ylimmän johdon eristytymisestä" ovat helposti falsifioitavia. Popperin idean etu on tässä ilmeinen, koska meidän olisi pystyttävä falsifioimaan nämä hypoteesit muutoinkin kuin vain 'järkeilemällä' – muutoin voimme epähuomiossa älyllistää niitä liikaa (vrt. Menzies 1960). Järjettömältä kuulostava hypoteesi opettaa meitä muotoilemaan uskomusten ja niiden ohjaamien tutkimusten pohjalta adekvaattisempia tutkimusasetelmia. Esimerkiksi hypoteesi siitä, että japanilainen laadun diffuusio on seurausta erinomaisesta laatutyöstä organisaatiossa ei ole tässä mielessä lainkaan niin mielenkiintoinen kuin hieman järjettömältä kuulostava hypoteesi: japanilainen laatu oli suotuisan talouskasvun luoma illuusio japanilaisuudesta (vrt. Lillrank 1998, 185).

#### *Deskriptiivinen, preskriptiivinen ja falsifioiva organisaatiotutkimus*

Popperin määrittelemä demarkaation ongelma avaa organisaatioiden deskriptiivisiä ja preskriptiivisiä teorioita (Tsang 1997). Voiko terveydenhuollon organisaatioiden kehittäminen, oppiminen ja muutos kiertää preskriptiivisen teoriaorientaation vuoksi kehää? Voivatko esimerkiksi resurssit, työpaine ja kiire olla ilmiöitä, joita aiheuttaa jokin muu mekanismi kuin resurssien puute, työn määrä ja aikapula? Morrison ja Milliken (2000) esittävät mielenkiintoisen 'organisatorisen hiljaisuuden' mallin. Mallissa työntekijät 'voimaantumisretoriikan' vastaisesti oppivat olemaan hiljaa tietyistä asioista, koska puhuminen on heistä turhaa, hyödytöntä ja jopa vaarallista. Morrison ja Milliken päätyvät siihen, että organisaation ylimmän johto aiheuttaa yllättävänkin helposti arvottomuuden tunnetta työntekijöissä, toimintojen hallinnan ollessa professionaalisesti homogeenista, vaihtoehdotonta. Tämä lisää henkilöstön rooliristiriitoja, kognitiivista dissonanssia ja puutetta hallita itsenäisesti omaa toimintaa.

Itsestäänselvyyksien – 'kuvittelulla tyhmiksi leimattavien tutkimushypoteesien' asettamien tulee entistä tärkeämmiksi kun tiedämme, että niin lääke- kuin hoitotiede edellyttää runsaasti ns.



äänetöntä ammattitaitoa. Tämän ammattitaidon muodon selittäminen on vaikeaa, mutta liittyä olennaisesti kykyyn saada hoito tai hoito-  
toimenpide tehdyksi (Patel & Arocha & Kaufman 1999, 78)<sup>2</sup>. Kun hoitopäätöksiä tehdään äärim-  
mäisessä kiireessä, kasvaa äänettömän ammat-  
titaidon merkitys entisestään. Leprohon ja Patel  
(1995) havaitsivat mm. hoitajien kohdalla miten  
yli 10 vuotta hoitajina olleiden päätöksenteko-  
tarkkuus oli merkittävästi korkeampi kuin vähem-  
män kokeneilla hoitajilla. Yllättävästi varmuus  
päättöksen oikeellisuudesta oli merkittävästi pa-  
rempi äärimmäistä nopeutta vaativissa tilanteissa.  
Terveystieteiden organisaation oppimiselle  
tämä tarjoaa falsifioituvan hypoteesin: asiantun-  
temus terveystieteiden organisaatioissa katoaa  
täysin suurten ikäluokkien samanaikaisesta eläke-  
keelle siirtymisestä, koska kiireellisten hoito-  
tapauksen määrä ei vähene, ja tästä kaikesta  
seuraa resurssien allokatiivista tehottomuutta.  
Todellinen haaste syntyy siitä, voiko tätäkään  
hypoteesia asettaa turhautumatta ja yhteisöllisesti  
asemaansa vaarantamatta (vrt. Morrison-  
Millikson 2000).

Kun tiedämme terveystieteiden ongelmien  
osin löytyvän professioiden välisten ihmissuhde-  
taitojen oppimattomuuden alueelta, jää pohti-  
maan niiden lukuisten sairaalaorganisaatioiden  
ulkopuolelta tehokkuuteen tarjottavien uudistus-  
mallien tarkoituksenmukaisuutta. Kun Linna  
(1999, 92) esittää, ettei tietoa allokatiivisesta te-  
hottomuudesta voisi käyttää sairaalajohtamisen  
apuvälineenä, on hän vain osittain oikeassa.  
Allokatiivinen tehottomuushan on looginen seu-  
raus johtamiskyvyn puutteesta. Toisaalta Preston  
ja Loan-Clarke (2000, 105) esittävät, etteivät sa-  
raaloiden johtajat välttämättä aina jätä vies-  
tittämättä asioita henkilöstölle, mutta henkilöstön  
tulkintaperspektiivi on johtajien mukaan valmiik-  
si sellainen, ettei viestejä oteta vastaan. Näin ol-  
len kysymys ymmärtääkö esimies alaisiaan riit-  
tävän hyvin (ks. esimerkki tällaisesta Pahkala ym.  
2000, 271) sisältää klassisen virheen, jossa ym-  
märtäminen ja riittävä voivat olla määrittelemättö-  
minä mitä tahansa (vrt. sisäisen validiteetin on-  
gelma) ja niin ikään alainen terminä voi ohjata  
vastamaan hierarkian oikeutusta legitimoivasti.

Øvretveitin (1998) mukaan terveystieteiden  
johtajat toimivatkin yhä enemmän poliittisessa  
ympäristössä niin kansallisesti kuin paikallises-  
tikin: tutkimuksellinen tietämys "vallan, politiikan,  
konfliktien ja tunteiden merkityksestä asioiden

aikaansaamisessa" olisi täten tiedostettava ja  
hyödynnettävä nykyistä paremmin. (emt. 392).  
Schipperin (1999, 482) johtopäätöksiä mukaillen  
tällainen ajattelu usein edellyttää johtamisen  
muotisuuntauksen kriittistä tarkastelua tutkimus-  
tietoon nojautuen. Suomalaisiin terveystieteiden  
organisaatioihin soveltaen: hoidon laatu-  
poikkeamien taustalla on sairaaloiden vallan, politi-  
ikan, käsittelemättömien konfliktien ja tunteiden  
tutkimaton alue, jolla on ehkä merkittävämpi yh-  
teys koettuun palvelun laatuun kuin laatu-  
kontrollilla itsessään. Hypoteesi kuulosta naiivilta,  
mutta se voi olla tosi tai epätosi. Sen testaami-  
nen ei ole silti helppoa, koska globaalissa julkis-  
johtamisen suuntauksessa mukautuminen ja te-  
hokkuus ovat olennaisempaa kuin asiakkaiden  
tarpeiden kuuntelu (Lane 2000).

Terveystieteiden ongelmat eivät siis sinänsä  
ratkea mm. johtajia vaihtamalla tai resursseja li-  
säämällä, vaan pikemminkin kunkin organisaati-  
on ja työyhteisön toimintamallin itsestään selvyys-  
kykyä kyseenalaistamalla (Procter & Currei & Orne  
1999). Jos kaikki erikoisalajat esimerkiksi yliopisto-  
sairaaloissa haluavat kalliita teknologisia laitteita  
niiden alhaisesta käyttöasteesta huolimatta  
yksikköihinsä, niin kyse ei ole resurssi-  
ongelmasta, vaan yhteistyön ongelmasta (vrt. Linna  
1999). Yhteistyön ongelma seuraa osin siitä, että  
yhteistyö nähdään teknisenä eikä kulttuurisena  
ongelmana. Todellisuudessa huono osastojen ja  
klinikoiden välinen viestintä luo merkittävän eris-  
täytymisen tunteen, joka heijastuu välipitämättö-  
myytenä päätöksentekoprosesseja kohtaan ja  
sitä myöten myös kustannuksiin (Hargie & Tourish  
2000). Yksi laite useamman yksikön yhteiskäy-  
tössä lisäisi resursseja muuhun toimintaan.

Olen yhdistänyt Popperin määrittelemän  
demarkaation ja Tsangin (1997) deskriptiivisen  
ja deskriptiivisen teorioiden dikotomian taulukos-  
sa 1. Useimmat terveystieteiden organisaatioiden  
muutosprosesseista on tulkittavissa siten,  
että on olemassa jokin 'annettu totuus' jonka  
mukaan organisaatioiden on mm. sovellettava  
laatujohtamisen tiettyä ideologiaa<sup>3</sup>. Tutkijat ovat  
deskriptiivisesti kiinnostuneita siitä, ilmeneekö  
oppimista ylipäänsä ja jos ilmenee, niin miten se  
on osoitettavissa toteen.

**Taulukko 1.** Deskriptiivinen, preskriptiivinen ja falsifioiva teoriasuuntaus.

	Deskriptiivinen	Preskriptiivinen	Falsifioiva
Avainkysymys	Minkälaista oppiminen terveydenhuollon organisaatiossa on?	Minkälaista oppimisen terveydenhuollon organisaatiossa pitäisi olla?	Jos ei tiedä mitä oppiminen on, miten tietää mitä sen pitäisi olla?
Kohderyhmä	Akateemiset	Ammattilaiset	Kaikki ihmiset
Tavoite	Teorian luonti	Toiminnan parantaminen	Teorian ja toiminnan yhdistäminen
Tiedonlähde	Järjestelmällinen tiedonkeruu	Konsulttikokemus	Teoria, arvaus ja falsifiointi
Metodologia	Monipuoliset menetelmät	Tapaus- ja toimintatutkimus	Deduktiivinen logiikka
Yleistettävyyys	Tietoinen tutkimustuloksia rajoittavista tekijöistä	Teorian liiallinen yleistys kaikkiin organisaatioihin	Tilapäistä falsifioitavuuskriteerin ehdoin
Oppimisen tulos	Mahdollinen käyttäytymismuutos	Todellinen käyttäytymismuutos	Tietoisuus arvoista ja itsestään selvyyksistä
Suorituksen ja oppimisen suhde	Negatiivinen tai positiivinen	Positiivinen	Neutraali

## OPPIMISEN JA JOHTAMISEN ESTEET TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOSSA

Miksi ihmeessä meidän tulisi oppia organisaatiossa ja työssä? Presskill ja Torressin (1999) mukaan organisaation oppimista tarjotaan ratkaisuksi kaikkeen. Organisaation oppiminen mahdollistaa tuottavuuden parantumisen, uusien palvelujen kehittämisen, korkeamman moraalien, kasvaneen tehokkuuden kokemuksen jne. Kun Presskill ja Torress (emt. 110) uskovat, että oppimisen ryhmädynamiikkaan analyysiin ylletään arvioivalla tutkimusprosessilla, on kysyttävä kriittisesti missä määrin tällaista oppimisen arviointia on mahdollista tehdä sairaaloissa. Niissähän arvioinnista päättää usein ne, joiden tulisi itse olla arvioinnin kohteena. Esimerkiksi kirurgien kohdalla on oletettavaa, että heidän toimintatapaansa voi vain analysoida kirurgeja itseään hyödyttävällä itsearvioinnilla. Johtamisen esteenä ovat tällöin ne kirurgit, jotka eivät osaa johtaa itseään. Tämä jo yksistään osoittaa deskriptiivisen tutki-

muksen tarpeen. Emme tiedä riittävästi siitä, mitä todellisuus terveydenhuollon organisaatiossa on implisiittisen tiedon jäädessä liian usein "tieteellisen tutkimusten ukopuolelle" (Cimino 1999). Kaikki arvaukset tulisi siten sallia.

Oppimisen ja johtamisen esteet vaihtelevat työyhteisöstä ja organisaatiosta toiseen. Oppimisen ja johtamisen yhteyden tarkastelu mm. sairaalakuultuureissa vie väistämättä siihen, miten johtaminen yleensä ymmärretään sairaalassa. Johtajien on havaittu selviytyvän ja 'väistävän' mm. yksittäisten työntekijöiden johtamishaasteet liiaksi teknisellä asioiden johtamisella. 'Vetäytymällä takaisin hoitaja- ja lääkärikaapuun' ja valitsematta persoonallista johtamismentaliteettia selviytyy asioiden johtamisessa seuraavaan päivään ilman ihmissuhteisiin paneutumista (Kitchener 2000, vrt. Vuori 1993, 16).

Johtamisen esteeksi muodostuu myös johtamisen määrittelemättömyys ja tietotaito. Lääkäreitä palkitaan johtajuudella, vaikka he eivät tietäisi johtamisesta mitään. Tämä vahvistaa mm.

lääkäriprofession tunnettua proletarisoitumisen teoriaa. Senhän mukaan lääkäreiltä, vaikkapa sairaalan johtajille siirtyvä valta tulkitaan lääkärin ammatin harjoittamisen heikentymisenä (Harrison 1993). Johtajalle paljastuu pian se, ettei hänen tietämyksensä lääkärinä riitä johtajana toimiseen. Kilpailukulttuurissa haavoittuvuuden pelko ja asiantuntijalle asetettu odotus oikeiden vastausten löytämisestä estää tällaista johtajaa luomaan ihmisten johtamisessa tarvittavia läheisiä ja luottamuksellisia suhteita. Johtajaan saatetaan myös luottaa väärin perustein eli hänen lääkärinä, eikä johtajana osoittaman etevyyden pohjalta. Johtajalle on tällöin eduksi toimia siten, että he välttävät taitavasti ottamasta kantaa mihinkään sellaiseen jonka seurauksena he joutuisivat paljastamaan tietämättömyytensä rajat tai muuttamaan toimintatapaansa. Kokouksissa on useita tapoja välttää vaikeasti tutkittavien ilmiöiden esille tuleminen. Yksi näistä on järjestelmällinen 'mutta' -rakenteen käyttö: Lääkärin ja hoitajien yhteistyön kehittäminen on kyllä tärkeää, *mutta* meidän on nyt elettävä budjetin ja tulostavoitteiden ehdoilla. (vrt. Argyris 1996, 103-104).

Toisaalta lääkärijohtaja, jolla ei ole valmiuksia ymmärtää johtamisen luomia mahdollisuuksia antaa ylimmän johdon ehkä liiksi ohjata osastoja klinikkatasoista tai terveyskeskustasoista johtamista. Johtamisorientaatiossa on toki tapahtunut myös myönteistä muutosta (ks. esim. Enckel 1998, Hyppölä 2001). Tästä huolimatta lääkärit näyttävät reagoivan 'vallan siirtymään' vieraantumalla. He eivät arvosta sairaalan johtamista ja sairaalan hallintoa toimintana sinänsä, vaan kapinoivat hiljaa (McKinlay & Stoekle 1988, vrt. Hermanson 1989, Kitchener 2000).

Eikä tällöin olisi olennaisempaa tutkia rohkeasti sitä, onko tämä vieraantuminen mm. nykyisen telelääketieteen soveltamisen esteenä. Jos yhteismuutoksen aikaansaamisen on havaittu edellyttävän teknologiaa enemmän muutosta ihmisten asenteissa, organisaation rakenteessa ja tehtävissä (Leavitt 1965), niin yksistään teknologiseen muutokseen sen enempää palveluketjuissa kuin muillakaan alueilla ei saisi sitoa liiaksi odotuksia ja energiaa. Perusta tulisi olla ensin kunnossa.

Tämä johtaakin kysymään miksi terveydenhuollossa on niin vähän tutkittu uudelleen mm. Menziesin (1960) klassisia löydöksiä mm. ahdistuksesta ja sen yhteydestä sairaalaorganisaation toimivuuteen. Nyt esimerkiksi sairaaloissa jopa

julkisuuteenkin nousevat työnjaolliset ja valtaan liittyvät konfliktit saattavat näyttäytyä ilmiönä, jotka 'rationalisoidaan' toteamuksilla: lääkärin keskinäiset riidat eivät ole johtamiskysymyksiä, vaan 'poliisiasioita'.

Sairaanhoitaja-lääkäri -suhteella puolestaan on oma pitkä historiansa. Edelleenkin Steinin (1967) löydökset siitä, että avoimia konfliktitilanteita pyritään välttämään, voi johtaa vähitellen teeskentelykulttuurin: sanotaan sitä mitä ei tarkoiteta, tarkoitetaan sitä mitä ei sanota. Jos lääkäri määrittää yhteistyön hoitajan osalta vain pätevyyden ja auttamishalun kysymyksenä ja hoitaja puolestaan luottamuksen ja kunnioituksen kysymyksenä (ks. Prescott & Bowen 1985), niin silloin Minän ja Sinän välissä on buberilaisittain jotakin tai follettismin mukaan kyse on siitä, että sairaanhoitaja on lääkärille tilaobjekti, mutta hoitajalle lääkäri on nähty oletettavasti enemmän ihmisenä sinänsä. Traagisinta tässä on se, että harkitsematon mukautuminen muodikkaaseen voimaantumisen ja tiimien kehittämiseen voi aiheuttaa 'poliisiasian' ellei laillisen virkavastuun ja harkintavallan suhdetta ole selvitetty. Sen selvittämättömyys puolestaan palvelee rahoittajia sikäli, että terveydenhuollon ammattilaisten tehdesä vaativampia toimenpiteitä kuin aiemmin merkitsisi samalla se mm. palkkaperusteiden tarkistamista.

Tällaisissa terveydenhuollon organisaatiokulttuureissa oppimisesta ja sen johtamisesta on suuri vaara tulla liian paljon teknisiin muutoksiin painottuvaa toimintaa, jossa esimerkiksi johtamiseksi luetaan 'laatupoikkeamien' kontrolli laatu-järjestelmissä. Kollegan johtaessa kollegaa ollaan myös tilanteessa, jossa asiantuntija helposti puuttuukin mm. toisen asiantuntijan tekniseen osaamiseen. Esimerkiksi johtavalle lääkärille tai osaston lääkärille johtaminen voi merkitä samaa kuin lääkärin 'lääketieteellisen tietämyksen' kontrollointi ja ylläpito. Asiantuntemus on tällöin johtajuudessa ymmärretty väärin, koska valvonta tulee ihmisten keskinäisen luottamuksen väliin kliinikon epäillessä kliinikon pätevyyttä (vrt. Simon 1979). Esimerkiksi Simonin (1979, 172) mukaan asiantuntijuus merkitsee hyvien päätösten tekemistä johon jokaisen asiantuntijan tulisi kyetä valvomattakin.

Johtajan tehtävänä on koordinoida asiantuntijoiden päätösten keskinäinen logiikka organisaation tavoitetta palvelevaksi, mutta ajatusta, ettei johtajan tarvitse tietää työntekijää enemmän voi

olla hyvin vaikea omaksua. Asiantuntijaorganisaatiossahan tällainen asenne saattaa kuitenkin estää entisestään oppimista, koska työntekijänä lääkäri ei ole aina innoissaan hänen asiantunteuksensa kontrollista, etenkin jos kontrolli on luonteeltaan vähänkin nöyryyttävää (vrt. Argyris 1990). Näin estetään samalla hierarkkisissa organisaatioissa usein muutoksessa tärkeän luotamuksen syntymistä mikä kulttuuriin 'juurtumattomuus' vaikuttaa jatkuvasti muutosten syntymistä ihmisten keskinäisissä suhteissa.

Kun terveydenhuollon naisammattilainen, lääkäri sitten joutuu valittamaan nimityssyrjinnästä, häpeä, syyllisyys ja inho helposti sumentavat ihmismielen ja rationaalisen kyvyn ymmärtää asioita (Fulop – Rifkin 1997), eikä myöskään johto ymmärrä hahmottaa tilannetta johtamiskysymyksenä. Toisaalta jos osastonlääkärikin tehtävää kierrätetään niin nopeasti, ettei kukaan ehdi paneutumaan johtamisen haastavaan tehtävään, ollaan jatkuvasti 'pätemättömyytensä tasolle' nousseiden johtajien varassa. Samalla halukkuus todella erikoistua lääkäriä johtamisen kysymyksiin menetetään, mikä voi olla popperilaisittain lääkäriprofession proletarisoitumista palveleva implisiittinen tavoitekin.

Oppimisen ja johtamisen esteen terveydenhuollon organisaatioissa näyttäisi siten olevan ainakin jossain määrin se, ettei oppimiselle eli syvälliselle muutokselle ihmisten tasolla ja sen johtamiselle ole luotu mahdollisuuksia terveydenhuollon ammattilaisen valta-asemien ja heidän taakseen mahdollisesti vetäytyvän keskijohdon taholta. Sairaaloiden ylin johto saattaa myös välttää vaikeisiin valtakysymyksiin tarttumista. Se saattaa myös delegoida tai vyöryttää vastuun niistä keskijohdolle, joka ei mm. vähäisten johtamistaitojen ja tietojen vuoksi ole kyvykäs tarttumaan niihin rakentavasti edes työnohjallisen tasolla (vrt. osastolääkäriin tai osastonhoitajan johtamistietämyksen alhaisuus).

Luonnontieteellisen tutkimuksen kyllästäminen terveydenhuollon organisaatioiden kulttuuri saattaa olla luonteeltaan 'positivismin peikon sokeuttamaa'. Popper anti-positivismissaan korosti teoreettisten oivallusten merkitystä enemmän kuin havainnoista lähtevää ongelmanratkaisua, vaikka käyttikin havaintoja teorian testaajana. Terveydenhuollon organisaatioissa väsymys, työmäärä, kiire, aikapula jne. ovat helposti havaittavissa olevia ilmiöitä. Popperilaisittain niiden ratkaiseminen ei ole mahdollista siten, että niiden määräl-

lisyys osoitetaan todeksi organisaatioissa, koska äärellisestä määrästä havaintoja ei voida tuottaa mitään ilmiötä selittävää lakia, koska se ei yllä ilmiön taakse kaikki tapaukset kattavaksi teoriaksi kuitenkaan. Näin ollen toisin kuin ajatellaan terveydenhuollon valtavaa resurssipulaa, väsymystä, aikapulaa (mitä sillä sitten tarkoitetaan) ei voida yksiviivaisesti korjata henkilöstön määrän lisäyksellä, koska näitä tekijöitä selittävät aivan muut tekijät. Havaintoja siitä, että väsymystä selittää työpaineita enemmän yhteistyökyvyt on löydetty myös Suomessa (ks. esim. Elovainio & Kivimäki 1996). Kyse ei ole siis enää rohkeasta arvauksesta, vaan pikemminkin uusia hypoteeseja tuottavasta seulonnasta.

Resurssien yksiviivainen lisäys lisää helposti allokatiivista tehottomuutta, jossa resurssit käytetäänkin uusien materiaalien ja teknologian hankintaan, muttei esimerkiksi johtavien lääkärin ja hoitajien ihmissuhdetaitojen kehittämiseen (vrt. Linna 1999). Nyt näyttäisi toisinaan siltä, että terveydenhuollossa johtamisen hyötyä tulisi olla näytettävissä luonnontieteellisen eksaktiuden kriteerein. Tämä tarkoittaa siis sitä, että meidän tulisi hylätä "tuberkuloosi" ilmiönä, jos lääkäri ei osaa tunnistaa sitä. Tämä on tietysti yhtä suuri erehdys kuin luulo siitä, että lauseella "X sairastaa tuberkuloosia ei ole merkitystä ennen kuin meillä on kriteeri, jonka avulla voimme päättää, sairastaako tietty henkilö tuberkuloosia vai ei." (Popper 1974, 648-649). Terveydenhuollossa aivan samalla tavalla kuin johtamisessa on kyse samasta ongelmasta eli määrittelystä. Nyt organisaatioiden kehittämisessä ikään kuin oletetaan, että terveydenhuollon johtaminen on jossain erikseen määriteltyä. Näin ei välttämättä ole lainkaan, vaan määrittelyn tarjoaa preskriptiivisesti kulloinkin muodissa oleva johtamismuoti. 'Muodin' adekvaattisuus, osuvuus olennaisiin terveydenhuollon ydinongelmiin jää usein osoittamatta, mm. kuoleman ja elämän merkitys sivuutetaan toistuvasti.

Tällöin on täysin ymmärrettävää, että muutosvastarinta terveydenhuollon organisaatioissa kasvaa, koska henkilöstö näkee päivittäin mitä johtaminen on tai ei ole, mutta nämä preskriptiiviset teoriat eivät kohtaa tätä todellisuutta lainkaan yksittäisten yhteisöjen kohdalla. Näin syntyy 'nimeämättömän johtamisen' loukku, jossa esimerkiksi nuori lääkäri joutuu milloin minkälaisen 'nimeämättömän' johtamisen' kohteeksi, jonka seurauksia yritetään 'korjata' esimerkiksi laatujohtamisel-

la. Se miten seniorilääkäri todella johtaa ei kuitenkaan paljastu tai tule toimintaa ohjaavaksi tekijäksi. Konsulttien tarjoamat tutkimushypoteesit: mikä on työmäärän ja laatutyön suhde? eivät synnyttä pelkoa lääkäriprofession proletarisoitumisesta siinä määrin kuin tutkijoiden hypoteettisesti rohkeat arvaukset: lääkärin työvoiman käyttöaste on liian alhainen ja johtamistaitoja ei ole riittävästi (vrt. Linna 1999).

## ROHKEA ARVAUS: ONKO HENKILÖSTÖN TYYTYVÄISYYS ITSE ASIASSA TYYTYMÄTTÖMYTTÄ?

Tutkimusasetelmien empiirisessä aineistokeruussa korostetaan aina muuttujien adekvaattisuutta ja tutkimusasetelman 'vinouden' välttämistä. Validiteetin osalta voimme toki löytää hyviä operationalisointeja esimerkiksi työmäärälle, mutta hyväkään operationalisointi ei takaa adekvaattisuutta. Hyvä esimerkki tästä psykologian alalta ovat vielä organisaatioissa muodissa olevat psykologiset työhönnottestit. Ne ovat vielä valideja, mutta hyvin epäadekvaatteja. Psykologian ihmiskuva 50-luvulta kun ei ole enää sama tänään: testi mittaa hyvin sellaista, mikä ei ole relevanttia nykymaailmassa.

Kun tutkimuksen kohteena on esimerkiksi leikkaussali, työmäärä voi olla yhtä lailla hyvä arvaus kuin kiltteys ja puhumattomuus työyhteisöjen ongelmien aiheuttajina. Yleisen totuuden kriteerin hylkäys ei silti oikeuta johtopäätökseen, että tutkimuskohdetta koskevien lähestymistapojen ja teorioiden valinta voisi olisi luonteeltaan mielivaltainen: se vain osoittaa, että voimme aina erehtyä valinnassamme (Popper 1974, 652). Tästä syystä terveydenhuollon organisaatioiden kehittämisen ongelmaa on perusteltua lähestyä yhtä lailla pelon kuin työmäärän tai työilmapiirin perspektiiveistä. Jälkimmäinen korostuu teoreettisena valintana siksi, ettei se on linjassa tiedon kumuloimisen ja aikaisemman tutkimusperinteen kanssa. Tutkimuskäytännöissä testaavat hypoteesit eivät useinkaan ole mielikuvituksellisia, rohkeita arvauksia, vaan ne perustuvat aiemmissa tutkimuksissa todettuihin yleistyksiin (Rainio 1999, 141). Terveydenhuollon organisaatioiden kehittämisessä tämä näkyy henkilöstön ilmapiiritutkimusten vuosittaisena 'barometriyppisenä keräyskulttuurina'. Käänteisesti tämä keräyskulttuuri palvelee "sovinnaisen" hypoteesien aset-

tamista.

Esimerkiksi sairaalaorganisaatioissa ilmapiirikyselyjä analysoidaan harvoin kriittisesti. Juuriin ei keskustella siitä, uskaltavatko ihmiset vastata niihin kriittisesti. Henkilöstön 30-40 prosentin tyytymättömyys ei myöskään käynnistä sairaalan henkisen hyvinvoinnin kehittämisohjelmaa. Henkilöstöosastot tekevät ilmapiiritutkimuksia, joilla tuntuu toisinaan olevan vain vallitsevan suunnan vahvistamista kuin sitä kriittisesti kyseenalaistava merkitys. Suorien jakaumien tulkinta: 70 % tyytyväisiä riittää aikaisemman todellisuuden vahvistamiseen, tulisi siis tutkimuksellisesti asetelmana kääntää toisin päin: miksi vain 70%? Näin voitaisiin asettaa uusia kriittisempiä tutkimusasetelmia tähän perustuen.

Popperilainen rohkea arvaus siis olisi, että juuri ne, jotka ovat tyytymättömiä edustavat rohkeudessaan myös useampien näkemystä asiassa (vrt. frommilainen maailmankuva ja Frankfurtin koulukunta). Määräaikaisten sijaisten ja säästämisen lisääntyessä rohkeus kriittisyyteen vähennee, mistä organisaation ylimmän johdon tulisi olla erityisen huolestunut organisaation kehittämisen kannalta. Tässä esitetty aineisto viittaakin siihen, että henkilöstön kouluttaminenkin on usein teeskentelyä, jossa ei kyetä tarttumaan työyhteisöjen ydinongelmiin. Ilmapiiritutkimukset demarkaation ongelman näkökulmasta: on liian houkuttelevaa tieteellisesti tulkita niiden tuloksia sairaalan edunmukaisesti, koska ne voivat yhtä hyvin olla sairaalan ja sen työntekijöiden edunvastaisia.

Tämä vain korostaa popperilaisen otteen merkitystä, koska teeskentelyn tutkiminen koetaan usein naiiviksi luonnontieteellisesti värityneissä sairaalakulttuureissa. Miksi ihmeessä sairaalaorganisaatioissa tulisi silti vuodesta toiseen näennäisesti todistaa, että tiedonkulku ja palautteenanto ovat huonoa? Fallibilismin mukaan tulisi pikemminkin osoittaa ennakkoluuloisesti vääräksi väitetyt kiltteyden ja teeskentelyn muuttajat vääräksi myös testauksella. Popperille yksikin negatiivinen vastaus työilmapiiritutkimuksessa riittää falsifioimaan hypoteesin: kun 60 % on tyytyväisiä kaikki ovat siis suhteellisen tyytyväisiä (Popper 1995).

Kokemusyleistyksiä keskeisempää on keskittyäkin rohkeisiin jopa 'älyttömillä kuulostavien' hypoteesien luontiin: "sairaaloiden allokativinen tehottomuus on suorassa suhteessa siihen kuinka paljon johtava lääkäri pelkää johtaa kollegansa". Vain tällä tavoinhan voimme sulkea pois

vääriä hypoteeseja, ja päätyä vähitellen lähemmäksi totuutta, jolla kyettäisiin syvällisemmin selittämään miksi valta, konfliktit, delegointi hallinnon peruskäsitteinä näyttävät olevan edelleen erityisesti terveydenhuollon ydinhaasteita.

Jos terveydenhuollon organisaatioiden kehittämisessä jatketaan väsymyksen, työmäärän, aikapulan ja kiireen testaamista lähestytään helposti kvanttifysiikan klassista löydöstä: mitä tarkemmin katsoo, sen vähemmän näkee ja täydellisinkään informaatio ei auta selittämään ilmiötä 100 –prosenttisen varmasti (Heisenberg 1930). Tästä huolimatta työtyytyväisyys on suosittu tutkimusteema edelleen, vaikka työtyytyväisyys teorioiden selitysvoiman rajallisuus tunnetaan varsin hyvin (ks. esim. Shamir 1991, Vuori 2001). Voimaantumistakin (empowerment) koskevat viimeiset tutkimukset tavallaan toistavat jo humanistisen organisaatiopsykologian löydöksiä: virallinen työasema ei ole riittävä tekijä saamaan liikkeelle työ vaikuttavuuden liittyviä resursseja ja tarpeettomien sääntöjen ja normituksen vähentäminen lisää hoitajien mahdollisuutta tehdä potilasta parhaiten palvelevia päätöksiä (Lashinger – Sabiston – Kutschcher 1997, 351). Olennaisempi olisi kysymys siitä, tarvitaanko sääntöjä, ja jos niitä 'itsestään selvästi' tarvitaan kontrollointiin, niin mihin kontrollia tarvitaan, jos se ei auta esimerkiksi lisäämään lääkärin työvoiman tehokampaa käyttöastetta (vrt. Linna 1999).

## TIETEELLISESTI ROHKEIDEN ARVAUSTEN ETSINTÄÄ: TUTKIMUKSEN EMPIRIA

### *Tekniikkaa opitaan – ihmisyyttä ei*

Terveydenhuollon ammattilaisten oppimista koskeva suppea kertomusorientoitunut kysely 1988 toi esille mielenkiintoisia oppimiskokemuksia esteineen ja edistäjineen. Vastaajista (n=20) suurin osa työskenteli osastonhoitajana tai ylihoitajana terveyskeskuksissa, mutta joukossa oli myös kotipalveluohjaajia, laitosjohtajia ja päiväkodin johtajia. Rohkeiden arvausten etsintää ajatellen tiivistän seuraavaksi tutkimustuloksia, joissa tutkimushenkilöt vastasivat avoimeen kysymykseen: mikä edistää ja estää oppimista terveydenhuollossa? (vrt. Vuori 2001).

Ihmiset ihmettelevät aika ajoin, miksi joku toinen ei opi jotain asiaa, minkä itse oppii tai on oppinut. Terveydenhuollon ammattilaiset ihmet-

televät yhtä lailla, miksi ihmiset eivät opi tiettyjä asioita. Anteeksipyynnöt ja tervehdykset kollegoiden välillä ovat ihmisten kohtaamisen perusasioita, joiden oppimattomuus hämmästyttää. Yllättävästi esimerkiksi osastonhoitajia oppimattomuudessa hämmästyttää niin ikään ihmisten teknologinen oppimattomuus mm. tietokonepohjaisten järjestelmien osalta. Toisaalta vastuullisuus arkipäivän hallinnossa unohtuu ehkä liian usein, uusien mm. 'teleterveydellisten työvaatimusten' myötä. On selvää, että "tavaroiden paikalle palauttaminen on tärkeää työn sujuvuuden vuoksi". Ajatellaan liiaksi, "jos minä en tee tätä, joku sen kumminkin tekee" (emt. 225).

Voi olla, että tällainen oppimattomuuden ihmettely on heijastusta väärästä oletuksesta, jonka mukaan ihmisen oletetaan kehittyneen ihmisenä olemisessaan yhtä johdonmukaisen nopeasti kuin teknologia. Kuten eräs osastonhoitaja asian ilmaisee: "Jotenkin tuntuu siltä, että aikuisten ihmisten pitäisi osata toimia asiaankuuluvalla tavalla." Perusoletus on siis, että aikuisilla ihmisillä tulisi olla tietty ihmisenä olemisen pätevyys siksi, että he ovat aikuisia. Kun tämä perusoletus ei toteudu kasvaa sääntöjen ja normien määrä, mutta rohkeat arvaukset niiden yhteydestä oppimattomuuteen unohtuvat asiantuntijakulttuurissa. Terveyskeskuksen osastonhoitaja näkee vuosikymmeniä toistuvassa infuusiopumpun ja tekniikoiden oppimisessa poisoppimisen ongelman: "vanhan tavan poisoppiminen on vaikeaa, vaikka kuinka tietäisi ja osaisi uuden käytännön – yhtäkkiä huomaa toimivansa vanhalla tavalla". Tätä "romahtamista" vanhaan tapa voisi kutsua ihmisenä olemisen pätevyyden puutteeksi, koska ihmisen tietoisuus ei kumoa vanhojen kokemusten suomaa turvallista helppouden tunnetta. (emt. 230). Jos kehittämistoiminta keskittyy vain uuden mallin mukauttamiseen tai sitouttamiseen, jää 'poisoppimisen' ongelma vaille selitystä. Näin syntyy mielenkiintoinen tutkimushypoteesi: uutta johtamistapaa ei voi oppia, jos ei ole tietoinen nykyisestä johtamistavastakaan.

Terveyskeskusavustajaa ei esimerkiksi ihmetellyt uuden tietoteknologiaan oppimisvaikeus vaan tiettyjen ammattialojen haluttomuus hyväksyä tietotekniikkaa osaksi työtään. Terveyskeskuksen osastonhoitajan mukaan taas tietokonejärjestelmää ei haluta oppia – pelko koneita kohtaan on ilmeinen. Hoitotyöntekijä vahvistaa puolestaan ihmettelyllään sitä, mikä on tiedetty jo kauan: "Ei opita antamaan positiivista palau-

tetta työtoverille ja esimiehelle, muttei myöskään uskalleta kyseenalaistaa ja antaa negatiivista palautetta kollegan työskentelytavoista". Tiettyjen asioiden oppiminen ei liity asioihin itseensä sinänsä, vaan niitä koskeviin asenteisiin. Tiedonhankinta ei ole sinänsä siis ongelma, vaan siihen liittyvän omatoimisen, aktiivisen asenteen omaksuminen. Oppimattomuus ei ole myöskään sitä, etteikö osattaisi luoda tarkkoja ohjeita jokaiseen tilanteeseen. Päinvastoin, ohjeita kyetään luomaan, muttei seuraamaan niitä. Kyse ei ole siitä etteivätkö esimerkiksi hoitajat haluaisi noudattaa niitä, vaan siitä että tilanteiden ja asioiden muuttuva luonne mahdollistaa ainoastaan ohjeiden soveltamisen, muttei niiden seuraamista. Oppimattomuuden ongelmaksi ei nousekaan siis ohjeiden oppiminen, vaan niiden työn päämäärää palveleva luova soveltaminen. Seuraava lainaus kuvaa asiaa:

"Puhutaan, että toimitaan yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaisesti, mutta rohkeus toimia luovasti ja itsenäisesti puuttuu, koska osa ajattelee potilaiden tasa-arvoisen kohtelun merkitsevän samaa kuin "rutiininomaisuus" (emt. 231)

Hämmästyttävästi vanhan hoito- ja työskentelykulttuurin puristuksessa hoitajat johtajia myöten odottavat enemmän ohjeita kuin oppimista edistävää itsenäisyyttä. Yli 10 vuotta terveyskeskuksen osastonhoitajana ollut naista ei hämmästyttä se, etteivät ihmiset opi uusia johtamismalleja, vaan se etteivät ihmiset opi kuuntelemaan toisistaan ja itseään. Kurittomuus, vastuuttomuus ja sopimusten 'vesittäminen kaivertavat hänen mieltään' eniten. Hän puhuu avoimuuden tärkeydestä ja siitä miten sitä ei tulisi käsittää vallankäytön välineeksi. Avoimuus on vastuunkantoa. Häntä hämmästyttää myös se, ettemme ymmärrä sitä, että ihminen voi olla heikko ja tehdä virheitä opiskukseen niistä. Ihmisten ei todellakaan tarvitse olla aina oikeassa.

Lähes samaan hengenvetoon puhuu 13 vuotta ylihoitajana ollut nainen. Hänestä hämmästyttävää on se, miten pelko näyttää lamaannuttavan ihmiset niin, etteivät he uskalla edes kysyä asioita. Kommunikaatiovaikeudet tunnustamisen sijaan energiaa käytetään ihmisten syytelyyn. Eniten ylihoitajaa vaivaa asenne 'ei kuulu minulle'. Ylihoitaja uskoo kielteisen oppimisasenteen olevan heijastusta myös siitä, ettei opittavana olevien asioiden tärkeyttä ole perusteltu. Mielenkiintoisesti voidaankin kysyä kuka olisi perustellut rehellisyyden, vastuullisen avoimuuden

ja itsensä ilmaisemisen oppimisen tärkeyden olevan työtapojen oppimista tärkeämpää organisaatioiden kehittämisessä.

### *Popperilaisen falsifioinnin idea kyselyn analyyseissa*

Erään keskussairaalan operatiivisen tulosalueen kyselytutkimus (n=70)<sup>4</sup> kohdistui koulutuksen merkitykseen. Aineisto synnyttää mahdollisuuden rohkeiden arvausten tekemiseen. Kun suurin osa vastaajista piti terveydenhuollon henkilöstön kehittämistä huonosti kohdennettuna, ei tämä ole sinänsä 'kokemusperäisenä' havaintona mielekäs löydös. Kiehtova on sen synnyttämä deduktiivinen hypoteesi: "kaikki suomalaiset terveydenhuollon organisaatiot kouluttavat henkilöstölleen hallinnollisesti asioita, joita nämä haluavat vähiten oppia" (vrt. Vuori 2001, 226).

Kysymys puolestaan siitä, miten ihmiset vastaavat ilmapiirikyselyihin on vielä kiehtovampi. Tämä tuloksen kohdalla on suuri houkutus 'astua verifioinnin logiikan ansaa'. Lähes 50 vastasi, ettei vastaa niihin vakavasti, vaan ainoastaan jos jaksaa tai "miten sattuu" (emt.). Houkutus syntyy siitä, että n. 70 % yleisyysastetta yleistetään harkitsemattomasti mm. preskriptiivisesti. 70% on silti helposti kyseenalaistettavissa tilastollisten testin, validiteetin, toimialan, tulosalueen erilaisilla muuttujilla, joita määrittävät ajan, paikan ja tilanteen lait. Konsulteille tällainen yleistys antaa suuren houkutuksen ylitulkintaan, koska he voivat tarkoitusshakuisesti etsiä vastaavanlaisia tapauksia ja saada verifioitua mallinsa eri organisaatioissa ja todeta lopuksi: mallimme toimii, koska näin monet organisaatiot soveltavat sitä (Micklethwait & Woolridge 1996, O'Shea & Madigan 1998). Popperilainen deduktiivinen logiikka toimii ehkä tässäkin paremmin ja johtaa huomattavasti mielenkiintoisempiin hypoteeseihin: "kaikkien suomalaisten terveydenhuollon organisaatioiden ilmapiirikyselyjen tehtävänä on estää asettamasta niiden sosiaalista hierarkiaa ja kanssakäymistä 'järkyttäviä' tutkimushypoteeseja.

Kyselyaineisto tukee myös muutoin popperilaisittain tieteellisesti rohkeiden arvausten tekemistä. Vaikka henkilöstöstä osa (20%) piti työyhteisökoulutustaan oikein kohdennettua, toteaa 40% vastaajista, ettei rohkeutta kehittyä löydy tarpeeksi. Vastaajista 40 % uskoivat yksikön kehittämi-



sen olevan pinnallista ja teeskentelyä, jossa ei uskalleta käsitellä todellisia ongelmia (vrt. dialogi). Ihmiset eivät suinkaan vastaa ilmapiirikyselyihin siksi, että uskovat sen johtavan parempaan ilmapiiriin myöhemmin, vaan velvollisuudesta. Jos terveydenhuoltohenkilöstö on laajemmin kyllästynyt kyselyihin, saatetaan työyhteisökehittämisen osalta olla valtaviin haasteiden edessä. Näiden löydösten tilastollisella yleistettävyydellä ei ole tässä mitään merkitystä, koska popperilaisittain ne antavat täyden oikeuden kyseenalaistaa vallitsevan ilmastonkyselyjen tradition.

Rohkeita arvauksia kannattaisi ehkä tehdä tällöin myös muissa sairaaloissa. Näin etenkin kun yli 30 % näinkin pienestä otoksesta vastaa vastaavansa ilmapiirikyselyihin "velvollisuudesta" ja "miten sattuu" sekä "eivät usko niiden paljastavan työyhteisön raadollisuutta" velvoittaa popperilainen orientaatio pohtimaan kyselytutkimusten tarkoitusta todella uudessa valossa. Tällaisessa todellisuudessa on ymmärrettävää, jos kokemuksesta oppiminen on vaikeaa, koska usein hoitotyönjohtajilla, johtavista lääkäreistä puhu-

mattakaan, ei ole mahdollista jakaa kokemuksiin yhdessä (Harvath ym. 1997, 30). Nykyinen työn ja resurssien epäsuhta vai pahentaa ristiriitaa.

Kysely paljasti, että sairaaloiden toiminnan ydinongelmiksi koettiin tärkeysjärjestyksessään työmäärä, kiltteys, teeskentely, haavoittumispelko, tiedostamattomuus, puhumattomuus, luottamuksettomuus, henkilöstön ihmissuhteet, henkilöstön vuorovaikutus ja tulehtuneet ihmissuhteet. Rohkeiden arvausten etsimiseksi päätin koodata vastauksia hieman toisin, koska tiettyjen ongelmien toistuvuus ohjaa ratkaisuehtoa liikaa (vrt. Miettinen 1998). Vaikka vaihtoehdot ohjasivat luonnollisesti ajattelemaan tiettyjä tilanteita, niin yllättävää oli se, että ihmiset silti asettivat tärkeysjärjestykseen lähes kaikki vaihtoehdot<sup>5</sup>

Kun vastaukset koodataan neljä tärkeimmän ydinongelman osalta uudelleen yhdeksi muuttujaksi nousee kiltteys ohi työmäärän melko selkeästi. Taulukosta 2 ilmenee, että teeskentely ja tiedostamattomuus ovat lähes yhtä tärkeitä ongelma-alueita kuin liiallinen työmäärä. Taulukosta ei käy nyt ilmi se, että liiallisen työmäärän en-

**Taulukko 2.** Suhteellisesti tärkein työyhteisön ongelmanaiheuttaja sairaalassa (N=70).

	N (I)	%	N (II)	%	N(%)
1.Kiltteys	38	69,1	62	30,9	100
2.Työmäärä	32	58,2	68	41,8	100
3.Teeskentely	29	2,7	71	47,3	100
4.Tiedostamattomuus	29	52,7	71	47,3	100
5.Haavoittumispelko	28	50,9	72	49,1	100
6.Puhumattomuus	18	32,7	82	67,3	100
7.Luottamuksettomuus	13	23,6	87	76,4	100
8.Henkilöstön ihmissuhteet	11	20,0	89	20,0	100
9.Henkilöstön vuorovaikutus (hallintoh. vs. hoitajat)	18	32,7	82	67,3	100
10.Tulehtuneet ihmissuhteet	4	7,3	96	92,7	100

**I** = Neljän (1-4) tärkeimmiksi nimetyin muuttujan tärkeysaste  
**II** = Viidennen (5-10) ja sitä huonompien tärkeysasteiden osuus

simmäiseksi asettaneet vastaajat eivät aina valinneet 'ihmisenä olemiseen' liittyviä ongelmia välttämättä toiseksi tai edes kolmanneksi. Tämä voi viitata siihen, että terveydenhuollossa ne, jotka keskittyvät työhön uskovat sen aiheuttavan myös ydinongelmia, koska he eivät yllä dialogiin sen enempiä itsensä kuin muiden kanssa. Tämän logiikan mukaan toimiva lääkäri esimerkiksi saattaa uskoa, että potilaan 'siirtely' osastolta toiselle on säästöleikkausten aiheuttamaa (vrt. HS 1999).

Toisaalta alituinen resurssien vähyyden ja väsymyksen korostaminen luo 'itseään toteuttavia ennusteita' (Argyris 1990, Miettinen 1998) siitäkin huolimatta, että korostaminen olisi täysin oikeutettua. Sairaaloiden keskijohdon, lääkärin ja hoitajien, on myös havaittu myös vetäytyvän näiden ilmiöiden taakse joutumatta puuttumaan todellisiin sairaala organisaatioiden ongelmiin. Esimerkiksi lääkärin huonoon työkäyttöön ja johtamista haittaavaan liialliseen työkiertoon. Mielenkiintoisesti mm. valta, joka ei yhtäkkiä kuulukaan enää lääkäriprofessiolle näyttää myös herättävän kiinnostuksen hallinnollisiin tehtäviin, muttei kuitenkaan kykyyn saada asiat tehdyiksi (Hermanson 1989, 161, Enckell 1998, 81, Kitcherner 2000).

Esimerkiksi kiltteyden merkitys tulisi falsifioida uusissa tutkimuksissa (vrt. Kinnunen & Ruoppila & Nousiainen 1991). Hypoteesia 'kiltteys synnyttää kiirettä, lisää työtä ja estää dialogin' tulisi tarkastella myös sisätautiosastoilla, koska operatiivisella tulosalueella erityisesti leikkaussaleissa uupumattomuuden luonteesta johtuen helposti. Ja tutkimuksesta tiedämme, että dialogi vaikeista aiheista estyy usein siitä syystä, että ihmiset oppivat puhumattomuudessaan kuvittelemaan, että he ainoastaan ajattelevat esimerkiksi kriittisesti tietyistä asioista (Dixon 1998, 107).

## POHDINTA POPPERILAISITTAIN

Mitä edellä esitetyt empiiriset aineistot merkitsevät fallibilismin näkökulmasta? Ensinnäkin 'kertomusorientoinut kysely' oppimisen esteistä alleviivaa ihmissuhteiden perustaitojen puutetta.

Näiden taitojen puutteista olemme jo olleet tietoisia, joten siinä ei ole sinänsä mitään uutta. Uutta on lähinnä se, mitä niitä mahdollisesti popperilaisen lähestymistavan avulla voidaan

lähestyä aikaisemmasta tutkimuksesta poiketen. Toisin sanoen popperilaisittainen ajatellen terveydenhuollon organisaatioiden kehittämiseksi ei löydy nyky muodossa kestäviä perusteita ellei voida esittää myös naiiveja tutkimushypoteeseja:

- 1) pelko on tiedon puutetta suurempi este terveydenhuollon informaatioteknologian oppimisessa,
- 2) henkilöstön käyttäytymismallit vahvistavat sosiaalista valtahierarkiaa, joka estää poisoppimisen vanhentuneesta ammattirooleista
- 3) kiltteys synnyttää 'hyvin menee, vaikka onkin 1 hoitaja 100 potilasta kohti' kulttuuria, jonka seurauksena syntyy liian myönteisiä mielikuvia mm. hoidon laadusta. Tätä mielikuvaa vasten taistelee toinen mielikuva laiminlyödyistä potilaista ja ahdistuneesta terveydenhuollon henkilöstöstä.

Näiden hypoteesien lisäksi on esitettävissä useita naiiveita ja kiusallisilta vaikuttavia lähestymistapoja terveydenhuollon organisaatioiden kehittämiseen. Ihmisten, hoitajien ja lääkärin yhteistyön voidaan sanoa estyvän, koska he eivät voi kohdata toisiaan ihmisinä mitä mm. moniammatillinen tiimiytyminen edellyttäisi. Vaikka on olemassa hoitotyöyhteisöjä, joissa ihmiset voivat kohdata toisiaan ihmisinä, niin siitä huolimatta tämä ilmiö voidaan helposti kumota irrelevanttina ja suorastaan naiivina (vrt. Popper 1995). Todetaan vain, että hoitaja ja lääkärisuhteiden olevan toimivia ja keskinäinen luottamus hyvää. Ihmisenä olemisen tarkoittaisi kuitenkin astetta syvällisempää ajattelun astetta, jossa kyetään kyseenalaistamaan jokaisen työntekijän ja johtajan valta ja asema. Aivan liian usein tutkijana joutuu tyytymään seniorikollegoiden perustelemattomaan kommenttiin: "ikuisuusongelmia ei kannata edes yrittää tutkia".

Ihmissuhteiden tärkeys saatetaan kyllä myöntää, mutta tähän liittyvien taitojen ja tietojen hankkimista pidetään jopa naiivina. Yhtenä perusteltuna synä tähän on eittämättä kokemukset kehittämissuunnitelmista, joissa työyhteisöä on kehitetty ymmärtämättä syvällisesti sen perusluonnetta esimerkiksi sosiaalisen rakenteen ja valtasuhteiden osalta. Tällöin hoitotyöhön panostaville johtajille syntyy osin oikeutetun turhaumanakin pohjalta houkutus aliarvioida johtamista hoitamisen tärkeyttä korostamalla. Hoito on tietysti terveydenhuollon organisaatioiden perusasia, joten keskustelu johtamisen tärkeydestä saadaan

tyrehtymään tämänkaltaisilla 'alkeellisilla' rinnastuksilla. Taipumusta tämänkaltaiseen asennoitumiseen lisää vielä mahdollinen alimitoitus henkilöstöresursseissa, jolloin johtamiseen keskittymisen oletetaan olevan tarpeetonta. Todellisuudessa sen tarve kasvaa, koska asioiden organisointi tulee henkilöstön vähentyessä entistä vaativammaksi.

Tässä tarkastellun leikkausosaston toiminnan kannalta on täysin oikeutettua popperilaisittain esittää, että kiltteys ja teeskentely voivat aiheuttaa työpaineita ja työyhteisöongelmia siinä missä kiirekin. Hyväksi, hypoteettiseksi arvaukseksi kelpaa myös se, että kiire on osastojen yhteistyöesteiden 'peitetarina'. Adekvaattisuuden säännön mukaan leikkaussali on enemmän sanattomien kuin sanallisten viestien työareena. Kun tähän yhdistetään äänettömän ammattitaidon ulottuvuus, implisiittisen sairaalahierarkian piirteet, hoitotyön virheettömyys, tehohoidon nopeita päätöksiä edellyttävä toiminta, ollaan helposti viestinnällisesti kaukana dialogisesta viestinnästä silloinkin kun pitäisi rakentavasti kyetä ilmaisemaan itseään ja vieläpä muiden erilaisuutta kunnioittavasti. Terveysthuollon organisaatioiden kehittämässä tämä tarkoittaa sitä, että laadun standardointi muissa yksiköissä hyväksi väitetyn mallin pohjalta on edellä mainittuja seikkoja huomioon ottamatta arpapeliä. Ensiksi kaiketi tulisi tutkia ohjaako osastoa voitto- ja tapiohenkinen keskustelukulttuuri, joka saa sanattoman muotonsa leikkaussalin 'puhumattomuuden' kulttuurissa vuosien myötä siten, että ennakkoluuloisuus ohjaa johtamistointia enemmän kuin dialogin perusteella tavoiteltava yhteisymmärrys mm. osastojen välisestä yhteistyöstä.

## PÄÄTELMÄT: DESKRIPTIO, PRESKRIPTIO VAI FALSIFOINTI?

Miksi terveydenhuollon organisaatioiden oppimista, kehittämistä ja johtamista on perustelua mallintaa popperilaisen falsifikaatioteesin pohjalta? Tähän kysymyksen on useita vastauksia.

Ensiksi deskriptiivinen teorianmuodostus nojaa liiaksi tieteen aikaisempiin paradigmoihin ja niiden kumuloimaan tietoon. Toiseksi mm. työtyytyväisyyden ongelmaa ei ratkaista sillä, että kysytään uudelleen onko hoitajat ja lääkärit tyytyväisiä työssään – mitä itse asiassa tehdään eri tahoilla koko ajan. Kolmanneksi deskriptiivisyys

voi estää myös rohkeiden arvausten tekemistä, koska pohjimmiltaan mm. työtyytyväisyydessä voi olla kyse täydellisestä merkityksettömyyden tunteesta joka on jo lähellä vieraantuneisuutta. Vanhustenhuollon potilastyössä hoitajien kielenkäyttö 'jaa – olet taas kussut housuusi', siirrähän nyt sitä persettäsi' ovat ns. vaikeasti tutkittavia ilmiöitä, joita saatetaan kuvitella ratkaistavien toteamuksella: "No se hoitaja on vähän häiriintynyt." Todellisuudessa ne voivat olla vakava merkki täydellisestä turhautuneisuudesta, jonka mittaaminen työtyytyväisyysmittarilla voi antaa erheellisen kuvan (vrt. adekvaattisuuden ehto). Neljänneksi deskriptiivinen tutkimus voi jäädä jo asetelmallisesti perustutkimukseksi, jonka löydöksiä ei kukaan pysty tulkitsemaan terveydenhuollon oppimista ja johtamista palvelevasti. Liian usein tutkimusten johtopäätökset päättyvät siihen, mistä niiden tulisi alkaa "aito, rehellinen, luottamuksellinen ja avoin vuorovaikutus...luo perustan uudenlaisen sosiaalisen yhteyden syntyemiselle". (Juuti & Lindström 1995, 147). Viidenneksi tämä tyyppinen tutkimus on kaikkien osapuolien resurssien tuhlausta.

Preskriptiivinen tutkimusorientaatio ei myöskään kumoa falsifioinnin lähestymistapaa. Tämä suuntaus kun on helposti tarjoamassa hyviä vastuksia, vaikka kysymykset olisivat vääriä. Toisin sanoen terveydenhuollon oppimista ja johtamista määritetään liiaksi 'ajan hengessä' olevin muoti-ilmiöin. Pahimmillaan tämä voi johtaa kollektiiviseen itsepetokseen ja reformikaruselliin (Vuori 1996), jossa kalliisti läpiviedystä johtamisen muutosprosessista on enemmän haittaa kuin hyötyä (Schein 1987). Samat löydökset löydetään uudelleen vuosikymmenten jälkeen. Näin tutkimus ei asetelmallisesti etene esimerkiksi työnteekijöiden merkityksettömyyden tunteisiin ja on siten äärimmäisen altis 'mitä sitten?' tyyppisille kysymyksille. Vähitellen esimerkiksi sairaaloiden johtamisesta syntyy norsunluutornimainen mielikuva, koska mm. sairaaloiden ylin johto jokaisen muutoksen yhteydessä unohtaa preskriptiivisyyden tavoittelussa tutkia deskriptiivisesti uudistusten soveltuvuuden eri toimialoille (vrt. kirurgia vs. psykiatria). Mallin ja havaintojen vastainen ristiriita ei voi tällöin paljastua, eikä 'järjettömiksi' väitetyt ideot päästä perustellusti osoittamaan järjettömiksi (Popper 1995, 257).

On toki selvää, että kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa on hyvä olla mm. laadun

varmistusta, mutta on täysin eri asia onko se näiden organisaatioiden johtamisen ja oppimisen kannalta kaikkein olennaisimpia tekijöitä. Onhan havaittu, että ensimmäinen asia resurssien oikeassa allokoinnissa liittyy lähes aina kommunikoinnin parantamiseen (Berwick & Godfrey & Roesner 1990, 149), koska toimimattomat ihmisuhteet haittaavat yhteistyötä enemmän kuin riittämättömät resurssit (Mäkelä & Leino-Kilpi & Suominen 2000). Johtamista voi tarkastella toki johtavien lääkärin vallan lisäämisestä tai kaksijakoisena johtamislinjana, lääkärit ja ammatti-johtajat. Tällöin ei voi koskaan tehdä päätöksiä siitä, miten valta ja vastuu kysymykset määritetään niin henkilöstön kuin hoidonkin osalta kuten Ong ja Shepers (1998, 388) tuovat esille. Ja vielä vaikeampaa on sanoa seuraako mm. näiden olennaisten tekijöiden tietämättömyydestä ja niitä koskevien rohkeiden arvausten puutteesta se, että 'laatustandardikukka kuihtuu veden puutteessa ennen kuin se on kukkinut kertaakaan'.

Tämä tutkimus on osin osoittanut, että tieteellisesti rohkeiden arvausten esittämiselle on selkeät perustelunsa terveydenhuollon organisaatioiden oppimisen ja johtamisen suuntaviivoja esittäessä.

Popperilaisuus on aivan yhtä hyvä perustelu kuin mitkä tahansa muu lähestymistapa: totuus on suhteellista. Haasteeksi jääkin falsifiointi-teorian operationalisointi. Rohkeat arvaukset kuulostavat tutkimushypoteeseina usein naiiveilta ja samalla myös ahdistavilta. Olennaista tämän mallin soveltamisessa onkin huolehtia, että siinä hyödynnetään yhtäältä deskriptiivisen teoria-perinteen 'tieteellisen ankaruuden ja erityisesti puolueettomuuden' ansiot ja toisaalta esimerkiksi preskriptiivisen otteen toimintatutkimukselliset ansiot.

Oppimisen mahdollisuus sairaalassa falsifioituu ensisilmäyksellä ja se on vaikeasti kuviteltavissa oleva asia hoitotyön kiireen, hoitajien ja lääkärin vähäisen määrän, aikapulan jne. perusteella. Silti kysymys siitä, oppivatko terveydenhuollon ammattilaiset asioita, joita pitävät tärkeimpinä työssään, on äärimmäisen relevantti. Relevanttius vain entisestään korostuu kun tiedämme kiireen usein pysäyttävän hyvinkin perustellun muutosprosessin. Tämän tutkimuksen aineisto synnyttää rohkean arvauksen siitä, miksi vaikeimpina opittavina asioina pidetään varsin yksinkertaisia ja jopa naiiveilta kuulostavia tekijöitä (esim. työnjako, käyttäytyminen, puhetapa). Johtamiselle

terveydenhuollon organisaatioissa tämä merkitsee Popperia mukailleen sitä, että niihin ilmiöihin jotka vähiten tuntuvat tärkeiltä tulisi kiinnittää eniten huomiota. Tähän päätelmään oikeuttaa havainto: terveydenhuollon ammattilaisille on helpompi oppia teknisiä asioita kuin ihmisuhteita – ehkä tietokonepelosta huolimatta. Olisi tutkittava sitä, ajautuuko terveydenhuollon organisaatiot jatkuvasti 'teknisiin ja teknologisiin muutoksiin' siksi, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät osaa johtaa, vaan ainoastaan mukautua. Weickia ja Westleyä (1996, 456) mukailleen terveydenhuollon organisaatioille voi olla eduksi toimia silti kuten ennenkin, ja oppia muutosta ilmentävää uutta kieltä tuon osaamattomuutensa ja rohkeiden arvausten tarpeen peittämiseksi.

## VIITTEET

<sup>1</sup> Samoja kysymyksiä on luonnollisesti yhtä perustelua esittää myös muissa asiantuntijatyyppisissä organisaatioissa, mutta terveydenhuollon organisaatioiden mm. kuuliaisuus- ja virheettömyyskulttuuri tekevät kysymyksistä omintakeisempia.

<sup>2</sup> Tämä ns. äänen tön ammattitaito voidaan kriittisesti tulkita myös siten, että luonnontieteellisestä eksaktiuden tavoittelusta huolimatta lääketieteessäkin joudutaan tekemään paljon sellaisia hoitotoimenpiteitä, jotka perustuvat enemmän hyvään arvukseen kuin näyttöön hoitotoimenpiteen vaikuttavuudesta.

<sup>3</sup> Maassamme on tehty laatutyötä terveydenhuollossa aina 1990-luvun alusta asti, mutta viimeiset kokemukset viittaisivat siihen, että hypoteesi: laatua hoidossa saada toki kehittää ja toteuttaa kunhan se vähentää henkilöstöresursseja voisi olla tutkimuksen arvoinen (vt. Repo 2000).

<sup>4</sup> perushoitajat n = 11, sairaanhoitajat n = 36, lääkärit n = 5, hoitotyönjohtajat ja muut n = 18. Tutkimuskohde on toivottu pidettävän anonyymina, mutta allekirjoittaneelta on saatavissa tarkempi tieto kohdeorganisaatiosta.

<sup>5</sup> Mittari on rohkea arvaus. Kun vastaajat pakotettiin valitsemaan näistä muuttujista, kritisoitiin muuttujia mielettöminä ja järjettömän negatiivisina tms. Tämä juuri on mittarin tarkoitus, koska mikä tahansa arvaus on yhtä arvokas (Popper 1995, 152). 'Mielekkäät muuttajat' eivät toisi esille samaa tietoa, eivätkä 'järisyttäisi' sosiaalisia valtarakenteita.

## LÄHTEET

- Aho, K. (2001). HUS-lääkärit tekevät liikaa ylitöitä. Helsingin Sanomat 25.5.  
 Alvesson, M. – Deetz, S. (2000). Doing Critical

- Management Research. Sage, London.
- Argyris, C. (1996). *On Organizational Learning*. Blackwell Publishers Inc., Cambridge.
- Berkson, W. – J. Wettersten (1984). *Learning from error. Karl Popper's Psychology of Learning*. Open court, Illinois.
- Berwick, D. M. – Godfrey, A B. – Roesnerr, J. (1990). *Curing health care. New Strategies for Quality Improvement*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Bohm D. & Peat F. D. (1992). *Tiede, järjestys ja luovuus*. Gaudeamus. Helsinki.
- Bood, R. B. (1998). *Charting organizational learning : a comparison of multiple mapping techniques, teoksessa Managerial and Organizational Cognition. Theory, Methods and Research*. Eden C. & Spender J.-C. (toim.) Sage, London, 210-230.
- Cimino, James (1999). *Development of Expertise in Medical Practice, teoksessa Tacit Knowledge in Professional Practice. Researcher and Practitioner Perspectives ed. by R.J. Stenberg & J.A. Horvath*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 101-120.
- Dixon, N. (1998). *Dialogue at Work*. Lemos & Grane, London.
- Easterby – Smith, M. (1997). *Disciplines of organizational learning: contributions and critiques*. *Human Relations* 50(9): 1085-1113.
- Eisenberg, E.M. & Goodall, H.L. (1993). *Organizational Communication. Balancing Creativity and Constraint*. St.Martins Press, New York.
- Elovainio, M. & Kivimäki, M. (1996). *Occupational Stresses, Goal Clarity, Control, and Strain Among Nurses in the Finnish Health Care System*. *Research in Nursing & Health* 19, 517-524.
- Enckell, M. (1998). *Organizational cultures of finnish hospitals in change*. Hanken. Helsingfors.
- Finger, M. – Brand, S.B. (2000). *The concept of the 'Learning organization' Applied to the Transformation of the Public Sector, teoksessa Organizational Learning and the Learning Organization. Developments in theory and practice*. ed. by Easterby-Smith M., Burgoyne J., Araujo L. Sage, London, 130-157.
- Fulop, L. & Rifkin, W.D. (1997). *Representing Fear in Learning in Organizations*. *Management Learning* 28:1, 45-63.
- Hargie, O. – Tourish, D. (2000). *Handbook of Communication Audits for Organisations*. Routledge, London.
- Harrison, M. I. (1994). *Professional Control as Process: Beyond Structural Theories*. *Human Relations* 47:10, 1201-1231
- Hermanson, T. (1989). *Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa*. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Huber, G.P. (1991). *Organizational Learning: the Contributing processes and the literatures*. *Organization Science* 2:1, 88-115.
- Hypölä, H. (2001). *Development and Evaluation of Undergraduate Medical Education in Finland*. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 237., Kuopio.
- Juuti, P. & Lindström, K. (1995). *Postmoderni ajattelu ja organisaation syvälinen muutos. Työ ja ihminen, tutkimusraportti 4*. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Järvinen, P. (1999) *Esimiestoiminta ongelmatilanteissa*. Wsoy. Helsinki.
- Kierkegaard, S. (1995). *Päättävä epätieteellinen jälkikirjoitus*. Wsoy, Helsinki.
- Kinnunen, J. (1992). *KYSin johtaminen ja kulttuuri muuttuvassa toimintaympäristössä*. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4, Kuopio.
- Kinnunen, J. & J. Vuori (1999). *Hoitotyön johtamisen perusololluudet ja toimintmallien muutokset, teoksessa Hoitotyötä johtamaan*. Kirjayhtymä, Helsinki, ss. 26-52.
- Kinnunen, U. & Ruoppila, I. & Nousiainen, H. (1991). *Työ sairaalassa: organisaatioilmasto ja työn kokeminen*. Jyväskylän yliopiston työelämän tutkimusyksikkö, Jyväskylä.
- Kitcheiner, M. (2000). *The Bureaucrualization of Professional Roles: The case of clinical Directors in UK hospitals*. *Organization* 7:1, 129-134.
- Korhonen, K. & Santala, R. & Utrainen, P. & Teräväinen, R. (2000). *Sosiaali- ja terveystieteiden prosessimalli, esimerkkinä Lahti*. Hallinnon Tutkimus 3, 278-287.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of Scientific Revolutions*. The University of Chicago Press. Chicago.
- Lane, J.-E. (2000). *The Public sector. Concepts, Models and Approaches*. Third ed. Sage. London.
- Laschinger, H.K.S. – Sabiston, J.A. – Kutscher, L. (1997). *Research in Nursing & Health* 20, 341-352.
- Lamb, M.C. – M.A.Cox (1999). *Implementing change in the National Health Service*. *Journal of Management in Medicine* 13:5, 288-297.
- Leavitt, H.L. (1965). *Applied organizational change in industry: structural, technological and humanistic approaches, teoksessa March, J.G. (toim.) Handbook of Organizations*. Rand McNally, Chicago.
- Leprohon, J. – Patel, V.L. (1995). *Decision making strategies for telephone triage in emergency medical services*. *Medical Decision Making*, 15, 240-253.
- Lillrank, P. (1998). *Laatuajattelu. Laadun filofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa*. Otava. Keuruu.
- Linna, M. (1999). *Measuring Hospital Performance: the Productivity, Efficiency, and Costs of Teaching and Research in Finnish Hospitals*. STAKES. Research report 98. Gummerrus, Jyväskylä.
- Liukkonen, J. & Talka, T. (2001). *Lääkärilakko ei vaikuta sairaaloiden kesäsuikemisiin*. Helsingin Sanomat 25.5.
- Lyotard, J.-F. (1985). *Tieto postmodernissa yhteiskunnassa*. Vastapaino, Tampere.
- Menzies, I. (1960). *A Case-Study in the Functioning of*

- Social Systems as a Defence against Anxiety. A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. *Human Relations* 13:2, 95-121.
- Micklethwait, J. & Wooldridge, A. (1996). *The Witch Doctors. Making sense of the management gurus.* Times Books. New York.
- Miettinen, R. (1998). Miten kokemuksesta voi oppia? Kokemus ja reflektiivinen ajattelu John Deweyn toiminnan filosofiassa. *Aikuiskasvatus* 18:2, 84-98.
- Morrison, W. E. & Milliken, F. J. (2000). Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World. *The Academy of Management Review* 25:4, 706-725.
- Mäkelä, M. – Leino-Kilpi, H. – Suominen T. (2000). Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö tehohoidossa. *Hoitotiede* 12, 77-85.
- Niiniluoto, I. (1984). *Johdatus tieteenfilosofiaan.* Otava, Helsinki.
- Nonaka, I. – Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge - Creating company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation.* Oxford University Press. New York.
- Nutt, P. C. (1999). Surprising But True: Half the decisions in organizations fail. *The Academy of Management Executive* 13:4, 75-90.
- Nylander, O. – Pelanteri, S. – Linna, M. – Nenonen, M. (1998). *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasvirrat ja palveluketjut 1995. Tilastoraportti.* Stakes, Helsinki.
- O'Neil, J. (1995). *The Paradox of Success. When winning at work means losing at life: a book of renewal for managers and leaders.* McGraw-Hill, London.
- Ong, B. N. – Schepers, R. (1998). Comparative perspectives on doctors in management in the UK and The Netherlands. *Journal of Management in Medicine* 12:6, 378-390.
- O'Shea, J. & Madigan, C. (1998) *Dangerous company.* Penguin, New York.
- Pahkala, S. Bragge, A. , Laippala, P. , Pahkala, K. (2000). Esimiestoimintaa kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. *Hallinnon Tutkimus* 19: 3, 263-277.
- Patel, V.L. – Arocha, J.F. – Kaufman, D.R. (1999). Expertise and Tacit Knowledge in Medicine, , teoksessa *Tacit Knowledge in Professional Practice. Researcher and Practitioner Perspectives* ed. by Stenberg R. J. & Horvath J. A. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 75-101.
- Paton, R.A – MacCalman, J. (2000). *Change management. A guide to effective implementation.* Second edition. Sage, London.
- Popper, K. (1972). *Objective Knowledge: An Evolutionary Approach.* Oxford, Clarendon Press.
- Popper, K. (1974). *Avoin yhteiskunta ja sen viholliset.* Otava, Keuruu.
- Popper, K. (1995). *Arvauksia ja kumoamisia. Tieteellisen tiedon kasvu.* Gaudeamus, Helsinki.
- Prange, C. (1999). *Organizational Learning - Desperately Seeking Theory? Teoksessa Organizational Learning and the Learning Organization. Developments in theory and practice.* ed. by Easterby-Smith M., Burgoyne J., Araujo L. Sage, London. 23-43.
- Prescott, P.K. & Bowen, S.A. (1985). Psychisian-Nurse relationships. *Annals of Internal Medicine.* 103, 127-133.
- Preskill, H. & Torres, R. (1999). *The Role of Evaluative Enquiry in Creating Learning Organizations,* teoksessa *Organizational Learning and the Learning Organization.* Ed. by Easterby-Smith M., Burgoyne J., Araujo L. Sage, London. 92-114.
- Preston, D. & J. Loan-Clarke (2000). Theoretical papers The NHS manager. A view from the bridge. *Journal of Management in Medicine* 14:2, 100-108.
- Prietula, M.J. & H.A. Simon (1989). The Experts in your midst. *Harvard Business Review* January – February, 120-125.
- Procter, S. & Currie, G. & Orme, H. (1999). Limits to employee empowerment in the UK NHS. *Locality managers in a community health trust.* *Journal of Management in Medicine.* 13:6, 405-420.
- Øvretveit, J. (1998). Medical managers can make research-based management decisions. *Journal of Management in Medicine* 12:6, 391-397.
- Raunio, K. (1999). *Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perusteet ja käytännöt.* Gaudeamus. Helsinki.
- Rosseau, D. M. (1995). *Psychological Contracts in Organizations. Understanding Written and Unwritten agreements.* Sage, London.
- Sarala, U. & Sarala, A. (1996). *Oppiva organisaatio. Oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen.* Tammerpaino, Tampere.
- Schein, E. (1987) *Organisaatiokulttuuri ja johtaminen.* Weilin+Göös, Helsinki.
- Schipper, F. (1999). Phenomenology and the Reflective Practitioner. *Management Learning* 30:4, 473-485.
- Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline.* Doubleday, New York.
- Shamir, B. (1991). Meaning Self and Motivation in Organizations. *Organization Studies* 12:3, 405-424.
- Sheridan J. E. – White J. – Fairchild T. J. (1992). Ineffective Staff, Ineffective Supervision, or Ineffective Administration? Why some nursing homes fail to provide adequate care. *The Gerontological Society of America. The Gerontologist* 32:3, 334-341.
- Sievers, B. (1994). *Work, Death and Life Itself. Essays on Management.* De Gruyter, Berlin.
- Simon, H. A. (1979). *Päätöksenteko ja hallinto.* Weilin+Göös, Espoo.
- Sitonen, Juha (1999). *Voimaantumisteorian perusteiden hämmöttelua.* Acta Universitatis Ouluensis, Oulu.
- Stein, L.I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry,* 16, 699-703.
- Taskinen H., Sinkkonen S. ja Kinnunen J., (1995). *Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen alkuvaiheet*

- Kuopiossa: työntekijöiden kokemuksia ja arviointeja. Kuopio yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 33. Kuopio
- Tsang, E.W.K. (1997). Organizational Learning and the Learning Organization: A Dichotomy Between Descriptive and Prescriptive Research 50:1, 73-89.
- von Wright G. (1998). Logiikka ja humanismi. Otava, Helsinki.
- Vuori, J. (1993). Motivaatio julkisessa ja yksityisessä organisaatiokulttuurissa. Tutkimuksia n:o 175. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa.
- Vuori, J. (1996). Terveysthuollon itsepetos ja johtajuus – toiveajattelu ja autonomian pelko henkilöstön luovuuden esteenä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33, 363-374.
- Vuori, J. (2000). Oppivan organisaation, dialogin vai kriittisen rationalismin johtaminen? Terveysthuollon dialoginen johtajuus koulutuspolitiikan ja organisaatiokehittämisen yhteistyön haasteena. Käsikirjoitus.
- Vuori, J. (2000b). Sosiaali- ja terveysthuollon organisaatioiden yhteistyö ja palveluketjut, teoksessa Potilaan aseman ja oikeudet, toimittanut Sundman E., Tammi, Hki, 67-86.
- Vuori, J. (2001). Motivation as a product of meaninglessness? A tentative theory for health care organizations. Hallinnon Tutkimus 20:1, 4-20.
- Weick, K.E. & Westley, F. (1996). Organizational learning: affirming and oxymoron, teoksessa Handbook of Organization Studies, toim. S.R. Glegg & C.Hardy & W.R.Nord.Sage, London, 440-458.
- Willcocks, S. (1998). The development of clinical management at an NHS Trust hospital. A case study example. Journal of Management in Medicine 12:3, 168-177.