

Johtajana sairaalassa

Juha V. Virtanen

Vaikka terveydenhuollon ja erityisesti erikoissairaanhoidon johtamiseen liittyvää tutkimusta on tuotettu kansallisesti ja kansainvälisesti kohtuullisen paljon, on terveydenhuollon johtamistyön sisältöä, luonnetta, toiminnan ehtoja ja edellytyksiä tutkittu yllättävän vähän. Alan tieteellinen keskustelu on hajaantunut lukuisiin alakeskusteluihin, jotka saattavat tarkastella terveydenhuollon johtamista melko rajoitetusta näkökulmasta.

Osaltaan tätä tutkimuksen hajanaisuutta selittävät tutkimuskentän monitieteisyys sekä kansallisesti ja alueellisesti toisistaan poikkeavat palvelujärjestelmät. Olemassa oleva tutkimus vastaa heikosti esimerkiksi kysymyksen siitä, minkälaisia asioita, ilmiöitä, henkilö- ja toimijasuhteita ja käytäntöjä suomalainen julkisen terveydenhuollon palveluksessa toimiva ja kliinisestä toiminnasta vastaava johtaja työyhteisössään tai muuten työnsä takia kohtaa, ottaa huomioon tai itse noudattaa ja mikä on hänen oma asemansa tuossa kontekstissa.

Suomalaisessa terveydenhuollossa sairaaloiden kliinisestä toiminnasta vastaavat pääosin lääkäri- ja hoitajataustaiset johtajat. Nimenomaisesti keskijohdon ja ylimmän johdon lääkäri- ja hoitajajohtajuuteen liittyvää tutkimusta on vähän. Hoitajien lähijohtajuus on kirjallisuudessa parhaiten tutkittu ja kuvattu alue (esim. Sinkkonen & Taskinen 2002; Mettiäinen ym. 2003; Laaksonen ym. 2005; Surakka 2006; Bondas 2006). Terveydenhuollon johtamiseen ja ammattiryhmiin liittyvä

tutkimus näyttää enimmäkseen jakautuneen ”lääkäritutkimuksiksi” ja ”hoitajatutkimuksiksi” sen mukaan, keitä on tutkittu ja missä tutkimustulokset on julkaistu.

Tutkimuksissa referoitu teoreettinen kirjallisuus on myös osin erilaista. Eri ammattialoja edustavien johtajien tarkastelu samoissa tutkimuksissa on ollut harvinaista. Terveydenhuollon ammattiryhmien väliset ristiriidat ovat nekin olleet tutkimuksissa vähän esillä. (Grönroos & Perälä 2004.)

Tutkimuksen tavoitteet

Katsaus perustuu väitöskirjatutkimukseeni, jonka tarkoituksena on täyttää edellä mainittua tutkimuksellista puutetta. Tutkimukseni kuuluu liiketaloustieteen, johtamisen ja organisoinnin alaan. Tutkimuksessani kysyn, minkälaisia yhteisöllisiä ja aineellisia ulottuvuuksia johtajan toimintakenttään kuuluu ja mikä on niiden keskinäinen suhde? Miten johtajan ammatillinen asema – lääkäri tai hoitaja – ja toisaalta hierarkkinen asema – keskijohto tai ylin johto – jäsentävät hänen toimintakenttäänsä? Tutkimuksen tavoitteena on johtajan toimintakentän empiirisen kuvauksen ja analyysin pohjalta yleisemminkin tuoda esille sairaaloiden johtamiseen liittyviä kysymyksiä, kehittää alan teoreettista tietämystä ja hankkia tietoa, jota voidaan soveltaa terveydenhuollon johtamisen ja organisoinnin käytännön kehittämisessä.

Esitän, että lääketieteellisiin erikoisaloihin liittyvillä kulttuureilla ja prestiisihierarkioilla on sairaaloiden johtamisen ja organisoinnin ja ehkä jopa palvelujärjestelmän rakenteen ja resursoinnin kannalta ensiarvoisen tärkeä merkitys. Toiseksi esitän, että sairaaloiden johtamisessa ja organisoinnissa sovelletaan epätarkoituksenmukaisella tavalla implisiittistä sekajohtamisjärjestelmää, joka yhdistää byrokraattista, professionaalista ja managerialistista johtamisparadigmaa.

Ennustan myös, että suunnitellut organisoitireformit sairaala-, alue- tai palvelujärjestelmätasolla eivät todennäköisesti tule ratkaisemaan tai välttämättä edes merkittävästi parantamaan julkisen terveydenhuollon johtamisongelmia, koska todellisen toiminnallisen muutoksen aikaansaaminen jää saavuttamatta.

Tutkimusaineisto

Tutkimuksessa on haastateltu 25 johtajaa. Heistä ylimpään johtoon kuuluu 10 ja keskijohtoon 15 henkilöä. Lääkärिताusta on 17 haastateltavalla, hoitajatausta seitsemällä. Yksi haastateltavista on talouspäällikkö, mutta hänenkin haastattelunsa käsitteli lääkäri- ja hoitaja-johtajien toimintakenttää. Ylimpään johtoon kuuluvien keski-ikä oli haastatteluaikana 54,3 vuotta ja keskijohtoon kuuluvien 46,7 vuotta.

Haastateltavat työskentelivät seitsemässä julkisen erikoissairaanhoidon organisaatiossa, joihin kuuluu sairaanhoitopiirejä ja kaupunkien erikoissairaanhoidon organisaatioita. Haastatteluaineistoa täydentää laaja dokumenttiaineisto, joka käsittää esimerkiksi haastateltavien ja muiden erikoissairaanhoidon organisaatioiden organisaatiokaavioita, johto-, hallinto- ja toimintosääntöjä, strategia kuvauksia sekä arvojen kuvauksia.

Haastattelut litteroitiin ja analysoitiin aineistolähtöisellä tutkimusotteella N-Vivo 7 -tietokoneohjelmaa apuna käyttäen. Tutkimusta edelsi esitutkimus lääkärin ja hoitajien linjaorganisaatiosta johtamisen näkökul-

masta. Sen tulokset on julkaistu pääosin Suomen Lääkärilehdessä (Virtanen & Kovalainen 2006). Edeltävän tutkimuksen tulokset ohjasivat merkittävästi tutkimusasetelman rakentamista ja haastatteluteemojen muotoutumista.

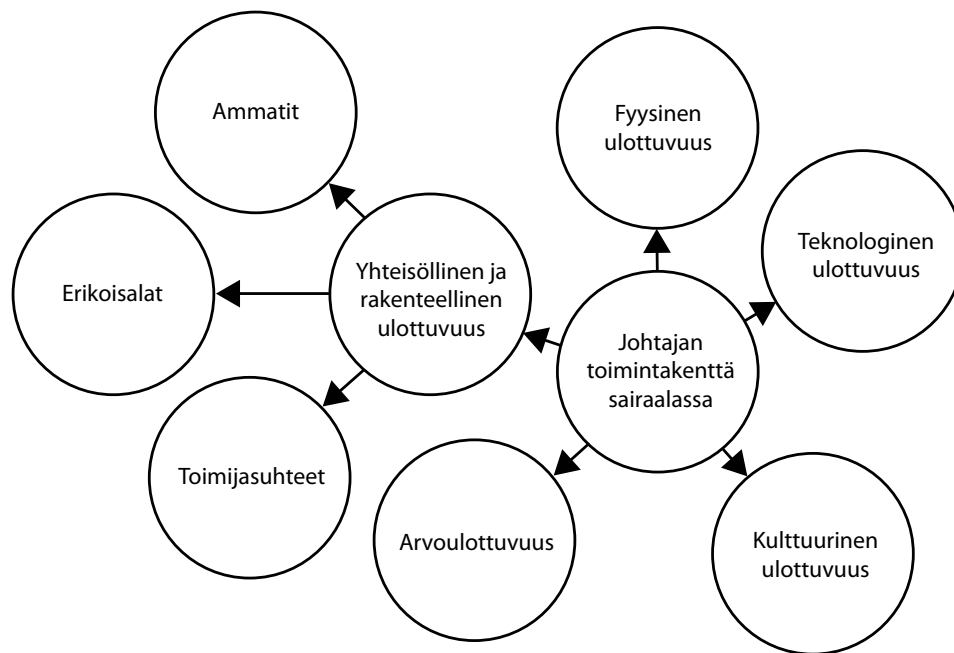
Hoitajien ja lääkäreiden omat linjaorganisaatiot

Johtajan toimintakenttä erikoissairaalassa on jaettavissa viiteen ulottuvuuteen, joista yksi, yhteisöllinen ja rakenteellinen ulottuvuus, on jaettavissa vielä kolmeen alaulottuvuuteen (kuvio 1).

Johtajan toimintakentän ulottuvuudet eivät ole toisistaan erillisiä. Ne ovat kaikki samanlaisesti läsnä, keskenään limittäisiä, kietoutuvat toisiinsa, menevät päällekkäin ja ovat jaettavissa pienemmiksi osiksi. Täten niillä ei ole selviä keskinäisiä rajapintoja. Esimerkiksi kulttuurinen ulottuvuus on läsnä kaikissa muissakin ulottuvuuksissa. Tutkimustuloksissa korostuvat erityisesti sairaalaorganisaation rakenteisiin, sairaalayhteisön toimijasuhteisiin sekä kulttuurisiin käytäntöihin liittyvät asiat ja ilmiöt.

Johtajan toimintakentässä erikoissairaalassa lääketieteen erikoisalat, spesialiteetit, ovat keskeisessä asemassa. Ne merkitsevät rakenteellisia, kulttuurisia ja toiminnallisia jakolinjoja, jotka yhdistävät samaan erikoisalaan kuuluvia ja erottavat heitä muista. Jakautuminen spesialiteetteihin ilmenee esimerkiksi virallisina organisaatiomäärityksinä ja johtamisjärjestelminä, yksiköiden fyysisenä sijoittumisena, arkipäivän toimintakäytäntöinä, keskinäisenä kilpailuna yhteisistä resursseista, kiinnostuksen ja yhteistyösuhteiden vähäisyytenä oman erikoisalan ulkopuolelle sekä oletuksena, että spesialiteetti määrittää johtajalle luonteenomaista käyttäytymistä ja johtamistapaa.

Kirurgien oletetaan olevan nopeatempoisia toiminnan ihmisiä, sisätautilääkärin hitaampia ja harkitsevia sekä psykiatrien "erilai-



Kuvio 1. Johtajan toimintakentän ulottuvuuksia

sia”. Oletus pätee myös hoitajataustaisiin johtajiin, mutta ei niin selvästi kuin lääkäritaustaisiin. Keskijohtoon kuuluvat lääkärijohtajat kiinnittyvät aineistossa voimakkaasti omaan specialiteettiinsä. He mieltävät itsensä oman specialiteettinsa johtajiksi ja puhuvat omasta organisaatioyksiköstään kuin se olisi sama asia kuin heidän edustamansa lääketieteen erikoisala. Myös keskijohdon hoitajajohtajat kiinnittyvät yhteen specialiteettiin, mutta eivät yhtä voimakkaasti kuin keskijohdon lääkärit. Ylimpään johtoon kuuluvat eivät ole vain yhteen specialiteettiin kiinnittyneitä. Heille sairaalayhteisön pirstoutuminen useisiin specialiteetteihin merkitsee johtamishaastetta.

Erikoisalojen lisäksi johtajan toimintakenttää erikoissairaalassa jakaa perustavaa laatua olevalla tavalla kaksi ammattikuntaa, hoitajat ja lääkärit. Kumpikin hoitaa omat asiansa, eivätkä johtajat yleensä näkyvästi puutu toisen ammattikunnan johtamiseen. Kummallakin on käytännössä oma linjaorganisaationsa riippumatta siitä, esiintyykö selaista virallisissa organisaatiomäärityksissä.

Sairaalan toimijasuhteisiin liittyvät ristiriitaisuudet ja epäselvyydet ovat merkittäviä. Ne liittyvät erityisesti valta- ja vastuusuhteisiin, kuten esimiesasemaan, tilivel-

vollisuuteen ja työnjakoon liittyviin kysymyksiin. Sairaalayhteisön valta- ja vastuusuhteet ovat aineistossa osin epämääräisiä. Esimiesasemasta johtajilla on epätietoisuutta ja toisistaan poikkeavia käsityksiä. Tutkimuksessa ilmenee kahdeksan kriteeriä, joiden johtajat katsovat osoittavan henkilön asemaa sairaalaorganisaation ohjaus- ja valvontaketjussa (taulukko 1). Osa niistä perustuu virallisiin organisaatiomäärityksiin, osa arkipäivän toimintakäytäntöihin. Ne eivät ole yksiselitteisiä ja lisäksi ne ovat osittain keskenään ristiriitaisia.

Esimiesaseman ja tilivelvollisuuden eroa ei tiedosteta, vaan johtajat olettavat, että tilivelvollisia ollaan vain esimiehelle, joita oletetaan olevan yksi. Tämä ristiriita aiheuttaa epävarmuutta ”oikeasta” esimiehestä tilanteissa, joissa omaan työhön liittyvät tilivelvollisuudet kohdistuvat useammalle henkilölle. Tutkimusaineistossa tilivelvollisuutta ilmentää esimerkiksi se, kenen kanssa johtaja käy omia henkilökohtaisia kehityskeskustelujaan ja mistä niissä puhutaan. Kun johtaja käy niitä useamman henkilön kanssa – aineistossa enimmillään neljän henkilön kanssa – hän hämmentyy ja aprikoi, kuka näistä on ”oikeasti” hänen esimiehensä.

Taulukko 1. Kriteereitä, joiden perusteella johtajan asema sairaalan ohjaus- ja valvontaketjussa määräytyy

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

Työnsä sisällöstä kertoessaan johtajat käyttävät ilmaisua ”toimenkuva”. Johtajien työnjako kiinnittyy tutkimuksen mukaan toimenkuviin, jotka noudattavat ammatti- ja spesialiteettijakoa sekä muodollista, hierarkkista organisaatiomääritystä. Johtajien puheessa ne määrittävät, mitä heidän ”kuuluu” tehdä. Ne eivät ole kirjallisia, eikä niiden sisältöjä muullakaan tavoin selkeästi määritellä. Uusia johtajia ei aineiston mukaan perehdytetä johtajan työhön sellaisessa tilanteessa, jossa hänellä ei ole aikaisempaa johtamiskokemusta. Omien toimenkuvien luomisessa ei johtajilla ole vaikeuksia, he pitävät niitä itsestään selvinä. Sisällöt päätellään itse esimerkiksi muita johtajia tarkkailemalla, johtosääntöjä ja strategioita lukemalla ja sihteerin kanssa keskustelemalla. Tutkimuksessa ilmeni, että toimenkuvat usein ”periytyvät”; toisin sanoen uusi johtaja omaksuu edeltäjänsä toimenkuvan. Uuden johtajan yritys muuttaa työnjakoa siten, että hänen oman työnsä sisältö muuttuu totutusta, voi herättää muussa sairaalayhteisössä vastarintaa.

Työnjako on keskijohdon tasolla tiukkaa: lääkärijohtaja hoitaa lääkärin, hoitajajohtaja hoitajien asiat. Kaikki johtajat kertoivat hyvästä yhteistyöstä toiseen ammatilliseen linjaorganisaatioon kuuluvan yhteistyökumppaninsa kanssa. Keskijohtoon kuuluvat johtajat puhuivat haastatteluissa sellaisesta yhteistyös-

tä, jossa ei poiketa ammattienvälisen työnjaon perinteestä. Ylimpään johtoon kuuluvat johtajat kertoivat, että työtehtävistä sovitaan usein ylimmässä johtoryhmässä, ja tällöin työtehtävät eivät määräydy vain ammatti- ja erikoisalataustan, vaan myös henkilökohtaisen mielenkiinnon ja osaamisen perusteella.

Sairaalayhteisön hierarkkisuus johtajan toimintakentässä ilmenee tutkimuksen mukaan lääkärin ja hoitajien ammattiensisäisiin ja -välisiin suhteisiin sekä johtajan organisaatioasemaan liittyvänä. Ammattienväliseen ja organisaatioasemaan liittyvät hierarkiat kiinnittyvät toisiinsa. Ammattiensisäisenä ilmiönä tulee esille erikoisalakohmainen prestiisihierarkia, joka koskee sekä lääkäreitä että hoitajia. Sen huipulla ovat operatiiviset erikoisalat. Ammattienvälinen hierarkkisuus ilmenee ylimpään johtoon kuuluvien hoitajajohtajien heikompana palkkauksena ja vähempänä vaikutusvaltana verrattuna ylimpään johtoon kuuluviin lääkärijohtajiin.

Kulttuuriset käytännöt ovat keskeisesti esillä kaikissa johtajan toimintakentän ulottuvuuksissa. Erityisesti kulttuurisen ulottuvuuden yhteys ammatteihin, spesialiteetteihin ja toimijasuhteisiin on tiivis. Kulttuurit näyttäytyvät johtajan toimintakentässä voimakkaina, vain osittain tiedostettuina arkipäivän toiminnan ohjaajina, toisinaan jopa yli virallisten organisaatiomääritysten ja annettujen ohjeistuksen.

Spesialiteetit sairaaloiden johtamisen ja organisoinnin ytimessä

Lääketieteelliset erikoisalajat merkitsevät erikoissairaalakontekstissa voimakkaita ja osin hankalasti ylitettäviä rakenteellisia, toiminnallisia, käyttäytymiseen ja kulttuureihin liittyviä rajalinjoja. Spesialiteetit näyttävät määrittävän erityisesti lääkärijohtajien ammatillista identiteettiä hyvin voimakkaasti. Ilmiö tulee ymmärrettäväksi sosiaalisen identiteettiteorian näkökulmasta (Ashford & Mael 1989).

Ensisijainen samastuminen omaan spesialiteettiin – eikä esimerkiksi omaan organisaatioon – tekee ymmärrettäväksi, että asioita katsotaan oman erikoisalalan näkökulmasta. Vastaavasti johtamisen kannalta asiat hajaantuvat spesialiteettikohtaisesti. Sitä pidetään luonnollisena silloinkin, kun siihen ei ulkopuolisesta näkökulmasta ole tarvetta, vaan pikemmin haittaa. Spesialiteettikeskeisyys tulee näkyviin sairaalakontekstin ulkopuolella, esimerkiksi lääkärin ammatillisen edunvalvonnan organisoitumisessa. Oletamus siitä, että kirurgi on nopea toiminnan ihminen, sisätautilääkäri hidas analysoija ja psykiatri ”erilainen”, ei rajoitu vain sairaalakontekstiin. Jokainen lienee kuullut kirurgi-, psykiatri- ja patologivitsejä, jotka perustuvat tällaisiin spesialistikohtaisiin stereotyyppioihin. Tämä viittaa mielestäni siihen, että terveydenhuoltoalaa laajemmaltikin oletetaan lääketieteellisten erikoisalojen määrittävän spesialisteille tyyppillistä käyttäytymistä.

Jaettu ammatillinen identiteetti voi selittää myös erikoissairaanhoidon fyysistä organisoitumista. Dokumenttiaineiston mukaan on tavanomaista organisoida sairaaloita siten, että erotetaan konservatiivinen, operatiivinen ja psykiatrinen tulosalue, joihin kuhunkin kuuluu useampia spesialiteetteja. Kirurgiset osastot sijaitsevat usein lähellä toisiaan, samoin kuin sisätautiosastot ja vastaavasti psykiatriset osastot. Havainto panee kysymään, miksi erikoisalakohmainen funktionaalinen organisaatorakenne on muodostettu siten, että

suuri osa kliinisistä yksiköistä on ryhmitelty nimenomaan konservatiivisista, operatiivisista ja psykiatrisista yksiköistä koostuviin rakenteisiin ja miksi yksiköiden fyysisessä sijoittelussa noudatetaan pääsääntöisesti samaa ryhmittelyä.

Potilaiden tarpeisiin vastaaminen ei mielestäni tätä organisoititapaa ja yksiköiden sijoittamista selitä. Harvalla potilaalla on tarvetta esimerkiksi useiden operatiivisten alojen palveluihin samanaikaisesti ja vaikka olisikin, eivät eri spesialistien tekemät leikkaukset toteudu samalla sairaalakäynnillä. Kirurgisten osastojen sijoittelua voi tosin selittää siten, että ne jakavat samoja leikkaussalipalveluja, mutta mistä johtuu esimerkiksi endokrinologian, hematologian tai muiden sisätautien erikoisalojen osastojen keskinäinen läheisyys?

Erikoisalojen kehittyminen ja uusien syntymisen voidaan nähdä seurauksena lääketieteen kehittymisestä. Lisäksi lääkärin yliopistolliset koulutuslaitokset toiminevat itsestään selvinä kulttuurisina malleina siitä, miten erikoisalajat sijoitetaan. Tästä näkökulmasta voidaan kysyä, palveleeko spesialiteettien fyysinen sijoittaminen koulutuslaitoksissa ihanteellisesti potilaan hoitoa vai heijastaako se vakiintunutta tapaa kouluttaa lääkäreitä.

Koska lääkärikunta on 1600–1700-luvulta lähtien ollut kiistattomassa johtoasemassa sairaaloiden johtamisessa ja organisoinnissa ja sen asema on edelleen hyvin merkittävä, on luonnollista, että sairaaloiden organisoinnissa näkyy nimenomaisesti lääkärikunnan kädenjälki. Siitä johtuen myös lääkäreiden erikoisalakohmainen identiteetti saattaa näkyä tavassa organisoida erikoissairaaloita. Spesialiteettien ryhmittely konservatiivisiin, operatiivisiin ja psykiatrisiin voi heijastaa sitä, että lääkärit pitävät luontevana sijoittaa samankaltaiset ihmiset (lääkärit) lähelle toisiaan ja kauemmaksi niistä, joiden kanssa he ovat ammatilliselta identiteetiltään hyvin erilaisia.

Toisin sanoen lääkärikunnan lääketieteen erikoisaloihin suuntautuva professionaalinen identiteetti voi selittää tapaa, jolla koulutus-

ja muita erikoissairaaloita organisoidaan. Jos näin on, niin lääkärien samastuminen lääketieteen erikoisaloihin näyttäytyy ilmiönä, joka selittää sairaaloiden organisointia eikä vain seurauksena tavasta, jolla sairaaloita on organisoitu.

Tutkimus paljasti myös erikoisalojen välisen prestiisihierarkian. Kirurgiaa ja ortopedi-aa pidetään arvostetumpina kuin esimerkiksi neurologiaa tai psykiatria. Tästä kertoivat sekä lääkäri- ja hoitajataustaiset johtajat. Lääketieteen erikoisalojen arvostuseroja terveydenhuoltohenkilöstön, erityisesti lääkärinkunnan, keskuudessa on tutkittu eri maissa. Tutkimuksista välittyy melko yhtenäinen kuva erikoisalojen arvostushierarkiasta: kirurgia on sen huipulla, lastentaudit ja psykiatria pohjalla (Hinze 1999). Tutkimuksissa on todettu, että erikoisalot – jotka ovat pitkälle ja kapeasti erikoistuneet, joita leimaa aktiivisuus (esimerkiksi leikkaukset ja toimenpiteet), biolääketieteellinen sisältö ja korkean teknologian hyödyntäminen – ovat lääkärinkunnan arvostushierarkian kärjessä (Norredam 2007).

Lisäksi erikoisalot, jotka hoitavat nuoria ja keski-ikäisiä potilaita, ”miehisiä elimiä” sekä vartalon yläosaan liittyviä sairauksia, ovat arvostetumpia kuin vanhuksia, naisia ja alavartalon sairauksia tyypillisesti hoitavat erikoisalot (Album 1991; Hinze 1999). Tutkimuksissa on myös tullut esille, että sairauksilla on lääkärinkunnan keskuudessa oma prestiisihierarkiansa, joka on hyvin yhteneväinen erikoisalojen arvostushierarkian kanssa (Album 1991; Album & Westin 2008).

Haastatteluaineistossa heikosta arvostuksesta puhuneet johtajat kuuluvat erikoisaloihin, joiden arvostus lääkärinkunnan keskuudessa voi olla alhainen (neurologia, geriatria ja psykiatria). Täten heidän näkemyksensä saattavat heijastaa myös oman erikoisalan asemaa ammattikunnan sisäisessä arvostushierarkiassa. He itse katsoivat, että oman yksikön heikko resursointi johtuu heidän edustamansa erikoisalan huonosta arvostuksesta.

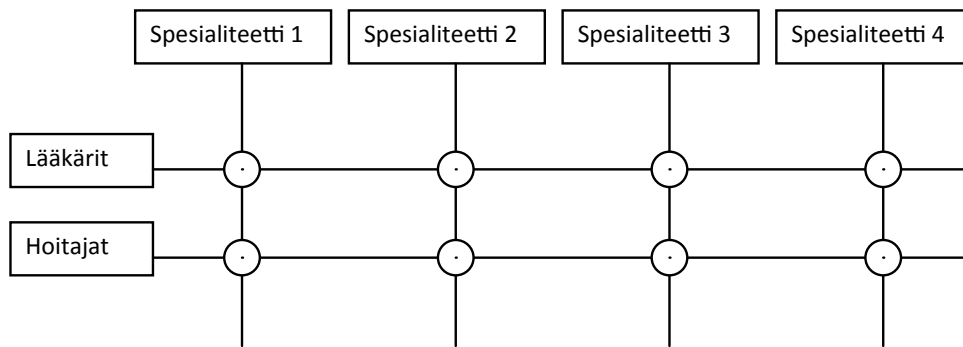
On viitteitä siitä, että erikoisalojen arvostus yleisön keskuudessa on samankaltai-

nen kuin lääkärinkunnan keskuudessa (Rosoff & Leone 1991). Kirurgit ovat esimerkiksi Suomen Kuvalehden ammattienarvostusmitauksessa kärkipaikoilla vuodesta toiseen. Hoitotakuusta puhuttaessa käsitellään usein operatiivisiin aloihin kuuluvia asioita, kuten leikkausjonojen pituutta. Täten on mahdollista, että erikoisalojen prestiisihierarkia vaikuttaa samansuuntaisesti terveydenhuoltojärjestelmän rakenteeseen ja resursointiin sekä lääkärinkunnan prestiisihierarkian että yleisön arvostuksia välittävän poliittisen ohjausjärjestelmän kautta. Täten palvelujärjestelmän rakenne ja resursointi voivat heijastaa lääketieteellisten erikoisalojen prestiisihierarkia tavalla, joka ei ole tarkoituksenmukaista väestön terveystarpeiden kannalta.

Erikoissairaalat – sekajohdettuja matriisityyppisiä professionaalisia byrokraatioita?

Sekä lääkärien että hoitajien ammattikunnilla on oma linjaorganisaationsa siitä huolimatta, että niitä ei aina ole organisaatiokaavioon tai muihin virallisiin organisaatiomäärityksiin selkeästi merkitty. Virallisiin organisaatiomäärityksin osoitettu sairaalan toiminnallinen ohjausjärjestelmä yhdistettynä professionaaliseen ohjaukseen kuuluvaan lääkärien ja hoitajien linjaorganisaatioon merkitsee rakenneanalyttisesti matriisimaista organisointumista (ks. kuvio 2). Tätä organisointumista ei täysin tiedosteta, vaikka sen mukaan käytännössä toimitaankin. Tutkimuksessa tulee esille matriisiorganisaatiolle tyypillisiä jakaantuneen johtajuuden ongelmia. Ne ilmenvät erityisesti epäselvyyksinä tilivelvollisuudesta. Asiantilaa mutkistaa vielä epäselvyys ja ristiriitaisuudet esimiesaseman määrittymisessä.

Tämän tutkimuksen valossa sairaala näyttäytyy matriisiorganisaation lisäksi byrokraattisena organisaationa. Byrokraattinen organisointitapa perustuu vallankäytölle, jonka rationaalisuus legitimoit (Weber 2003).



Kuvio 2. Erikoissairaala ammattikuntiin ja spesialiteetteihin perustuvien toimintojen muodostamana matriisina

Byrokratialle on tyypillistä muun muassa kiinteä, asialliseen ja asteelliseen kompetenssiin perustuva työnjako, yhden esimiehen periaate, tapa ohjeistaa asiat kirjallisesti (korkea formalisaatioaste), ohjeistuksen ja sääntöjen tarkka noudattaminen ja yhdenmukainen, henkilön persoonallisuudesta riippumattoman käyttäytyminen (Salminen 2002, 68; Walton 2005). Kaikki nämä byrokraattisen organisaation piirteet tulevat tutkimuksessa esille.

Haastatellut johtajat näyttävät sisäistäneet monia byrokraattiseen organisaatioon liittyviä puhe-, ajattelu- ja toimintatapoja, jotka ovat osin ristiriidassa virallisten organisaatiomääritysten kanssa. Tähän viittaa esimerkiksi johtajien puhe ”toimenkuvista” työn sisällön määrittäjinä. Sellaisia ovat myös ylimmän johdon koko organisaatiota koskevat, yksiköiden toimintavapautta rajoittavat määräykset (”kiristykset”), jotka eivät perustu siihen, miten hyvin yksiköt ovat saavuttaneet tulostavoitteensa. Byrokraattisessa organisaatiossa tilivelvollisia ollaan vain yhdelle henkilölle, omalle esimiehelle. Aineistossa jotkut haastateltavat kertoivat olleensa samanaikaisesti tilivelvollisia useammalle henkilölle, mikä saa heidät miettimään, kuka ”oikeasti” on heidän esimiehensä. Johtajat näyttävät oletavan, että sairaalassa kuitenkin viime kädessä toimitaan byrokraattisen ideaalin mukaisesti, vaikka todellisuus ei olisikaan sellainen kuin sen byrokratiassa oletetaan olevan.

Sairaaloita on kirjallisuudessa luonnehdittu byrokraattisiksi organisaatioiksi aina-

kin 1960-luvulta lähtien. Samankaltainen ajattelutapa lienee hyvin yleistä muillakin yhteiskunnan aloilla kuin julkisessa terveydenhuollossa. Andersson-Wallacen (2005, 169) mielestä tapa nähdä organisaatiot ensisijaisesti koneina on vähintään vuosisatoja, ellei vuosituhansia vanha. Weberiläinen byrokraattinen kontrollin periaate on säilynyt myös meidän aikanamme hyvin elinvoimaisena. Se osoittaa Waltonin (2005) mukaan byrokraattisen kontrollin suurta sopeutumispotentiaalia, joka on mahdollistanut ja mahdollistaa jatkossakin sen dominoivan aseman jatkumisen. Myös Weber (1947, 229) ennusti, että byrokraattisesta organisaatiosta tulee yksi vaikeimmin hävitettävissä oleva sosiaalinen rakenne, mitä hän ei pitänyt vain hyvänä asiana.

Toisaalta tutkimuksessa tulee esille seikkoja, jotka eivät ole ideaalibyrokraattian periaatteiden mukaisia. Siinä toimivaltasuhteet rakentuvat selkeiden vastualueiden mukaan, kullakin toimijalla on yksi esimies, ja ohjeistus on kattavaa ja pääosin kirjallista. Näin ei tutkimusaineistossa ole asian laita. Rationaalista olisi myös uusien johtajien perehdyttäminen tehtäviinsä. Toisin kuin johtajien puheesta voisi päätellä, byrokraattiselle organisaatiolle ei ole ominaista vallan keskittäminen. Byrokratiassa valta on nimenomaisesti hajautettua (Harc & Cunliffe 2006, 114). Tämä perustuu asteelliseen ja asialliseen kompetenssiin sekä formaaliin ohjeistukseen nojautuvaan vastuuttamiseen.

Mintzbergin (1983, 189–213) mukaan terveydenhuolto-organisaatiot, erityisesti suuret sairaalat, edustavat byrokraattisen organisaation alatyyppejä, jota hän kutsuu professionaaliseksi byrokratiaksi eli ammattilaisbyrokratiaksi. Siinä organisaation operatiivinen ydin, kuten lääkärit ja hoitajat, on keskeisessä asemassa. Professionaalinen byrokraatia perustuu asiantuntemuksen antamaan auktoriteettiin. Koordinaatio saavutetaan ensisijaisesti taitoja standardoimalla, mikä sairaalaorganisaatiossa näkyy esimerkiksi virkoihin ja toimiin liittyvinä koulutus- ja pätevyysvaatimuksina. Ammattilaisten työ on vaativaa ja perustuu tapauskohtaiseen harkintaan. Heidän työtään ei voi standardoida, kuten toisessa byrokratian tyypissä, jota Mintzberg (1983, 163–187) kutsuu konebyrokratiaksi. Siksi ammattilaisilla on suuri toimintavapaus, minkä takia ammattilaisbyrokratiassa valta on erityisen hajaantunut sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti. (Mintzberg 1983, 189–195.) Ammattilaisbyrokratiassa professionaalinen ja byrokraattinen johtamisparadigma ovat keskeisesti esillä (Torppa 2007).

Ammattilaisbyrokratiassa professiot kontrolloivat itse itseään ja suhtautuvat kielteisesti ylhäältä tulevaan kontrolliin tai yrityksiin valvoa profession ulkopuolelta ammattilaisten tekemää työtä. Tästä syystä ammattilaisbyrokratialle on tyypillistä jännitteisyys organisaation hallintorakenteen ja ammattilaisten välillä. Se ei ole kovin innovatiivinen eikä erityisen herkkä asiakkaiden muuttuville tarpeille. Ammattilaisten tekemien virheiden käsittely voi olla ongelmallista. Muutokset organisaatiossa tapahtuvat hitaasti, koska ne edellyttävät ammattilaisten hyväksyntää. (Mintzberg 1983, 197–213.) Ammattilaisbyrokratian koordinaatio on täten erityisen vaativaa.

Tutkimuksessa vahvistetaan näkemystä erikoissairaaloista ammattilaisbyrokratioina: sairaalaorganisaation horisontaalinen jakautuminen lääketieteellisiä erikoisaloja käsittäviin kokonaisuuksiin korostaa spesialistien professionaalista asemaa. Jakautuminen ”lääkärien” ja ”hoitajien asioihin” sekä spe-

sialiteetteihin tulevat tutkimuksessa selvästi esille. Ammattilainen on tilivelvollinen erityisesti potilaalle ja omalle ammattikunnalle. Potilaan paras on hänelle luonteva toimintaa ohjaava ydinarvo. Ammatillinen identiteetti ja ammattikunnan alakulttuuri selittävät laajasti hänen käyttäytymistään. Ammattilaiset ovat keskenään tasavertaisia kollegoja.

Koska professionaaliossa byrokratiassa ammattilaisten taidot on erilaisten koulutus- ja pätevyysvaatimusten avulla standardoitu, ei hänellä ole epäselvyyttä siitä, mitä hänen tulee sairaalassa tehdä. Siksi perehdytystarve hänen substanssiosaamiseensa liittyvään työhön jää vähäiseksi. Silloin kun perehdytystarvetta esimerkiksi johtamistyöhön on, sitä ei ehkä tiedosteta. On myös mahdollista, että ammattilaiset katsovat johtajaksi perehtymisen tapahtuvan nimenomaan substanssiosaamisen kautta. Lisäksi perehdyttämisen toteuttaminen voidaan katsoa hankalaksi suhteessa, joka koetaan ensisijaisesti kahden tasavertaisen professionaalien väliseksi.

Myös epäselvyydet esimies-alaisuuksista ja vastuualueista tulevat ymmärrettävämmäksi, kun ajatellaan sairaaloita ammattilaisbyrokratioina. Muodollinen ohjaus- ja valvontaketju ei ole organisaation toiminnan kannalta ammattilaisbyrokratiassa yhtä tärkeä kuin esimerkiksi konebyrokratiassa. Ammattilaiset tietävät, miten toimia. Esimiehellä ei siksi ole tarvettakaan kontrolloida ammattilaisia samassa määrin kuin jossakin toisenlaisessa organisaatiossa. Lisäksi ammattilaiset haluavat säilyttää ammatillisen autonomiansa ja nimenomaan välttää hallinnollista kontrollia oman professionsa ulkopuolelta (Harrison & Pollitt 1995, 2–3). Erityisesti brittiläisessä terveydenhuollon johtamisen tutkimuksessa on viime vuosina merkittäväksi keskusteluksi noussut lääkärikunnan ja yleisjohdon keskinäinen suhde ja siihen liittyvät jännitteet ja ongelmat (Ong 1997; Harrison & Lim 2003; Davies & Harrison 2003; Edmonstone 2008). Meillä esimerkiksi HUS:n hiljattain julkisuudessa olleet johtamis- ja organisointiongelmat käyvät ymmärrettäviksi tätä taustaa vasten.

Johtamisoppeja yksityiseltä sektorilta

Suomalaisessa terveydenhuollon johtamisen tutkimuksessa managerialismi on ollut keskeisesti esillä. Managerialismi viittaa yksityiseltä sektorilta otettujen johtamisoppien ja käytäntöjen soveltamiseen julkisella sektorilla. Se on moniulotteinen käsite, jota Torppa (2007) tarkastelee ideologiana, reformina ja johtamisparadigmana.

Torppa (2007, 66–78) erottaa suomalaisessa julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa managerialistisen, byrokraattisen ja professionaalisen johtamisparadigman. Managerialismi pyrkii muuttamaan yrityselämän esikuvien mukaisesti perinteisen resurssikeskeisen johtamisen tuloskeskeiseksi. Torppa toteaa, että managerialistinen johtamisparadigma ei ole Suomen erikoissairaanhoidossa syrjäyttänyt professionaalisen ja byrokraattisen johtamisen käytäntöjä. Hänen mukaansa sairaanhoitopiirien johtamisessa yhdistellään kaikkia kolmea johtamisparadigmaa (Torppa 2007, 199–200.)

Väitöstutkimuksessani managerialistinen johtamisparadigma tulee esille johtajien tavassa puhua tuloksesta, budjetista, tulosalueista ja tulosityksiköistä. Dokumenttiaineistossa se tulee esille organisaation rakenteiden niminä sekä joidenkin sairaanhoitopiirien tapana esittää arvoinaan managerialistisia toimintaperiaatteita. Tuloksella johtajat tarkoittivat tuotettuja palveluja. Tulosta seurattiin ja siitä puhuttiin erityisesti haastateltavien johtoryhmissä.

Tutkimusaineistossa osa haastateltavista on saanut sellaista johtamiskoulutusta, jossa myös managerialistinen näkökulma on keskeisesti esillä. Haastatteluissa tulee esille lisäksi johtajien halu palkita yksilöllisesti alaisiaan hyvin tehdystä työstä. Se ei kuitenkaan onnistu, koska byrokraattiselle johtamisparadigmalle tyypilliset ”pelisäännöt” ja professionaalisuudelle luonteenomainen professionsisäinen kontrolli estävät sen. Joidenkin keskijohtoon kuuluvien johtajien kokemaa oman vallan ja vastuun ristiriitaa voi tarkastella managerialististen tavoitteiden (vastuu

tuloksesta) ja byrokraattisen kontrollin (ylin johto ”nykäisee” vallan pois) välisenä ristiriitana.

Täten managerialistinen johtamisparadigma ilmenee tutkimusaineistossa lähinnä johtajien tavassa puhua, mutta vain niukasti sairaalaorganisaation managerialistista johtamisparadigmaa toteuttavan toiminnan kuvauksena. Managerialistinen näkökulma ei muuta tutkimuksen antamaa kuvaa siitä, että erikoissairaalat ovat ammattilaisbyrokratioita. Huolimatta 15 viime vuoden aikana erikoissairaanhoidossa tehdyistä mittavista uudistuksista, vanhat byrokraattis-hallinnolliset ja professionaaliset rakenteet ja toimintatavat näyttävät säilyneen elinvoimaisina.

Havainto on samansuuntainen joidenkin aiemmin kotimaisissa tutkimuksissa saatujen tulosten kanssa (esim. Wiili-Peltola 2005; Torppa 2007). Myös kansainvälisen tutkimuksen valossa sairaalat ammattilaisbyrokratioina näyttävät hyvin hitaasti muuttuvilta. Brittiläisessä julkisessa terveydenhuollossa on viime vuosikymmenien aikana toteutettu lukuisia rakenteellisia reformeja, esimerkiksi yleisjohdon lanseeraaminen sairaaloihin 1980-luvun puolivälissä. Näille uudistuksille on Andersson-Wallacen (2005, 167–168) mukaan yhteistä, että haluttuja rakenteellisia muutoksia ei ole saavutettu tai niistä saavutettuja hyötyjä ei ole pystytty tutkimuksissa vahvistamaan.

Ham ja Dickinson (2008) toteavat, että kaikista uudistuksista huolimatta lääkärin autonomia on säilynyt jokseenkin entisellään, ja brittiläiset terveydenhuolto-organisaatiot toimivat edelleen Mintzbergin kuvaaman ammattilaisbyrokratian tapaan. Muutokset, joihin lääkärikuntaa ei ole saatu sitoutumaan eivät ole johtaneet todellisiin, tutkimuksella todennettuihin parannuksiin. Epäviralliset johtajat ja vanhat verkostot toimivat virallisten rakenteiden rinnalla. Vanhojen käytäntöjen ja rakenteiden säilyminen uusien rinnalla on todettu myös amerikkalaisessa terveydenhuoltotutkimuksessa (Scott ym. 2000; Alexander & D’Aunno 2003).

Ylhäältä sanellut reformit epäonnistuvat

Ammattilaisbyrokratian hidas muutosnopeus on teoreettisesti ymmärrettävää. Koska professionaalit ovat ammattilaisbyrokratiassa keskeisessä asemassa, ei todellinen muutos ole mahdollinen ilman heidän aktiivista myötävaikutustaan. Se edellyttää heiltä hyväksymistä, mikä puolestaan edellyttää, että suunniteltu muutos on heidän sisäistämänsä arvopohjansa mukainen.

Ylhäältä päin määrättyt reformit epäonnistuvat, jäävät näennäisiksi tai pinnallisiksi ilman ammattilaisten hyväksyntää ja aktiivista osallistumista muutokseen. Se on erityisen vaativaa sairaalayhteisöissä, joille on tyypillistä, että vallitsevat toimintatavat ovat ankkuroituneet vain osaksi tiedostettuihin kulttuurisiin käytäntöihin, jotka pohjaavat vuosisaisiin perinteisiin. Muutosta ei helpota toimijoiden herkkä ja hienovarainen valtatasapaino (ns. negotiated order; Strauss ym. 1963; Allen 1997; Wiili-Peltola 2005), eikä se tosiasia, että sairaaloissa ollaan tekemisissä henkilöstöä psyykkisesti kuormittavien elämän ja kuole-

man kysymysten kanssa. Vakiintuneet ja näennäisesti epätarkoituksenmukaiset toimintakäytännöt saattavat olla mielekkäitä henkilöstön ja johtajien oman mielenterveyden ylläpitämiseksi (Menzies 1960).

Edellä kirjoittamaani ei pidä tulkita niin, että en näe mahdollisuutta muutokselle. Tutkimuksessani esitän, minkälaiselta pohjalta todellinen muutos voisi mielestäni tapahtua. Se vaatii syvällistä ymmärrystä terveydenhuollon ongelmakentästä ja sen tosiasian hyväksymistä, että pelkällä palvelujärjestelmän ja organisaatioiden rakenteiden uudistamisella ei todennäköisesti saavuteta haluttunlaista ja nopeaa toiminnallista muutosta.

Katsaus perustuu kirjoittajan liiketaloustieteen, johtamisen ja organisoinnin alaan kuuluvaan väitöskirjaan *Johtajana sairaalassa: johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta*, joka tarkastettiin Turun kauppakorkeakoulussa 29.1.2010 (Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja, Sarja A-2:2010).

Kirjallisuus

- Album, D. (1991) Sykkedommers og medisinske spesialiteter prestisje (The prestige of diseases and medical specialties). *Nordisk medicin* 106 (8-9), 232-236.
- Album, D. & Westin, S. (2008) Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine* 66, 182-188.
- Alexander, J. A. & D'Aunno, T. (2003) Alternative Perspectives on Institutional and Market Relationships in the U.S. Health Care Sector. Teoksessa S. S. Mick & M. E. Wyttenbach (toim.) *Advances in Health Care Organization Theory*. San Francisco: Jossey-Bass, 1-22.
- Allen, D. (1997) The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness* 19 (4), 498-520.
- Anderson-Wallace, M. (2005) Working with structure. Teoksessa E. Peck (toim.) *Organisational Development in Healthcare*. Abington: Radcliffe Publishing, 167-186.
- Ashford, B. E. & Mael, F. (1989) Social identity theory and the organization. *Academy of Management Review* 14 (1), 20-39.
- Bondas, T. (2006) Paths to Nursing Leadership. *Journal of Nursing Management* 14 (5), 332-339.
- Davies, H. & Harrison, S. (2003) Trends in doctor-manager relationships. *British Medical Journal* 326, 646-649.
- Edmonstone, J. (2008) Clinical leadership: the elephant in the room. *International Journal of Health Planning and Management* 24 (4), 290-305.
- Grönroos, E. & Perälä, M.-L. (2004) Johtamistutkimus terveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus. Helsinki: Stakes.
- Ham, C. & Dickinson, H. (2008) Engaging Doctors in Leadership: What we can learn from internation-

- al experience and research evidence? University of Birmingham: Academy of Medical Royal Colleges, NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Hatch, M. J. & Cunliffe, A. L. (2006) *Organization Theory. Modern, symbolic, and postmodern perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Harrison, S. & Lim, J. N. W. (2003) The frontier of control: doctors and managers in the NHS 1966 to 1977. *Clinical Governance: An International Journal* 8 (1), 13–18.
- Harrison, S. & Pollitt, C. (1995) *Controlling Health Professionals. The Future of Work and Organization in the National Health Service*. Buckingham: Open University Press.
- Hinze, S.W. (1999) Gender and the body of medicine or at least some body parts: (Re)constructing the prestige hierarchy of medical specialties. *The Sociological Quarterly* 40 (2), 217–239.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. (2005) *Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa*. Helsinki: Edita.
- 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.
- Mettiäinen, S., Laakso, H. & Raatikainen, R. (2003) *Terveydenhuollon osastonhoitajien pätevyys*. Hallinnon tutkimus 22 (1), 68–81.
- Mintzberg, H. (1983) *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ong, B. N., Boaden, M. & Cropper, S. (1997) Analysing the medicine-management interface in acute trusts. *Journal of management in medicine* 11 (2), 88–95.
- Rosoff, S. M. & Leone, M. C. (1991) The public prestige of medical specialties: overviews and undercurrents. *Social Science & Medicine* 32 (3), 321–326.
- Salminen, A. (2002) *Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Helsinki: Edita.
- Scott, W., Richard, R. M., Mendel, J. & Caronna, C. (2000) *Institutional Change and Health Care Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sinkkonen, S. & Taskinen, H. (2002) Johtamisosaimisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla. *Hoitotiede* 14 (3) 129–141.
- Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R. & Sabshin, M. (1963) The hospital and its negotiated order. Teoksessa E. Freidson (toim.) *The hospital in modern society*. London: Free Press of Glencoe, 147–169.
- Surakka, T. (2006) *Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla. Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.
- Torppa, K. (2007) *Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa*. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Oulu: Oulun yliopisto.
- Virtanen, J. V. & Kovalainen, A. (2006) Lääkärin ja hoitajien linjaorganisaatiot käytännön johtamisen näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* 61 (33), 3247–3252.
- Walton, E. J. (2005) The Persistence of Bureaucracy: A Meta-analysis of Weber's Model of Bureaucratic Control. *Organization Studies* 26 (4), 569–600.
- Weber, M. (2003) *Bureaucracy and Legitimate Authority (1924)*. Teoksessa M. J. Handel (toim.) *Sociology of Organizations. Classic, Contemporary, and Critical Readings*. Thousand Oaks, CA: Sage, 17–23.
- Weber, M. (1947) *The theory of social and economic organization*. The Free Press: New York.
- Wiili-Peltola, E. (2005) *Sairaala muutosten ristipaineissa. Hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa*. Helsinki: HAUS kehittämiskeskus Oy.