



MIRJA TUOMIRANTA

# Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja?

Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja  
johtamisroolin omaksumisesta  
erikoissairaanhoidossa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen laitoksen  
K-rakennuksen isossa luentosalissa, Teiskontie 35, Tampere,  
helmikuun 8. päivänä 2002 kello 12.

English abstract

*Tampereen yliopisto  
Tampere 2002*

# AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Seinäjoen keskussairaala

## Ohjaajat

Professori Pekka Laippala

Tampereen yliopisto

Professori Juha Kinnunen

Kuopion yliopisto

## Esitarkastajat

Dosentti Kari Lindström

Helsingin yliopisto

Professori Emer. Liisa Rantalaiho

Tampereen yliopisto

## Myynti



Tampereen yliopiston

julkaisujen myynti

PL 617

33101 Tampere

Puh. (03) 215 6055

Fax (03) 215 7685

taju@uta.fi

<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu

Juha Siro

Painettu väitöskirja

Acta Universitatis Tamperensis 854

ISBN 951-44-5290-9

ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 160

ISBN 951-44-5291-7

ISSN 1455-1616

Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print

Tampere 2002

*”Jokaisella monen pelaajan pelillä, jossa pelaajat eivät toimi keskenään yhteistyössä, on tasapainotila, jossa kukaan pelaajista ei voi parantaa omaa asemaansa ryhtymättä yhteistyöhön eli - muuttamalla pelkästään omaa strategiaansa”*

John Nash, peliteoreetikko, systeemiajattelija

## Tiivistelmä

Erikoissairaanhoidon johtaminen on taloudellisten ja toiminnallisten muutosten myötä käynyt yhä haasteellisemmaksi. Tietoa siitä, kuinka suomalaiset johtamistyötä tekevät lääkärit ovat kokeneet johtamistyön, siinä tapahtuneet muutokset ja uuden roolinsa erikoissairaanhoidon johtajina, on tähän mennessä ollut niukasti saatavissa.

Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli selvittää, mitkä tekijät lääkärijohtajien työ- ja toimintaympäristössä aiheuttavat lääkärijohtajille ammattirooliin liittyviä roolijännitteitä. Toisena tavoitteena oli etsiä lääkärijohtajien roolijännitteiden, johtamismotivaation ja johtamisroolin omaksumisen välisiä yhteyksiä. Tutkimuksessa hyödynnettiin kansainvälistä johtamistyön rooliristiriita- ja rooliepäselvyyssmittaria (Rizzo ym. 1970), johtamisroolin omaksumisprosessia kuvaavaa rooliepisodimallia (Katz ja Kahn 1978) sekä Ajzenin (1991) motivaatiomallia ja kehitettiin lääkärijohtajan työtä kuvaavat roolijännite- ja roolin omaksumismallit. Poikkitieteellisenä ja metateoreettisena rooli-, motivaatio-, oppimis- ja johtamiskäyttäytymisteorioiden kokoavana mikrotason viitekehyksinä toimivat kognitivismi ja toisen asteen kybernetiikka. Makrotasolla johtamisroolin omaksumiseen liittyviä jännitteitä tarkasteltiin johtamis- ja professioteorioiden näkökulmasta.

Kohderyhmänä oli 69 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkärijohtajaa, joille lähetettiin postikysely. Kyselylomakkeessa oli sekä strukturoituja että rooliepäselvyyttä ja rooliristiriitoja tarkentavia avokysymyksiä. Vastausprosentti oli 74. Aineiston analysoinnissa käytettiin faktori- ja logistista regressioanalyysiä. Avokysymysten vastaukset analysoitiin sisällön analyysimenetelmällä.

Sekä asia- että henkilöstöjohtamisen roolijännitteet liittyivät työnkuvaan ja tavoitteisiin, työjärjestelyihin ja aikapaineeseen, toimintaympäristöön sekä oikeudenmukaiseen kohteluun. Avokysymyksissä mainitut käytännön esimerkit roolijännitteistä tukivat määrällisen analyysin tuloksia. Vain erikoissairaanhoidon organisaation kankeus oli avovastauksissa esiintyvä uusi ulottuvuus.

Roolijännitteiden kokemista johtamistyössä ennustivat erikoissairaanhoidossa tapahtuneet muutokset, pieni tulosityksikön koko, naissukupuoli, ikä > 48 vuotta, joustava persoonallinen tyyli, hyvä johtamis- ja oppimismotivaatio sekä johtamiskoulutus. Johtamisroolin omaksumista ennustivat oikeudenmukainen kohtelu, hyvä johtamismotivaatio, suuri tulosityksikön koko sekä joustava persoonallinen tyyli. Selkeä kliinisen työn toimintaympäristö ennusti klinikon roolin omaksumista.

Kehitettyjen lääkärijohtajan roolijännite- ja roolin omaksumismallien toimivuutta tukivat logististen regressioanalyysien ja avovastausten sisällön analyysien tulokset. Mallit soveltuvat lääkärijohtajien ristiriitaisen työ- ja toimintaympäristön kuvaamiseen erikoissairaanhoidossa. Mallien toimivuus viittaa ammattiroolien prosessimaiseen ja kognitiiviseen luonteeseen.

Avainsanat: lääkärijohtaja, johtaminen, erikoissairaanhoido, normi, professio, rooli, roolijännite, motivaatio, oppiminen, kognitiot, kybernetiikka

## Abstract

The management of special medical care hospitals has become more and more challenging due to economic and functional changes. There has been hardly enough information available about how physician executives in Finland experience the changing health care environment and their new role as managers.

One aim of this study was to identify the factors in the hospital environment that predict the physician executive's role strain in their professional roles. Another aim of the study focuses on the dependent variables between role strain, managerial motivation and managerial role taking.

The study leans mainly on the role episode model by Katz and Kahn (1978) combined with the theory of planned behaviour by Ajzen (1991). The validated role conflict and role ambiguity measure by Rizzo, House and Lirtzman (1970) were used to assess role strain. The final aim of the study is to develop a physician executive role strain model and role taking model.

Cognitivism and second order cybernetics was the gathering metatheory for the role-, motivation-, learning- and management theories in this study. On the macro level physician executive role strain and role taking were analysed from the perspective of managerial and profession theories.

The mail survey was sent to 69 physician executives working in the South Ostrobothnia Group of Hospitals. Of the questionnaires with both structural and open questions 51 (74%) were returned. Results were obtained using descriptive statistics, confirmatory factor analysis and logistic regression analysis. Qualitative data was analysed by the content analysis method.

Physician executive role strains concerning both management and leadership work were: unclear nature of work and goals, poorly organized work and time pressure, conflicting work environment and organizational injustice. The results of content analysis were parallel to the statistical analysis of the Rizzo et al. (1970) measure except for the rigidity of hospital organizations, which was a new dimension.

The factors that predicted physician executive role strains were the special medical care changes, small hospital unit, female gender, age > 48 years, flexible personal style, good managerial motivation and good learning motivation.

The determinants of managerial role were organizational justice, good managerial motivation, large hospital unit and flexible personal style. The only determinant for taking clinical role was the clarity of clinical work environment.

The results from the confirmatory factor analysis, logistic regression analysis and content analysis supported the functioning of physician executive role strain and role taking models in this study. The research models are applicable for the description of the complex and conflicting special care hospital environment of physician executives. The functioning of the research models refers the professional and cognitive nature of professional roles.

Key words: physician executive, management, special care, norm, profession, role, role strain  
motivation, learning, cognitions, cybernetics

## Kiitokset

Tämä tutkimus ei olisi alkanut eikä loppunut ilman ohjaajaani professori Pekka Laippalaa. Hänen oivaltava, iloinen ja optimistinen asenteensa on vienyt tutkimusta eteenpäin ja saanut tutkimustyön etenemään nopeammin ja tuntumaan kevyemmältä kuin se todellisuudessa on ollut. Toista ohjaajaani professori Juha Kinnusta kiitän innostavista ja ennakkoluulottomista tieteenfilosofisista ohjauskeskusteluistamme, joita olemme käyneet ympäri Suomea.

Kiitän myös arvostamaani professori Mika Kivimäkeä hänen ratkaisevasta panoksestaan tutkimuksen alkuvaiheen empiirisen osan hahmottamisessa. Tutkimukseni esitarkastaja professori Liisa Rantalaihoa kiitän hänen lempeän kriittisistä ja kannustavista kommentistaan ja tutkimusprofessori Kari Lindströmiä hänen kohteliaan analyttisistä ja tarkkanäköisistä huomioistaan tutkimusraporttini kokonaisuuden hahmottamisessa ja tiivistämisessä.

Tämän tutkimuksen valmistumiseen on lisäksi myötävaikuttanut viimeisen kolmen vuoden aikana suuri joukko eri tieteidenalojen professoreita, tutkijoita, lääkärikollegoita, muita työtovereita, sukulaisia ja ystäviä. Olen vaivannut heitä sekä yksinkertaisilla että monimutkaisilla kysymyksilläni. Kiitän erityisesti seuraavia henkilöitä lämpimästi heidän neuvoistaan ja avustaan

Dosentti, johtajaylilääkäri Turkka Tunturi	Professori Elianne Riska	Erikoislääkäri Riitta Huotari-Orava
Professori Matti Isohanni	PsT, psykologi Juhani Tiuraniemi	Ekonomi, toimitusjohtaja Matti Orava
Dosentti, laboratorionjohtaja Antti Uutela	LL, apulaisopettaja Taina Mäntyranta	Johtaja Tiina Gröhn
Professori Anne Kovalainen	HTL, tutkija Sirpa Syvänen	Psykologi Anne Saarijärvi
Dosentti, johtajaylilääkäri Hannu Puolijoki	HLT, yliassistentti Satu Lahti	Terveystenhoitaja Eeva-Liisa Yrttimaa
Sairaanhoitopiirin johtaja Jaakko Pihlajamäki	PsT, tutkija Jussi Silvonon	LL, päivystävä humoristi Jarkko Mäkelä
LT, Läänin sosiaalineuvos Kimmo Pahkala	Erikoislääkäri Saara Töyry	ATK-tuotannon asiantuntija Markku Komulainen
TtT, toimialajohtaja Paula Risikko	LT, ylilääkäri Matti Rekiaro	ATK-tukihenkilö Irma Haapala
Dosentti, ohjelmajohtaja Jyrki Komulainen	Kirjastonhoitaja Pauli Ritvanen	ATK-operaattori Tuija Mansikkamäki
Professori Jari Vuori	Osastonhoitaja Päivi Kumpula	Talusojohtaja Tiina Murtonen
Dosentti Marko Elovainio	Osastosihteeri Anita Hokkanen	Toimistonhoitaja Kaisu Nikkola
Dosentti Jari Eskola	Osastosihteeri Pirjo Yli-Hukkala	Koulutus- ja tiedotussihteeri Anita Huhtamäki
Professori Juhani Lehto	Suunnittelupäällikkö Heimo Hemminki	Opettaja Mauri Mäkiranta
TtT, koulutusjohtaja Elina Viitanen	Tutkimussihteeri Kirsti Svahn	Dosentti, apulaisyliääkäri Harri Pihlajamäki
Tutkija Erja Wiili-Peltola	Hallintosihteeri Anita Talso	Hallinnollinen apulaisyliääkäri Lauri Herrala
Dosentti, hallintoylihoitaja Kaija Nojonen	Tutkijapsykologi Esa Nordling	Diplomikielenkääntäjä Rauni McBreen
Erikoissuunnittelija Marja-Leena Mielonen	Ylihoitaja Ari Ojanen	MA, kielenkääntäjä Virginia Mattila
Professori Ari Salminen	Psykologi Tommi Hautaniemi	LKT, ylilääkäri Jussi Korpi
Professori Jouko Lönnqvist	Hallintoylihoitaja Saara Ijäs	LT, ylilääkäri Reino Raninen
Professori Mats Brommels	Ylihoitaja Sinikka Autere	LT, työterveyslääkäri Eliisa Mäenpää
Dosentti, yksikön johtaja Anna-Maija Lehto	Osastonhoitaja Yrjö Sarvikas	LL, työterveyslääkäri Sanna Talja
Professori Soile Veijola	LL, apulaisneuvottelupäällikkö Mikko Kangas	LT, ylilääkäri Juhani Grönlund
LKT, ylilääkäri Terhi Hermanson	ATK-suunnittelija Elina Luhtasaari	Tutkija, toimitusjohtaja Leena Silvennoinen-Nuora
Professori Harri Sintonen	ATK-suunnittelija Seppo Luhtasaari	ATK-suunnittelija, toimitusjohtaja Kari Rajala

Taloudellisesti tutkimusta ovat tukeneet Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri sekä Etelä-Pohjanmaan lääkäriseura.

Aviomieheni Martti ja lapseni, kolmoset Laura, Saara ja Henri saavat viimeiset kiitokset. Ilman Martin kanssa käymiäni lukuisia yhteiskunnallisia, sosiologisia, filosofisia ja psykologisia keskusteluja en olisi valinnut tällaista tutkimusaihetta ja tutkimuksen viitekehystä. Lasten hoidossa vaadittava kärsivällisyys ja organisointitaidot edesauttoivat minua viemään tutkimusprosessini loppuun asti.

Seinäjoella tammikuussa 2002

Mirja Tuomiranta

# SISÄLLYS

KIITOKSET .....

TAULUKOT .....

KUVIOT .....

## 1 JOHDANTO ..... 16

1.1 Erikoissairaanhoidon johtamisen haaste ..... 16

1.2 Johtamisen vaiheita erikoissairaanhoidossa..... 18

1.2.1 Normiohjauksesta tulosjohtamiseen ..... 18

1.2.2 Tulosjohtaminen sairaalan johtamismallina..... 20

1.2.3 Uusi johtamis- ja työkuulttuuri ..... 22

1.2.4 Johtaminen ja sairaalahenkilöstön hyvinvointi ..... 24

1.2.5 Aikaisempi lääkärijohtajakirjallisuus ..... 24

1.2.6 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtamiskäytäntö..... 28

## 2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TEHTÄVÄT JA METODIT..... 31

2.1 Tutkimuksen tavoitteet..... 31

2.2 Tutkimustehtävät ..... 32

2.3 Tutkimusmenetelmät ..... 33

2.4 Tutkimusraportin rakenne..... 34

## 3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS..... 35

3.1 Kognitivismi..... 35

3.1.1 Kognitiivinen käänne..... 36

3.1.2 Kognitiot ja organisaatiot..... 36

3.1.3 Kognitiotiede, avoin systeemiteoria ja kyberneettiset mallit ..... 37



3.2	Roolit.....	39
3.2.1	Sosiaalipsykologinen ja psykologinen.....	39
3.2.2	Sosiologinen näkökulma.....	40
3.2.3	Institutionaalinen näkökulma.....	41
3.2.4	Organisaatiopsykologinen näkökulma.....	42
3.2.5	Johtamisteoreettinen näkökulma.....	43
3.2.6	Yhteenveto rooliteorioiden abstraktiotasoista.....	45
3.2.7	Rooliepisodimalli.....	45
3.2.8	Rooliepäselvyys ja rooliristiriita.....	47
3.3	Motivaatio.....	49
3.3.1	Johtamismotivaatio.....	53
3.3.2	Oppimismotivaatio.....	54
3.4	Johtaminen.....	57
3.4.1	Johtamisteoriat.....	57
3.4.2	Asia- ja henkilöstöjohtaminen.....	60
3.4.3	Julkinen johtaminen asiantuntijaorganisaatiossa.....	62
3.4.4	Lääkärijohtaja.....	63
3.4.5	Johtajan rooliin sosiaalistuminen.....	64
3.4.6	Terveydenhuollon johtamiskoulutus.....	65
3.5	Professiot.....	65
3.5.1	Professioteoriat.....	65
3.5.2	Lääkäriprofession kriisi?.....	67
3.6	Yhteenveto tutkimuksen käsitteistä ja teoreettisesta viitekeh- sestä.....	69

<b>4. MENETELMÄT JA AINEISTON ANALYYSI.....</b>	<b>72</b>
4.1 Kohderyhmä.....	72
4.2 Postitus ja vastaukset.....	72
4.3 Kyselylomake.....	73
4.4 Tilastolliset menetelmät.....	75
4.5 Validiteetti.....	76
4.6 Reliabiliteetti.....	77
4.7 Katoanalyysi.....	79
<b>5. TULOKSET .....</b>	<b>81</b>
5.1 Aineistoa kuvaavat muuttujat.....	81
5.1.1 Otoksen edustavuus .....	81
5.1.2 Ikä, työvuodet ja alaisten määrä.....	82
5.1.3 Kliinisen työn, asiajohtamisen ja henkilöstöjohtamisen osuudet kokonaistyöajasta.....	84
5.1.4 Johtamiskoulutus ja kiinnostus johtamistyöhön .....	84
5.1.5 Yhteenveto aineistoa kuvaavista muuttujista .....	85
5.2 Rooliristiriitamittarin soveltuvuus roolijännitteiden tutkimisessa .....	87
5.3 Lääkärijohtajan johtamistyön roolijännitemalli ja roolijännitteitä selittävät tekijät.....	87
5.3.1 Työnkuva tavoitteet.....	88
5.3.2 Työjärjestelyt ja aikapaine.....	89
5.3.3 Ristiriitainen toimintaympäristö .....	90
5.3.4 Oikeudenmukainen kohtelu .....	91
5.4 Roolijännitteitä selittävät tekijät .....	92
5.4.1 Henkilöstöjohtaminen .....	92
5.4.2 Asiajohtaminen .....	95

5.4.3	Erikoissairaanhoidon muutokset roolijännitteitä selittävänä tekijänä .....	96
5.5	Lääkärijohtajan johtamistyön roolin omaksumismalli .....	99
5.5.1	Johtamismotivaatio .....	100
5.5.2	Oppimismotivaatio .....	101
5.5.3	Johtajan rooli.....	102
5.5.4	Kliinikon rooli.....	102
5.6	Käytännön esimerkkejä roolijännitteistä.....	103
5.6.1	Aikapula ja riittämättömyyden tunne.....	103
5.6.2	Ohjeiden ja resurssien puute .....	104
5.6.3	Organisaation kankeus .....	104
5.6.4	Ristiriitainen asema .....	104
5.6.5	Yhteenveto käytännön esimerkkien ja avokysymysten vastausten sisällön analyysistä .....	105
5.7	Yhteenveto tutkimustehtävistä ja niiden tuloksista.....	105
<b>6.</b>	<b>POHDINTA .....</b>	<b>108</b>
6.1	Mittareiden ja mallien toimivuus .....	108
6.2	Lääkärijohtajan roolijännitemalli .....	109
6.2.1	Asia- ja henkilöstöjohtamisen roolijännitteet.....	111
6.2.2	Johtamistyön epäselvä työnkuva ja tavoitteet .....	111
6.2.3	Johtamistyön työjärjestelyt ja aikapaine .....	114
6.2.4	Johtamistyön ristiriitainen toimintaympäristö .....	115
6.2.5	Johtamistyössä koettu oikeudenmukainen kohtelu .....	116
6.3	Lääkärijohtajan roolin omaksumismalli .....	118
6.4	Kognitiivinen johtaminen .....	121
6.5	Erikoissairaanhoidon johtamisen tulevaisuus.....	122

6.6 Tutkimuksen rajoitukset .....	123
<b>7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUSTULOSTEN ARVIOINTI.....</b>	<b>125</b>
7.1 Tutkimukselliset johtopäätökset.....	125
7.2 Käytännölliset johtopäätökset .....	125
<b>LÄHDEKIRJALLISUUS .....</b>	<b>129</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>146</b>
<b>LIITEKUVIOT</b>	
Liitekuvio 1 Motivaatioprosessin kuvaus ja yhteenveto motivaatio- teorioista (Locke 1991, Ruohotie 199) .....	146
Liitekuvio 2 Lääkärijohtajan aikuisoppimisen kokonaismalli (muokattu Tynjälä 1999,17) .....	147
<b>LIITETAULUKOT .....</b>	<b>148</b>
<b>KUVIOT</b>	
Kuvio 1 Rooliepisodimalli (Katz ja Kahn 1978,187) .....	46
Kuvio 2 Tarpeen tyydyttämisen tasapainotila (Bennett 1988,57).....	50
Kuvio 3 Psykologisen menestymisen sykli (Hall 1990) .....	51
Kuvio 4 Tavoitteellisen toiminnan teoria (Ajzen 1991, Ruohotie 1998,55)...	52
Kuvio 5 Organisaatioiden johtamisen systeemitoreettinen malli (Lindström 1994,19).....	59
Kuvio 6 Rooliodotusten, normien, toimintakäytäntöjen ja taloudellisten resurssien väliset suhteet (muokattu Giddens 1984,187) .....	69
Kuvio 7 Tutkimuksen keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet.....	71
Kuvio 8 Henkilöstöjohtamisen roolijännitteitä selittävät tekijät logistisessa regressioanalyysissä .....	94

Kuvio 9	Asiajohtamisen roolijännitteitä selittävät tekijät logistisessa regressioanalyysissä .....	96
Kuvio 10	Lääkärijohtajan johtamisroolin omaksumismalli: yhdistetty Katzin ja Kahnin (1978,187) rooliepisodimalli ja Ajzenin (1991) tavoitteellisen toiminnan teoria .....	99
Kuvio 11	Hyvää ja huonoa johtamismotivaatiota selittävät tekijät logistisessa regressioanalyysissä .....	100
Kuvio 12	Hyvää ja huonoa oppimismotivaatiota selittävät tekijät logistisessa regressioanalyysissä .....	101
Kuvio 13	Johtamisroolin omaksumista selittävät tekijät logistisessa regressioanalyysissä .....	102
Kuvio 14	Yhteenveto logististen regressioanalyysien tuloksista .....	107
Kuvio 15	Lääkärijohtajan johtamisroolin omaksumismalli.....	119

## TAULUKOT

Taulukko 1	Kotimaisia ja ulkomaisia lääkärijohtajia koskevia tutkimuksia 1969-2000 .....	25
Taulukko 2	Professio- ja asiantuntijateorioita .....	67
Taulukko 3	Yhteenveto käsitteistä, muuttujien lukumääristä ja Cronbachin alfakertoimista.....	78
Taulukko 4	Lääkärijohtajaotoksen edustavuus ammattinimikkeen, iän ja sukupuolen mukaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Suomen Lääkäriliiton perusjoukoissa .....	82
Taulukko 5	Aineiston tilastollisten kuvaajien keskiluvut hajontoineen ammattinimikkeen ja sukupuolen mukaan .....	83
Taulukko 6	Johtamiskoulutusta saaneet ja johtamistyöstä kiinnostuneet lääkärijohtajat ammattinimikkeen ja sukupuolen mukaan .....	85
Taulukko 7	Yhteenvetotaulukko faktoreiden selitysosuuksista .....	87
Taulukko 8	Epäselvään työnkuvaan ja tavoitteisiin liittyvät roolijännitteet, faktoripisteet ja Cronbachin alfakertoimet henkilöstöjohtamisessa.....	88
Taulukko 9	Epäselvään työnkuvaan ja tavoitteisiin liittyvät roolijännitteet, faktoripisteet ja Cronbachin alfakertoimet asiajohtamisessa .....	89
Taulukko 10	Työjärjestelyihin ja aikapaineeseen liittyvät roolijännitteet, faktoripisteet ja Cronbachin alfakertoimet henkilöstöjohtamisessa.....	89

Taulukko 11	Työjärjestelyihin ja aikapaineeseen liittyvät roolijännitteet, faktoripisteet ja Cronbachin alfa-kertoimet asiajohtamisessa.....	90
Taulukko 12	Ristiriitaiseen toimintaympäristöön liittyvät roolijännitteet, faktoripisteet ja Cronbachin alfa-kertoimet henkilöstöjohtamisessa.....	90
Taulukko 13	Ristiriitaiseen toimintaympäristöön liittyvät roolijännitteet, faktoripisteet ja Cronbachin alfa-kertoimet asiajohtamisessa.....	91
Taulukko 14	Epäoikeudenmukaiseen kohteluun liittyvät roolijännitteet, faktoripisteet ja Cronbachin alfa-kertoimet henkilöstöjohtamisessa.....	91
Taulukko 15	Epäoikeudenmukaiseen kohteluun liittyvät roolijännitteet, faktoripisteet ja Cronbachin alfa-kertoimet asiajohtamisessa.....	92
Taulukko 16	Erikoissairaanhoidon muutosten faktorit, faktoripisteet, selitysosuudet ja Cronbachin alfa-kertoimet .....	97
Taulukko 17	Yhteenvetotaulukko tutkimustuloksista .....	106
Taulukko 18	Tiivistelmä roolijännitteiden todennäköisyyttä lisäävistä ja vähentävistä tekijöistä asia- ja henkilöstöjohtamisessa .....	110

## LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1	Faktorianalyysin tulokset henkilöstöjohtamistyössä neljällä faktorilla, vertailu alkuperäiseen Rizzon kahden faktorin malliin.....	148
Liitetaulukko 2	Faktorianalyysin tulokset asiajohtamistyössä neljällä faktorilla, vertailu alkuperäiseen Rizzon kahden faktorin malliin.....	149
Liitetaulukko 3	Faktorianalyysin tulokset kliinisessä työssä neljällä faktorilla, vertailu alkuperäiseen Rizzon kahden faktorin malliin.....	150
Liitetaulukko 4	Henkilöstöjohtamisen reliabiliteettianalyysin tulokset.....	151
Liitetaulukko 5	Asiajohtamisen reliabiliteettianalyysin tulokset.....	152
Liitetaulukko 6	Kliinisen työn reliabiliteettianalyysin tulokset.....	153
Liitetaulukko 7	Motivaatiotekijöiden reliabiliteettianalyysin tulokset.....	154
Liitetaulukko 8	Muutostekijöiden reliabiliteettianalyysin tulokset.....	155
Liitetaulukko 9	Persoonallisuuspiirteiden reliabiliteettianalyysin tulokset .....	156

Liitetaulukko 10 Työyhteisön toimivuuden reliabiliteettianalyysin tulokset .....	157
Liitetaulukko 11 Henkilöstöjohtamisen, asiajohtamisen ja kliinisen työn väliset korrelaatiot .....	158
Liitetaulukko 12 Erikoissairaanhoidon muutosten myönteisyyttä ja kielteisyyttä koskevan osion puuttuvat tiedot ylilääkäreillä ja apulaisylilääkäreillä .....	159
Liitetaulukko 13 Vertailutaulukko naislääkärijohtajien ja mieslääkärijohtajien työoloista ja kuormittuneisuudesta (Töyry ym. 2000) .....	160
Liite 1 Saatekirje ja kyselylomake .....	161
Liite 2 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio 2001 .....	170

# 1. JOHDANTO

## 1.1 Erikoissairaanhoidon johtamisen haaste

Johtaminen on helppoa, jos on riittävästi resursseja, valtaa, tietoa ja staattinen ympäristö (Nakari 1988,256). Vielä 1980-luvulla näitä kaikkia oli riittävästi jopa julkisella sektorilla. Nyt resurssit ovat niukentuneet, valta on hajautettu ja oleellista tietoa on vaikea erottaa epäoleellisesta. Yhteiskunnallisen toimintaympäristön ja organisaatioiden muuttuessa monimutkaisemmaksi johtamistaitovaatimukset ovat kasvaneet. Johtamisesta on tullut keskeinen haaste julkisten organisaatioiden toimivuudelle ja jatkuvuudelle.

Erikoissairaanhoidon johtamisongelmat lisääntyivät 1980-luvulla julkisen hallinnon uudistamispaikoiden myötä. Sitä pahensivat 1990-luvun alun taloudellinen lama, lisääntyneet väestön odotukset terveydenhuollolta sekä uuden julkisen johtamisen mukaiset lisääntyneet johtamistaitovaatimukset. Valtionosuusuudistus (Komiteanmietintö 1989) ja desentralisaatio olivat ratkaisevimpia muutoksia erikoissairaanhoidon johtamisessa; valtion ohjaus loppui ja tilalle tulivat kuntatyönantajat ja paikalliset päätöksentekomallit.

Johtaminen on ollut pitkään tiedostettu sairaaloiden ongelma. Sairaalaliitto teki 1960-luvulla tutkimuksen 21 yleissairaalan hierarkiasta ja organisaatiokulttuurista. Puolet kyselyyn vastanneista osastonhoitajista ja suurin osa lääkäreistä ilmoitti kokevansa johtotehtävät vastenmielisinä. Syynä oli rooliristiriita; potilastyö koettiin tärkeämmäksi kuin terveydenhuollon suunnittelu. Ylilääkärien tärkein työmotivaatio oli itsenäisyys ja vapaus ohjeista. Rooliristiriitoihin vaikuttivat myös päätöksenteon, päätäntävällän, työnjaon ja käskysuhteiden epäselvyys sekä puutteellinen informaatio. Koulutus ja työtehtävät eivät ylilääkäreiden mielestä myöskään vastanneet toisiaan (Klockars ym.1969,60). Sairaalan johtamista kritisoitiin jo 1960-luvulla (Sonkin 1970,154-59). Siitä huolimatta mitään konkreettista ratkaisua ei ongelmaan ole vielä löytynyt (Paavilainen ym. 1998).

1960-luvun jälkeen suomalaisessa erikoissairaanhoidossa on tapahtunut paljon muutoksia. Teittisen (1985,105-133) Kuopion yliopistollisen keskussairaalaan koskevan tutkimuksen mukaan professionaalien asema oli vahvistunut ja hallinnollinen sekä poliittinen managerialismi heikentynyt vuosina 1975-1983. Valtionosuusuudistus (Komiteanmietintö 1989) ja terveyspolitiikan vastuun jakaminen kunnille, laman aiheuttamat säästöt sekä tulosjohtamismallin käyttöönotto ovat 1990-luvun alusta lähtien muuttaneet erikoissairaanhoidon toimintaympäristöä ratkaisevasti (Enckell 1998, Metsämuuronen 1998). Väestön vanheneminen, lisääntyvät krooniset sairaudet, medikalisaatio, uudet teknologiset sovellukset ja väestön odotukset (Saltman ja Figueras 1998,1) ovat asettaneet erikoissairaanhoidon johtamisen uuden haasteen eteen. Johtamisongelmat ovat nous-



seet keskeisiksi ongelmiksi myös sairaaloita koskevissa työolotutkimuksissa (Töyry 1999, Lääkäri 98, Kivimäki 2001, Hyppölä 2001, Pahkala 2001, Elovainio 2002).

Sekä suomalaisessa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvitysmiesten raportissa (Paavilainen ym. 1998,50-51) että ulkomaisissa WHO:n (Saltman ja Figueras 1998) ja OECD raporteissa (OECD 1998,106-107) on käsitelty suomalaisen erikoissairaanhoidon viimeaikaisia muutoksia ja niiden seurauksia. Raporteissa on erityisesti kiinnitetty huomiota suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän johtamisen heikkouteen. WHO:n raportissa todetaan, että Suomi on esimerkki äärimmäisen viedystä hallinnon hajauttamisesta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen päätöksistä vastaa 448 erilaista kuntaa päätöksentekomalleineen. Sen seurauksena johtamisen kehittäminen on jäänyt marginaaliseksi, eikä todellisia strategisia uudistuksia ole tehty. Myös OECD:n maaraaportissa kritisoidaan terveydenhuollon johtajien johtamistaitoja ja johtamiskulttuuria.

Sosiaali- ja terveysministeriön toteuttamassa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvitysmiesten raportissa kartoitettiin Suomen terveydenhuollon toimivuutta vuonna 1997. Raportin yhteenvedossa todetaan, että erikoissairaanhoidon tulee terävöittää, terveydenhuollon johtamista selkeyttää ja terveydenhuollon johtajille tulee suunnitella yliopistotasoinen koulutusohjelma (Paavilainen ym. 1998,50-51).

Erikoissairaanhoidon päätökset eivät enää perustu pelkästään lääketieteellisiin, professionaalisiin tai eettisiin lähtökohtiin, vaan päätöksissä on huomaitava myös taloudelliset, hallinnolliset, henkilöstö- ja kunnallispoliittiset tekijät. Lääkärin ja lääkärijohtajan on yhä enemmän osattava ottaa nämä huomioon potilaan hoitoa koskevissa päätöksissä. Vaikka lääkäri tulee etiikkaansa perustuen toimia ensisijaisesti potilaan edun mukaisesti ilman taloudellisia tai hallinnollisia pakotteita (International code 1949), niin kunnallisella sektorilla työskentelevän lääkärin on virkamiehenä sitouduttava myös työnantajan ja kuntien terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja taloudellisiin normeihin, niitä koskevaan lainsäädäntöön ja muihin säädöksiin.

Vuodelta 1960 olevassa artikkelissa Suomen viisikymmenvuotisen Lääkäriliiton toiminnasta A.J. Palmén (1960) toteaa: ”Lääkäri on potilaitten luottamushenkilö, mutta hänen on palveltava yhteiskuntaakin”. ”Tällainen kaksinainen asema antaa lääkärille ratkaistavaksi monenlaisia ristiriitoja”. Lääkärijohtajiin kohdistuu vielä lääkäriäkin enemmän toisistaan poikkeavia, jopa ristiriitaisia ammatillisia, eettisiä ja taloudellisia odotuksia.

Erikoissairaanhoidon johtamisesta Suomessa on tehty niukasti tutkimuksia, lääkärijohtajia koskevia tutkimuksia ei juuri lainkaan (Hermanson 1989). Tähän on ollut syynä se, ettei johtavassa asemassa olevia lääkäreitä ole aiemmin mielletty johtajiksi, vaan kliinisessä työssä meritoituneiksi lää-

käreiksi. Vasta kansainvälinen kehitys, julkisen hallinnon uudistukset sekä tehtäväkuvan laajentuminen ovat muuttaneet lääkärijohtajien työn luonnetta.

Erikoissairaanhoidon johtamisen kehittämiseksi sen toimintaympäristöstä tarvitaan realistista tietoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisena lääkärijohtajat kokevat erikoissairaanhoidon johtamisympäristön sekä uuden roolinsa johtajana.

## **1.2 Johtamisen vaiheita erikoissairaanhoidossa**

### **1.2.1 Normiohjauksesta tulosjohtamiseen**

Normien tarkoituksena on yhteiskunnan ja instituutioiden toimivuuden ja jatkuvuuden ylläpitämiseksi yhdenmukaistaa sosiaalista käyttäytymistä. Normit ovat myös keinoja, joiden avulla arvojen edellyttämiä valintoja saadaan aikaan (Allardt 1993,58).

Normit ovat kiinteässä yhteydessä johtajuuteen. Mikäli yhteisössä vallitsevat normit olisivat yhteneväisiä, selkeästi tulkittavia ja ristiriidattomia, ei johtamisella olisi sellaista merkitystä, kuin sillä nykyisessä ristipaineisessa yhteiskunnassa tällä hetkellä on.

Lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen Suomessa purettiin lähes kaikki valtakunnalliset terveydenhuoltoa koskevat normit ja terveydenhuollon ohjaus siirrettiin kuntien vastuulle. Sosiaali- ja terveysministeriö muutti normiohjauksen informaatio-ohjaukseksi, jossa on suosituksia terveydenhuollon koulutuksesta, tutkimus- ja kehittämistoiminnasta ja tietohuollosta (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996). Sosiaali- ja terveyspalveluja ohjataan edelleen valtakunnallisesti lainsäädännön ja sen perusteella annettujen määräysten kautta. Myös valtioneuvosto hyväksyy vuosittain suunnitelman sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Suomen perustuslaki (1999) ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) antavat ohjeita potilaiden oikeuksista hyvään terveydenhuoltoon ja samalla määrittävät terveydenhuollon normeja potilaiden kannalta. Kuntalaki (2000) ja Kansanterveyslaki (1972) velvoittavat kunnat riittävän terveydenhuollon järjestämiseen kuntalaisille.

Lääkärijohtajan työtä säätelevät terveystieteelliset, professionaaliset ja organisaatioon liittyvät normit. Professionaaliset normit edellyttävät lääkärijohtajan noudattavan ammattietiikkaa. Suomen laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) (Mattila 2000) sekä erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) sisältävät säännöksiä lääkärin oikeuksista ja ammattieettisistä velvollisuuksista. Lääkärin on oltava potilaan hoidon valinnoissa riippumaton ulkopuolisista taloudellisista ja hallinnollisista paineista (World Medical Association 1949, Berwick ym. 1997, Josefson 2000, Suomen Lääkäriliitto 2000,97). Lääkärin tulee toimia yhteiskunnan eettisten, sosiaalisten ja rakenteellisten viiteke-

hysten puitteissa luopumatta kliinisestä autonomiastaan (Suomen Lääkäriliitto 2000,97, Pelkonen 2000).

Lääkärijohtajaa koskevat myös terveystoliittiset normit. Suomen hallitusmuoto (1994) määrittää hallinnon lainalaisuuden, Hallintomenettelylain (1982) mukaan viranomaisen tulee aina noudattaa puolueettomuutta ja asiallisuutta. Kunnallista työntekijää koskevat virkamiesnormit (Kuntalaki 1995) edellyttävät, että lääkärijohtaja virkamiehenä noudattaa työnantajan ohjeita ja sitoutuu noudattamaan talousarviota (Brommels 2000). Vaikka Suomessa ei ole esiintynyt eksplisiittisiä ohjeita lääkärin autonomian rajoittamiseksi, ovat kunnallisten organisaatioiden virkasäännöt sekä Kuntalaki (1995) implisiittisesti autonomian ja jopa potilaan edun vastaisia velvottaessaan lääkäreitä ja lääkärijohtajia toimimaan työnantajan edun mukaisesti. Terveysthuollon normeihin vaikuttavat myös globaalit arvot terveydestä ja sen merkityksestä yksilöille ja yhteiskunnalle. Globaaleja terveydenhuoltoa koskevia normeja edustavat uusliberalismi, markkinatalous ja medikalisaatio. Suomea sitoo myös Euroopan unionin lainsäädäntö, eikä kansallinen lainsäädäntö saa olla sen kanssa ristiriitainen (Tugend ja Harris 1997).

Möttösen (1998) mukaan poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden välinen jännite ja dualismi ovat poliittis-hallinnollisen järjestelmän laillisuutta ja demokratiaa ylläpitävä tekijä. Vuonna 1997 sosiaali- ja terveystministeriö käynnisti yhteistyössä Kuntaliiton kanssa terveydenhuollon tilan selvitysprojehtin (Paavilainen ym. 1998), jonka tarkoituksena oli selvittää terveydenhuollon palvelujen toimivuutta ja asiakkaan asemaa. Selvityksessä todetaan, että terveystoliittiseen päätöksentekoon ja siitä johtuvaan alueelliseen vaihteluun ovat vaikuttaneet sekä talous-, työllisyys-, alue- ja kielipoliittikka. Merkittävänä tuloksellisuusongelmana pidettiin sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä valta-, vastuu- ja reviiriongelmaa, jotka aiheuttavat ristiriitoja ja johtamisen tehottomuutta. Kuntien poliittisten luottamusmiesten ja viranhaltijoiden välinen työnjako strategisessa ja operatiivisessa johtamisessa oli jäänyt epäselväksi.

Organisaatioissa vallitsevat oma kulttuuri ja siihen liittyvät omat arvot, normit ja artefaktat (Kinnunen 1990, 139) Niiden ymmärtäminen sairaalamaailman ulkopuolella työskentelevälle on vaikeaa, joskus jopa mahdotonta. Sairaala on kuin musta laatikko, jota ei ole vielä päästy kunnolla avaamaan. Sairaaloiden professionaalinen organisaatiokulttuuri on erityislaatuinen hierarkioiden, ammattikielen, linjaorganisaatioiden, tapojen, uskomusten ja sääntöjen monimutkainen kokonaisuus, joka määrittelee jäsentensä roolia, asemaa ja käyttäytymistä. Olennaista organisaatiokulttuurin ymmärtämiselle on tuntee kyseisen organisaation eri ammattiryhmien arvot, ideologia, toimintakriteerit ja preferenssijärjestelmät. Sekä lääkärin että hoitajien organisaatiokulttuurien normit saatta-

vat poiketa organisaation virallisista normeista ja niiden noudattaminen koetaan usein jopa velvoittavammaksi kuin virallisten normien (Isohanni 1997). Organisaatioiden epäviralliset normit ja rakenteet muuttuvat hyvin hitaasti. Hermanson (1989) toteaa tutkimuksessaan, että vaikka lääkärijohtajien tiedot ja taidot ovat vuosien kuluessa muuttuneet hallinnolliseen suuntaan, niin lääkärin työhön liittyvät arvot ja normit ovat muuttuneet hitaasti. Lääkärin on vaikea luopua lääkärin työstä vuosien mittaan sisäistämiensä arvojen sekä työyhteisöstä tulevien normipaineiden vuoksi. Vuoren (1995,258) terveydenhuollon organisaatiokulttuuria koskevassa tutkimuksessa todetaan, että ”Terveydenhuollon hallinnon ammattilaiset eivät ehkä ole riittävästi ymmärtäneet terveydenhuollon hallinnon rakentuvan terveyden, elämän ja kuoleman käsitteiden ympärille”. Vuori korostaa, että taloudellisuuden, tuloksellisuuden ja hoidon eettisyyden yhteensovittamisen ongelmista ei ole keskusteltu julkisuudessa riittävästi. Myös Kekomäki (1997) on puolustanut terveydenhuollon eettisen paradigman säilyttämistä taloudellisista ja hallinnollista muutoksista huolimatta.

### **1.2.2 Tulosjohtaminen sairaalan johtamismallina**

Tarve sairaaloiden johtamisjärjestelmien kehittämiseen Suomessa syntyi 1980-luvun lopussa osana julkisen sektorin uudistuspolitiikkaa. Vuonna 1991 muodostettiin uudet erikoissairaanhoitopiirit (Erikoissairaanhoitolaki 1989). Valtionosuusuudistuksella valtio siirsi terveydenhuollon järjestämisvastuun kunnille (Komiteanmietintö 1989). Koska Lääkintöhallitus lakkautettiin ja normiohjaus kumottiin, tarvittiin sairaaloihin uusia ohjausjärjestelmiä. Useimmissa sairaanhoitopiireissä uudeksi johtamisjärjestelmäksi valittiin tulosjohtaminen (Mäkelä 1994, Lahtinen 1993). Tulosjohtamisen taustalla on Druckerin (1957) tavoitteellisuutta painottava johtamisteoria. Tulosjohtamisen tarkoituksena oli muuttaa entistä julkisen sektorin tuhlaillemaa toimintatyyliä tuloksellisemmaksi ja vahvistaa johtajuutta ja työntekijöiden itseohjautuvuutta. Yksi tulosjohtamisen keskeisin ideologia oli muuttaa työnjohdon määräysvaltaan perustuva esimiessuhde työntekijöiden kanssa neuvottelevaksi sopimussuhteeksi (Möttönen 1999). Tulosjohtamista kritisoinut Niskanen (1997,4) toteaa, että ”Tulosjohtamisen tavoitteena on oma-aloitteinen ja itseohjautuva, mutta kuitenkin samanaikaisesti organisaation mission sisäistänyt työntekijä, joka pystyy maksimaaliseen työsuoritukseen jatkuvien muospaineiden ympäristössä” (Niskanen 1997,47). Vaikka tavoite kuulostaakin jälkikäteen utopistiselta, on tulosjohtamisella ollut merkittäviä erikoissairaanhoitotoimintaa ohjaavia vaikutuksia. Tulosjohtamisen seurauksista sairaaloissa on tehty useita tutkimuksia. Pahkalan ym. (2001) tutkimuksen mukaan tulosjohtamisprosessin onnistumista erikoissairaanhoitotoiminnassa ennustivat hyvin toteutettu tulosjohtamiskoulutus, yleinen kehittämismyönteisyys sekä vahva työhön liittyvien arvojen tiedostaminen. Epäselvät vastuukysymykset, ammattitaidon kehittämismahdollisuuksien puute ja

puutteellinen vuorovaikutus esimiesten kanssa ennustivat päinvastaista. Erityisesti tulosjohtamisen periaatteiden ja käytännön väliseen ristiriitaan oltiin tyytymättömiä. Erikoissairaanhoidossa työskentelevät esimiehet eivät sitoutuneet tulosjohtamiseen, joskaan eivät sitä vastustaneetkaan (Pahkala ym. 1998). Pahkalan mukaan esimiesten innostus ja kannustava asenne olisi ratkaisevaa tulosjohtamisprosessin onnistumisen kannalta, koska positiivinen asenne kannustaa ja motivoi työntekijöitä. Mäkelän (1994) mukaan tulosjohtamisessa onkin kyse asenteiden muutoksesta. Mäkelä teki Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tutkimuksen työyhteisössä vallitsevista tulosjohtamisasenteista. Tulosten mukaan työntekijät kokivat uudistusten keskittyneen vain hallinnon rakenteisiin, eikä henkilöstöjohtamisessa ollut tapahtunut muutoksia Tulosyksikköjohtajiksi muuttuneiden lääkäriesimiesten työtehtävät ja tulosvastuu vain olivat lisääntyneet.

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa käynnistetty laaja tulosjohtamismalliin perustuva sairaalaorganisaation kehittämissuunnitelma tarkasteli tulosjohtamista sekä poliittisesta ja hallinnollisesta että sosiologisesta näkökulmasta. Yhtenä päätehtävänä oli tarkastella lääkäreiden työssään kokemia ongelmia ja käsityksiä KYS:n kehittämissuunnitelmista. Lääkäreiden toimintaedellytyksiä haittasivat sekä normatiiviset, strategiset että operatiiviset ongelmat. Normatiivisista ongelmista tärkeimpiä olivat lääkäreiden henkisen hyvinvoinnin laiminlyöminen, työaikaan kohdistuvat ristiriitaiset vaatimukset, tiedonkulun kangertelu sekä lääkärin työn erityispiirteiden kuten kliinisen autonomian huomiotta jättäminen hallinnollisia vaatimuksia lisättäessä (Harisalo ja Korhonen 1992). Mielenkiintoisin tulos oli, että lääkärit katsoivat kasvavien haasteiden heikentävän työn laatua. Henkilökunta kritisoi esimiesten johtamistyön sivutoimisuutta ja lääketieteellisiä meriittejä, mutta toisaalta edellytti käytännön medisiinisiä perustietoja. Tutkimuksen mukaan sairaalaorganisaatioiden asiantuntijajohtajuus ja sen sivuvirkaisuus on keskeinen koko lääkärikuntaa ja sairaalaorganisaatiota koskeva ongelma. Myös Turun yliopistollisen sairaalan tulosyksikköjohtajilla ilmeni samanlaisia ongelmia omaksua toiminnasta, taloudesta ja henkilöstöstä vastaavan johtajan roolia. Erikoissairaanhoidon tarpeet ja kuntien rahoitusmahdollisuudet aiheuttivat esimiehille toistuvia ristiriitailanteita (Sauri 2000).

Enckelin (1998,306-16) sairaaloiden organisaatiokulttuuria koskevassa tutkimuksessa todettiin, että tulosjohtaminen oli vaikuttanut sekä organisaatorakenteiden, ammattiroolien että valtasuhteiden muutokseen. Hallintolääkärit kokivat roolinsa muuttuneen ja näkivät itsensä taloudesta vastaavina. Samoin ylihoitajien ja koko hoitotieteen status oli vahvistunut. Sen sijaan kliinikolääkäreillä oli vaikeuksia omaksua tulosjohtamismalliin kuuluva uusi ammatti-identiteetti. Kliinikoiden sopeutumattomuus tulosjohtamiseen onkin Enckelin mukaan ollut yksi syy lääketieteen profession yhtenäisyyden vähenemiseen.

Niskasen on pohtinut tutkimuksessaan tulosjohtamista ja arvoja. Tulosjohtamisen seurauksena ”Arvomaailma on sisäisesti hajanaistunut ja arvot ovat osittain keskenään ristiriitaisia” (Niskanen

1997,175). Niskasen tutkimuksen johtopäätöksenä on, että tulosjohtaminen on johtanut omaan ja työyhteisön edun tavoitteluun. Kokonaisuuden edun ajaminen on unohtunut. Niskasen mielestä tulosityksiköittäminen voi johtaa pahimmillaan yhteistyön hajoamiseen ja strategian kadottamiseen. Vuoren (1996) mukaan terveydenhuollon toiminta on muuttunut toiveajatteluksi. Uudet johtamisteoriat luovat mielikuvaa ihmisestä tehokkaana ja tuloksellisena olentona, joka johtaa itsepetokseen. Johtamismalleista ja niiden noudattamisesta tulee tärkeämpiä kuin ihmisistä.

Tulosohjaus on taloudellisessakin mielessä ongelmallista julkisessa sairaalassa, koska kysyntää ei voi ennustaa ja tuote eli paraneminen on epävarmaa (Valtonen 1993,103-4). Myös lääkärin eli palvelun tarjoajan rooli on erikoinen. Palvelujen tarjoajan tulisi tehdä itsensä tarpeettomaksi, mikä lie-nee vastoin kaikkia yritystalouden periaatteita.

Tulosjohtamista koskevat tutkimustulokset viittaavat siihen, että tulosjohtamisideologian sisäistäminen erikoissairaanhoidon käytännön työssä on ollut sekä esimiesten että työntekijöiden näkökulmasta ongelmalliselta. Asiantuntijuuden ja lääkärin kliinisen autonomian erityispiirteet ja johtamisongelmat samoin kuin julkisen sairaanhoidon organisaatiokulttuuriin liittyvät piirteet ja monimutkaisen toimintaympäristön kokonaisuuden hallinta ovat jääneet tulosjohtamismallissa liian vähälle huomiolle.

### **1.2.3 Uusi johtamis- ja työkuulttuuri**

Suomi on EU-jäsenyyden ja globalisaation myötä muuttunut pohjoismaisesta hyvinvointivaltiosta eurooppalaiseksi informaatioyhteiskunnaksi (Castells 1998). Euroopan Unioni julkaisi vuonna 1997 Vihreän kirjan uudesta eurooppalaisesta työorganisaatiosta (European Commission 1997). Kirja korostaa tulevaisuuden työelämän organisaatioiden korkeaa ammattitaitoa, luottamusta sekä korkeaa laatua kilpailukyvyyn parantamiseksi ja työttömyyden ehkäisemiseksi. Keskeisintä uuden työkuulttuurin omaksumisessa on johtajien ja työntekijöiden tahto ja kyky olla aloitteellisia, kyky parantaa palveluiden laatua, tehdä innovaatioita ja parantaa tuotantoprosesseja ja asiakassuhteita. Uuden julkisen johtamisen (New Public Management) tarkoituksena on parantaa julkisen sektorin tuottavuutta karsimalla kuluja ja lisäämällä palvelujen laatua ja joustavuutta. Uudet vaatimukset edellyttävät johtajilta pitkäjänteistä sitoutumista työhönsä ja johtamistaitojen kehittämistä (Pollitt 1993, 7-10, Maailman paras... 1993,128-9).

Suomalaisen julkisen hallinnon uudistusten taustalla ovat olleet poliittiset, ideologiset, kansantaloudelliset ja retoriset vaikuttimet (Vartola 1992,41). Valtioneuvoston päätöksen (7.5 1992) mukaan julkisen sektorin uudistusohjelman tavoitteena oli parantaa julkisen hallinnon tuloksellisuutta ja nos-

taa sen tuottavuutta 2.5 % aikaisempaa alemmilla reaalilla kustannuksilla. "Tavoite voidaan saavuttaa vain julkisen sektorin työvoimaa supistamalla, mikä asettaa suuria haasteita julkisen sektorin johtamiselle" (Vartola 1992).

Suomen monipuoluejärjestelmään liittyneet poliittiset, historialliset ja paikalliset perinteet hidastavat yhtenäisen johtamismallin kehittämistä. Tämä ilmenee julkisten viranhaltijoiden ja poliittisten päättäjien välisissä suhteissa, joissa hallinnon uudistamisen ja uusien johtamismallien periaatteet eivät ole toimineet (Möttönen 1997,371-3). Uudistamispyrkimyksistä huolimatta Suomessa näyttää edelleen toimivan byrokraattisen ja tulosjohtamisen välimuoto, jota poliittinen päätöksenteko ohjaa. Henkilöstöpolitiikan ja organisaatioiden johtaminen on jäänyt perinteiselle hallitsemisen asteelle (Nashold 1995,2-3,63, Temmes 1997). Vartola (2000) toteaa kuitenkin, että loppujen lopuksi hallinnon uudistaminen on Suomessa onnistunut yllättävän hyvin. Julkiset organisaatiot ovat tehokkaampia ja tuloksellisempia sekä palveluhenkisiä. Kielteisinä piirteinä on ilmaantunut organisaatioiden itsekkyyden lisääntymistä, taloudellisuuden ylikorostamista vaikuttavuuden kustannuksella sekä henkilöstön vaikutusmahdollisuuksien vähenemistä.

Kokemukset eri OECD-maiden uusista johtamis- ja toimintamalleista ovat osoittaneet OECD-maiden käytännöissä suuria eroavaisuuksia. Monissa maissa uudistuksia ei ole suunniteltu huolellisesti eikä niiden vaikutusta talouteen, palvelujen laatuun ja henkilöstöön ole seurattu riittävästi (Harrinvirta 2000,186-97). Systemaattisesta ohjauksesta huolimatta yhtenäistä julkisjohtamisen mallia ei ole muodostunut. Ainoastaan niillä OECD-mailla, joissa poliittinen päätöksenteko on keskitetty, on ollut mahdollisuus viedä julkisen sektorin uudistuksia onnistuneesti läpi.

## 1.2.4 Johtaminen ja sairaalahenkilöstön hyvinvointi

Sairaaloiden palvelujen tuotanto ja sairaaloiden tuottavuus lisääntyivät vuosina 1980-1994 säästötoimenpiteistä huolimatta. Tulosjohtamisella näyttää olleen myönteisiä vaikutuksia taloudelliseen tietoisuuteen, tulosvastuun lisääntymiseen ja koko sairaaloiden tuottavuuteen. Samaan aikaan terveydenhuoltoalan työntekijöiden työelämän laatu on kuitenkin koko ajan heikentynyt. Kiire ja työuupumus ovat lisääntyneet terveydenhuoltoalalla enemmän kuin muilla kunnallisilla sektoreilla (Kumpusalo 1989, Virjo ym. 1995, Töyry ym. 1999, Työterveyslaitos 2000, Nakari 2000).

KuntaSuomi 2004 –tutkimuksessa selvitettiin sekä terveydenhuoltoalan työntekijöiden työoloja että väestön tyytyväisyyttä kunnallisiin palveluihin. Erityisesti väestön tyytymättömyys sairaalapalveluihin on lisääntynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tutkijoiden mukaan työntekijöiden työroolin epämääräisyys ja suunnittelemattomuus on merkittävä tuottavuusongelma ja yksi syy työelämän laadun heikkenemiseen. Henkilöstöltä on edellytetty lisääntyviä joustoja ilman, että henkilöstöjohtamiselle olisi luotu edellytyksiä tai annettu tukea välttämättömien uudistusten aikaansaamiseksi (Nakari 2000, 93). Työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet työhön ovat selvästi vähentyneet ja sairaslomat lisääntyneet (Ramirez 1996, Töyry 1999, Kivimäki ym. 1999 2001, Nakari 2000, 48, Kivimäki ym. 2001). Laajassa sairaalahenkilöstön työelämää selvittävässä tutkimuksessa sairaalan tuottavuus, johtamisen epäoikeudenmukaisuus ja ongelmat työyhteisöjen yhteistoiminnassa lisäsivät eniten sekä lääkäreiden että hoitohenkilökunnan sairauspoissaoloja (Kivimäki ym. 2001, Elovainio ym. 2002).

## 1.2.5 Aikaisempi lääkärijohtajakirjallisuus

Lääkärijohtajia ja terveydenhuollon johtamista koskevia tutkimuksia löytyy niukasti. Taulukossa 1 on kuvattu lääkärijohtajia koskevia sekä kotimaisia että ulkomaisia tutkimuksia vuosina 1969-2000. Tutkimukset ovat käsitelleet sairaaloiden byrokratiaa ja hierarkiaa (Klockars ym. 1969), henkilöstöjohtamisongelmia (Valtee 1986, Nakari 1992), lääkäri-johtaja -rooliin liittyviä ristiriitoja (Hermanson 1989, Burke 1992, Sherman 1998, Hoff 1998, Östergren ja Sahlin-Andersson 1998, Kitchener 2000), tulosjohtamista ja tulosvastuuta (Itkonen 1990, Kinnunen 1992, Alanko ym. 1994, Mälkiä ja Vihantomaa 1994, Lääkäriliitto 1997) sekä työoloja ja kuormittuneisuutta (Östergren ja Sahlin-Andersson 1998, Mäenpää 2000, Töyry ym. 2000). Myös naislääkärijohtajuutta (Kvaerner ym. 1999) sekä lääkäriprofession ammatillista murrosta on tutkittu viimeisimmissä tutkimuksissa (Enckel 1998, Östergren ja Sahlin-Andersson 1998, Kitchener 2000). Hermanson (1989) tutki lääkärin siirtymistä potilastyöstä johto- ja hallintotehtäviin.



Hoff (1998) selvitti amerikkalaisten lääkärijohtajien johtamisroolin omaksumista ja koettuja rooliristiriitoja. Tutkimuksissa päivittäinen johtamistyöhön käytetty aika ennusti selkeimmin johtamisroolin omaksumista. Burken (1993) ja Shermanin (1998) tutkimusten mukaan amerikkalaisilla lääkärijohtajilla oli rooliristiriitoja lääkärin klinikon ja johtajan roolin välillä, mutta he olivat oppineet tulemaan toimeen ristiriitojen kanssa. Shermanin (1997) tutkimuksessa selvitettiin lisäksi rooliristiriitojen yhteyttä työtyytyväisyyteen. Rooliepäselvyys lisäsi stressiä, mutta ei silti vaikuttanut työtyytyväisyyteen. Burken (1993) mukaan lääkärijohtajilla oli runsaasti rooliristiriitoja verrattuna hallintojohtajiin tai ylihoitajiin, mutta he olivat oppineet tulemaan toimeen ristiriitojen kanssa ja kokivat niistä huolimatta itsensä tehokkaiksi. Ruotsalaisessa tutkimuksessa saatiin päinvastaisia tuloksia. Ruotsalaiset Östergren ja Sahlin-Andersson (1998) totesivat sairaaloissa vallitsevan vastakkaisia asiantuntijuuden, poliittisuuden ja hallintohenkilökunnan normeja, jotka aiheuttavat johtavassa asemassa työskenteleville lääkäreille rooliristiriitoja ja rooliepäselvyyttä. Ruotsalaiset lääkärijohtajat eivät kuitenkaan tottuneet epävarmuuteen, vaan halusivat lisää koulutusta, yhteisiä pelisääntöjä ja neuvotteluja hallintovirkamiesten kanssa. Todennäköisesti tuloksiin vaikuttavat myös kulttuurierot; amerikkalaisessa kulttuurissa heikkouden myöntäminen voi olla vaikeampaa kuin ruotsalaisessa kulttuurissa.

Toisin kuin Kurunmäen (2001,49) sekä englantilaisia että suomalaisia erikoissairaanhoidon johtavia viranhaltijoita koskevassa tutkimuksessa, Kitchenerin (2000) pelkästään englantilaisia lääkärijohtajia koskevassa tutkimuksessa lääkärijohtajat tiedostivat hybridiroolinsa. He hyväksyivät byrokraatisoitumisen ja johtamisvastuun lisääntymisen ja vähensivät hybridiroolinsa avulla rooliristiriitoja, mutta pitivät silti kiinni klinisistä autonomiastaan ja myös perinteisestä professiostaan eli klinikon roolistaan.

Taulukko 1 Kotimaisia ja ulkomaisia lääkärijohtajia koskevia tutkimuksia 1969 -2000.

Tekijä	Maa	Julkaisu- vuosi	Aineiston koko lääkärijohtajia / koko aineisto	Tutkimus- koh- de	Tutkimus - ja analy- simenetel- mät	Tulokset ja johtopäätökset
Klockars Leena, Kock Sven, Sonkin Leif	Suomi	1969	115 / 4925	Hierarkia, status ja päätäntävalta sairaalassa	Kvantita- tiivinen	Sairaaloiden on virallinen johtosään- töhierarkia ja epävirallinen statushie- rarkia. Yliääkärit kokevat tärkeim- mäksi tehtäväkseen työnjohtotehtä- vät, sitten potilastyö ja viimeiseksi hallinnolliset tehtävät.
Valtee Pasi	Suomi	1986	54 / 640	Esimiesten käsi- tyksiä kunnalli- sen työyhteisön johtamisesta	Kvantita- tiivinen	Yliääkäreiden työskentelyä vaikeuttaa eniten byrokraattinen johtamistyyli, kiire, turhat hallintotehtävät, toimen- kuvan täsmenämättömyys, epäselvä vastuunjako ja henkilöstöressurssien puute.

Herman- son Terhi	Suomi	1989	39	Lääkäreiden valikoituminen ja sopeutuminen hallintotehtäviin	Kvalita- tiivinen, teema- haastattelu dokumentit rekisterit	Lääkärit siirtyvät hallintolääkärityö- hön sattumalta ja useimmiten vaikean sopeutumisprosessin kautta. Varsi- naista hallintolääkäriprofessiota ei ole muodostunut.
Itkonen Pentti	Suomi	1990	38 / 101	Sairaalan johta- vien viranhalti- joiden käsityksiä johtamispro- sesseista	Kvantita- tiivinen	Sairaalan johtaminen on epäitsenäistä ja sidoksissa ulkopuolisiin viranomai- siin. Talousarvio on tärkein johtamista ohjaava tekijä. Johtosuhteen jakau- tuminen potilas, - hallinto ja talousjoh- toon on ongelmallista.
Kinnunen Juha	Suomi	1990	: / 21	Terveyskes- kuksen organi- saatio- kulttuuri	Kvalita- tiivinen, osallistuva havain- nointi	Toimintaa määrittävät yhteiset kogni- tiiviset perusolettamukset, arvostukset ja normit. Lääkärien, hoitajien ja johta- jien ammatilliset osakulttuurit kuiten- kin eroavat toisistaan.
Kinnunen Juha	Suomi	1992	23 / 39	Kuopion yliopis- tollisen sairaalan johtamiskulttuuri muuttuvassa toimintaympä- ristössä	Kvalita- tiivinen, teema- haas- tattelu	Johtamiskulttuuri on muuttunut tu- losajattelun myötä. Ideaalisten ja todellisten johtamiskäytäntöjen välillä on edelleen eroa.
Nakari Risto	Suomi	1992		Työelämän laatu kunnissa	Kvantita- tiivinen	Kunnallisen terveydenhuollon tyyty- mättömyys kulminoituu työyhteisön johtamiseen. Esimiehen johtamista- paan ja asiantuntemukseen ei luoteta.
Burke George, Tompkins Lynda, Summers Jim, Jag- min Chris	Yhdys- vallat	1993	130	Lääkärijohtajien roolistressi	Kvantita- tiivinen	Lääkärijohtajilla on enemmän rooliris- tiriitoja kuin sairaalanjohtajilla tai hoi- totyön johtajilla. Lääkärijohtajat ovat kuitenkin hyväksyneet rooliristiriidat, eivätkä koe niiden haittaavan työtään.
Mälkiä Matti, Vi- hanto-maa Arto	Suomi	1994	29 / 333	Esimiesten ja alaisten käsityk- siä tulosjohtami- sesta yliopisto- sairaalassa	Kvantita- tiivinen	Lääkärijohtajien / tulosyksikkö- johtajien kustannustietoisuus ja valta on kasvanut, alaisten asema on pysy- nyt ennallaan. Keskushallinnon ja tulosyksikköjohtamisen välisiä suhteita tulisi parantaa. Henkilöstö- johtamisessa on paljon kehitettävää.
Alanko Arto, Permi Jaakko, Ristkari Simo, Luh- tala Riitta	Suomi	1994	51	Kirurgiililääkä- reiden näkemyk- siä erikoissai- raanhoidon ta- loudellisista ja hallinnollisista muutospaineista	Kvantita- tiivinen	Tulosjohtamisidea on vaikeaa to- teuttaa terveydenhuollon tulosten mit- taamisvaikeuksien vuoksi. Rahoituk- sen kiristyminen vähentää uusien hoitomuotojen käyttöönottoa. Potilai- den eriarvoisuus on lisääntynyt.
Brommels Mats, Män- tyranta Taina	Suomi	1994	48	Lääkärijohtajien asenne johta- mis- koulutukseen	Kvantita- tiivinen	Kolmasosa lääkärijohtajista on kiin- nostunut henkilökohtaista kasvua ja kehittymistä tukevasta koulutuksesta. Työyhteisön ristiriitojen hallinta on lääkärijohtajan tärkeimpiä ominai- suuksia.
Arnetz Bengt	Ruotsi	1997	28 / 358	Lääkäreiden kokemuksia työympäristös- tään ja organi- saatios- taan	Kvantita- tiivinen, regressio- malli	Henkilöstöjohtamisessa ja sairaalan päättöksentekoprosesseissa on eniten kehitettävää. Lääkärijohtajien työ on henkisesti raskaampaa kuin vertailu- ryhmän IT –insinööreillä. Lääkärijohta- jat ovat silti muita lääkäreitä tyytyväi- sempiä työhönsä.
Kangas Mikko	Suomi	1997	21	Terveydenhuol- lon hallintoa koskeva kysely sairaanhoidopi- rien johtajayli- lääkäreille	Kvalita- tiivinen	Tulosyksikön johtajilla ei ole riittäviä mahdollisuuksia toteuttaa tulosjohta- mismallia. Jatkuva säästä- minen haittaa lääkärijohtajien mahdolli- suuksia organisoida ja kehittää hallin- toa. Erikoisalablokkien lääkärijohtajat eivät uskalla tai halua käyttää valtaa.

Enckel Magnus	Suomi	1998	162 / 1227	Henkilökunnan käsityksiä sairaalaorganisaatiokulttuurista ja sen muuttumisesta	Kvalitatiivinen, kvantitatiivinen	Lääkärit samaistuvat enemmän professioonsa kuin tulosityksikköönsä. Yliopistosairaaloissa talousvastuu koetaan voimakkaampana. Organisaatiokulttuurin kehittyessä ammattiryhmien välinen yhteistyö paranee.
Hoff Timothy	Yhdysvallat	1998	294	Lääkärijohtajien työhön sitoutuminen nuorilla ja vanhoilla lääkärijohtajilla	Kvantitatiivinen	Johtamistyön määrä ennustaa lääkärijohtajien johtamistyöhön sitoutumista. Johtamistyö aiheuttaa rooliristiriitoja kliinisen ja johtamistyön välillä.
Sherman Eileen	Yhdysvallat	1998	80	Rooliristiriitojen ja rooli-epäselvyyden vaikutus lääkärijohtajien ja sairaala-johtajien työtyytyväisyyteen	Kvantitatiivinen	Johtajat kokevat rooliepäselvyyttä ja rooliristiriitoja, mutta niillä ei ole vaikutusta lääkärijohtajien työtyytyväisyyteen.
Östergren Katarina, Sahlin-Andersson Kerstin	Ruotsi	1998	715	Lääkärijohtajuus profession, politiikan ja hallinnon näkökulmasta.	Kvantitatiivinen, kvalitatiivinen: haastattelut (6), havainnointi (6)	Lääkärijohtajien tulee tehdä myös kliinistä työtä. Lääkärijohtajat toivovat lisäkoulutusta johtamisesta. Terveystieteiden organisaatioita ei voi muuttaa yleisillä malleilla, koska ne ovat sidoksissa kulttuuriin ja politiikkaan päätöksiin, vaativat itseorganisoitumista ja parempaa yhteistyötä eri tahojen välillä.
Kvaerner Kari, Aasland Olaf, Botten Grete.	Norja	1999	200 / 13 844	Naislääkärijohtajien osuus lääkärikunnasta	Kvantitatiivinen	Naislääkäreiden on vaikea päästä johtavaan asemaan. Naislääkärijohtajat työskentelevät yleisemmin perusterveydenhuollossa sekä naisvaltaisilla erikoisaloilla. Naislääkärit joutuvat valitsemaan perheen ja uran välillä.
Kitchener Martin	Iso-Britannia	2000	13 / 100	Keinotekoisien markkinaohjautuvuuden vaikutukset brittiläisissä sairaaloissa; sairaalalääkärin roolimuu-tos	Kvalitatiivinen, observointi, arkistot	Klinikoiden lääkärijohtajat hyväksyvät talousvastuun, johtamisvastuun ja byrokratisoituvat. He pitävät kuitenkin kiinni kliinisestä autonomiastaan ja lääkäriprofessiostaan.
Kurunmäki Liisa	Suomi ja Iso-Britannia	2000	/ 51	Talousnäkökulman ja profession näkökulman kohtaaminen terveydenhuollossa	Kvalitatiivinen, kenttätutkimus, dokumentit	Suomalaiset terveydenhuollon ammattilaiset ovat omaksuneet kustannusajattelun ja säilyttäneet valtansa suhteessa rahoitusta vastaaviin tahoihin paremmin kuin englantilaiset
Mäenpää Elliisa	Suomi	2000	14/ 103	Sairaalalääkärin jaksaminen työterveyshuollon näkökulmasta	Kvalitatiivinen	Hallintolääkäreillä on suuri kynnys myöntää ylikuormitus. He saavat työniloa hallinnollisista töistä ja vullasta, mutta tekisivät mieluummin potilastyötä.

Suomalaisia lääkärijohtajia koskevassa tutkimuksessaan Hermanson (1989) totesi useimpien lääkärijohtajien kokeneen rooliristiriitoja ja käyneen läpi hankalan sopeutumisprosessin uuteen ammattiin sosiaalistumisessa. Kosketus kliiniseen työhön oli haluttu säilyttää. Kinnusen (1990,107) tutkimuksen mukaan Kuopion yliopistollisen sairaalan lääkärijohtajilla oli vaikeuksia sovittaa yhteen tulosjohtamisveloitteensa ja kliininen työnsä. Kurunmäen (2000,49) vertailututkimuksessa suomalaiset lääkärit ovat kuitenkin onnistuneet kliinikkojohtajan ja tulosjohtajan hybridiroolissa paremmin

kuin englantilaiset kollegat. Useinmiten suomalaiset lääkärijohtajat tekevät silti mieluummin kliinistä kuin hallinnollista tai johtamistyötä (Hermanson 1989, Mäenpää 2000, 163-78).

Suomalaisesta terveydenhuollosta ja sen työntekijöistä on viimeisten vuosien aikana valmistunut runsaasti tutkimuksia (Pahkala 1997, 2000, Töyry 1999, Virjo ym. 2000). Monet johtamista käsittelevät tutkimukset ovat kuitenkin keskittyneet lääkärin ja hoitohenkilökunnan näkökulmaan (Willi-Peltola 2000), eikä tuoreita tutkimuksia erityisesti lääkärijohtajien työoloista, toimintaedellytyksistä ja erikoissairaanhoidon muutosten aiheuttamista vaikutuksista ole juurikaan tehty.

### **1.2.6 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtamiskäytäntö**

Erikoissairaanhoidosta vastaavat keskussairaalat muodostavat tärkeän osan Suomen porrastetusta terveydenhuoltojärjestelmästä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on muodostettu vuonna 1991 uuden erikoissairaanhoidolain myötä. Sairaanhoitopiiriin kuuluivat vuonna 1999 Seinäjoen keskussairaala, Härmän sairaala ja Ähtärin sairaala. Sairaanhoitopiiriin väestöpohja oli tuona vuonna 198036 ja siellä työskenteli 2263 työntekijää, joista oli 201 lääkäriä.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on koko sen toiminnan ajan noudattanut tulosjohtamisen periaatetta. Tulosjohtamiskoulutuksen lisäksi sairaanhoitopiirissä käynnistettiin vuonna 1997 Etelä-Pohjanmaa -malli laatuprojekti, jonka tarkoituksena oli tulosjohtamisen ja tuloksellisuuden ohella korostaa myös laatujohtamisen periaatteita (Särmö ym. 1997, Korpi ym. 2000).

Ohjeita Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän johtamisesta löytyy sekä kuntayhtymän hallintosäännöstä, virkasäännöstä että henkilöstöpoliittisesta ohjelmasta.

Henkilöstöpoliittisen ohjelman (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 1994) mukaan sairaanhoitopiiriin johtamisperiaatteena on tulosjohtaminen. Sen mukaan tulosityksiköillä on toiminnallinen ja taloudellinen vastuu, esimiehiä ja henkilöstöä koulutetaan tulokselliseen toimintaan ja sitä arvioidaan. Tulosjohtamisen avulla korostetaan henkilöstön omaa oikeutta ja vastuuta työn tuloksellisuudesta ja johtamisen kehittäminen on jatkuvaa.

Etelä-Pohjanmaan kuntayhtymän hallintosäännön (1997) mukaan kuntayhtymän tuloksellisuudesta vastaavat sairaanhoitopiiriin johtaja, johtajaylilääkäri sekä hallintoylihoitaja. Kuntayhtymän toimintaorganisaatio rakentuu tulosityksiköistä, jotka ryhmitetään tulosalueiksi (liite 2). Tulosityksiköistä muodostettujen tulosalueiden johtajat eli tulosaluejohtajat vastaavat tulosalueiden toiminnasta ja tuloksellisuudesta. Tulosityksikön toiminnasta vastaa tulosityksikköjohtaja. Lääketieteellisen tulosityksikön johtajana tulee olla asianomaisen erikoisalalan erikoislääkäri.

Kuntayhtymää johdetaan siten, että kuntayhtymän tuottamat palvelut ovat laadullisesti korkeatasoisia, kustannuksiltaan kilpailukykyisiä ja määrältään riittäviä. Johtaminen tapahtuu säännöllisten tuloskeskustelujen, järjestelmällisen suunnittelun ja seurannan sekä toiminnan kehittämisen edellyttämän tutkimuksen ja henkilöstökoulutuksen avulla. ”Johtamisessa otetaan huomioon henkilökunnan oikeus osallistua omaa työtään ja työympäristöään koskevaan kehittämiseen siten kuin laeissa ja kuntayhtymän säännöissä on säädetty sekä työntekijöitä ja viranhaltijoita edustavien järjestöjen kanssa on sovittu” (ems § 20).

Tulosityksiköjohtajan (yleensä lääkäri) tehtävänä on

- seurata oman tulosityksikön toimialueensa yleistä kehitystä sekä toiminnan kehittämiseen liittyviä yleisiä odotuksia
- vastata tulosityksikön toiminnan kehittämisestä
- valmistella esitys tulosityksikön talousarviosta ja toimintasuunnitelmasta
- vastata voimavarojen tehokkaasta käytöstä
- vastata uusien viranhaltioden ja työntekijöiden riittävästä perehdytyksestä
- vastata työntekijöiden ammattitaidon ylläpitämisestä ja kehittämisestä
- antaa tarpeellisia ohjeita talousarvion ja toimintasuunnitelman täytäntöönpanosta sekä toiminnan järjestämisestä
- vastata sisäisestä ja ulkoisesta tiedottamisesta sekä yhteistyöstä muiden tulosityksiköiden kanssa (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 1997, 26§).

Myös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän virkasäännössä on yleismääräyksiä johtamisesta ja viranhaltijan velvollisuuksista. Virkasääntö on kuitenkin ensisijainen hallintosääntöön nähden (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän virkasääntö 1996, 12§):

- 1 mom. Viranhaltijan on suoritettava virkaan kuuluvat tehtävät asianmukaisesti ja viivytyksettä noudattaen asianomaisia säännöksiä ja määräyksiä.
- 2 mom. Viranhaltijan on vältettävä kaikkea, mikä on ristiriidassa tasapuolisuuden tai hänen asemassaan olevalta viranhaltijalta kohtuuden mukaan vaadittavan menettelyn kanssa tai on kuntayhtymän edun vastaista.
- 3 mom. Viranhaltija on velvollinen virantoimituksessaan ja kuntayhtymän omaisuuden käytössä noudattamaan taloudellisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta.

Virkasääntö muistuttaa sairaalan julkisesta ja poliittisesta luonteesta. Se korostaa kuntayhtymän etua, sääntöjen noudattamista ja taloudellisuutta, hallintosääntö taas kehittämistyötä ja ammattitaidon ylläpitämistä. Molempia sääntöjä voidaan tietenkin noudattaa samanaikaisesti, mutta sääntöjen henki on erilainen. Virkasääntö edustaa vanhaa byrokratiaa, jossa oleellista on sääntöjen noudattaminen. Hallintosääntö painottaa kehittämistä ja koulutusta professio-organisaatiolle tyypillisellä tavalla. Henkilöstöpoliittinen ohjelma vuodelta 1994 korostaa lama-ajalle tyypillistä tuloksellisuuden merkitystä. Sairaalan ohjausjärjestelmässä korostuvat edelleen myös kirjalliset ohjeet ja säännöt, vaikka tulosjohtamisideologian mukaisesti byrokraattisesta organisaatiokulttuurista tulisi luopua ja korostaa tulosyksiköiden liikkumavaraa ja henkilöstön itseohjautuvuutta.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtamiskulttuurista, tulosjohtamisen laadusta ja vaikuttavuudesta on tehty tutkimuksia, joissa suurimmaksi ongelmaksi todettiin tulosjohtamisen periaatteiden ja käytännön toiminnan epäyhteneväisyys (Sarvikas ym. 1995, Pahkala ym.1996). Erikoissairaanhoidossa työskentelevät lääkärit kokivat työtyytyväisyytensä ja työmotivaationsa perusterveydenhuollon lääkäreitä heikommaksi Pahkalan ym. (1999) Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan alueiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työoloja vertailevassa tutkimuksessa. Mäenpää (2000,98,163-78) tutki Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sairaalalääkärien jaksamista. Tutkimustulosten mukaan lääkäreiden työoloja haittasivat eniten kiire, tyytymättömyys palkkaukseen ja tyytymättömyys johtamiseen. Johtamistapoja kritisoitiin useassa tilanteessa ja esimiehen tukea, asennetta ja esimerkkiä pidettiin tärkeänä työssä jaksamisessa. Jaksamistutkimuksessa haastateltiin 18 tulosyksikköjohtajana toimivaa lääkäriä. Haastatellusta 14 ilmoitti kokevansa stressiä johtamistyössä. Tutkimuksen mukaan esimiesasema antaa näkyvän aseman työyhteisössä, mutta asettaa myös alttiiksi arvosteluille. Erityisesti muutosten yhteydessä arvostelua esiintyy runsaasti. Tutkimuksessa myös todettiin, että johtamisongelmista puhuminen oli vaikeaa ja osa johtajista koki puutteellisen johtamistaitonsa ja ylempien esimiesten tuen puuttumisen aiheuttavan stressiä. Suurin osa tulosyksikköjohtajista piti sekä hallinnollisia että henkilöstöjohtamistaitojaan riittämättöminä.

Tämän tutkimuksen tutkimusorganisaatioksi valittu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri edustaa tyypillistä keskisuurta sairaanhoitopiiriä. Suurimmassa osassa suomalaisia sairaaloita on tapahtunut viimeisen kymmenen vuoden aikana melko samansuuntaisia muutoksia. Taloudellinen lama, normiohjauksen purku, tulosjohtamismallin käyttöönotto, väestön terveydenhuoltoa koskevien määrällisten ja laadullisten vaatimusten lisääntyminen, tulosjohtamisen teorian ja käytännön epäyhtenevyys, tyytymättömyys johtamistapoihin, kiire ja työn kuormituksen lisääntyminen sekä kuntien päätäntävällän kasvu ovat muuttaneet erikoissairaanhoidon vakaata toimintaympäristöä pysyvästi.

## 2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TEHTÄVÄT JA METODIT

### 2.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen lähtökohtana on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon organisaatio-, työ- ja johtamiskulttuurissa tapahtuneet muutokset lääkärijohtajien näkökulmasta.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää suomalaisten lääkärijohtajien johtamistyöhön, johtamismotivaatioon ja johtamisroolin omaksumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on Katzin ja Kahnin (1978) rooliepisodimallin ja Rizzo ym. (1970) rooliristiriitamittarin avulla selvittää lääkärijohtajien toimintaympäristön ristiriitaisuutta sekä epäselvyyttä ja muodostaa lääkärijohtajien työtä kuvaavat roolijännite- ja roolinomaksumismallit ja etsiä niille selittäviä tekijöitä.

### 2.2 Tutkimustehtävät

**Tehtävä 1:** Selvittää kansainvälisen rooliristiriita- ja rooliepäselvyyssmittarin sekä rooliepisodimallin soveltuvuutta suomalaisten lääkärijohtajien työn roolijännitteiden tutkimiseen

Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek ja Rosenthal (1964) sekä Katz ja Kahn (1978) kehittivät rooliristiriitoja, rooliepäselvyyttä sekä roolikäyttäytymistä kuvaavan rooliepisodimallin. Rizzo ym. (1970) rakensivat Kahn ym. rooliepisodimallin pohjalta mittarin, jolla erityisesti johtamistyöhön liittyviä rooliristiriitoja ja rooliepäselvyyttä voidaan mitata. Mittari on validoitu ja sitä on käytetty runsaasti kansainvälisissä tutkimuksissa (King ja King 1990). Mittarin avulla on tutkittu paitsi johtajien, mutta myös muiden ammattiryhmien rooliristiriitoja ja rooliepäselvyyttä. Mittaria on käytetty myös yleisen työstressin tutkimiseen (Van Sell ym. 1981, Fisher ja Gitelson 1983, Jackson ja Schuler 1985, Sherman 1998, Quine 1999). Saatavilla olevien tutkimusten mukaan mittaria ei ole ennen käytetty Suomessa. Tällä tutkimuksella halutaan selvittää sekä Katzin ja Kahnin (1978, 187) rooliepisodimallin että Rizzo ym. (1970) rooliristiriita- ja rooliepäselvyyssmittarin soveltuvuutta suomalaisten lääkärijohtajien johtamisrooliin liittyvien roolijännitteiden tutkimisessa.

**Tehtävä 2.** Selvittää lääkärijohtajan asiajohtamiseen ja henkilöstöjohtamiseen liittyviä roolijännitteitä

Lääkärijohtajan johtamistyöhön kuuluu sekä asioiden että ihmisten johtamista. Tässä tutkimuksessa johtamistyö jaettiin asiajohtamiseksi ja henkilöstöjohtamiseksi. Tavoitteena on selvittää, millälaisia roolijännitteitä lääkärijohtajan henkilöstöjohtamistyössä ja asiajohtamistyössä esiintyy.

**Tehtävä 3.** Selvittää lääkärijohtajan henkilöstöjohtamistyön ja asiajohtamistyön roolijännitteitä ennustavia tekijöitä.

Kolmantena tehtävänä on selvittää löytyykö henkilöstö- ja asiajohtamistyölle erilaisia selittäviä tekijöitä. Selittävinä tekijöinä toimivat erikoissairaanhoidon muutokset, tulosyksikön koko, ikä, sukupuoli, johtamiskoulutus, työvuodet, persoonallinen tyyli, työyhteisön vuorovaikutustekijät sekä motivaatiotekijät.

**Tehtävät 4.** Selvittää lääkärijohtajan johtamismotivaatiota ja sitä ennustavia tekijöitä

Tutkimusten mukaan rooleihin ja motivaatioon liittyvät ongelmat ovat keskeisiä elementtejä erityisesti keskijohdossa sekä asiantuntijatyössä työskentelevillä johtajilla (Katz ja Kahn 1978, Sveiby 1990, 217, Juuti 1998, 67-73). Johtajat ovat yleensä hyvin motivoituneita työhönsä. Tässä tutkimuksessa halutaan selvittää, millainen sisäinen motivaatio lääkärijohtajilla on johtamistyöhön ja vaikuttavatko siihen persoona-, ympäristö- tai organisaatiotekijät.

**Tehtävä 5.** Selvittää lääkärijohtajan johtamisroolin omaksumista ennustavia tekijöitä

Johtamisroolin omaksumiselle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Koska aikaisemman kirjallisuuden perusteella (Hermanson 1989, Hoff 1998) johtamistyöhön käytetyllä ajalla on merkitystä johtamisroolin omaksumisessa, määritellään johtamisroolin omaksuminen tässä tutkimuksessa johtamistyöhön käytetyn ajan määrällä. Tavoitteena on selvittää roolijännitteiden, johtamismotivaation, muutostekijöiden ja demografisten tekijöiden vaikutusta johtamisroolin omaksumiseen?

**Tehtävä 6.** Kehittää roolijännitemallista ja motivaatiotekijöistä lääkärijohtajan johtamisroolin omaksumismalli.

Viimeisenä tehtävänä on yhdistää tehtävät 1-5 ja muodostaa niistä lääkärijohtajan johtamistyön roolijännite- ja roolinomaksumismallit.



## 2.3 Tutkimusmenetelmät

Kyseessä on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkärijohtajia koskeva sovellettu tapaustutkimus. Yhtenä tapaustutkimuksen keskeisenä analyysimuotona pidetään mallin sovitusta, jossa verrataan empiirisesti saatua mallia teoreettiseen malliin. Tutkimus on tällöin teoriaa testaavaa tutkimusta. Toinen keskeinen tapaustutkimuksen analyysimuoto on selitysten rakentaminen (Yin 1989, Järvinen ja Järvinen 1995,5). Tässä tutkimuksessa yhdistetään molemmat lähestymistavat. Yin (1989) määrittelee tapaustutkimuksen tutkimusotteeksi, joka tutkii erilaisilla menetelmillä tämän päivän ilmiöitä sen todellisessa kontekstissa. Tällaista tutkimusotetta on hyödyllistä käyttää tutkittaessa harvinaista tai vaikeasti lähestyttävää tutkimusaihetta. Koska lääkärijohtajista on tehty vähän tutkimuksia, voidaan aihetta pitää harvinaisena sekä vaikeasti lähestyttävänä. Vaikeasti lähestyttäväksi sen tekee lääkäreiden ja lääkärijohtajien melko kriittinen suhtautuminen muuhun kuin lääketieteen alaa koskeviin tutkimuksiin ja kyselyihin (Berk 1985). Koska lääkäreillä - kuten asiantuntijoilla yleensä - on vaikeuksia myöntää heikkouksiaan (Starbuck 1992, Mäenpää 2000), voi luotettavan tutkimustiedon saaminen menetelmistä riippumatta olla vaikeaa.

Tutkimuksessa selvitetään lääkärijohtajien roolijännitteitä, johtamismotivaatiota ja johtamisroolin omaksumista Kahn ym. (1964), Katzin ja Kahnin (1978) rooliteoriaan pohjautuvan rooliepisodimallin sekä Ajzenin (1991) motivaatioteorian avulla ja etsitään regressioanalyysimenetelmällä niille selittäviä tekijöitä. Katzin ja Kahnin (1978) rooliepisodimalli on pehmeä systeemitheoreettinen malli siitä, kuinka työntekijät omaksuvat työroolinsa kompleksisissa organisaatioissa. Keskeistä roolin omaksumismallissa on rooleihin kohdistuvat ristiriitaiset ja epäselvät odotukset ja niitä säätelevät yksilö-, organisaatio- ja vuorovaikutustekijät. Mallintamisen tarkoituksena on saada selkeämpi kuva roolin omaksumisprosessin luonteesta ja roolikäyttäytymisestä sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Rooliepisodimalli on kognitiivinen malli ihmisen ajattelu- ja vuorovaikutusprosesseista. Mallin toimivuutta testataan Rizzo ym. (1970) kehittämällä rooliristiriita- ja rooliepäselvyyssmittariin perustuvan kyselyaineiston logistisella regressioanalyysillä. Sitä täydennetään kyselylomakkeeseen lisättyjen rooliristiriitojen ja rooliepäselvyyden luonnetta tarkentavien käytännön esimerkkien avulla. Koska rooliteoriaa on kritisoitu sen jäykän ja ennalta määrätyn luonteen takia, rooliepisodimalliin yhdistetään Ajzenin (1991) tavoitteellisen toiminnan motivaatiomalli kuvaamaan yksilön tahtoa ja asennetta toiminnan suuntaamisessa ja roolin omaksumisessa. Näistä kahdesta mallista eli rooliepisodimallista ja tavoitteellisen toiminnan motivaatiomallista rakennetaan lääkärijohtajan ammattiroolin omaksumista kuvaavat roolijännite- ja roolinomaksumismallit. Mallit perustuvat sekä yksilön tahtoon että hänen kokemuksiinsa ja havaintoihinsa johtamistyön luonteesta. Mallien toimivuutta testataan Rizzo ym. (1970) mittarin lisäksi motivaatiota kartoittavien lisäkysymysten logistisella regressioanalyysillä sekä avovastausten laadullisen sisällön analyysin avulla.

Tutkijan omat kokemukset erikoissairaanhoidon johtamisesta ovat vaikuttaneet teorioiden ja metodien valintaan. Tutkija työskentelee lääkärijohtajana kohdeorganisaatiossa ja tuntee sen organisaatiokulttuuriin liittyviä arvoja, tapoja, uskomuksia ja preferenssikäytäntöjä. Tutkija on työssään tehnyt yli kymmenen vuoden ajan epäsuoraa, osallistuvaa havainnointia kohdeorganisaatiosta ja sen toimintaympäristöstä. Organisaatiokulttuurin tunteminen yleensä mahdollistaa paremman esiymmärryksen tutkimuskohteen luonteesta ja keskittymisen tutkijan olennaisiksi mieltämiin tutkimustehtäviin. Tutkimusmenetelmäksi valittiin Rizzo ym. (1970) rooliristiriita- ja rooliepäselvyysmittari. Koska kyselymenetelmällä saadut tulokset jäivät helposti abstraktille ja tulkinnanvaraiselle tasolle, lisättiin Rizzo ym. (1970) kyselylomakkeeseen avokysymyksiä. Näissä vastaajat saavat antaa käytännön esimerkkejä kokemistaan rooliristiriidoista ja rooliepäselvydestä. Tutkimuksessa on sovellettu monimetodista lähestymistapaa eli triangulaatiota, jossa yhdistetään kvantitatiiviset ja kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät sekä eri teorioita ja eri aineistoja (Hirsjärvi, Hurme 2000, 39).

## **2.4 Tutkimusraportin rakenne**

Luvuissa 1 ja 2 käsitellään tutkimuksen yhteiskunnallista taustaa ja aikaisempia tutkimustuloksia, kirjallisuutta, tutkimuksen tavoitteita ja tutkimustehtäviä sekä metodisia valintoja. Luvussa 3 selvitetään tutkimuksen teoreettinen tausta ja olennaisia käsitteitä. Luvussa 4 esitetään tutkimusmenetelmät ja aineisto ja käydään läpi tutkimuksen validiteetti, reliabiliteetti ja katoanalyysi. Luvussa 5 esitetään tutkimustulokset tilastollisine kuvaajineen. Luvussa 6 pohditaan tutkimustulosten teoreettista ja käytännöllistä merkitystä. Viimeisessä luvussa 7 esitetään tutkimustuloksista tehdyt sekä teoreettiset että käytäntöä koskevat johtopäätökset.

### 3. TOOREETTINEN VIITEKEHYS

#### 3.1 Kognitivismi

Tällä tutkimuksella on kirjava teoreettinen viitekehys johtuen sekä roolien että johtamisen poikkitieteellisestä luonteesta. Lääkärijohtajan roolin omaksumista tarkastellaan sekä rooli-, johtamis-, motivaatio- että oppimisteoreettisista näkökulmista. Näennäisestä pirstaleisuudesta huolimatta teorioilla on yhteisenä piirteenä kognitiivisiin prosesseihin perustuva tausta. Kognitivismi valitaan yhteiseksi metateoriaksi sekä johtamis-, motivaatio-, roolinomaksumis- että oppimiskäyttäytymisen viitekehyksille. Tässä kappaleessa 3 käsitellään tutkimuksen viitekehyksiksi valittuja rooliteorioita ja johtamisteorioita sekä roolikäyttäytymiseen ja johtamiskäyttäytymiseen olennaisesti vaikuttavia motivaatioteorioita ja oppimisteorioita kognitiivisesta näkökulmasta. Sen lisäksi tarkastellaan lääkärijohtajan johtamisroolin omaksumisen yhteiskunnallista merkitystä myös makroteoreettisesta professionäkökulmasta.

##### 3.1.1 Kognitiivinen käänne

Kognitiivinen psykologia yrittää ymmärtää sitä tapaa, kuinka ihminen ajattelee. Se myös pyrkii löytämään käytännön sovellutuksia ja yhteyksiä muihin sosiaalitieteisiin. Kognitiot kuuluvat psykologian peruskäsitteisiin ja viittaavat tiedon käsittelyprosesseihin. Kognitioilla tarkoitetaan muistia, havaitsemista, tietoisuutta, tarkkaavaisuutta, oppimista, motiiveja, päätöksentekoa, kielellisiä prosesseja, ajattelua ja ongelmanratkaisua (Anderson 1990,1-13). Kognitioita voidaan tutkia joko analysoimalla niiden rakennetta, prosesseja tai tyyliä. Tietoyhteiskunnan korostama elinikäinen oppiminen edellyttää yhä enemmän monipuolisia kognitiivisia taitoja, jotka kehittyvät sosiaalisessa vuorovaikutuksessa fyysisen ja psyykkisen toiminta- ja työympäristön kanssa.

Varsinainen kognitiivinen käänne tapahtui 1960-luvulla, kun behavioristisen koulukunnan ihmisen ulkoisen käyttäytymisen tutkimus siirtyi yhä enemmän tutkimaan ihmisen sisäistä tietoisuutta. Behavioristisen skinneriläisen ajattelutavan mukaan ihmisen ulkoisen käyttäytymisen tutkimus ja siitä aiheutuvat seuraukset antavat objektiivisempaa tietoa kuin ihmisen itsetarkkailu ja tietoisuus. Skinner esitti, että ihmisen tietoisuuden tutkiminen on sekä mahdotonta että hyödytöntä. Behaviorismin mukaan ihmisen käyttäytymistä ohjaa vahvistaminen, kognitiivisen teorian mukaan taas odotukset. Filosofi Dennetin (1995, Kamppinen 2001, 174) mukaan nykyihminen on popperilainen olio, joka kognitioidensa avulla kykenee ennakoitua mielessään testaamaan ja arvioimaan asioiden syy – ja seuraussuhteita eli merkityksiä ilman että hänen tarvitsisi tehdä sitä behavioristisen yrityksen ja erehdyksen kautta.

Olenainen toiminto kognitioissa onkin havaitseminen, jonka kautta kognitiot ja todellisuus ovat toisiinsa yhteydessä. Havaitseminen riippuu yksilön taidoista ja aikaisemmista kokemuksista eli niistä rakenteellisista mielikuvista, skeemoista, jotka ovat aikaisemman tiedon pohjalta rakentuneet. Mielikuvat suuntaavat uutta havaintotoimintaa ja muuttuvat havaitsemisen seurauksena. Ilmiötä kutsutaan havaitsemisen sykliksi.

### **3.1.2 Kognitiot ja organisaatiot**

Kognitiivinen psykologia perustuu metodologiseen individualismiin, joka korostaa yksilökeskeisyyttä (Kamppinen ym. 2001,173). Kognitiivinen organisaatiotutkimus kuuluu soveltavaan kognitiotieteen. Organisaatioiden kognitiivinen lähestymistapa painottaa yksilön ajattelun teoriataustaa eli sitä, että sosiaalinen maailma tulee todelliseksi ja saa muotonsa vasta ihmisen ajattelun perusteella. Se on varsin yhtenevä nykyisen konstruktivistisen tietoteorian kanssa. Kognitiivinen paradigma korostaa myös aktiivista organisaatioiden ihmisenäkemyttä. Siinä työntekijät eivät vain passiivisesti noudata organisaatiokulttuurissa totuttuja tapoja ja käyttäytymismalleja, vaan he aktiivisesti muokkaavat organisaatiosta saatua informaatiota.

Kognitiot realisoituvat ihmisen ajattelussa skeemoina eli mielikuvina. Skeema edustaa yksilön subjektiivista, yksinkertaistettua, kognitioiden välittämää tietoa sosiaalisesta todellisuudesta. Sen avulla yksilö pystyy jäsentämään kokemuksensa omasta itsestään, rooleistaan, muista yksilöistä, heidän rooleistaan tai yhteisöistä. Harris (1994) puhuu organisaatioskeemasta, joka on työntekijän näkemys organisaatiossa vallitsevista ryhmistä ja rooleista. Työntekijöiden kognitiiviset skeemat ja niille annetut merkitykset ja affektiot muodostavat organisaatiokulttuurin. Kognitiivinen antropologia puolestaan käsittää kognitiot sosiaalisena toimintana. Kognitiivisen antropologian keskeinen käsite on yhteinen jaettu merkitysjärjestelmä, jonka avulla yksilöt voivat toimia yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Kulttuuriantropologien mukaan ihmisen kognitioita tulisi tutkia aina siinä ympäristössä missä he toimivat.

Olenaista kognitiiviselle suuntaukselle on, että ihminen on tietoisesti ja tavoitteellisesti toimiva olento, eikä vain behavioristien kuvaama ympäristön ärsykkeisiin reagoiva Pavlovin koira. Voidakseen toimia tavoitteellisesti ihmisen on hankittava ympäristöstään tietoa ja rakennettava tiettyjä ulkoista todellisuutta vastaavia sisäisiä malleja ja rooleja.

### 3.1.3 Kognitiotiede, avoin systeemiteoria ja kyberneettiset mallit

Kognitiotiede on monitieteellinen tutkimusala, jonka juuret ovat mm. psykologiassa, kasvatustieteissä, systeemiteoriassa ja sen eri sovelluksissa kuten kybernetikassa. Kognitiotiede koostuu kognitivismista ja konnektionismista. Kognitivismi on tietoteoreettinen lähestymistapa, joka kuvaa ihmisen ajattelua systeemisten, mielen sisäisten mallien avulla (Miettinen 1988,11).

Yleisen systeemiteorian mukaan tutkittavaa ilmiötä tulee aina tarkastella suhteessa sen ympäristöön. Yleinen systeemiteoria perustuu Bertalanffyn (1950) teoriaan biologisten organismien toiminnasta. Koska kaikkien systeemien rakenteissa on tiettyä yhtäläisyyttä, Bertalanffy halusi kehittää kokonaisvaltaisen teorian, jolla voisi ratkaista eri tieteenalojen kuten biologian, tekniikan, taloustieteiden, yhteiskuntatieteiden tai psykologian eriytymisestä johtuvia sekä mikrotason että makrotason ongelmia.

1940-luvulla Wiener (1967 ja 1969) kehitti systeemiteoriaan perustuvan informaatioteorian haaran eli kybernetiikan. Kybernetikka on tiedon metateoria, joka kuvaa päämääräorientoituneiden dynaamisten systeemien tiedonkäsittelyprosesseja sekä -rakenteita (Niiniluoto 1992,11-13). Kyberneettisille malleille on ominaista kommunikaatio ja itsesäätelyjärjestelmä. Ne ovat oppivia systeemejä. Koska systeemi- ja informaatioteorioihin perustuvat lähestymistavat ovat osoittautuneet hedelmällisiksi monilla tieteenaloilla kuten fysiikassa, biologiassa, psykologiassa ja taloustieteessä, niin mikseivät ne voi osoittautua sellaisiksi myös yhteiskuntatieteissä tai organisaatioiden tutkimuksessa?

Ensimmäisen asteen kyberneettiset mallit analysoivat pelkästään systeemin rakenteita ja edustivat ns. kovaa systeemiajattelua. Sen mukaan systeemi koostuu panoksista kuten energiasta tai informaatiosta, toiminnasta ja prosesseista, tuotoksista sekä niiden säätelystä. Lisäksi systeemillä on aina jokin päämäärä. Ensimmäisen asteen malleille oli ominaista kehämäinen, negatiivinen takaisinkytkentä, jonka tarkoituksena oli saada aikaan systeemin tasapaino. Nälän tunne muodostaa esimerkin kyberneettisestä mallista: nälän tunne motivoi etsimään ruokaa. Kun ruoan tarve on tyydytetty, negatiivinen takaisinkytkentä hillitsee ruokahalua, jonka jälkeen saavutetaan tasapainotila. Kovan systeemiajattelun periaatteena oli, että minkä tahansa elottoman tai elollisen systeemin sekä ongelma että tavoite on tasapainotila. Kyseinen prosessi on mahdollista mallintaa ja löytää sille optimaalinen ratkaisu. Kova systeemiajattelu herätti runsaasti vastusta erityisesti ihmistieteissä, koska se oletettiin että ihmisen käyttäytyminen voidaan mallintaa matemaattisesti.

Kognitiivisen näkökulman huomioivaa kyberneettistä ajattelua kutsutaan pehmeäksi systeemiajatteluksi. Pehmeän systeemiajattelun mukaan myös humaaneja systeemejä kuten ihmisiä, instituutioita tai organisaatioita voi tutkia ja tulkita systeemiteorian näkökulmasta, vaikka ne ovatkin luonteeltaan epärationaalisia ja ongelmallisia (Checkland ja Scholes 1990, Senge 1997). Pehmeän systeemiajattelun mukaan humanit systeemit koostuvat tehtäväverkostoista, vuorovaikutussuhteista, poliittisista intresseistä sekä keskusteluista eli diskursseista. Humaanien systeemien kognitiivisen luonteen vuoksi niitä on myös mahdollista mallintaa systeemiajattelun mukaisesti. Mallittamisesta on hyötyä ongelmien kohdentamisessa ja systeemien kehittämisessä.

Pehmeä systeemiajattelu laajensi kovan systeemiteorian näkökulmaa yksilöön ja vuorovaikutukseen. Kun kovan systeemiajattelun mukaan systeemin käyttäytyminen riippuu siitä, mitä sen osat ovat, niin pehmeän systeemiajattelun mukaan käyttäytyminen riippuu siitä, miten systeemin osat ovat toisiinsa yhteydessä. Ahmavaaran (1976) mukaan kybernetiikan avulla on mahdollisuus ylittää perinteinen positivistinen tieteenkäsitys ja yhdistää yksilön päätöksentekoon perustuva subjektiivinen peliteoreettinen ajatustapa sosiaalisen todellisuuden systeemiteoriaan. Ahmavaaran teoria yhteiskuntakybernetiikasta edustaa tiettyyn pisteeseen saakka toisen asteen kyberneettistä mallia. Yhteiskuntakybernetiikan mukaan kyberneettisiä malleja on mahdollista soveltaa myös yhteiskuntatieteisiin ja ihmisen kognitiiviseen toimintaan (von Foerster 1995).

Kognitioiden ylivaltaa nyky-yhteiskunnassa on kritisoitu monissa yhteyksissä. Toisen asteen kyberneettisten mallien tarkoituksena onkin ymmärtää ajatteluprosessien kognitiivista luonnetta painottamalla ajatteluprosessissa yksilön merkitystä ja merkityksen kokemusta. Yksilö ei enää ole ulkopuolinen kehämäisen systeemin tarkkailija, vaan informaatioprosessi koskee myös yksilön kognitiivisia prosesseja; ajatuksia, tulkintoja, asennoitumista ja kokemuksia. Toisen asteen kyberneettiselle mallille on myös ominaista positiivinen takaisinkytkentä. Kehämäisessä prosessissa saavutettu toiminta synnyttää uuden kehän. Tavoitteena ei ole tasapainotilan saavuttaminen, vaan oppiminen eli aikaisempiin kokemuksiin ja havaintoihin perustuva uusi ajattelutapa ja uusi hermeneuttinen kehä. Oppimisprosessi edustaa kyberneettistä kehää, jossa ensin herää tiedon tarve, sen tyydyttäminen, uudesta tiedosta oppiminen, sen reflektointi ja jälleen uuden kehän synty (liitekuvio 2). Kyberneettiset mallit ovatkin varsin yhteneviä viimeaikaisen konstruktivistisen oppimiskäsityksen ja hermeneuttisen ajattelutavan kanssa, jonka mukaan uutta tietoa tulkitaan ja sen merkitystä analysoidaan aina aikaisempien kokemusten pohjalta (Varela 1991,173, Tynjälä 1999,17). Kognitiiviset prosessit ovat siis kyberneettisten mallien mukaisia kaksoishermeneuttisia kehiä, jossa ensimmäinen kehä tai sykli on skeema ja esiyymmärrys aiheesta ja sen jälkeen oppimisen myötä skeeman ja merkitysten tarkennuttua seuraavissa kehissä ihminen pystyy muodostamaan asiasta kokonaiskäsityksen.

## 3.2 Roolit

Rooli tuo elämään tarkoitusta ja merkitystä, sillä se tarkoittaa, että yksilö on jotakin varten. Äidin, isän tai lääkärin ja johtajan roolit ovat sekä mikro- että makrotasolla tarpeellisia yhteiskunnallisen käyttäytymisen muotoja: vanhemman roolit ovat lapsia mutta myös yhteiskuntaa varten, lääkärin rooli on sekä potilasta että koko yhteiskunnan terveydenhuollon infrastruktuurin toimivuutta varten, johtajan rooli on työntekijöitä varten, mutta myös organisaation koko toimintaympäristön toimijoita, instituutiota ja yhteiskunnan jatkuvuutta varten.

Rooleja tutkittiin jo 1930-luvulla antropologisessa koulukunnassa. Meadin (1962) mukaan sosiaalinen vuorovaikutus edellyttää kykyä asettua toisen rooliin, nähdä tilanteet ja oma toiminta muiden ihmisen kannalta. Mitä narsistisempi persoonallisuus, sitä vaikeampi on asettua toisen asemaan tai rooliin. Rooliteoreettinen näkökulma yleistyi yhteiskunta- ja sosiaalitieteissä kuitenkin vasta 1960-luvulla, kun Katz ja Kahn (1965 ja 1978) yhdistivät roolit ja roolikäyttäytymisen tieteelliseksi organisaatioteoriaksi. Sen jälkeen rooliteoriaan on kohdistunut runsaasti kritiikkiä roolikäsitteiden monimuotoisuuden ja epämääräisyyden vuoksi. Myös rooliteorian ja sen käsitteistön operationalisointia ja ennustamisen arvoa on kritisoitu. Seuraavissa alakappaleissa käydään läpi eri näkökulmia rooliteoriaan ja siihen liittyviin käsitteisiin.

### 3.2.1 Sosiaalipsykologinen ja psykologinen näkökulma

Sosiaalisella roolilla tarkoitetaan rooliodotuksia eli niiden normien ja odotusten kokonaisuutta, joita yksilön käyttäytymiseen kohdistetaan hänen erityisen asemansa, tehtävänsä, sukupuolensa tai ammattinsa vuoksi (Kahn 1964,13, Sulkunen 1986,142-143). Sosiaalisten roolien kuten sukupuoliroolin tai äidin roolin sisäistäminen ja niihin sosiaalistuminen alkaa jo lapsena ja siihen vaikuttavat yhteisöissä ja yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja normit. Turusen (1990,61) mukaan roolin tarve liittyy läheisesti tekemisen ja tahdon alueen narsismiin, jota juuri kuvaa ihmisen kuvitelma omasta merkityksestään ja roolistaan. Ihmisellä on idealisoimalla tarve kokea itsensä joksikin. Lapselle rooli on oman paikan löytämistä maailmassa ja omassa sosiaalisessa yhteisössä. Rooli ja sen mukaiset tehtävät ovat tarpeellisia, koska se tuo elämään tarkoituksenmukaisuutta ja on keskeinen osa sosiaalista ja vuorovaikutuksellista identiteettiä. Selkeät tehtävät, toiminta ja rooli lisäävät sosiaalisen elämän koherenssia ja lisäävät myös yhteisöllisyyttä (Turunen 1990,63). Sosiaalipsykologiassa roolin luonne on sosiaalinen.

Rooli on seurausta yksilön ja yhteisön välisestä vuorovaikutuksesta ja se kuvaa myös ryhmän eri jäsenten käyttäytymisen erilaistumista. Erilaistuminen tiettyyn tehtävään - kuten jalkapallopelissä, näytelmässä tai työyhteisössä - tuo sekä yksilölle että ryhmälle etua, sillä sekä yksilön että koko

ryhmän toiminta tehostuu. Kurt Lewin (1952, Miettinen 1984,56) esitti kuuluisan kenttäteoriansa, joka on kognitiivinen ja systeemiteoreettinen näkemys ihmisen psykologisesta ympäristöstä ja mielen liikkeistä eri tilanteissa. Olennaista teorialle on motivaatio, joka saa aikaan toiminnan sekä jännite, joka syntyy ihmisen pyrkiessä täyttämään toiveensa ja roolinsa.

### 3.2.2 Sosiologinen näkökulma

Klassisen sosiologisen perinteen mukaan ihminen nähtiin tarkoituksenmukaisena eli funktionalistisena olentona, jolle oleminen oli erilaisten odotusten täyttämistä. Parsons (1967) mukaan yhteiskunnan toimivuus ja jatkuvuus edellyttävät jonkinasteista yhdenmukaisuutta käyttäytymisessä ja sitä koskevissa odotuksissa. Dahrendorfin hahmottelema homo sociologicus esittää kaikissa ilmenismuodoissaan vain rooleja. Ihminen tarvitsee rooleja sosiaalisessa maailmassa orientoitumiseen ja mielekkään toimintamallin hahmottamiseen (Dahrendorf 1969,51-52, Anttiroiko 1991,62). Ihmiset pyrkivät yleensä toimimaan odotusten mukaisesti, koska rooleja noudattamalla yksilöt kokevat kuuluvansa yhteisöön ja saavat hyötyä ja etuja. Goffmannin (1969 ja 1971) mukaan koko ihmisen elämä on pelkkää opittujen roolien ja vuorosanojen esittämistä. Toisin kuin Dahrendorf, Goffman ei usko, että edes roolien takaa löytyy ihmisen todellista minää, sosiologista varjoa, koska yksilöt ovat niin sosiaalistuneet rooleihinsa ja keskittyneet ylläpitämään sitä vaikutelmaa, mikä rooliin kuuluu. Goffman näkee roolin yksilön vapautta rajoittavana, joskin tärkeänä yhteiskunnallisten tehtävien suorittamisen kannalta. Eskola (1973,174-180, Leväsvirta 1996,14 ) toteaa ihmisen persoonallisuuden koostuvan kaikkien niiden roolien integraatiosta, joihin ihminen on elämänsä aikana joutunut. Eskola ei kuitenkaan näe rooleja rajoittavina, vaan toteaa niiden olevan olennaisia ihmisen toteuttaessa itseään yhteiskunnallisena olentona.

Roolikäsitteen epämääräisyys ja rooliteorian totalitaarisuus herättivät 1970-luvulla yhä enemmän kritiikkiä. Giddensin (1984,185-191) mukaan roolit eivät ole ennalta määrättyjä eikä niiden perusteella voi määrittää koko yhteiskunnallista todellisuutta. Vaikka rooleihin liittyvät normit ja arvot ovat tärkeitä, niin ne eivät ole ainoita yhteiskunnallisen analyysin muotoja kuten funktionalistinen koulu kunta antaa ymmärtää. Silti rooleilla on tärkeä, vaikkakin parsonsilaista vaatimattomampi yhteiskunnallinen merkitys. Giddensin mielestä olisi tärkeää vapauttaa rooliteoria sen aiemmista heikkouksista ja määrittellä se uudelleen. Rooli on tiettyjen oikeuksien ja velvollisuuksien kokonaisuus, jota Giddens kutsuu yhteiskunnalliseksi identiteetiksi. Olennaista on, että kukin määrittelee ja noudattaa oikeuksia ja velvollisuuksia yksilöllisellä eikä ennalta määrättyllä tavalla.

Giddensin mukaan rooleja ei siis tarvitse hylätä, sillä rooleilla ja normeilla on merkitystä yhteiskunnallisen koherenssin ylläpitämisessä. Myös Allardt (1971,2-3, Leväsvirta 1996,15) kritisoi sosiologien yksipuolista suhtautumista rooliodotuksiin vain normatiivisina käyttäytymistä säätelevinä tekijöi-



nä. Allardtin mukaan rooleja tulisi lähestyä myös kuvailevan paradigman kautta, koska roolit vaihtelevat tilanteiden ja yksilöiden mukaan

Sociologiassa normit ja roolit ovat kietoutuneet tiiviisti toisiinsa. Kun rooli viittaa yksilön ja yhteisön välisiin suhteisiin, niin normilla viitataan yksilön ja yhteiskunnan välisiin suhteisiin. Foucault'n (1994) mukaan normijärjestelmän ja sitä hallitsevien eri professioiden ja asiantuntijoiden avulla valvotaan ja kontrolloidaan yksilöitä ja yhteiskuntaa. Normit ovat osa arkipäivää ja todellista vallankäyttöä. Käytännössä normien sisältö määräytyy vasta niissä tilanteissa ja rooleissa, missä niitä pannaan toimeen ja missä niiden noudattamista valvotaan.

Festingerin (1957) kognitiivisen dissonanssin teoria perustuu oletukseen, että ihmisten sosiaalinen todellisuus sisältää aina vastakkaisia arvoja, normeja ja odotuksia. Ihmiset pyrkivät kuitenkin järjestämään todellisuuttaan koherentiksi ja vähentämään ristiriitaa joko muuttamalla asenteitaan ja tulkintojaan tai sitten muuttamalla käyttäytymistään suhteessa ristiriitojen lähteeseen ja ympäristöön (Cohen ja Lee 1975). Festingerin sekä Cohenin ja Leen määrittelemä ristiriitatilanne koostuu yksilön sisäistämien ja tulkitsemien ja yleisten sosiaalisten käyttäytymisodotusten ja normien välisestä ristiriidasta. Merton kutsuu yhteen sopimattomien normien aiheuttamaa tilannetta ristipaineeksi (Merton 1957). Mertonin mukaan yksilöllä on mahdollisuus roolien avulla paeta ristipainetilanteita, sillä roolit vapauttavat yksilöä kokemasta liiallisista roolijännitteistä, erityisesti jos ne sotivat hänen arvojaan ja etiikkaansa vastaan. Reagointiin ristipainetilanteessa vaikuttaa normien legitimitetti eli oikeutus. Jos ihminen kokee normi- tai rooliodotukset oikeutetuiksi, hän ottaa odotukset vakavasti ja pyrkii täyttämään odotukset. Jos useat yhtä oikeutetut normit ovat vastakkaisia, niin yksilö tekee joko kompromissin tai sitten vetäytyy kokonaan tilanteesta.

### **3.2.3 Institutionaalinen näkökulma**

Bergerin ja Luckmanin (1994, 85-93) mukaan yksilö osallistuu sosiaalisen maailman rakentamiseen esittämällä rooleja. Yksilö kykenee esittämään rooliaan eli sosiaalista minäänsä ja toisaalta ottamaan siihen etäisyyttä. Roolit mahdollistavat vuoropuhelun minän eri osien välillä

Bergerin ja Luckmanin (1994, 85-93) sosiaalisen konstruktionistisen näkökulman mukaan symboliuniversumi eli todellisuuden heijastuma koostuu legitimitoidusta instituutiojärjestelmästä, sosiaalisista rooleista ja yksilön elämäkulusta. Bergerin ja Luckmanin mukaan tieto todellisuudesta muotoutuu vasta sosiaalisissa prosesseissa ihmisten kognitiivisten ja rationaalisten merkitysten luomisen kautta. Instituutiojärjestelmän näkökulmasta roolit edustavat sosiaalisesti määriteltyjä tietokasautumia. Bergerin ja Luckmanin institutionalismia edustaa potilaan ja lääkärin suhde (Heiskala 1994, 154). Potilas- lääkärisuhde on samalla sekä kasvokkainen vuorovaikutussuhde että perinte-

nen instituutio. Suhdetta luonnehtivat instituution tunnusmerkit eli rutiinit, kaavamaiset toiminnot sekä toimijoiden että toimintojen tasolla, standardiodotukset potilaan ja lääkärin rooleilta ja niihin liittyvä dialektinen vastavuoroisuus. Vaikka Bergerin ja Luckmanin sosiaalisen todellisuuden käsitys edustaa funktionalismin vastaista konstruktivismia ja yksilön sisäisen ja ulkoisen sekä mikro- ja makromaailman todellisuuden dialektista käsitystä, niin heidän rooleja koskeva teoretisointinsa edustaa silti osittain kuusikymmenlukulaista funktionalistista lähestymistapaa. Roolit nähdään pääosin institutionaalisina funktioina: instituution näkökulmasta roolit ovat vain tietokasautumia ja yksilöiden näkökulmasta sosiaalisesti määräytynyttä lisätietoa. Bergerin ja Luckmanin johtopäätöksenä on joka tapauksessa, että jos haluaa tutkia yksilön sosiaalista toimintaa suhteessa yhteiskuntaan, edellyttää se väistämättä roolien tutkimista (emt. 93).

Anttiroiko (1991,61-66) on määritellyt kuntainstituutioiden olemassaoloa roolien kautta. Vaikka roolit eivät ole ainoita kunnallisen toiminnan olemusta kuvaavia tapoja, ovat ne Anttiroikon mukaan kuitenkin ensisijaisia, joista muut kuten käytetty kieli, säädökset, kuntateoriat ja laajemmat merkitysjärjestelmät muodostuvat (Anttiroiko 1991,62). Luottamusmies- ja viranhaltijaroolit edustavat kunnan institutionaalista järjestystä (Leväsvirta 1996). Nämä kunnalliset roolit kantavat mukanaan tietoa yhteiskunnan dialektisesta luonteesta.

### 3.2.4 Organisaatiopsykologinen näkökulma

Organisaatiopsykologisen näkökulman tarkoituksena on roolien avulla ymmärtää ja selittää monimutkaisten organisaatioiden työntekijöiden asemaan kohdistuvia odotuksia ja odotusten mukaista käyttäytymistä. Katzin ja Kahnin (1978,455) mukaan organisaatio on roolien rakennelma, joka säilyy sen vuoksi, että työntekijöillä on tietyt kvalifikaatio- ja tehtävävaatimukset, he noudattavat yhteisiä sääntöjä ja tiedostavat organisaation yhteiset arvot ja normit. Jos näihin tulee muutoksia, kuten avoimessa systeemissä tulee, voi rooleihin kohdistua jännitteitä kuten ristiriitoja tai epäselvyyttä. Organisaation olemassaolo voi olla tällöin uhattuna.

Roolikäyttäytymisen käsite tulee erottaa roolin käsitteestä. Kun roolia määrittävät muiden odotukset ja normit, niin roolin mukaiseen käyttäytymiseen vaikuttavat omat arvot ja asenteet, kokemukset, käsitykset, persoonallisuus, motivoituneisuus sekä ympäristö. (Katz ja Kahn 1978, 455). Organisaatiopsykologinen näkemys rooleista ja roolikäyttäytymisestä edustaa pehmeää, systeemiteoreettista sovellusta sosiaalisten järjestelmien luonteesta (Katz ja Kahn 1978).

### 3.2.5 Johtamisteoreettinen näkökulma

Johtamistyön malleilla ja teorioilla on pyritty kuvaamaan johtamistyön keskeisiä alueita. Fayol esitti 1920-luvulla ensimmäisen roolipohjaisen johtamisnäkemyksen, jonka mukaan johtamistyön funktioista muodostuu johtajan rooli. Mintzbergin (1980,1-6) mukaan johtaminen ja johtamiskäyttäytyminen perustuu enemmän rooliodotusten täyttämiseen kuin tarkoituksenmukaiseen toimintaan. Mintzberg havainnoi viiden yritysjohtajan johtamistyötä. Hänen mukaansa roolia kuvasivat parhaiten ne käytännön tehtävät, mitä johtajat päivittäin tekivät. Pelkät rooliteoriat ja niihin pohjautuvat mallit jäivät liian etäällä arkikäytännöistä. Mintzberg kehitti 10 roolin mallin, joka kuvaa johtamistyön eri ulottuvuuksia. Näitä rooleja olivat ihmissuhderoolit kuten keulakuva, johtaja, yhdyshenkilö, informaatiroolit kuten tiedon kokoaja, tiedon levittäjä, kontaktien ylläpitäjä, päätöksentekoroolit kuten yrittäjä, häiriöiden käsittelijä, voimavarojen jakaja ja neuvottelija (Mintzberg 1980, 54-58,126-129, Niiranen 1995,17-134).

Mintzbergin mallien mukaisten johtajien etsiminen nykyisistä lääkärijohtajista on vaikeaa. Lääkärijohtajien työtehtävät ovat lisääntyneet ja tulostavoitteet tiukentuneet. Aiemmin ylilääkäri oli ihmissuhderooleissaan tulosityksikön keulakuva, nykyisin enemmänkin yhdyshenkilö. Ylilääkäri tulisi olla myös tiedon kokoaja ja levittäjä sekä kontaktien ylläpitäjä. Samassakin yksikössä toimivilla eri ammattiryhmillä on kuitenkin hyvin moninaiset kanavat kerätä tietoa omalta alaltaan. Kaksilinjaorganisaatiossa osastonhoitajat vastaavat pitkälti hoitotyötä koskevan tiedon levittämisestä ja ylilääkärit lääketieteellisen tiedon levittämisestä. Nämä tiedot eivät aina välttämättä kohtaa toisiaan. Päätöksenteko- ja yrittäjän roolit ovat näennäisiä, koska resursseista päätetään muualla kuin omassa yksikössä. Autonomiseen työskentelyyn ja käskemiseen tottuneen asiantuntijan voi olla vaikea sopeutua myös neuvottelijan rooliin (Mintzberg 1980,54-58).

Nykyistä lääkärin ja lääkärijohtajan moniulotteista työtä kuvaa ehkä parhaiten roolien ylikuormitus. Lääkärin rooleja ovat diagnostikko ja klinikko, joka diagnostisoi ja hoitaa potilaan sairauksia. Potilasasiamies ja asianajaja, joka edustaa potilasta suhteessa viranomaisiin tai oikeudellisiin instansseihin, talouspäällikkö ja resurssien allokoiija, joka kohdentaa resursseja ja vastaa tuloksellisuudesta, hankintapäällikkö, joka määrittelee potilastyössä tarvittavia laitteita. Riskienhallinnan asiantuntija, joka osaa ottaa huomioon useita kustannus- tai komplikaatoriskejä Hoivaaja, parantaja ja terapeutti, joka tukee potilasta elämään sairautensa kanssa. Rippi-isä, jolle voi kertoa vaikeitakin asioita. Terveyskasvattaja ja neuvonantaja, joka opettaa potilaalle terveellisiä elämäntapoja ja sairauksien ennaltaehkäisyä. Tutkija, joka seuraa aikaansa ja hallitsee tieteellisen työn metodeja, opettaja, joka ohjaa ja kouluttaa työntekijöitä Evaluoija, joka arvioi hoito- ja tutkimusmenetelmien sekä terve-

yspalvelujen luotettavuutta ja hyötyä. Portinvartija, joka priorisoi ja tekee hoitopäätöksiä. Markkinoija, joka ylläpitää yksikön mainetta ja rekrytoi työntekijöitä. Kehittäjä, joka innovoi ja hallitsee uusia tekniikoita ja sovelluksia. Virkamies, joka tuntee terveydenhuoltoa koskevat lait ja säädökset ja noudattaa niitä. Ikuinen oppija, joka arvioi omaa osaamistaan ja opiskelee lisää. Professionaali, joka noudattaa kollegiaalisuutta. Asiakaspalvelija, joka huomio potilaan aseman ja oikeudet. Ristiriitojen ratkaisija, jolla on hyvät vuorovaikutus- ja henkilöstöjohtamistaidot (Lehto 1991,80).

Näin moniulotteinen työnkuva ja roolikuormitus asettavat lääkärin ja lääkärijohtajan osaamiselle suuria vaatimuksia. Lääkärijohtajan työtä kuvaakin specialistia paremmin generalisti, jolla tulisi olla monipuolisia kykyjä sopeutua erilaisiin ympäristöihin ja vaatimuksiin ja samalla hahmottaa erikoissairaanhoidon kokonaisuutta.

Hyppölä (2001) selvitti Lääkäri 98 -tutkimuksessa lääkäreiden ammatti-identiteettiä. Parhaiten sairaalalääkärin ammatti-identiteettiä kuvasi työryhmän jäsen, auttaja, kuuntelija, terveysasiantuntija ja parantaja. Huonommin samaistuttiin yrittäjän, johtajan, portinvartijan, virkamiehen ja perhelääkärin rooleihin. Lääkärijohtajista ei ole vastaavia tietoja. Aiemmissä tutkimuksissa (Klockars 1969, Valtee 1986) lääkärijohtajat ovat kokeneet itsensä ensisijaisesti työnjohtajiksi ja ylilääkäreiksi ja toissijaisesti hallinnollisiksi johtajiksi. Hermansonin (1989) tutkimuksessa lääkärijohtajista roolityologia koostui kliinistä työtä painottavasta kliinikkojohtajasta, hallinnollista työtä painottavasta hallintojohtajasta ja sekä kliinistä että hallinnollista työtä painottavasta lääkärijohtajasta.

Kognitiivisia kykyjään tehokkaasti käyttävä johtaja osaa yhdistellä eri roolejaan sekä tilanteen että esimerkiksi työntekijän kykyjen ja kypsyystason mukaan. Kognitiivisen monimutkaisuuden hallitsevat esimiehet käyttävät sekä asijaohjantamis- että henkilöstöjohtamistyyliä eli autoritaarista ja demokraattista otetta tasapainoisesti (Streufert ja Nogami 1989, Denison ym. 1995, Telanne 1996). Kognitiivinen johtamistyyli viittaa siis kykyyn soveltaa monimutkaisia käyttäytymismalleja ja johtamistyyliä täydentävästi eikä toisiaan poissulkevasti (Telanne 1996).

### 3.2.6 Yhteenveto rooliteorioiden abstraktiotasoista

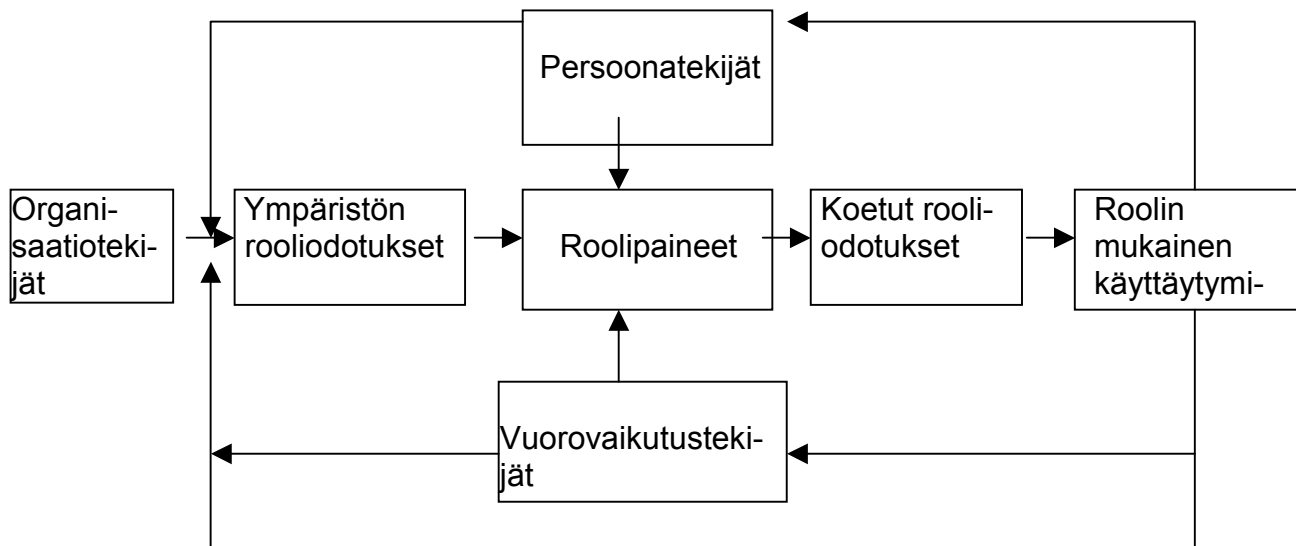
Rooli on eri teorioissa määritelty eri abstraktiotasoilla. Johtamisteoreetikot kuvaavat roolia siihen kuuluvista tehtävistä käsin. Sosiaali- ja organisaatiopsykologit ymmärtävät roolin rooliodotusten seuraukseksi. Sosiologit ja institutionalistit tarkastelevat rooleja sekä makroteoreettisella että mikro-teoreettisella tasolla. Heille roolit edustavat yhteiskunnallisia funktioita ja tietokasaumia. Ohessa rooliteorioiden mukaiset roolimääritelmät on jaettu viiteen eri abstraktiotasoon yksinkertaisesta tehtäväkäsitteestä monimutkaiseen tiedonkäsittelyprosessiin:

I rooli on tehtävä	Fayol (1920), Mintzberg (1980)
II rooli on asema	Parsons (1967)
III rooli on sosiaalistumisen tulos	Goffman (1969)
IV rooli on normatiivinen käsite	Giddens (1984), Kahn ym. (1964)
V rooli on kognitiivisen prosessin tulos	Katz ja Kahn (1978)
VI roolilla on dialektinen luonne	Berger ja Luckman (1966)

Tässä tutkimuksessa käytetty rooliteoria edustaa organisaatiopsykologista näkemystä rooleista ja roolikäyttäytymisestä. Katz ja Kahn (1978,178) kehittivät työntekijöiden työkäyttäytymistä ja työroolien omaksumista kuvaamaan rooliepisodimallin.

### 3.2.7 Rooliepisodimalli

Rooliepisodimalli kuvaa työntekijään kohdistuvia sisäisiä ja ulkoisia jännitteitä, jotka vaikuttavat työntekijän työroolin omaksumiseen. Rooliepisodimalli on malli kognitiivisesta prosessista, joka analysoi yksilön työroolin omaksumista. Malli on pehmeä systeemiteoreettinen kuvaus työroolin omaksumiseen liittyvistä piirteistä ja riippuvuussuhteista. Mallin mukaan työroolin omaksumiseen ja käyttäytymiseen vaikuttavat persoonallisuus, vuorovaikutussuhteet ja organisaation ominaisuudet sekä siinä tapahtuvat muutokset. Malli on analoginen kyberneettisen tiedonkäsittelyprosessin kanssa, jossa ympäristöstä saatua tietoa omasta työkäyttäytymisestä prosessoidaan rooliodotusten muodossa ja tulkitaan suhteessa omaan rooliin. Tarvittaessa käyttäytymistä muutetaan vastaamaan paremmin asetettuja odotuksia.



Kuvio 1 Rooliepisodimalli (Katz ja Kahn 1978,187)

Rooliepisodimallissa (kuviokuva 1) yksilöön kohdistuu ympäristöstä rooli-odotuksia. Rooli-odotukset aiheuttavat yksilölle roolipaineita, jotka koetaan rooliristiriitoina ja rooliepäselvyytenä. Kokemuksen mukaan yksilö muuttaa tarvittaessa käyttäytymistään. Tämä taas heijastuu takaisin yksilön persoonaan, hänen motiiveihinsa, arvoihinsa ja asenteisiinsa sekä ympäristön vuorovaikutussuhteisiin ja rooli-odotuksiin.

Persoonallisuutta tutkinut Cattell on laatinut kuusitoistaosaisen persoonallisuuspiirteiden luokittelun, jota on käytetty hyväksi persoonallisuuden kuvailemisessa ja persoonallisuusteorioiden kehittämisessä. Yhtenä persoonallisuuden piirreparina on sopeutuvainen - jäykkä. Sopeutuvainen on joustava ja hyväksyy suunnitelmien muutokset, tyytyy kompromisseihin, eikä hermostu yllättävissä tilanteissa. Jäykkä ei sopeudu ryhmään eikä kestä rutiinien häiriintymistä (Lazarus 1977, 48, Kahn 1964, 273). Vastaava uudempi käsite Personal need for structure (PNS) kuvaa yksilön tarvetta selkeyteen sekä kognitiivista tapaa reagoida yllättävissä tai epäselvissä tilanteissa (Neuberg ja Newsom 1993, Kivimäki ja Elovainio 1996, Elovainio 2001). Mitä helpommin kykenee hyväksymään muuttuvat tai epätavalliset olosuhteet, sitä joustavammasta persoonallisesta tyylistä on kyse. Ihmiset joilla on tarve selkeyteen, kokevat muutokset uhkaavina ja haluavat jäsentää ympäriltä tulevan informaation mahdollisimman yksinkertaiseksi. Työssään tällaisilla ihmisillä on tarve tietää, mitä heiltä odotetaan pystyäkseen rakentamaan selkeän ammattiroolin (Lazarus 1977).

Persoonatekijöiden lisäksi rooliepisodia säätelevät työyhteisön vuorovaikutustekijät. Organisaatioissa vallitsevat oma kulttuuri ja siihen liittyvät omat arvot, normit ja artefaktat (Kinnunen 1990, 139). Sairaaloitten professionaalinen organisaatiokulttuuri on erityislaatuinen hierarkioiden, linjaorganisaatioiden, tapojen, uskomusten ja sääntöjen monimutkainen kokonaisuus, joka määrittelee jäsentensä roolia, asemaa ja käyttäytymistä ja myös suhtautumista uudistuksiin ja muutoksiin. Näin monimutkaisen organisaation ymmärtäminen ja muuttaminen on vaikeaa. Yksi vaihtoehto saada

organisaatio muuttumaan olisi muuttaa sen jäsenten työrooleja. Uusi työrooli antaisi työntekijälle mahdollisuuden etsiä uusia näkökulmia, asenteita ja käyttäytymistä.

### **3.2.8 Rooliepäselvyys ja rooliristiriita**

Mitä monimutkaisemmasta organisaatiosta on kyse, sitä tärkeämpää roolien selkeys ja niiden noudattaminen on. Mitä selvemmin työroolit määritellään, sitä helpompi työntekijöiden on työtään tehdä. Organisaatioiden muuttuessa tehtävät ja työroolit muuttuvat. Työntekijöille voi kuitenkin uusi työnkuva jäädä epäselväksi, jos sitä ei ole selkeästi määritelty. Kahn ym. (1964) määritteli rooliepäselvyyden tilanteeksi, jossa yksilö ei tiedä, mitä tehtäviä rooliin kuuluu. Sawyerin (1992) mukaan rooliepäselvyys on epäselvyyttä työn tavoitteista tai tavoista, joilla tavoitteisiin pyritään. Työntekijän tulisi tietää mitä oikeuksia, velvollisuuksia ja vastuuta hänen työhönsä liittyy sekä keinot, joilla tavoitteisiin parhaiten päästään. Rooliepäselvyys liittyy Kahnin ym. (1964,11-26) mukaan erityisesti organisaation huonoon tiedonkulkuun.

Rooliristiriita taas syntyy, kun yksilö joko käyttäytyy rooliodotusten vastaisesti tai kun hän kokee ristiriitaa vaatimusten ja mahdollisuuksien tai resurssien välillä (Kahn 1964, Karasek 1979, Kalimo 1987, 52). Se missä määrin nämä odotukset aiheuttavat työntekijässä jännitteitä, määrää koetun rooliristiriidan.

Kahn ym.(1964,55-60) ovat kirjassaan "Organisaatiostressi" kuvanneet viisi erilaista rooliristiriitatyyppejä:

#### **I Yksilö kokee yhden rooliodotusten asettajan odotukset keskenään ristiriitaisiksi.**

Erikoissairaanhoidon omistavilta kunnilta tulee lääkärijohtajalle tähän ristiriitatyyppiin sopivia ristiriitaisia viestejä. Toisaalta lääkärijohtajan oletetaan toimivan uuden ajan itsenäisenä ja yritteliäänä johtajana ja toisaalta sääntöjä noudattavana virkamiehenä.

#### **II Yksilö kokee useiden rooliodotusten asettajien odotukset keskenään ristiriitaisiksi.**

Tässä tilanteessa lääkärijohtaja joutuu toimimaan erimielisten osapuolten välillä. Työntekijöillä, potilailla, omaisilla ja päättäjillä voi olla eri näkemykset siitä, mikä on parasta mahdollista hoitoa.

#### **III Yksilö kokee ristiriitaa omien odotusten ja arvojen sekä rooliin kohdistettujen odotusten välillä.**

Lääkärijohtajan omat odotukset työltään saattavat poiketa siihen kohdistetuista yleisistä odoksista. Vaikka lääkärijohtaja saattaisi itse arvostaa johtamistyötä, niin potilaat, lääkärit ja muu henkilökunta edellyttävät lääkärijohtajan lääkärinä tekevän potilastyötä.

#### **IV Yksilö kokee ristiriitaa eri rooliensa välillä.**

Tämä rooliristiriitatyyppi on tutkimuksen keskeinen ongelma. Onko lääkärijohtajalla ristiriitaa johtajan roolin ja klinikon roolinsa välillä?

#### **V Yksilö kokee kuormitusta liian monien yhtäaikaisten rooliensa takia.**

Roolit ovat pysyviä. Johtajan roolissa ollessaan lääkärijohtajan on vaikea luopua lääkärin roolistaankaan. Tämä aiheuttaa ylikuormitusta lääkärijohtajan yrittäessä selviytyä molemmista rooleistaan.

Jatkuva rooliepäselvyys ja rooliristiriita aiheuttavat väsymistä ja työstä vetäytymistä. Ne myös vähentävät työmotivaatiota ja työtyytyväisyyttä (Rizzo ym. 1970). Pitkään jatkuessaan rooliin kohdistuvat jännitteet vaikuttavat työn tuloksellisuuteen. Kriittisyys valittua uraa kohti kasvaa ja halukkuus työn tai työpaikan vaihtoon lisääntyy (Kahn ym. 1964,60). Joutuessaan valitsemaan ristiriitaisista odotuksista, yksilö asettaa odotukset hierarkkiseen järjestykseen. Professionaalisissa organisaatioissa organisaatiokulttuurin omat arvot useinmiten määräävät rooliodotusten noudattamista ja ohittavat legitiimit rooliodotukset. Järjestykseen vaikuttavat kuitenkin yksilön arvot, odotusten lähettäjiä valtasuhteet sekä odotusten legitimeetti eli oikeutus.

Gross ym. (1958) ovat analysoineet rooliristiriitojen ratkaisumalleja ja kehittäneet roolikonfliktiteorian, jonka perusteella voi ennustaa reaktiota ristiriitaisiin legitimoituihin ja ei-legitimoituihin ja sanktioituihin ja ei-sanktioituihin rooliodotuksiin. Yksilö arvioi näitä molempia rajoituksia yhtäaikaan ja päätyy tutkimuksen mukaan kolmeen eri käyttäytymis- vaihtoehtoon: mukautuu jompaan kumpaan odotukseen, tekee kompromissin tai välttää kokonaan ratkaisua. Moralistisesti suhtautuvat ihmiset yleensä kiinnittävät huomiota odotusten legitimeettiin, rationalistit taas sanktioihin ja osa ihmisistä kiinnittää molempiin tekijöihin huomiota. Gross ym. (1958) mukaan erityisesti roolikonflikteihin suhtautuminen määrittää työntekijän organisaatiokäyttäytymistä.



### 3.3 Motivaatio

Motivaatio on roolitutkimuksen ohella tapa tutkia ihmisten sosiaalista käyttäytymistä. Kognitiivisen käänteeseen myötä myös motivaatiotutkimuksen painopiste on siirtynyt kognitiivisiin prosessiteorioihin. Ne korostavat toisaalta yksilön aktiivista vuorovaikutusta sosiaalisen ympäristön kanssa, toisaalta sosiaalisen ympäristön kykyä reagoida yksilön haluihin ja odotuksiin.

Kurt Lewinin kenttäteoriaa on kutsuttu myös kognitiiviseksi kenttäteoriaksi. Lewinin kenttäteorian mukaan yksilön käyttäytymiseen vaikuttavat sekä kognitiot eli tieto, emootiot eli tunteet ja konaatio eli tahto. Lewinin mukaan motivaatio perustuu tavoitteiden saavuttamisen ja näiden tiellä olevien esteiden synnyttämään jännitystilaan (Miettinen 1988,56). Lewinin kenttäteoria onkin varsin laaja systeemiteoreettinen näkemys ihmisen käyttäytymisestä, sillä se korostaa kognitioiden ohella myös tunteita ja motivaatiota. Toisaalta motivaatiot vuorostaan vaikuttavat kehämäisesti myös yksilön älyllisiin toimintoihin. Motivaatioon vaikuttavat yksilön sisäinen tasapaino tai epätasapaino, ulkoinen ärsykeympäristö, saatavilla olevan tiedon valinta ja sen tulkinta sekä tilannetekijät.

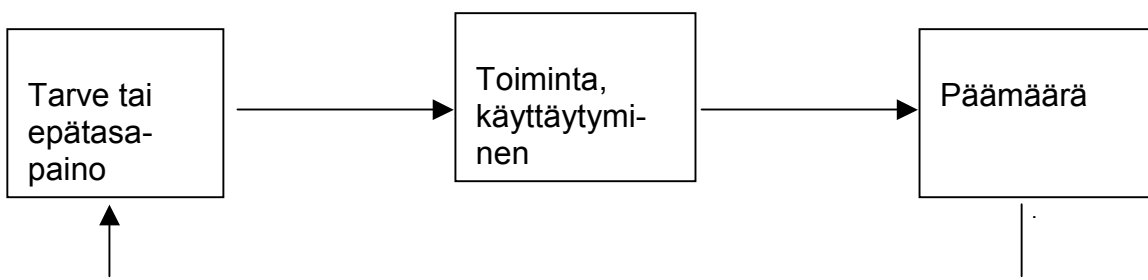
Kognitiivisten motivaatioteorioiden mukaan motivaatio syntyy sosiaalisen ympäristön kanssa käydyn kognitiivisen valintaprosessin ja aktiivisen vuorovaikutuksen kautta (Bandura 1991). Ihminen motivoi itseään saavuttaakseen tavoitteet tiettyjen itsesäätelymekanismien avulla. Banduran (1986,390-391, Telanne 1996,55) motivaatioteorian lähtökohtana on, että ihmiset asettavat tavoitteita ja ennakoivat tuloksia. Motivaatioon vaikuttavat kognitiot, persoonallisuustekijät ja ympäristö. Banduran mallin mukaan motivaatio on kognitiivista kykyä yhdistää sosiaaliset ja käyttäytymistaidot toiminnaksi ja tavoitteeksi. Banduran itsetehokkuuden käsite perustuu yksilön kognitiivisiin arvioihin suoriutua tehtävästä ja tavoitteista. Itsesäätelyn käsitteeseen liittyy oman käyttäytymisen tarkkailu, sitä määräävien tekijöiden tarkkailu sekä käyttäytymisen vaikutusten tarkkailu. Se myös perustuu käsitykseen, että yksilön käyttäytyminen riippuu siitä, miten hän arvostaa mahdollisia työkäyttäytymisen seurauksena saatuja sisäisiä ja ulkoisia palkkioita

Decin (1975) sisäisen motivaation teorian mukaan ihmisen on koettava olevansa vapaa kyetäkseen tekemään käyttäytymiseen liittyviä valintoja. Sisäinen motivaatio tyydyttää yleensä ylemmän tason kuten itsensä kehittämisen ja ulkoinen motivaatio alemman asteen kuten turvallisuuden tai yhteenkuuluvaisuuden tarpeita. Esimiesasemassa toimivilla erityisesti sisäinen motivaatio on korostunut (McClelland 1975). Sisäisen motivaation heikentymisen syynä on yleensä koettu rajoitettu vapauden tunne ja arvostuksen heikkeneminen.

Ruohotien (1998,37, Locke 1991) mukaan motivaation määritelmiä ovat:

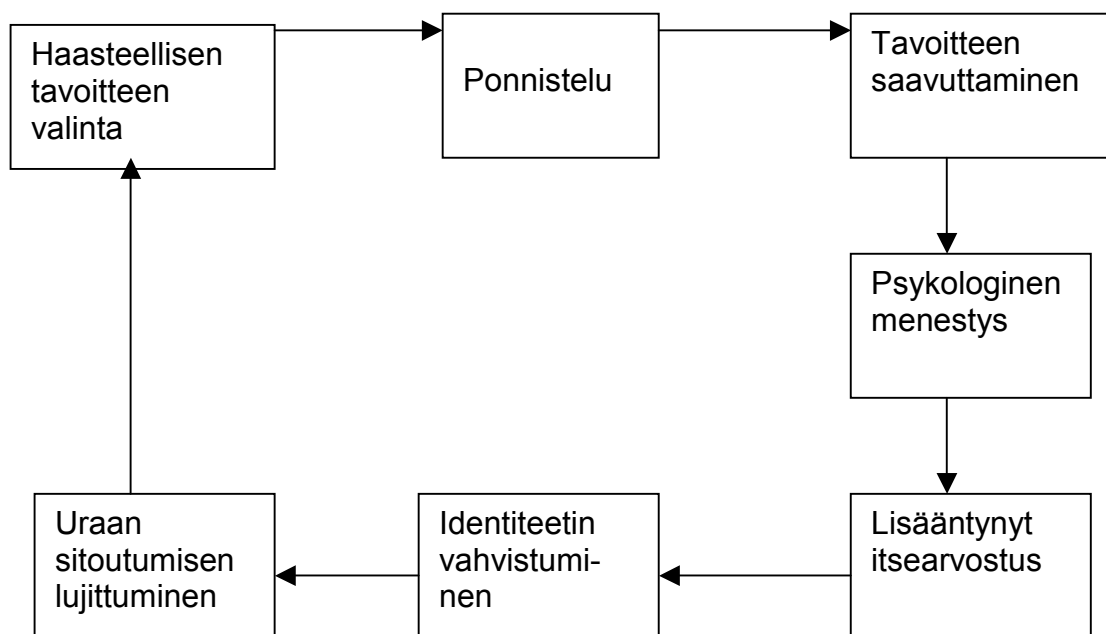
1. Vireys, joka ajaa yksilöä käyttäytymään tietyllä tavalla.
2. Suunta, joka viittaa toiminnan päämääräsuuntautuneisuuteen.
3. Systeemiorientoituminen, joka viittaa yksilössä ja hänen ympäristössään oleviin voimiin, jotka joko vahvistavat tai heikentävät yksilön tarpeen intensiteettiä ja toiminnan suuntaa.

Motivaatio on myös kuvattu ihmisen toimintaa suuntaavana laaja-alaisena prosessina (liitekuvio 1), jossa eri teorit painottavat eri ulottuvuuksia: tarvetta (Herzberg 1966), arvoja (Adams1965), työn muotoilua (Hackman-Oldham 1974) tai tavoitetta (Locke ja Henne 1986). Adamsin (1965) motivaatiota koskeva arvoteoria perustuu oikeudenmukaiseen kohteluun. Teorian ydin on, että yksilöt pyrkivät saavuttamaan saman oikeudenmukaisuuden muihin ihmisiin verrattuna. Ihminen arvioi oikeudenmukaisuutta annetun työpanoksen: työmäärän, ajan, taitojen, tietojen ja siitä saatujen palkkioiden kuten palkan, ylennyksen ja saavutetun aseman suhteena. Vertaillessaan omaa panos / tuotos- suhdettaan muihin työntekijöihin työntekijä arvioi kokemaansa oikeudenmukaista kohtelua. Sen mukaan työntekijä suuntaa käyttäytymistään tai työpanostaan tai tuotostaan, tai sitten hän muuttaa näkemystään tuotoksestaan tai panoksestaan. Yksi mahdollisuus on, että työntekijä ei tee asialle mitään tai vaihtaa vertailuyksilöä. Jos työntekijä kokee kohtelun oikeudenmukaiseksi, motivoi se häntä lisäämään panoksiaan ja päinvastaisessa tilanteessa vähentämään niitä. Adamsin oikeudenmukaisuusteorian anti on sen ympäristösuuntautuneisuudessa. Se huomioi yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen motivaatiota ohjaavana tekijänä. Rajoitteena on sen keskittyminen vain yhteen arvoon. Ihmisten työkäyttäytymistä ohjaavat muutkin kuin oikeudenmukaisuuden arvo (Telanne 1996).



Kuvio 2 Tarpeen tyydyttämisen tasapainotila (Bennett 1988,57).

Bennett (1988,57) on kuvannut motivaatioprosessin systeemitoeettisen mallin mukaan tarpeen tyydyttämisen tasapainotilaksi (kuvio 2). Mallissa ympäristö aiheuttaa tarpeen tai epätasapainon, johon reagoidaan muuttamalla käyttäytymistä. Tarvetta tai epätasapainoa seuraa toiminta ja käyttäytyminen eli motivaatioprosessin ydin. Sitä seuraavat palkkiot ja tyytyväisyys tai tyytymättömyys. Ensimmäisen asteen kybernetiikan mukaan tästä seuraa negatiivinen takaisinkytkentä. Kun tarve on tyydytetty, on tasapaino ainakin väliaikaisesti saavutettu ja se hillitsee tarpeen tyydyttämiseen tähtäävää käyttäytymistä. Toisen asteen kybernetiikan mukaan takaisinkytkentä on kuitenkin positiivinen. Kun päämäärä on saavutettu, se ei johdakaan tasapainotilaan, vaan niin sanottuun psykologisen menestymisen sykliin (kuvio 3) (Hall 1990, Ruohotie 1998,103) ja oppimisen hermeneuttiseen kehään. Haasteellisen tavoitteen eteen ponnistelu ja tavoitteen saavuttaminen tuovat onnistumisen tunteen, joka vahvistaa itsetuntoa ja ammatti-identiteettiä. Samalla se lujittaa omaan ammattiin sitoutumista ja innostaa uusien haasteiden etsimiseen

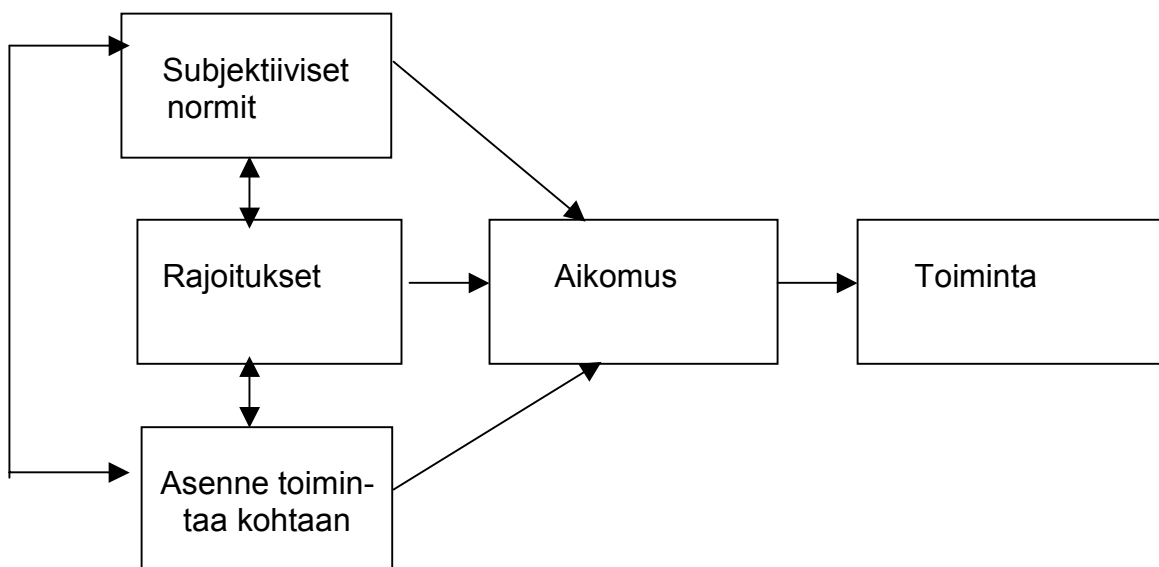


Kuvio 3 Psykologisen menestymisen sykli (Ruohotie 1998,103, Hall 1990).

Uuden työroolin omaksumisessa menestymisen syklillä on tärkeä merkitys. Jos ponnistelu ei johdakaan tavoitteen saavuttamiseen ja menestymiseen, identifioituminen uuteen rooliin vähenee ja estää rooliin ja joskus työhön ja organisaatioonkin sitoutumista. Jos tavoite ei ole haasteellinen tai

se on epäselvä se myös estää syklin kehittymistä. McClelland (1987) on tutkinut erityisesti suoritusmotiiveja. Hänen mukaansa suoritusmotiivi on toimintaympäristöstä riippuvaa opittua käyttäytymistä. Esimerkiksi haastavan johtamistyön aiheuttama tyytyväisyyden kokemus aikaansaa korkean suoritusmotivaation.

Ajzenin tavoitteellisen toiminnan motivaatioteorian (Ajzen ja Fisbein 1977, Ajzen 1991, Ruohotie 1998,55) mukaan ihmisen toimintaa ohjaa ja motivoi tahto toimia (kuvio 4). Ajatuksena on, että mitä voimakkaammin yksilö haluaa toimia, sitä todennäköisemmin hän suoriutuu tehtävästä. Toimimista tai käyttäytymistä rajoittavat kuitenkin monet ei - motivationaaliset tekijät kuten kyvyt, ajalliset ja rahalliset resurssit, vuorovaikutussuhteet, asenteet sekä normit. Erikoissairaanhoidon muutostilanteessa, jossa sekä ajalliset, toiminnalliset että taloudelliset resurssit ovat niukentuneet, korostuvat lääkärijohtajan asenne, tahto ja motivaatio toimia johtajana erikoissairaanhoidon päämäärien saavuttamiseksi. Ajzenin (1991) tavoitteellisen toiminnan teoria valittiin tämän tutkimuksen yhdeksi viitekehykseksi juuri sen tahtoa korostan näkökulman takia.



Kuvio 4 Tavoitteellisen toiminnan teoria (Ajzen 1991, Ruohotie 1998,55).

### 3.3.1 Johtamismotivaatio

Johtamismotivaatio on johtajan tärkeimpiä ominaisuuksia. Johtaminen motivoi, jos menestyminen on mahdollista, jos tehtävät ovat vaativia, jos palaute menestymisestä on yksiselitteistä, jos uudet ratkaisut sallitaan ja jos toiminnassa suuntaudutaan tulevaisuuteen (McClelland 1987, 547-586). Myös kasvumotivaatio eli halu kehittyä johtajana sekä liittymismotivaatio eli halu työskennellä ihmisten kanssa lisäävät johtamismotivaatiota (Yukl 1992, 202, Joronen 1993, 137, 155, 201) Johtamismotivaatiota tutkittiin pitkään piirreteoreettisesta näkökulmasta. Tietyt piirteet kuten positiivinen asenne auktoriteetteihin, kilpailuhalu, vallanhalu ja itsevarmuus yhdistettiin hyvään johtamismotivaatioon suurissa hierarkisissa organisaatioissa. Pienempien organisaatioiden piirteinä olivat tuloksellisuuteen pyrkiminen ja itsenäisyys. Miner (1985, 145-176) päätyi motivaatiotutkimuksissaan kahteen johtopäätökseen: ihmiset, joilla on voimakas motivaatio johtaa, pääsevät todennäköisimmin johtajiksi ja johtajat, joilla on voimakas johtamismotivaatio, onnistuvat todennäköisesti työssään paremmin kuin ne, joilla motivaatio on heikko.

Työmotivaatioon ja johtamismotivaatioon – kuten roolin omaksumiseenkin - vaikuttavat yksilön piirteet, persoonallisuus, työn ominaisuudet ja työympäristö. Persoonallisuutta ilmentävät asenteet ja tarpeet. Työn ominaisuuksia kuvaavat taas työn mielekkyys, saatu tunnustus, saatu palaute ja eteneminen uralla. Työympäristöön kuuluvat taloudelliset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät, koko organisaation ilmapiiri sekä kulttuuri (Ruohotie 1999, 17). Johtajille, samoin kuin lääkäreille, on tyypillistä voimakas autonomisuuden tarve ja se ohjaa heidän motivaatiotaan ja käyttäytymistään (Isohanni 1997). Minzbergin (1979, 349, 371) mukaan asiantuntijoita motivoi parhaiten autonomia, joka vapauttaa heidät poliittisista paineista. Asiantuntijoiden työmotivaatio liittyy yleensä oman ammattiryhmän eettiseen koodiin sekä kollegiaalisesti hyväksytyihin arvoihin ja päämääriin. Lääkärin työmotivaatiota säätelee vahvasti koettu ammatillinen pätevyys ja kliininen autonomia (Freidson 1970). Hermansonin (1989) haastattelututkimuksessa lääkärijohtajan johtamismotivaatiota häytti tietojen ja taitojen puute sekä yleinen asennoituminen johtamistyöhön. Östergrenin ja Sahlin - Anderssonin (Östergren ja Sahlin-Andersson 1998) tutkimuksen mukaan johtamistyön motivaatiota häyttivät sairaalassa esiintyvät ristiriitaiset profession, hallinnon ja politiikan normit.

Johtamismotivaatiota voidaan tarkastella myös urakehityksenä. Urakehityksen motiiveina pidetään vallan saavuttamista, experttiyttä, turvallisuutta, henkilökohtaista kasvua, luovuutta, vaihtelevuutta ja itsenäisyyttä (Brousseau ym. 1996, Ruohotie 1998, 102). Hall'n (1971) tutkimukset esimiesten urakehityksestä ovat osoittaneet, että mitä enemmän johtajan työhön liittyy haasteita, sitä paremmin hän menestyy. Haasteet ja menestyminen toimivat johtamistyön ja urakehityksen vauhdittajana synnyttämällä aiemmin mainitun psykologisen menestymisen syklin. Yksilö pyrkii tekemään sellais-

ta, mikä vahvistaa hänen itsearvostustaan ja välttää sellaista, mikä sitä heikentää (Ruohotie 1995,133). Asiantuntijat - kuten lääkärit tai lääkärijohtajat – voivat toisaalta varoa haasteellisia tilanteita, joissa oman pätevyyden raja tulee vastaan ja osaaminen kyseenalaistuu. Siksi he saattavat keskittyä mieluummin kehittämään omaa erityisalaansa (Starbuck 1992, 723-724).

Haapakorven (1997) tutkimuksessa professionaalien uraketjuista todettiin, että professionaalisille urille oli tyypillistä pysyvä ja suljettu uraketju. Osa yrityksistä työskentelevistä professionaaleista eteni johtajiksi, sen sijaan julkisen sektorin professionaalit vakiintuivat professiouralleen. Julkisella sektorilla eteneminen ei aina ole edes ollut mahdollista paikkojen niukkuuden vuoksi. Toisaalta hyvin spesifiin profession - kuten lääkärin profession - sosiaalistuminen kapeutti uraa niin paljon, että ammatillisen roolin vaihtaminen oli vaikeaa. Monelle professionaalille asiantuntijuus sinänsä oli jo riittävä meriitti, eivätkä he tarvinneet uralla etenemistä. Samassa tutkimuksessa todettiin, että hyvinvointivaltion professioilla, joihin sairaalalääkäritkin kuuluivat, oli vähiten motivaatiota uralla etenemiseen. Osa professionaaleista mielsi uralla etenemisen jopa pyrkyrydeksi.

### **3.3.2 Oppimismotivaatio**

Johtaminen tulisi nähdä jatkuvana oppimistapahtumana tai -prosessina (Senge 1993). Työelämän ja yhteiskunnan sekä organisaatioiden muuttuminen on asettanut uusia haasteita myös aikuisoppimiselle. Jatkuvasti uusiutuvassa työssä ihminen joutuu omaksumaan uutta tietoa, uusia työtapoja, käytäntöjä ja ratkaisuja. Työntekijä joutuu säätelemään käyttäytymistään ja pohtimaan työn merkityksiä tavoitteiden saavuttamiseksi. Oman työn merkityksen pohdiskelu on tärkeää, koska vasta se tuo työhön todellisen kognitiivisen aspektin: työn arvojen, arvoihin liittyvien tunteiden ja oman persoonallisuuden tiedostamisen. Miettisen (1984,182) mukaan vasta silloin kognitiivinen psykologia lakkaa olemasta pelkkää teoreettista kognitivismia silloin, kun tiedolliset prosessit yhdistetään oppimisen tavoitteisiin, niihin liittyviin tunteisiin sekä erityisesti jatkuvaan yhteiskunnalliseen muutokseen. Tämä edellyttää yksilöltä jatkuvaa joustavuutta ja muuntautumiskykyä. Ihmisen olisi kyettävä näkemään muutosten syyt, luonne ja oma asema muutosprosessissa. Tämä vaatii yksilöltä kykyä itsenäiseen, syvälliseen ja monipuoliseen teoreettiseen ajatteluun eli reflektioon (Miettinen 1984, 184).

Oppimisprosessissa edellytetään yleensä samanaikaisesti motivaatioprosessien käynnistymistä. Tynjälä (1999a,17) on kuvannut oppimista konstruktivistisen kokonaismallin avulla. Liitekuviassa 2 on kuvattu lääkärijohtajan oppimisen kokonaismalli soveltaen Tynjälän aikuisoppimisen kokonaismallia. Oppimista säätelevät persoonallisuus, aikaisemmat tiedot ja taidot, älykkyys ja muutoshalukkuus. Ne ohjaavat havaintoja ja tulkintoja opittavista asioista. Lisäksi havaintoja ja tulkintoja

muokkaavat yhteiskunnallinen ympäristö sekä organisaatiokulttuuri ja niihin liittyvät normit. Nämä vuorostaan säätelevät motiiveja, strategioita ja metakognitiivista toimintaa. Oppimismotivaatiota taas säätelevät opiskelun mielekkyys, hyödyllisyys, omat odotukset, usko omiin kykyihin, sekä toiminnasta saatu palaute. Oppimisprosessin seurauksena käsitykset ilmiöistä muuttuvat. Oppija saavuttaa tavoitteensa ja voi soveltaa opittuja tietoja ja taitoja käytäntöön.

Huolimatta Tynjälän oppimismallin kokonaisvaltaisuudesta, siitä puuttuvat emootiot eli tunneperäiset syyt. Myös emootiot ovat opittuja refleksiivisiä asenteita, joita kohdistetaan esimerkiksi kouluun, opettajiin tai itse opiskeluun. Ne assosioituvat joko miellyttäviin tai epämiellyttäviin usein tiedostamattomiin kokemuksiin. Joskus on vaikea erottaa ovatko emootiot refleksiivisiä reaktioita vai ovatko nekin opittuja kognitioihin perustuvia prosesseja. Kuitenkin on tiettyjä asioita ja käsitteitä, joihin reagoidaan usein tunneperäisesti kuten johtamiseen, hallintoon, byrokraatiaan ja sääntöihin ilman että reaktioilla on mitään kognitioperustaa.

Argyris (1991) on tutkinut asiantuntijoiden oppimista. monet asiantuntijat pitävät oppimista vain ongelmien ratkaisuna ja virheiden korjaamisena. Argyriksen mukaan asiantuntijan tulisi lisäksi opetella refleктоimaan oppimiaan asioita eli tulla tietoiseksi omista uskomuksistaan, mielikuvistaan, käsityksistään, ajattelustaan ja toimintatavoistaan. Heidän tulisi arvioida niitä kriittisesti ja tarvittaessa muuttaa ajatteluaan ja toimintaansa (Tynjälä 2000, 166). Argyris analysoi oppimista yhden ja kahden kehän oppimisen avulla. Yhden kehän oppiminen tarkoittaa vain ongelman ratkaisua, mutta ei herätä uuden oivallusta. Kahden kehän oppiminen on se prosessi, jonka tarkoitus on reflektionin ja aikaisempien kokemusten avulla huomata uuden tiedon tarve. Argyriksen kehät ovat tyypillisiä kyberneettisiä ja kaksoishermeneuttisia kehämalleja. Eli oppija lähtee tietystä lähtökohdasta ja palaa siihen takaisin uuden oivalluksen ja ymmärtämisen kautta. Kehiä kiertäessään ihminen pääsee koko ajan sekä lähemmäksi ilmiön ja opittavan asian että oman itsensä parempaa ymmärtämistä.

Konstruktivismi on tiedon olemusta käsittelevä paradigma, joka on levinnyt kasvatustieteistä myös yhteiskuntatieteisiin. Konstruktivismi on tietoteoreettinen näkemys siitä, mitä tieto on ja miten ihminen hankkii tietoa (Tynjälä 1999a,162). Sen mukaan tietoa ei voi saada suoraan yksilöiden havaintojen ja kokemusten kautta, koska uutta tietoa tulkitaan aina aikaisemman tiedon ja kokemusten pohjalta (Tynjälä 1999b,72). Konstruktivismilla on sama tietoteoreettinen perusta kuin kognitivismilla, kybernetiikalla ja toisen asteen systeemiteorialla. Konstruktiivisen oppimiskäsityksen mukaan oppiminen näkyy muutoksena yksilön käsityksissä opittavasta asiasta.

Viitanen (1999, 2001) on sosiaali- ja terveydenhuollon johtajia koskevassa haastattelututkimuksessaan analysoinut ammatillisuuden ja johtamiseen liittyviä reflektiötaitoja. Alkuperäisen sosiaali- ja

terveydenhuollon PD-johtamiskoulutuksen yhtenä tavoitteena oli kehittää sekä johtamiskäytäntöjen että johtamisympäristön kriittistä reflektiota (STM 1995, Kauttonen 1999,2). Viitasen mukaan suurimmalla osalla koulutukseen osallistujista oli vahva oman alueen tietämys ja perinteinen opettaja-keskeinen oppimiskäsitys, mutta taipumus teoreettiseen reflektioon oli puutteellista. Koulutukseen osallistujat eivät kyseenalaistaneet johtamisrooliaan tai -työtään millään tavalla, vaikka pohdiskelivatkin johtamistyöhön liittyviä konkreettisia ongelmia. Nykyisin asiantuntijuutta määritellään kuitenkin kykyä käsitellä tietoa abstrakteina periaatteina eikä kirjaimellisina, yksittäisinä ominaisuuksina. Johtajan olisi opittava hahmottamaan johtamistyö ja sen toimintaympäristö laaja-alaisena sekä käytännöllisenä että teoreettisena kokonaisuutena kyetäkseen havaitsemaan johtamistyön monimutkainen suhde yhteiskunnallisiin ilmiöihin, ympäristöön ja ihmisen käyttäytymiseen.

Bergerin ja Luckmanin (1994,91) sanoin: roolin oppimiseksi ei riitä, että hankkii roolin suorittamiseen tarvittavat ulkoiset rutiinivalmiudet, vaan yksilön tulee vihkiytyä kyseiseen rooliin liittyviin kognitiivisiin ja affektiivisiin tiedon tasoihin.



## 3.4 Johtaminen

### 3.4.1 Johtamisteoriat

Yritystaloustieteet synnyttivät runsaasti erilaisia organisaatio- ja johtamistutkimuksen oppisuuntia 1900-luvun alussa. Johtamisteoriat olivat alunperin liikkeenjohdon teorioita ja olivat osa organisaatioteorioita. Taylorin tieteellinen liikkeenjohto ja työntutkimus olivat ensimmäisiä johtamista tieteellisesti lähestyviä suuntauksia. Kvale (1976) on myöhemmin analysoinut taylorilaisuutta ja nähnyt sen analogisena skinneriläisen behaviorismin kanssa. Molempien tavoitteena oli käyttäytymisen ennustaminen ja kontrolli. Kummassakin teoriassa on taustalla yksilöstä riippumattomien tavoitteiden saavuttaminen. Behaviorismia sovellettiinkin pitkään teollisuudessa liukuhihnatyön kehittämisessä. Yhteiskunnan, organisaatioiden ja työnkuvan muuttuessa myös johtamis-, oppimis- ja motivaatiomallit muuttuivat. Kriittisyys autoritaarisia ja byrokraattisia organisaatioita kohtaan lisääntyi. Uudet työmuodot vaativat yhä enemmän yksilöllisiä ajattelu- ja työsuorituksia, eikä liukuhihnamaista yksittäisen työsuorituksen hiomista ja työn muotoilua. Näiden ajattelu- ja toimintatapojen ymmärtämiseksi kehittyi kognitiivinen psykologia (Miettinen 1984,167). Hackerin (1892,181) mukaan kognitiivisten käsittelyprosessien määrän ja sisällön erot ovat tärkein yksilöllisten erojen lähde organisaatioiden tuotannossa. Eroja näkyy mm. toimenpiteiden itsenäisessä valinnassa ja luovassa määrittelyssä, oman toiminnan tietoisessa organisoinnissa ja työn suunnittelussa. Erityisesti ennakoiva, organisoiva ja suunnitteleva toimintatapa ovat kognitiiviseen säätelyyn liittyviä olennaisia piirteitä työn tehokkuuden kannalta. Se kuitenkin liittyy myös työntekijän asennoitumiseen ja motivaatioperustaan. Banduran (1986) sosiaalisen havaitsemisen teorian viitekehystä on käytetty johtajien kognitiivisten kykyjen arvioinnissa. Erityisesti päätöksentekoprosessissa korostuu kognitiivisten tekijöiden merkitys. Newell ja Simon (1972) pitävät rationaalista päättelyä ja ongelmanratkaisua inhimillisen ajattelun ja käyttäytymisen prototyyppinä. He simuloivat työntekijöiden ja johtajien kognitiivisia toimintoja tietokoneohjelmien avulla ja totesivat että päätöksentekoteoria tulee todennäköisesti osoittautumaan hyödylliseksi sekä oppimisen, havaintotoimintojen että käsitteenmuodostuksen teorioiden kehittämisessä (Newell ym. 1958,166, Miettinen 1984,90). Simon sovelsi päätöksentekoteoriaa hallinnolliseen päätöksentekoon ja sai siitä taloustieteen Nobelin palkinnon vuonna 1979.

Newellin ja Simonin päätöksentekoteoria teoria on saanut runsasta kritiikkiä inhimillisen ajattelun ja tietokonevertauksen vuoksi, koska inhimillinen ajattelu ei perustu pelkästään loogisiin, johdonmukaisiin tai ristiriidattomiin toisiaan seuraaviin operaatioihin. Ajatteluun liittyy myös tunteita, yleistämistä ja intuitiota. Tietokone ei myöskään kykene käsittämään, luomaan tai muuttamaan merkityksiä. Toisin sanoen se ei pysty jatkuvaan kasvu- ja kehitysprosessiin eikä kykene erottamaan tuntei-

ta ja motiiveja (Neisser 1963,195, Miettinen 1984,95). Merkittävin ero on kuitenkin se, että tietokone ei tiedosta ulkoista todellisuutta toimintansa perustaksi. Ulkoisen todellisuuden tiedostaminen on inhimillisen ajattelun perusolettamus (Miettinen 1984,96).

Odiome (1960) luonnehti jo 1960-luvulla johtamis- ja organisaatiotutkimusta teoriaviidakoksi, josta johdonmukaisen tai yhtenäisen linjan löytäminen oli vaikeaa. Lumijärvi (1980,11) on analysoinut 1980-luvulla noin sata erilaista liikkeenjohdon mallia, teoriaa tai koulukuntaa. Hänen mukaansa johtamistyön poikkitieteellinen luonne on vaikeuttanut yhden ja yhtenäisen teoriataustan löytymistä. Johtamista tutkittiin aluksi tarkastelemalla johtajan ominaisuuksia. Hyvän johtamisen uskottiin liittyvän tiettyihin johtajan luonteenpiirteisiin (Bass 1990). Käyttäytymistieteellisessä lähestymistavassa painotettiin johtajan rooleja, tyyliä, asenteita ja arvoja edellytyksenä hyvälle johtamiselle (Likert 1960, Blake ja Mouton 1977) . Myöhemmin systeemiteoriaa muistuttavassa kontingenssiteoriassa (Fiedler 1967, Hersey ja Blanchard 1975, Kast ja Rosenzweig 1984) painotettiin tilannetekijöitä ja olosuhteita. Tavoite-, tulosjohtamis-, laatujohtamis-, muutosjohtamis- ja osaamisen johtamismallit sekä tasapainoisen kehittämisen malli (Balanced Scorecard) ovat uusimpia julkiselle sektorille sovellettuja johtamismalleja (Kaplan ja Norton 1994, Määttä ja Ojala 1997, Hyyppä ja Isohanni 1998).

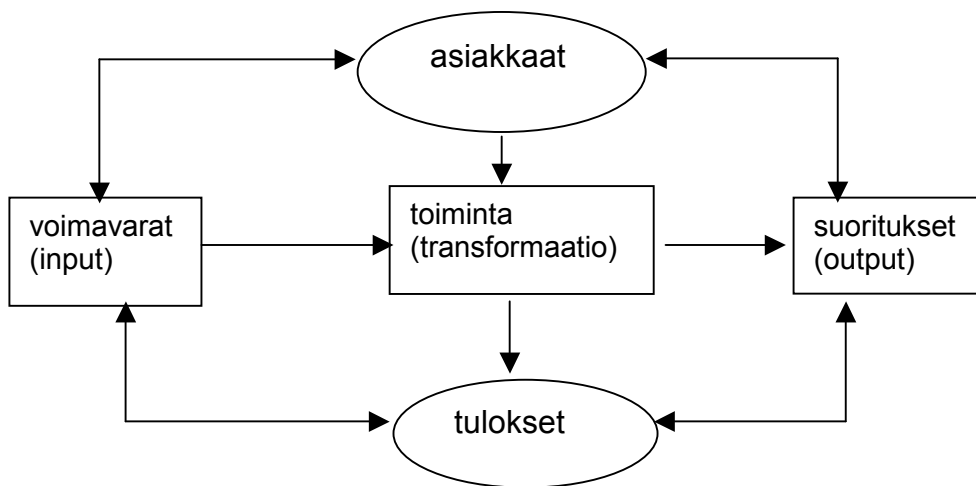
1980-luvulta lähtien on johtamistutkimuksessa yhdistelty piirre-, käyttäytymis- ja tilanneteorioita toisiinsa sekä niiden sosiaaliseen ympäristöön. Viimeaikaisten johtamistutkimuksen tarkoituksena on ollut etsiä tekijöitä, jotka vaikuttavat sekä työn tuottavuuteen että työntekijöiden työtyytyväisyyteen. Johtaminen nähdään yhä enemmän kokonaisvaltaisena, systeemiteoreettisena ongelmana (kuvio 5).

Avoimeen systeemiteoriaan pohjautuvat johtamismallit analysoivat organisaation toimintaa ympäristöstä riippuvana kokonaisuuden huomioivina malleina. Ne pyrkivät hahmottamaan systeemin strategisia osia, niiden keskinäisiä riippuvuussuhteita, systeemin eri osia yhdistäviä keskeisiä prosesseja sekä systeemin päämääriä (Scott 1961). Systeemiteoreettinen näkemys johtamisesta perustuu kolmeen tasoon: organisaatiotasoon, ryhmätasoon ja yksilötasoon.

1. Koko organisaation tasolla johtaminen käsittää panosten eli voimavarojen kuten tiedon, energian, materiaalien, rahan tai ihmistyövoiman muuntamisen suorituksiksi eli valmiiksi tuotteiksi, palveluiksi, ideoiksi ja innovaatioiksi (Katz ja Kahn 1978,15-29). Organisaatiotasolla johtamisstrategioilla ja toimintaympäristöllä on merkitystä johtamisen onnistumiselle. Myös organisaation rakenne ja sen kulttuuri vaikuttavat lopputulokseen. Hyvin johdetussa systeemissä eli organisaatiossa tehokkuus ja tuottavuus ovat tasapainossa tyytyväisten asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa.

2. Ryhmätasolla johtamisen tärkein tehtävä on huomioida organisaation ja työyhteisön normit, työnjako ja henkilösuhteet. Niillä voidaan vaikuttaa koko ryhmän tehokkuuteen, päätöksentekoon ja yhteistyökykyyn.
  
3. Yksilötasolla johtaminen on koko organisaatio-, ryhmä- että yksilökokonaisuuden johtamista. Yksilötasolla johtamisessa tulee huomioida kaikki tasot samanaikaisesti, mutta painottaa henkilöstöjohtamista ja ottaa huomioon työntekijän tiedot, taidot ja motivaatio. Johtamisen tuloksena on työn tuottavuuden lisääntyminen, vähentyneet poissaolot, työtyytyväisyys, työyhteisön koheesio. (Dunkerley 1975,163-8).

Johtajan tehtävänä on pitää kaikki kolme tasoa sekä niiden kokonaisuus tasapainossa. Erityisesti tasojen väliset rajapinnat ovat johtajan tehtävien kannalta olennaisia. Niissä tapahtuu informaation, energian ja toiminnan säätelyä sekä kontrollia.



Kuvio 5 Organisaation johtamisen systeemiteoreettinen malli (Lindström 1994, 19)

### 3.4.2 Asiajohtaminen ja henkilöstöjohtaminen

Hyvä johtaminen ei ole kykyä saada tahtoaan läpi, vaan kykyä saada työntekijät pitämään työstään (Toffler 1991). Yleensä johtaminen määritellään sosiaalisena vuorovaikutusprosessina, jonka avulla pyritään vaikuttamaan ryhmän toimintaan niin, että asetetut tavoitteet saavutetaan (Mintzberg 1980, Yukl 1992, Simon 1957).

Johtaminen erotellaan asiajohtamiseen (management) ja ihmisten johtamiseen (leadership). Asiajohtaminen on sitä mitä johtaja tekee, ja henkilöstöjohtaminen sitä, miten hän sen tekee. Asiajohtaja toimii työyhteisön päämäärien saavuttamiseksi ja henkilöstöjohtaja työyhteisön koossapitämiseksi ja kiinteyden lisäämiseksi (Allardt ja Littunen 1979, 57-60). Oheisessa taulukossa liikkeenjohdon johtamisasiantuntija Kotter (1990, 1996, 62,112) on luetellut johtamistapojen väliset erot. Asiajohtaminen kohdistuu suunnitelmien tekoon ja niiden noudattamiseen ja arviointiin, henkilöstöjohtaminen kohdistuu strategioihin, motivoiviin keinoihin saavuttaa tavoite eli visio. Olennaisin ero on, että asioiden johtamisella kontrolloidaan organisaation kompleksisuutta ja henkilöstöjohtamisella pyritään viemään organisaatiossa tarvittavat muutokset läpi. Hyvässä ja tehokkaassa johtamisessa yhdistyvät molemmat johtamistavat.

#### Asiajohtaminen

Kontrolloi kompleksisuutta  
Suunnittelee ja kohdentaa voimavaroja  
Organisoi ja rekrytoi  
Arvioi ja ratkaisee ongelmia

#### Henkilöstöjohtaminen

Kontrolloi muutoksia  
Luo visioita ja strategioita  
Sitouttaa  
Motivoi

Yrity maailmassa henkilöstöjohtamiseen kuuluvat henkilöstövoimavarojen johtaminen (Human Resource Management, HRM), työelämän suhteiden hoitaminen (Industrial relations tai Personnel Administration) sekä johtajuus (leadership). Käytännön työssä eri osia on vaikea erottaa toisistaan. HRM pohjautuu ajatukseen, että yritys voi menestyä vain osaavan ja motivoituneen henkilökunnan avulla. Henkilöstöä tulee kannustaa ja motivoida, osaamista tulee kehittää ja toimintatapoja tulee uudistaa. Industrial relations ja Personnel administration käsittelevät lakisääteistä henkilöstöhallintoa kuten työehtosopimusasioita, verotusta, sosiaalisia etuja (Strömmer 1999, 12, Ulrich 1997). Julkisen sektorin henkilöstön johtaminen on usein painottunut henkilöstöhallintoon ja lakisääteisten velvollisuuksien hoitamiseen sekä asiajohtamiseen. Useimmissa sairaaloissa on henkilöstöpoliittinen ohjelma, jossa määritellään, missä hengessä sairaalan henkilöstöasioita hoidetaan. Henkilöstöpolitiikkaa ohjaavat virka- ja työehtosopimukset, lainsäädäntö, kuntayhtymän sisäiset säännöt ja muut

toimintaohjeet. Henkilöstöpolitiikan tavoitteena on luoda edellytyksiä henkilöstön motivoituneelle ja päämäärätietoiselle työskentelylle. Samoja asioita painottavat myös organisaatioiden yhteistoimintaelimet.

### **3.4.3 Julkinen johtaminen asiantuntijaorganisaatioissa**

Onko julkisen sektorin johtajilla edessään mahdoton tehtävä? Sveibyn arvion mukaan julkiseen johtamiseen liittyy aina tavoiteristiriitoja, painostavaa julkisuutta, puutetta oikeista johtamisvälineistä ja oikeista tulostittareista (Sveiby 1990,244). Vahvalla julkisella johtamisella eli managerialismilla on yritetty ratkaista julkisen sektorin tuottavuuden ongelmia lisäämällä tulosvastuuta, laatutietoisuutta, innovatiivisuutta, yrittäjämäisyyttä ja toiminnan vapautta. Julkisen sektorin johtaja on haluttu muuttaa perinteisestä yleisen hyvän palvelijasta professionaaliseksi, tulosorientoituneeksi ja riskejä ottavaksi uuden ajan johtajaksi (Salminen 1998,33-52). Onko kuntien itsehallinto ja poliittisen ohjauksen tiukentuminen sekä demokratian ylläpitäminen kuitenkin ristiriidassa uuden johtamiskulttuurin periaatteiden ja tavoitteiden kanssa?

Julkiselle johtamiselle asetetaan monia tavoitteita. Julkisen johtamisen tulisi olla taloudellista, tehokasta, vaikuttavaa, yhdenmukaista ja yhdenvertaista (Lähdesmäki 2000). Julkisen hallinnon ja johtamisen malleja on olemassa useita erilaisia. Eurooppalaisen oikeusvaltion malli on byrokraattinen malli, joka perustuu edustuksellisen demokratian tuottamiin lakeihin ja budjettiin. Professionaalinen legitimizeetti taas perustuu tieteelliseen tietoon, josta monet päättävät elimet kuten parlamentit ja kunnanvaltuustot ovat riippuvaisia. Professionaaliseen malliin on usein yhdistetty myös etujärjestö eli korporatiivinen malli, jossa eri etujärjestöillä kuten Lääkäriliitolla on valta vaikuttaa julkiseen vallan päätöksiin. Yksi päätöksentekomalli on poliitikkomalli, jossa poliitikoilla on suora toimeenpanovalta. Valtionosuusuudistuksen ja uuden Kuntalain (1995) myötä poliittinen malli on vahvistunut Suomessa 1990-luvulta lähtien. Uusimpien EU:n subsidiariteettiperiaatteen mukaan erityisesti kansalaisille tulisi antaa yhä enemmän suoraa vaikutusvaltaa paikallisissa asioissa. (Niemi-lilahti 2000.)

Sekä julkisia että yksityisiä asiantuntijaorganisaatioita tulisi kuitenkin johtaa perinteisistä organisaatiosta poikkeavalla tavalla. Asiantuntijaorganisaatioissa tärkein auktoriteetti on aina ollut ja tulee todennäköisesti olemaankin asiantuntemus-auktoriteetti. Johtajalla tulisi olla riittävä asiantuntemus organisaatiostaan ja sen erikoisalasta pystyäkseen johtamaan korkeasti koulutettuja, itsenäisiä spesialisteja (Sipilä 1991).

### 3.4.4 Lääkärijohtaja

Greenblatt (1983, Hermanson 1989) kirjoittaa Aesculapius –auktoriteetista eli idealistisesta käsityksestä lääkäristä hyvänä johtajana. ”Lääkäreiden kuuluu johtaa terveydenhuoltoa, koska heillä on yleisön ainutlaatuinen kunnioitus elämän ja kuoleman kysymyksissä. He omistautuvat potilaan hyvinvoinnille ja heillä on kyky tehdä potilaan tutkimusta sekä hoitoa koskevia päätöksiä perustuen kokemukseen ja tieteen kehitykseen”.

Lääkärijohtajalle ei ole olemassa virallista tai yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Terveydenhuoltoa ja sairaaloita ovat johtaneet tähän asti ylilääkärit, joiden työhön on kuulunut potilastyön lisäksi hallinnolliset ja johtamistehtävät. Hermansonin (1989, 139,149) tutkimuksessa lääkärijohtajaa edusti lääkäri, joka oli tietoisesti valinnut hallinnollisen uran, hyväksyi hallinnon ja johtamisen lääkärin ammattiin kuuluvaksi osaksi, eikä kokenut rooliristiriitoja hallinnon ja perinteisen lääkärintyön välillä. Hermanson ei silti löytänyt 39 haastateltavastaan yhtään lääkärijohtajan teoreettista määritelmää täyttävää lääkäriä.

Suomen Lääkäriliitto määrittelee lääkärijohtajan lääkäriksi, joka toimii terveydenhuollon hallinnon keskeisenä vastuullisena viranomaisena (Suomen Lääkäriliitto1998, 7). Vanhemmassa lääkärijohtajia koskevassa kirjallisuudessa lääkärijohtaja määritellään usein piirreteoreettisesti. Lääkärijohtajiksi hakeutuvilla on tiettyjä yleisiä yhteisiä ominaisuuksia kuten älykkyys, innovatiivisuus, joustavuus, halu tehdä haasteellista työtä, kyky visioida, muuttua ja nähdä kokonaisuuksia (Lyons ym.1996).

Johtamistutkija Bennisin (Smith 1992) mukaan lääkärijohtaja käsite on oksimoroni eli asia tai käsite, jota ei voi olla olemassakaan. Bennis esittää syyksi lääkärin ammatin autonomisen luonteen. Johtajan työssä asiantuntijuudelle ominainen autonomisuus on haitaksi, sillä johtajalta vaaditaan ensisijaisesti ryhmätyö- ja vuorovaikutustaitoja sekä taitoa kannustaa muita työntekijöitä. Näitä taitoja ei Bennisin mukaan opeteta lääkäreille riittävästi. Lääkärit ovat sosiaalistuneet tieteeseen ja pitävät johtamista epätieteellisenä puuhasteluna. Bennisin mukaan lääkärit ovat sekä johtajina että johdettavina älykkäitä, mutta erittäin ongelmallisia.

Tässä tutkimuksessa lääkärijohtajiksi määritellään ne lääkärit, jotka tekevät sekä kliinistä että hallinnollista ja johtamistyötä. Käytännössä määritelmä koskee ylilääkäreitä ja apulaisylilääkäreitä.

### 3.4.5 Johtajan rooliin sosiaalistuminen

Sosiaalistuminen on yhteisössä vallitsevien normien noudattamista ja se perustuu siihen, että normit sisäistetään. Työroolit omaksutaan tai niihin sosiaalistutaan organisaatioiden ja opiskelun ja omien etujärjestöjen kautta. Lääkäreiden sosiaalistuminen rooliinsa tapahtuu jo hyvin varhain opiskelun alkuvaiheessa. Larsonin mukaan professioon sosiaalistutaan jopa niin helposti, että ammatista tulee osa persoonallisuutta (Larson, 1982,72). Rynäsen (2001,168-173) tutkimuksen mukaan lääketieteen opiskelijoiden ammatti-identiteettiä ohjaa tavallista lääketieteellisen tiedekunnan opetussuunnitelmaa merkittävämmiin lääketieteen opiskelijoiden käytännön kokemukset arkisista lääkäreiden, potilaiden ja muun henkilökunnan vuorovaikutustilanteista terveydenhuollon organisaatioissa.

Vielä 1980-luvulla lääketieteen opiskelijat kokevat lääkärin roolin autonomisena klinikkona. Hallinto ja siihen liittyvä lainsäädäntö koettiin uhkana perinteiselle autonomialle (Järvinen 1985, 151-60). Myöhemmissä samaa kohorttia seuraavissa tutkimuksissa asenne hallinnolliseen koulutukseen on muuttunut myönteisemmäksi (Kumpusalo ym. 1989, Virjo ym. 1995), mutta suurin osa opiskelijoista koki hallinnon ja johtamiskoulutuksen vastaavan edelleen huonosti käytännön sairaalalääkärin työtä (Kumpusalo ym. 1989, Virjo ym. 1995, Hyppölä 2001).

Tähän asti lääkärijohtajaksi on yleensä päädytty klinisten eikä johtamistaidollisten ansioiden avulla. Hermansonin (1989, 146,159) mukaan lääkärit pikemmin ajautuivat kuin hakeutuivat hallinnollisiin ja johtamistehtäviin. Hallintolääkärit olivat myös kaivanneet hallinnonkoulutusta sekä perus- että jatkokoulutuksessa. Toisaalta he olivat sitä mieltä, että hallintoa pystyi opiskelemaan vasta hallinnollisissa tehtävissä toimiessa. Erikoisalakohtaisia taitoja pidettiin erittäin tärkeinä hallinnollisten taitojen lisäksi. Niinpä suuri osa hallintolääkäreistä teki edelleen klinistä työtä. Lääkäreillä ei myöskään ollut riittäviä tehtävien vaatimia tietoja ja taitoja. Hermansonin mukaan hallintolääkärin rooliin sosiaalistumista haattasi se, että siirtyessään hallintolääkärin rooliin lääkäri kokee pettävänsä sekä kollegansa että potilaansa. Hermanson jakoi lääkärit tyypeihin, joita määrittivät suuntautuminen organisaatioon ja professioon. Kliinikkojohtaja on sosiaalistunut professioon hallinnon kustannuksella, hallintojohtaja on sosiaalistunut hallintoon profession kustannuksella. Lääkärijohtaja hyväksyi ammattirooliinsa kuuluvaksi sekä klinisen työn että hallinnon ja johtamisen. Lääkärin ja hallinnolliseen työhön liittyvien arvojen ja normien omaksuminen oli paljon hitaampaa kuin siihen liittyvien tietojen ja taitojen omaksuminen. Hallinnollisen roolin parhaiten hyväksyneet lääkärit tekivät potilas-työtä enää hyvin vähän tai ei lainkaan. Kekomäen (2000) mukaan lääkäreiden rekrytoitumiseen johtajiksi liittyy kolme ongelmaa. Ensimmäinen ongelma on, että lääkäri etäännyy siitä työstä, johon on saanut koulutuksen ja se näkyy myös palkkauksessa. Toisena ongelmana on biomedisiinisen

uran ja meritoitumisen katkeaminen. Kolmas hinta, minkä lääkäri joutuu johtajuudesta maksamaan on se, että lääkäri kuuluu muiden kollegoiden mielestä toiseen, työnantajien leiriin.

Uskottavuus ja lääkärin auktoriteetin menettämisen pelko on yksi ongelma ja este johtajaksi sosiaalistumisessa. Voiko johtajan roolin valinnut olla enää lääkärinä uskottava potilaiden ja muiden lääkäreiden silmissä. Onko lääkärijohtajalla vielä riittäviä tietoja ja taitoja tehdä diagnooseja ja hoitaa potilaita? Rantalaiho (1991) on todennut, että ” Paras anti, jonka sosiaalitiede voisi lääkäriskoulutukseen tuoda, olisikin muistuttaa oman ajatteluperustan ja professionaalisten käytäntöjen jatkuvasta kyseenalaistamisesta”.

Professionaalisissa organisaatioissa vallitsee usein kaksijakoinen auktoriteettijärjestelmä: julkisuuden, laillisuuteen tähtäävä sekä asiantuntijuuteen ja kollegiaalisuuteen tähtäävä. Monissa tutkimuksissa on osoitettu, että useamman auktoriteetin organisaatioissa asiantuntijat - kuten lääkärit - sitoutuvat ja samaistuvat enemmän professioonsa kuin organisaatioonsa (Hermanson 1989, Enckell 1998, Harisalo 1992). Monet asiantuntijat saattavat kokea perustyönsä olevan sinänsä jo statusta riittävästi antava ammatti, eivätkä välttämättä enää halua edetä urallaan johtamistyöhön (Haapakorpi 1997).

Lääkärijohtajan rooli on viime vuosina muuttunut. Erikoistuvat ja erikoistuneet lääkärit ovat alkaneet kiinnostua hallinnollisesta ja johtamistyöstä. Sekä perus- että erikoislääkärikoulutuksessa hallinnon koulutus koetaan riittämättömäksi vastaamaan niitä tehtäviä, joita erikoislääkärit tai lääkärijohtajat joutuvat työssään tekemään. (Hyppölä ym. 2000, Hyppölä 2001, 64). Tähän mennessä hallinnon lisäpätevyyden on suorittanut Suomessa yli 600 lääkäriä (Lääkäriliitto 2000). Aiemmin hallinnollinen ja johtamistyö koettiin luontevana jatkeena vanhenevalle lääkärille. Nykyisin hallinnollinen ura nähdään yhtenä vaihtoehtona liukuhihnamaiseksi muuttuneelle kliiniselle työlle. Se on myös ainoita tapoja edetä uralla julkisella sektorilla.



### 3.4.6 Terveydenhuollon johtamiskoulutus

Terveydenhuollon johtamiskoulutus on ollut hajanaista ja ammattikeskeistä ja perustunut hallinnon suppeaan erikoisalaan pätevytyymiseen sekä satunnaisiin täydennyskoulutuskursseihin. Systemaattista koulutusta terveydenhuollon johtajille ei ole järjestetty, ennen kuin sosiaali- ja terveysministeriö laati vuonna 1995 suunnitelman terveydenhuollon johdonmukaisemman johtamisen kehittämisestä. Professional Development- eli PD-koulutuksen yhtenä tarkoituksena oli vahvistaa normi- ja määrärahaohjausta korvaavia informaatio-ohjaustaitoja (Kauttonen 2000,1). Suunnitelman tavoitteisiin kuului edistää sosiaali- ja terveysjohtamisen yhteistyötä, monitasoista yhteiskunta- ja terveyspolitiikan hallintaa, kuntien omista kehittämistarpeista ja työelämästä nousevia hankkeita sekä yrittäjyyden, kansainvälisyyden ja tietojärjestelmien hallinnan taitoja. Päämääränä oli kouluttaa sosiaali- ja terveysjohtajat hyvinvointipoliitikoiksi (STM 1995, Kauttonen 1999,2). PD-koulutusten arviointiraporteissa johtajaopiskelijat olivat kuitenkin itse korostaneet johtamisominaisuuksien ja palvelujärjestelmien prosessiajattelun kehittämistä (Kauttonen 1999, Viitanen 1999 ja 2000). Sosiaali- ja terveysministeriön, yliopistojen ja johtamisopiskelijoiden mielikuvat johtamiskoulutuksen tarpeista vaikuttavat osittain ristiriitaisilta. Arviointitutkimuksen (Viitanen 1999 ja 2001) mukaan PD-koulutus on joka tapauksessa parantanut sosiaalialan ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä ja johtajat ovat kokeneet voineensa soveltaa oppimiaan asioita käytännössä erilaisten projektien ja muutosprosessien muodossa.

## 3.5 Professiot

### 3.5.1 Professioteoriat

Professiot ovat vakiintuneita, arvovaltaisista asiantuntijoista koostuvia ammattikuntia, joiden piirre-teoreettisiin tunnusmerkkeihin kuuluu korkea-asteinen koulutus, tutkinnoilla varmistettu pätevyys, oma ammattikieli, käyttäytymiskoodi sekä teoreettisiin tietoihin perustuva taitojen käyttö. Valtio on virallisesti myöntänyt professioille yksinoikeuden ammatin harjoittamiseen (legitimiteetti) ja he päättävät autonomisesti ammattikuntansa asioista. (Konttinen 1989.)

Professio- ja asiantuntijateoriat voidaan jakaa piirreorioihin, funktionalistisiin ja valtateorioihin. Taulukossa 2 on lueteltu viimeisimpiä professio- ja asiantuntijateorioita.

1950-luvulla vallinneen parsonsilaisen ja funktionalistisen näkemyksen mukaan professiot, kuten lääkärit, papit ja opettajat edustavat arvoja ja altruismia, joiden tarkoituksena on suojata ja tukea yhteiskunnan arvoja ja normeja. Vastakkaisen uusweberiläisen Larsonin (1977) ja Johnsonin (Brante 1988) näkemyksen mukaan professiot edustavat konflikteja ja valtaa ja professioiden tar-

koituksena on monopolisoida tieto itselleen. Foucault'n (1975,231-65) hallintateoriassa asiantuntijat määrittelevät normaaliutta ja epänormaaliutta. Asiantuntijat pystyvät hallitsemaan yhteiskuntaa ja muita ihmisiä ymmärtämällä ja hyväksikäyttämällä omaa asiantuntija-alaa koskevaa tietoa syvälisemmin kuin ei-asiantuntijat (Peltonen ja Lehto 1999).

Giddensin (1984,117-23) rakenteistumisteorian mukaan asiantuntijat muokkaavat ja rakentavat yhteiskuntaa omilla säännöillään ja hyödyntävät ympäristöään. Hän on myös valtateorian kannalla, mutta pelkkä ulkokohtainen professiojärjestelmä ei määrää professioiden käyttäytymistä, vaan sitä toteuttavien yksilöiden tietämys ja tulkinnat. Tulevaisuudessa todelliset asiantuntijat ja johtajat tulevat erottumaan näennäisistä asiantuntijoista ja johtajista, sillä pelkkään illuusioon perustuva professionalismi tai johtajuus on aikansa elänyt.

1990-luvulla sosiologien Castellsin (1998) ja Baumanin (1996) teoriat käsittelevät erityisesti professioiden, tiedon ja yhteiskunnan välistä suhdetta. Castellsin mukaan valta siirtyy informaation asiantuntijoille. Baumanin postmodernin näkökulman yhteiskunnat ovat nykyään liian kompleksisia, jotta niitä voisivat enää hallita edes asiantuntijat tai selittää millään yleispätevällä teoriolla. Tieto on myös demokraattisen vallan väline. Koska tietoa on nykypäivänä rajattomasti – toisin kuin rahaa – on yhä suuremmalla osalla ihmisistä, jopa heikoilla ja köyhillä mahdollisuus sitä saada.

Beck'n (1990,97-99, Warpenius 256-261) termi "organisoitu vastuuttomuus" tarkoittaa sitä, että esimerkiksi lääkärit eivät enää uskalla määritellä ainoaa oikeaa tietoa tai terveellistä elämäntapaa ja puhua vaaroista, vaan tuovat vain esiin faktatietoja ja mahdollisia riskejä. Niiden perusteella potilaiden tulee itse päättää elämäntavoistaan. Kun vaarat muuttuvat pelkiksi riskeiksi, muuttuvat ne Beckin mukaan samalla poliittisesti käyttökelvottomiksi ja vastuu riskien välttämisestä voidaan siirtää yksityisille ihmisille. Tästä seuraa sekä tiedon ja turvallisuuden että luotettavuuden paradoksi; maallikot eivät enää uskalla luottaa asiantuntijoihin, koska asiantuntijat eivät enää uskalla esittää kaikkea asiantuntemustietoa täysin varmana.

Uusien asiantuntija-ammattien myötä professionaalisten ammattien asema on horjumassa. Raja professioiden ja asiantuntija-ammattien välillä on epäselvä. Professionaaleista poiketen asiantuntijat ovat yleensä heikommin sitoutuneet ammattikuntaansa eikä heillä ole lain suomaa legitimitiä. Freidsonin (1999) reborn-teorian mukaan sairaalalääkäristäkin on tullut pelkkä teknikko, joka kyllä tietää paljon lääketieteestä, mutta jolla ei ole enää professioille tyypillistä vaikutusvaltaa vaikuttaa työnsä sisältöön tai määrään. Yhteiskunnan muuttuessa professiot, roolit ja tehtävät sekä niitä koskevat normit ovat muuttuneet. Siksi myös professioita koskevia määritelmiä ja käsitteitä tulisi tarkastella uudesta näkökulmasta ja arvioida ja määritellä niitä uudelleen.

## Taulukko 2 Professio – ja asiantuntijateorioita

	Edustaja	Ajanjakso
<b>Funktionalistinen normiteoria</b> : asiantuntijuus tukee yhteiskunnallista ennustettavuutta, vakautta, luo arvoja ja normeja	Parsons T. Durkheim E. Freidson E.	1930-1960 1950-1960 1970-luku
<b>Konfliktiteoria</b> : asiantuntijuus on institutionaalisen vallan ja tiedon monopoli. Asiantuntijat ajavat vain omia etujaan. Professionaalinen experttiys on modernin yhteiskunnan epätasa-arvon elementti.	Larson MS. Johnson T.	1970-luku 1970-luku
<b>Hallintateoria</b> : asiantuntijat määrittelevät normaaliuden ja epänormaaliuden. Asiantuntijat kykenevät asiantuntijuutensa avulla näkemään ja houkuttelemaan hallittavien kykyä tunnistaa omat puutteensa ja yhteiskunnalliset rajoitteet. Asiantuntijat sekä määrittelevät, mutta samalla myös houkuttelevat maallikkoja itse määrittelemään itsetietoisuuttaan ja kapasiteettiaan. Asiantuntija voi hallita hallittavia näkemällä syvemmälle kuin nämä itse.	Foucault M.	1970-1990
<b>Rakenteistumisteoria</b> : asiantuntijat käyttävät hyväkseen yhteiskuntajärjestelmän ominaisuuksia ja jäsentävät niitä uudelleen ja pystyvät näin vaikuttamaan yhteiskunnan sääntöihin. Asiantuntijoiden mikrotason yksilöllinen käyttäytyminen - eikä pelkkä professiojärjestelmä- selittää lopullista professionaalista käyttäytymistä.	Giddens A.	1970-1990
<b>Tietoyhteiskuntateoria</b> : informaatio ja kyky prosessoida tietotekniikan symboleja aiheuttaa sosiaalisen polarisaation ja uuden työnjaon, jossa toimitaan erittäin pienillä spesifeillä asiantuntija-alueilla: verkkolaiset, joustajat ja uloslyödyt. Joustajat tekevät verkkolaisten määrittelemät tehtävät ja uloslyödyt syrjäytyvät.	Castells M.	1990-
<b>Post-moderni teoria</b> : valta todellisuudessa globaaleilla markkinoilla eikä asiantuntijoilla. Yleiset lainalaisuudet, tieto ja päämäärät muuttuvat jatkuvasti, eivätkä kykene enää määrittelemään ihmisten toimintaa. Profiessiot proletarisoituvat ja de-professionaalistuvat.	Bauman Z. Beck U.	 1990-
<b>Reborn-teoria</b> : professio, professionalisaatio- ja professionalismikäsitteet tulee määritellä uudelleen. Profiessioiteorian tulisi olla itsenäinen teoria-alue, eikä sitä tulisi johdatella luokka- tai organisaatioteorioista. Profiessioikäsitteen määritelmä vaikuttaa sen tulevaisuudenkuvaan. Experttiys, autonomia ja kredensialismi turvaavat yhteiskunnan korkealaatuiset palvelut.	Freidson E.	1990-

### 3.5.2 Lääkäriprofession kriisi?

Lääkärit antavat profiessiolupauksen Hippokrateen valassa. Lehto (1991) on pohtinut laaja-alaisesti professionaalista lupauksen sisältöä. Professionaalisuuden lupauksessa lääkärin tulee ammattiauttajana ratkaista potilaiden ja hyvinvointiyhteiskunnan ongelmia omalla ammattialallaan. Professionaalinen lupaus on myös lupaus veroja maksaville kuntalaisille, että professionaalit auttavat ja noudattavat niitä eettisiä normeja, joita heidän ammattietiikkaansa kuuluu. Lupaus voi asettaa miltei kohtuuttomia odotuksia ammattiauttajille. Millaisia edellytyksiä nykyisessä yhteiskunnassa professionaaleilla on toimia? Ovatko nykyiset professionaaliset toimintamallit sosiaalistumisen seurausta, yksilöiden omia valintoja vai ovatko ne niitä toimintamalleja, joita heiltä yleisesti odotetaan?

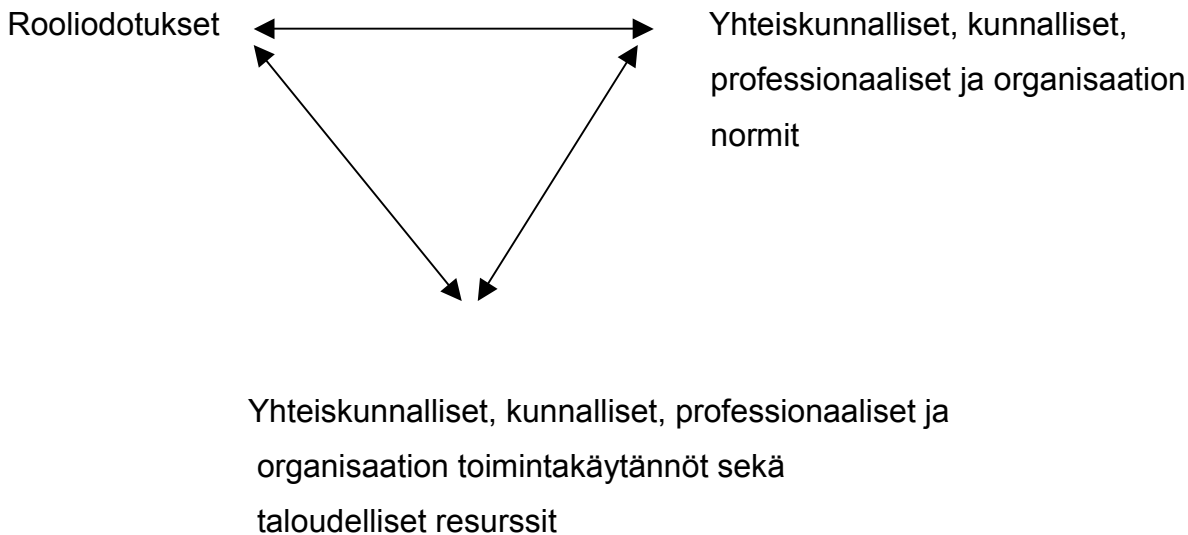
Vai onko niin että professionaaleilla ei ole juuri vaihtoehtoisia malleja toteuttaa professionaalisuuttaan, vaan sitä säätelevät taloudelliset tai toiminnalliset organisaation rakenteet. (Lehto 1991.)

Amerikan suurin lääkärijärjestö American Medical Association on ottanut kantaa lääkärien professionaaliseen kriisiin ja markkinamekanismien osuuteen potilas-lääkäri –suhteessa. Uusien kesällä 2001 voimaan tulevien eettisten ohjeiden mukaan lääkärin työtä tulisi ohjata vain terveyden eikä talouden tai yhteiskunnan arvot (BMJ 2000, Wynia ym. 1999). Lääketieteen professionalismiin tulee edelleen kuulua ydinelementteinä kutsumus, professio ja yhteistyötaito.

Vaikka professioilla on aiemmin ollut oikeuksia ohjata ja valvoa yhteiskunnan toimintaa (Freidson 1994, Larson 1977, 19-39), niin nykyisen kunnallisen sairaalalääkäriprofession asema on erilainen. Sairaalalääkäri toimii julkisena virkamiehenä ja hänen työtään määrittävät virkamiesvelvollisuudet sekä poliittinen päätöksenteko. Lääketieteen professio ei ole enää yhtenäinen professio, vaan se on pirstaloitunut erilaisiksi professiokunniksi, joiden vaikutusvalta on erilainen. Osa sairaalalääkäreistä on siirtynyt tutkimustyöhön, osa yksityisiksi ammatinharjoittajiksi ja osa muihin ammatteihin, joissa omaa työtä voi säädellä asiantuntija-ammattiin kuuluvalla tavalla.

Tofflerin (1991, 29-30) mukaan lääkäri ei enää ole valkotakkinen jumala, sillä lääketieteellisen tiedon monopoli on murrettu. Valtaistuimeltaan suistettun lääkärin kohtalo ei kuitenkaan ole ainutlaatuinen. Monien muidenkin asiantuntijapiirien hallussa ollut tieto vapautuu professioiden vallasta ja pääsee tavallisten kansalaisten käsiin. Ja kun tieto leviää yhä laajemmalle, hajautuu myös siihen perustunut valta. Onko lääkäreille ja lääkärijohtajille on jäänyt valtaa ja kuinka he sitä käyttävät?

Giddensin mukaan roolikäsitetä voidaan käyttää yhteiskuntateorioiden kehittämisessä vain, jos hyväksytään se näkemys että roolit voidaan ymmärtää ja käsitteellistää vain suhteessa yhteiskunnan normeihin, toimintakäytäntöihin sekä taloudellisiin resursseihin. Lääkärin ja lääkärijohtajien roolia ja niihin liittyviä odotuksia ja professionaalista kriisiä tulisi yhteiskunnallisen näkökulman lisäksi tarkastella suhteessa kunnan, sairaalaorganisaation ja lääkäriprofession normeihin sekä niiden toimintakäytäntöihin ja taloudellisiin resursseihin että niissä tapahtuviin muutoksiin (kuvio 6).



Kuvio 6 Rooliodotusten, normien, toimintakäytäntöjen ja taloudellisten resurssien väliset suhteet (muokattu Giddens 1984,187).

### 3.6 Yhteenveto tutkimuksen käsitteistä ja teoreettisesta viitekehystä

Kuviossa 7 on käsitekartta tutkimuksen keskeisistä käsitteistä ja niiden välisistä suhteista. Tutkimuksen lähtökohtana ovat erikoissairaanhoidossa tapahtuneet muutokset, jotka ilmenevät profession, työyhteisön, kunnan ja yhteiskunnan normien muuttumisena. Normeissa tapahtuvat muutokset vaikuttavat erikoissairaanhoidossa työskentelevän lääkärijohtajan lääkärin ja johtajan rooliin kohdistuviin odotuksiin sekä johtamismotivaatioon. Ristiriitaiset rooliodotukset aiheuttavat roolijännitteitä. Sekä koetut roolijännitteet että johtamismotivaatio säätelevät johtamisroolin omaksumista. Johtamisroolin omaksuneet lääkärijohtajat ovat yleensä motivoituneet johtamistyöhön, joka pehmeän systeemiteoreettisen näkökulman mukaan kohdistuu sekä yksilö-, yhteisö- että organisaatio- tasolle ja on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Rooleihin ja normeihin liittyvät ristiriidat ovat keskeisiä yhteiskuntatutkimuksessa, koska rooliodotukset ja normit ovat yhteydessä yhteiskunnan hallinto- ja valtarakenteisiin ja sitä kautta myös voimavaroihin ja yhteiskunnan taloudelliseen tilanteeseen ja sen säätelyyn.

Erikoissairaanhoidossa on meneillään sekä poliittisen, hallinnollisen, lääketieteen että hoitotieteen johtamisen kriisi. Koska lääkärijohtajat ovat keskeisiä erikoissairaanhoidon toiminnan ohjaamisessa, tarkastellaan tässä tutkimuksessa erikoissairaanhoidon johtamista lääkärijohtajan rooliristiriitosten kautta sekä yksilö- että yhteiskuntatieteellisellä tasolla.

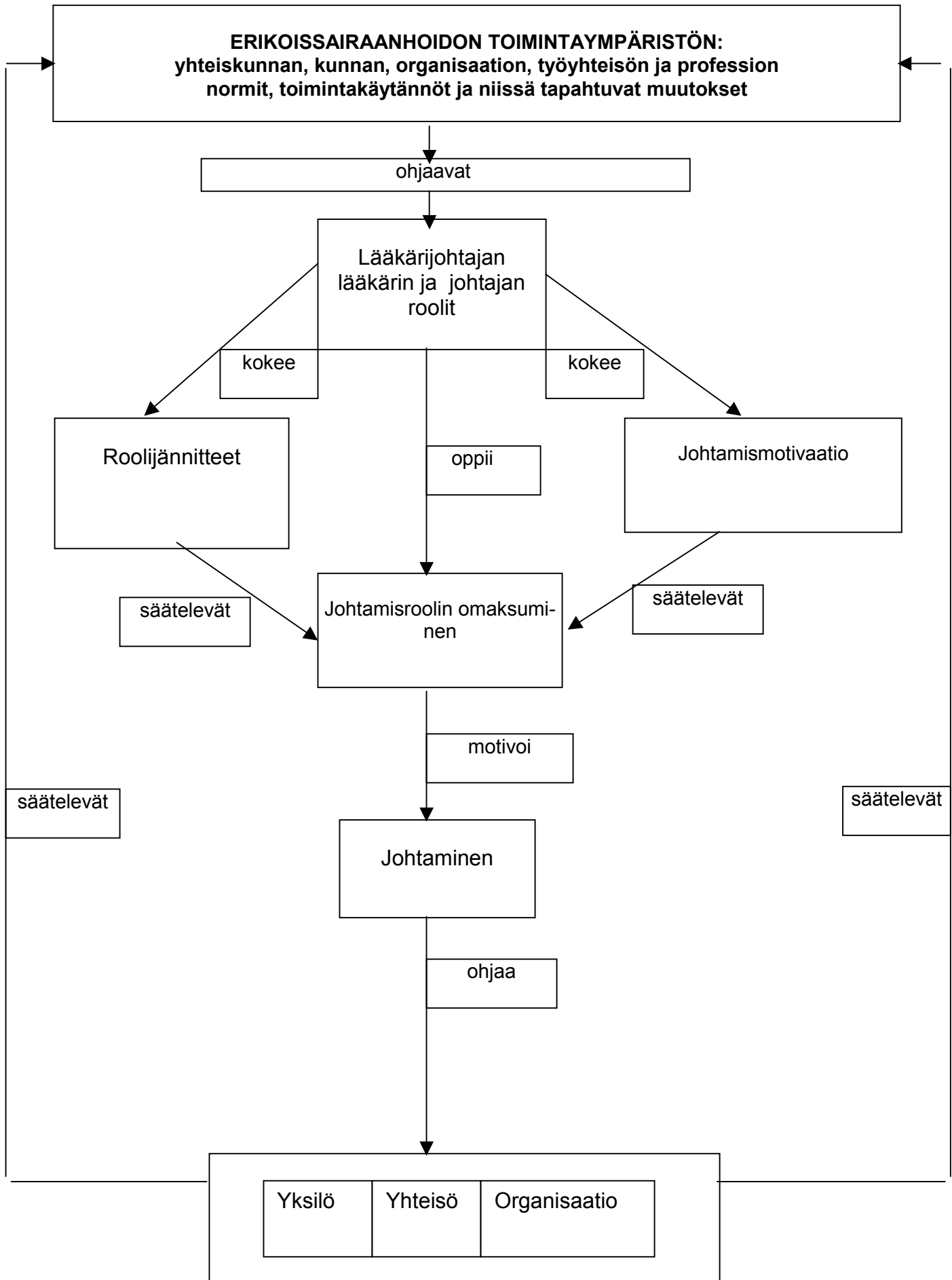
Tutkimuksen mikrotason viitekehystenä toimivat Katzin ja Kahnin (1978) organisaatiopsykologinen ja systeemiteoreettinen näkemys rooleista ja roolien omaksumisesta työorganisaatioissa. Katzin ja

Kahnin organisaatiopsykologinen teoria edustaa oman aikansa organisaatio- ja ihmiskäsitystä. eikä huomioi riittävästi nykyajan organisaatioille tyypillisiä oppimiseen ja motivaatioon eikä johtamistyöhön ja -ympäristöön liittyviä näkökulmia. Siksi teoriaa täydennetään Ajzenin (1991) tavoitteellisen toiminnan teoriolla ja kokonaisuutta tarkastellaan muiden motivaatio-, oppimis- ja johtamiskäyttäytymistä tutkivien teorioiden viitekehyksestä käsin. Sekä rooliteoria että oppimis-, motivaatio- ja johtamiskäyttäytymisen teorioita yhdistää niiden kognitiivinen ja prosessimainen luonne. Nämä teoriat yhdistetään tässä tutkimuksessa kyberneettiseksi metateoriaksi eli kognitivismiksi niiden kognitiivisen tiedonkäsittelyyn perustuvan samankaltaisuuden vuoksi.

Makrotasoa tarkastellaan lääkäriprofession kiinteästi liittyvän yhteiskunnallisen normianalyysien ja professionaalisen valta-analyysin avulla.

Rooliristiriita-, motivaatio-, oppimis- ja johtamisteoreettisen viitekehyksen avulla kehitetään erikoissairaanhoidossa työskentelevän lääkärijohtajan roolijännitteitä ja johtamisroolin omaksumista kuvaavat mallit ja testataan niiden toimivuutta kyselyaineiston logistisen regressioanalyysin tulosten perusteella. Avokysymysten laadullisen analyysin avulla määritellään tarkemmin roolijännitteiden sisältöä.

Kuvio 7 Tutkimuksen keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet



## **4. MENETELMÄT JA AINEISTON ANALYYSI**

Kappaleessa 4 kuvataan tutkimuksessa käytettyjä menetelmiä. Aluksi määritetään tutkimuskohde ja perustelu kohteen valinnalle. Sen jälkeen esitellään kysymyslomake, tiedonkeruumenetelmä ja tilastolliset analyysimenetelmät. Lopuksi käydään läpi avokysymysten vastausten sisällön analyysi

### **4.1 Kohderyhmä**

Tutkimuskohteena on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkärijohtajien kokemukset johtamistyöstä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on keskisuuri sairaanhoitopiiri, jonka väestöpohja oli vuonna 1999 198036 ja työntekijöitä oli 2263. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri edustaa tavallista suomalaista erikoissairaanhoidon organisaatiota. Myös tutkija työskentelee tutkimuskohteena olevassa sairaassa lääkärijohtajana ja tuntee organisaatiota, sen kulttuuria ja ongelmakohtia.

Koska tutkimuksessa haluttiin saada tietoa lääkärijohtajan johtamistyön roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta, valittiin kyselytutkimukseen ne Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ylilääkärit ja apulaisyliääkärit (n=69), jotka tekevät sekä kliinistä, hallinnollista että johtamistyötä. He kuuluvat sairaalahierarkiassa keskijohtoon, kuten Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin organisaatiokaaviosta käy ilmi (liite 2). Tiedot virkanimikkeistä saatiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tiedonhallintajärjestelmästä.

Tutkimusaineistona käytettiin lisäksi Pahkalan ym. (1997) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio ja -johtamiskulttuuritutkimuksessa saatujen työyhteisöjen toimivuutta koskevia tuloksia.

### **4.2 Postitus ja vastaukset**

Kyselylomake postitettiin maaliskuussa 1999 kaikille Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä toimiville ylilääkäriin tai apulaislääkäriin virkanimikkeellä toimivalle 69 lääkäriin. Lääkärijohtajia informoitiin kyselytutkimuksesta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin viikkotiedotteessa sekä tulosityksikköjohtajien kokouksessa. Saatekirjeessä selvitettiin tutkimuksen tarkoitus. Ensimmäisen postituskerän jälkeen kyselyyn vastasi 42 lääkärijohtajaa. Uusintapostitus tehtiin toukokuussa 1999 vastamatta jättäneille. 2 vastattua lomaketta hylättiin puutteellisten tietojen vuoksi. Lopullinen kohderyhmä koostui 51 lääkärijohtajasta. Kokonaisvastausprosentiksi muodostui 73.9.



### 4.3 Kyselylomake

Kyselylomake (liite 1) on viisiosainen ja kahdeksansivuinen ja sisältää viisi eri osiota. Kyselylomakkeessa lääkärijohtajan työ on jaettu ja määritelty kolmeen eri tehtäväalueeseen eli kliiniseen työhön, hallinnolliseen työhön ja johtamistyöhön. Jaottelun tarkoituksena on saada roolijännitevastaukset saadaan kohdentumaan omille tehtäväalueilleen. Jatkossa hallinnollisesta työstä käytetään nimitystä **asiajohtaminen** tai **asiajohtamistyö** ja muusta johtamistyöstä **henkilöstöjohtaminen** tai **henkilöstöjohtamistyö**.

#### **Rooliristiriitoja ja rooliepäselvyyttä mittaava mittari:** (Rizzo ym. 1970)

on validoitu mittari ja sitä on käytetty paljon kansainvälisissä organisaatiotutkimuksissa (Van Sell ym.1981, King ja King 1990,). Koska mittari ei aiemmin ole ollut Suomessa käytössä, käännettiin alkuperäiset väittämät suomeksi. Käännöksessä kysymysten sisältö ja merkitys pyrittiin säilyttämään mahdollisimman alkuperäisinä. Alkuperäinen mittari sisältää 30 väittämää, joista 3 väittämää muutettiin kaksiosaisiksi ( 7 ja 8, 21 ja 22, 35 ja 36) niin, että rooliodotukset eriteltiin joko työntekijä- tai esimieslähtöisiksi. Näin väittämien sisältö saatiin helpommin tulkittavaksi. Arviointiasteikko oli 1-5 (olen täysin eri mieltä - olen täysin samaa mieltä).

**Rooliepäselvyydsmittari:** (Sawyer 1992) on kansainvälisesti validoitu ja sen suomenkielinen versio saatiin Työterveyslaitokselta. Mittari on Sawyerin uudelleen muotoilema rooliepäselvyyksiversio Rizon mittarista. Mittari erittelee sekä tavoitteet että prosessit, joihin rooliepäselvyys liittyy (väittämät 34, 37-42). Mittari sisältää 10 väittämää, joista 4 on samoja kuin Rizzo ym. (1970) mittarissa (väittämät 32,33,35,36). Yksi väittämistä muutettiin kaksiosaiseksi (35 ja 36, liite 1). Arviointiasteikko oli 1-5 (olen täysin eri mieltä - olen täysin samaa mieltä).

#### **Persoonatekijät :**

**-personallista tyyliä kuvaava mittari** (personal need for structure PNS) sisältää 12 väittämää koskien persoonallista tyyliä ja epävarmuuden sietokykyä. Se on kansainvälisesti validoitu (Newson ja Neuberg 1990). Suomenkielinen versio saatiin Työterveyslaitokselta. Arviointiasteikko oli 1-5 (olen täysin eri mieltä - olen täysin samaa mieltä).

**Motivaatiotekijät** sisältää kolmetoista väittämää koskien johtamishalukkuutta, johtamistyön määrää, tunnustuksen saamista johtamistyöstä, johtamiskoulutuksen tarvetta sekä mahdollisuutta kehittää johtamistaitoja. Väittämät valittiin aikaisempien johtamismotivaatiota käsittelevien tutkimusten perusteella ( Ajzen 1991, Locke 1986, Miner 1982, Joronen 1993, Ruohotie 1995) .

**Organisaatiotekijät:**

**-tulosityksikön kokoa** määritti alaisten määrä

**-muutostekijäosio** koostuu 33 erikoissairaanhoidon muutosta koskevasta kysymyksestä. Muutostekijät valittiin aikaisempien lääkärijohtajia koskevien tutkimustulosten sekä terveydenhuollon muutoksia koskevan kirjallisuuden perusteella. Arviointiasteikko oli 1-5 (vaikuttanut erittäin paljon lääkärijohtajan työhön - ei ole vaikuttanut lainkaan lääkärijohtajan työhön). Lisäksi kysyttiin vaikutuksen myönteisyyttä tai kielteisyyttä.

**Demografiset tekijät:** ikä, sukupuoli, työvuodet ja johtamiskoulutus.

**Johtamisroolin omaksuminen:** päivittäinen henkilöstöjohtamistyöhön, asiajohtamistyöhön ja kliiniseen työhön arvioitu käytetty aika kokonaistyöajasta.

**Asenne johtamistyöhön:** mihin työn eri tehtäväalueista haluaisi paneutua.

**Vuorovaikutustekijät:** Valmiit tulokset poimittiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 1997 tehdyn Pahkala ym. henkilöstötutkimuksen työyhteisöjen toimivuudesta. Mittari koski työtä, työilmapiiriä ja esimiestoimintaa (Ojanen 1988). Arviointiasteikko oli 1-7.

Mittari koostuu 32 väittämästä, joista otettiin mukaan 28. Osa tulosjohtamista koskevista väittämistä jätettiin lomakkeen pituuden vuoksi pois. Otokseksi valittiin ne tulosityksiköiden (n=28) työntekijät (n=936), joiden ylilääkärit ja apulaisyllilääkärit olivat vastanneet tämän tutkimukseen postikyselyyn. Arviointiasteikkona käytettiin 1-7.

**Avoimet kysymykset:** Rooliristiritaväittämissä 4, 5, 9, 12, 13, 17, 18, 20, 23, ja 26 pyydettiin mainitsemaan käytännön esimerkkejä ristiriitoja aiheuttavista tekijöistä.

Lisäksi lomakkeen lopussa oli kohta, johon sai kirjoittaa erikoissairaanhoidon johtamiseen liittyviä kokemuksia.

Pilottilomake lähetettiin neljälle lääkärijohtajalle sekä neljälle osastonhoitajalle. Palautteissa moitittiin lomakkeen pituutta. Lääkärit mainitsivat, että heillä on yleensä huono motivaatio ja liian kiire vastata erilaisiin kyselyihin. Lomaketta ei valmiiden mittareiden vuoksi ollut kuitenkaan mahdollista lyhentää. Alunperin tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli vertailla osastonhoitajien ja lääkärijohtajien työn rooliristiriitoja. Koska lääkärijohtajien tulosten analyysi tuotti kuitenkin niin paljon tutkimusaineistoa, jätettiin tutkimusanalyysistä osastonhoitajia koskevat vastaukset pois.

#### 4.4 Tilastolliset menetelmät

Tutkimusaineistoa kuvailtiin keski- ja hajontalukujen avulla. Tutkimuksessa käytettiin konfirmatorista faktorianalyysia käsitteiden määrittelyyn ja logistista regressioanalyysia käsitteitä ja mallien toimivuutta selittävänä menetelmänä. Koska aineisto oli pieni eikä regressioanalyysia suositella pienten aineistojen ( $n < 30$ ) analyysimenetelmäksi, ylläkäreiden ja apulaisylläkäreiden aineistot yhdistettiin. Tilastolliset analyysit käsiteltiin Statistica 6.0 / Win - ja SPSS 9.0 / win- ohjelmilla.

Kaikista roolijännitemallin selittävänä tekijänä toimivista muuttujista eli Rizzo ym. (1970) rooliristiritamittarista, persoonallista tyyliä (PNS) kuvaavasta mittarista, motivaatiotekijöistä, erikoissairaanhoidon muutostekijöistä ja työyhteisön toimivuustekijöistä (Pahkala 1999) tehtiin sekä faktori- että logistiset regressioanalyysit. Sawyerin (1992) mittaria ei hyödynnetty laajemmin, vaan sieltä poimittiin vain kysymykset 32,33,35,36, jotka ovat osa Rizzo ym. (1970) alkuperäistä mittaria Rizzo ym. mittarin toimivuuden analysoimista varten. Faktorianalyysit tehtiin 2-9 faktorille. Väittämät, joiden kommunaliteetti oli yli 0.3 otettiin analyysiin mukaan. Korrelaatioiden eliminoimiseksi tehtiin VARIMAX-rotatointi.

Faktorien määrä valittiin otoskorrelaatiomatriisin tarkastelun perusteella niin, että ominaisarvot ylittivät arvon yksi. Rooliristiritamittarin faktorianalyysit tehtiin erikseen henkilöstöjohtamiselle, asiajohtamiselle ja kliiniselle työlle.

Konfirmatorisen faktorianalyysin perusteella faktoreiden summat laskettiin yhteen ja määritettiin summamuuttujat. Summamuuttujien reliabiliteetit testattiin Cronbachin alfa-kertoimilla.

Logistisen regressioanalyysin avulla etsittiin selittäviä tekijöitä sekä henkilöstö- että asiajohtamistyön roolijännitteille, johtamismotivaatiolle ja johtamisroolin omaksumiselle. Kliinisen työn roolijännitemallia hyödynnettiin vain roolin omaksumista kuvaavan mallin logistisessa regressioanalyysissä. Roolijännite- ja roolimotivaatiomallin selittävässä analyysissä käytettiin eteenpäin askeltavaa logistista regressiomenetelmää pienen aineiston ja vinojen jakaumien vuoksi. Logistisessa mallissa selitettävä muuttuja on dikotominen eli se saa vain kaksi arvoa 1 tai 0. Malli mahdollistaa usean selittävän muuttujan yhteyksien tarkastelun samanaikaisesti.

Tuloksia tarkasteltiin summamuuttuja-analyyseina. Kysymyslomakkeen vastausasteikon arvot 3, 4 ja 5 vaihdettiin niin, että vaihtoehto "en osaa sanoa" sai arvon 3, "olen samaa mieltä" arvon 4 ja "olen täysin samaa mieltä" arvon 5. Alun perin vaihtoehto "en osaa sanoa" sijoitettiin kysymyslomakkeen äärilaitaan, jotta vastaajat käyttäisivät sitä mahdollisimman vähän. Rooliristiritamittarin puuttuvat tiedot korvattiin vaihtoehto "en osaa sanoa" arvolla 3. Kielteiset väittämät käännettiin myönteisiksi, jonka jälkeen summamuuttujat laskettiin yhteen.

Muuttujien summien laskemisen jälkeen haettiin Box & Whiskers -kuvioilla rooliristiriitoja kokevat ja ei-kokevat lääkärijohtajien äärityypit ylä- ja alakvartiileista. Tämän jälkeen äärityypit muutettiin dikotomisiksi muuttujiksi (1 = kokee roolijännitteitä ja 0 = muut) askeltavaa logistista regressioanalyysia varten. Yläkvartiiliin ne vastaajat, jotka eivät kokeneet roolijännitteitä, saivat arvon 1 ja muut arvon 0. Alakvartiilissa ne vastaajat, jotka kokivat roolijännitteitä saivat arvon 1 ja muut arvon 0. Äärityypeille etsittiin selittäviä tekijöitä lääkärijohtajien demografisista (ikä, sukupuoli, työvuodet ja johtamiskoulutus), persoona- (persoonallinen tyyli), organisaatio- (tulosityksikön koko, erikoissairaanhoidossa tapahtuneet muutokset) ja motivaatiotekijöistä, oppimismotivaatio). Pakkalan ym. (1999) tutkimuksesta poimittiin kyseisten lääkärijohtajien tulosityksiköiden työntekijöiden kokemia työyhteisön toimivuutta koskevia tutkimusten tuloksia (johtaminen, työjärjestelyt, työn hallinta ja arvot ja työn kehittäminen).

Regressioanalyysin tarkoitus on selittää vaihtelua ja ennustaa monien riippumattomien tekijöiden yhtäaikaista vaikutusta johonkin riippumattomaan eli selitettävään ilmiöön. Jokaisen regressiokerroimen merkitsevyys testataan t-testillä. T-arvo osoittaa, kuinka paljon regressiokerroimen keskivirhe eroaa nolasta ja todennäköisyysarvo p osoittaa t-testin merkitsevyyden eli sen että regressiokerroin eroaa nolasta. Alle 0.05 arvon saavia p-arvoja pidetään tässä tutkimuksessa merkitsevinä.

Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysin menetelmällä (Pietilä 1973, Weber 1985). Analyysiyksikkönä käytettiin koodattuja esimerkkilauseita roolijännitteistä. Koodauksen jälkeen esimerkkilauseet ryhmiteltiin teemojen mukaan. Laadullisen analyysin tavoitteena oli varmistaa ja saada yksityiskohtaisempia tietoja kvantitatiivisella kyselymenetelmällä saatujen roolijännitteiden sisällöstä.

#### **4.5 Validiteetti**

Tutkimus, joka antaa luotettavaa tietoa tutkittavasta kohteesta ja tukea tutkimuksessa käytetyille teorioille on validi. Jos tutkimuksen avulla saatu operationaalinen validiteetti on yhtäpitävä alkupe-  
räisen teoreettisen validiteetin kanssa voi validiteettia pitää täydellisenä (Uusitalo 1997, 84). Ollakseen validi, tämän tutkimuksen olisi mitattava roolijännitteitä ja niitä selittäviä tekijöitä sekä niiden vaikutusta muihin ilmiöihin. Mittaako rooliteoriaan perustuva Rizzo ym. (1970) roolijännitemittari sitten todella työssä esiintyviä rooliristiriitoja ja rooliepäselvyyttä? Täyttävätkö rooliristiriita- ja rooliepäselvyyttä käsitteet nimeämisvaliditeetin kriteerit? Ovatko rooliristiriita ja rooliepäselvyys kaksi eri käsitettä, vai yksi roolijännitteen muoto?

Rizzon mittari on kansainvälisesti validoitu mittari, ja sen sisäistä rakenne- ja nimeämisvaliditeettia on kritisoitu runsaasti (Van Sell 1981, King ja King 1990). Monien tutkimusten mukaan rooliepäselvyys- ja rooliristiriitatermien eroja ei ole riittävästi perusteltu (nimeämisvaliditeetin ongelma) ja rooliepäselvyyskäsitettä ja roolikonfliktikäsitettä on vaikea erottaa toisistaan (rakennevaliditeetin ongelma). Myös käsitteiden sisällön erittely on vaikeaa (sisältövaliditeetin ongelma). King ja King (1990) ehdottavat ongelmien ratkaisemiseksi laajempaa testikysymysvalikoimaa tai pitemmälle vietyä faktorianalyysia.

Ongelman ratkaisemiseksi tässä tutkimuksessa hylättiin Rizzon kahden faktorin - rooliristiriidan ja rooliepäselvyyden malli ja valittiin roolijännitemalli, jossa väittämät ryhmittäytyivät neljään lääkärijohtajan työn jännitteitä kuvaavaan ulottuvuuteen: työn kuvaan ja tavoitteisiin, työn organisointiin ja aikapaineeseen, ristiriitaiseen toimintaympäristöön sekä oikeudenmukaiseen kohteluun.

Rizzon ym. (1970) mittarin rooliristiriita- ja rooliepäselvyysosioita on valittu myös pohjoismaiseen työn psykososiaalisia tekijöitä koskevaan validoituun kyselylomakkeeseen (Dallner ym. 2000,27-8). Työn psykososiaalisia oloja kuvaava malli koostuu työmäärästä, työn kompleksisuudesta sekä johtamisen laadusta. Rooliristiriidat ja rooliepäselvyydet selittivät sekä työmäärää, työn kompleksisuutta että huonoa johtamista. Pohjoismainen mittari on tarkoitettu kaikille ammattiryhmille, kun taas Rizzo ym. (1970) mittari on alunperin suunniteltu erityisesti johtamistyötä tekeville työntekijöille.

Rizzo ym. alkuperäistä rooliristiriitamittaria on käytetty lääkärijohtajien rooliristiriitojen tutkimiseen muutamassa tutkimuksessa (Burke 1993, Sherman 1998). Näissä tutkimuksissa kysymykset ovat kohdistuneet kuitenkin lääkärijohtajan työhön kokonaisuutena, eikä niissä ole eritelty toisistaan kliinistä, hallinnollista tai johtamistyötä. Näin saaduista tutkimustuloksista on vaikea erottaa, kuinka paljon koetut ristiriidat ilmentävät johtamistyön ristiriitoja ja kuinka paljon kliinisen työn ristiriitoja. Tässä tutkimuksessa kliinisen, hallinnollisen ja johtamistyön erottamisen tarkoituksena oli parantaa sisältövaliditeettia.

#### **4.6 Reliabiliteetti**

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustuloksen toistettavuutta, jos tutkimus uusitaan samoilla menetelmillä. Tässä tutkimuksessa luotettavuuden parantamiseksi tehtiin muuttujien todellisen ja satunnaisvaihtelun erottamiseksi reliabiliteettianalyysi, jossa faktorianalyysin pohjalta saatujen summamuuttujien satunnaisvirheet kumoavat toisiaan. Taulukossa 3 on yhteenveto tutkimuksessa käytettyjen summamuuttujien sisältämistä väittämien lukumääristä ja niiden Cronbachin alfa-kertoimista. Yli 0.60 arvoja saavat summamuuttujat otettiin analyysiin mukaan. Alfakertoimet, joiden arvo on yli

0.60 osoittavat kohtuullista ja alfa-kertoimet, joiden arvo on yli 0.70 hyvää reliabiliteettia ( arvo 0 osoittaa täysin sattumanvaraista tulosta ja arvo 1 täysin sattumasta vapaata tulosta). Arvot vaihtelivat henkilöstöjohtamistyössä 0,72-0.86, asiajohtamistyössä 0.71-0.88, kliinisessä työssä 0.60-0.86, persoonallisessa tyyliässä 0.45-0.83, erikoissairaanhoidon muutoksissa 0.71-0.79, motivaatiossa 0.61-0.74 ja työyhteisön toimivuudessa 0.86-0.96.

Taulukko 3 Yhteenvedo käsitteistä, muuttujien lukumääristä, ja Cronbachin alfa-kertoimista

Käsite	Muuttujien määrä	Cronbach alfa
<b>Henkilöstöjohtamisen roolijännitteet</b>		
Työnkuva ja tavoitteet	9	0,86
Työjärjestelyt ja aikapaine	4	0,72
Ristiriitainen toimintaympäristö	8	0,76
Oikeudenmukainen kohtelu	7	0,77
<b>Asiajohtamisen roolijännitteet</b>		
Työnkuva ja tavoitteet	10	0,88
Työjärjestelyt ja aikapaine	5	0,72
Ristiriitainen toimintaympäristö	7	0,71
Oikeudenmukainen kohtelu	7	0,72
<b>Kliinisen työn roolijännitteet</b>		
Työnkuva, tavoitteet ja toimintaympäristö	13	0,86
Työjärjestelyt ja aikapaine	4	0,75
Työn arvoperusta	4	0,62
<b>Persoonallinen tyyli</b>		
Kognitiivinen joustavuus	7	0,83
Epävarmuuden sietokyky	5	0,45
<b>Erikoissairaanhoidon muutokset</b>		
Johtamistyö	6	0,72
Yleinen terveydenhuolto	8	0,71
Potilastyö	5	0,71
Talous ja toiminta	10	0,79
<b>Motivaatio</b>		
Johtaminen	7	0,67
Oppiminen	4	0,74
<b>Työyhteisön toimivuus</b>		
Johtaminen	10	0,96
Työjärjestelyt	5	0,93
Arvot ja työn hallinta	6	0,86
Työn kehittäminen	8	0,91

Johtamismotivaation (0.66) ja epävarmuuden sietokyvyn (0.45) alfa-kertoimet jäivät alle 0.7. Epävarmuuden sietokykyä ei otettu analyysiin mukaan. Suurin osa selittävästä tekijöistä oli summa-  
muuttujia. Vain demografiset tekijät: ikä, sukupuoli, työvuodet, johtamiskoulutus sekä alaisten määrä eli tulosityksikön koko toimivat yksittäisinä muuttujina.

Kysymyslomakkeessa oli kolme valmista mittaria: rooliristiriita -ja rooliepäselvyysmittari (Rizzo ym.1970), rooliepäselvyysmittari (Sawyer 1990) sekä PNS-mittari (Neuberg ja Newsom 1993). Erikoissairaanhoidon muutoksia koskeva mittari suunniteltiin aikaisemman kirjallisuuden pohjalta (Saltman ja Figueras 1997, Paavilainen ym. 1998). Motivaatiota koskevat väittämät valittiin myös aikaisemman motivaatiokirjallisuuden pohjalta (Miner 1989, Ruohotie 1998, Joronen 1992). Lomake esiteltiin kahdeksalla vastaajalla.

Lääkärijohtajan työ jaettiin kliiniseen, hallinnolliseen ja johtamistyöhön, jotka määriteltiin lomakkeessa. Näin vastaukset saatiin kohdennettua kuhunkin työn osa-alueeseen ja varmistettiin, että jokainen vastaaja ymmärsi tutkimuksessa analysoitavat lääkärijohtajan roolit mahdollisimman samalla tavalla. Kysymyslomakkeessa oli tiettyjen väittämien kohdalla avovastausmahdollisuus, jossa vastaajat saivat antaa käytännön esimerkkejä roolijännitteistä. Esimerkkien avulla havainnollistettiin vastaajien roolijännitteiden luonnetta ja vaihtelua.

#### **4.7 Katoanalyysi**

Vastausprosentti oli 73.9. Vastaamatta jätti 17 (26.1%) lääkärijohtajaa, näistä oli 6 ylilääkäreitä ja 11 apulaisylilääkäreitä. Heistä oli naisia 4 (ylilääkäreistä 1 ja apulaisylilääkäreistä 3). Miehiä oli 13 (ylilääkäreistä 5 ja apulaisylilääkäreistä 8). Ylilääkäreiden keski-ikä oli 51.5 vuotta (mediaani) ja apulaisylilääkäreiden 45.5 vuotta (mediaani). Erot eivät olleet tilastollisesti merkittäviä perusjoukkoon verrattuna (taulukko 4).

Erikoissairaanhoidon muutosten vaikutus lääkärijohtajan työhön – osiossa oli 34 puuttuvaa tietoa, rooliristiriita- ja rooliepäselvyysmittarin väittämässä oli 12 puuttuvaa tietoa, ja ne korvattiin kysymyslomakkeen "en osaa sanoa vaihtoehdolla", arvo 3. Erikoissairaanhoidon muutosten myönteisyyttä tai kielteisyyttä koskevissa kysymyksissä oli paljon puuttuvia tietoja. Liitetaulukossa 12 on erikoissairaanhoidon muutosten myönteistä tai kielteistä vaikutusta koskevien kysymysten puuttuvia tietoja. Lukuisten väittämien vuoksi vastaajat eivät jaksaneet ottaa kantaa asiaan tai se oli vaikeata. Eniten puuttuvia tietoja oli väittämässä, jotka käsittelivät julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisestä kilpailusta, lääkintöhallituksen lakkauttamista, uutta erikoissairaanhoidolakea ja medikalisaatiota. Avovastauksissa oli mainintoja että "Julkinen ja yksityinen terveydenhuolto eivät kilpaile". Medikalisaation kohdalla oli mainintoja; "en tunne termiä" ja kysymysmerkkejä kysymyksen perässä. Vähiten puuttuvia tietoja oli väittämässä, jotka koskivat taloudellisten resurssien vähenemistä, tulosjohtamismallien käyttöönottoa, kiirettä, lääketieteellisen hoidon ja tutkimuksen laadun ja vaikuttavuuden merkitystä, lääkäreiden ansiotason kehittymistä, palveluketjujen rakentamista sekä väestön terveydenhuoltoa koskevien vaatimusten lisääntymistä. Avovastauksissa mainittiin, että "perusterveydenhuollon puutteelliset resurssit ja väärä porrastus vaikeuttavat palveluketjun

veydenhuollon puutteelliset resurssit ja väärä porrastus vaikeuttavat palveluketjun rakentamista” sekä ” lääketieteelliset sovellukset tuovat lisää mahdollisuuksia, mutta aiheuttavat myös enemmän vaatimuksia”.

Puuttuvia tietoja oli runsaasti myös erikoissairaanhoidon muutoksia koskevassa osiossa, jossa kysyttiin muutosten myönteisyyttä tai kielteisyyttä. Puuttuvien tietojen määrä vaihteli neljästätoista kahteenkymmeneen kahdeksaan. Eniten puuttuvia tietoja oli kysymyksessä, joka koski julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välistä kilpailua (28), medikalisaatiota (26), lääkintöhallituksen lakkauttamista (26) sekä erikoissairaanhoidon voimaantumista (25).

Lääkärijohtajien oli yllättävän vaikea ottaa kantaa muutosten myönteiseen tai kielteiseen vaikutukseen. Osa oli kirjoittanut vastaustilaan vaikutuksen olevan sekä myönteinen että kielteinen (yhteensä 46 vastausta), vaikka sitä ei tarkoituksellisesti kysytty, koska vastaajien haluttiin nimenomaan ottavan muutosten vaikutuksiin kantaa. Ylilääkäreiden oli vielä vaikeampi ottaa kantaa kuin apulaisylilääkäreiden. Syynä lienee, että ylilääkärit tekevät enemmän sekä asijaohjantamistyötä ja henkilöstöjohtamistyötä ja ovat kokeneet muutosten sekä hyvät että huonot puolet. Yksi mahdollisuus on, että vastaajat eivät tunne kysyttyä asiaa, jolloin on vaikea ottaa kantaa sen myönteisyyteen tai kielteisyyteen. Lisäksi yksi mahdollisuus on se, että vastaajat eivät halua ilmaista kantansa lainkaan esimerkiksi juuri julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisestä kilpailusta.

Alaisten määräästä puuttui useampia vastauksia. Kolme ylilääkäriä ja seitsemän apulaisylilääkäriä ei tiennyt alaisten lukumäärää. Kaksi lomaketta hylättiin kokonaan puuttuvien tietojen vuoksi.



## 5. TULOKSET

Tässä kappaleessa esitetään aluksi kohdejoukkoa ja aineistoa kuvaavia tuloksia. Tulokset esitetään tutkimustehtäväkohtaisesti: ensin roolimittarin soveltuvuus, sitten lääkärijohtajan roolijännitemalli erikseen asajohtamistyölle ja henkilöstöjohtamistyölle sekä niitä selittävät tekijät. Erikoissairaanhoidon muutostekijöistä on oma kappale. Seuraavaksi esitetään johtamismotivaatiota ja johtamisroolin omaksumista selittävät tekijät ja lopuksi lääkärijohtajan roolin omaksumista kuvaava malli.

### 5.1 Aineistoa kuvaavat muuttujat

Kyselyyn vastasi 53 lääkärijohtajaa. Kahden vastaajan lomake hylättiin puutteellisten tietojen vuoksi. Lopulliseen aineistoon jäi 51 vastaajaa ja vastausprosentti oli 73.9. Se on tavanomaista lääkäreiden vastausaktiiviteettiä korkeampi (Kivimäki ym.2001, Elovainio 2002).

Vastaajista oli ylilääkäreitä 31 (61%) ja apulaisyllilääkäreitä 20 (39%). Naisia oli vastaajista 15 (29%). Ylilääkäreistä oli naisia 9 ja apulaisyllilääkäreistä 6.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä työskenteli vuonna 1999 201 lääkäriä, heistä oli naisia 89 (44%) ja miehiä 112 (56%).

Suomen sairaaloissa työskenteli vuonna 1999 6723 lääkäriä, näistä oli naisia 46% (3066).

### 4.8 Otoksen edustavuus

Taulukossa 4 on kuvattu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (EPSHP) lääkärijohtajista tehdyn otoksen edustavuus ammattinimikkeen, sukupuolen ja iän mukaan. Lisäksi mukana on Suomen Lääkäriliiton rekisteristä vertailutietoja Suomen lääkärijohtajista. Lääkärijohtajien keski-ikää koskevia tietoja ei ollut mahdollista analysoida Suomen Lääkäriliiton rekisteristä (Suomen Lääkäriliitto 1999).

#### Taulukko 4

Lääkärijohtajaotoksen edustavuus sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (EPSHP) perusjoukkoon että Suomen Lääkäriliiton perusjoukkoon nähden ammattinimikkeen, sukupuolen ja iän mukaan (%).

	Perusjoukko EPSHP n=69	Otos EPSH P n=51	Perusjoukko Suomen Lääkäriliitto n=1594
<b>Ammattinimike</b>			
ylilääkäri	56,5	60,8	67,5
apulaisylilääkäri	43,5	39,2	32,5
<b>Sukupuoli</b>			
nainen	28,9	29,4	22,8
mies	71,1	70,6	77,8
<b>Keski-ikä</b>			
naiset	46,2	48,2	ei tietoa
miehet	48,4	47,5	ei tietoa

Otos oli perusjoukkoon nähden edustava. Koko maan keskiarvoihin verrattuna Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on hiukan enemmän apulaisylilääkäreitä ja naislääkärijohtajia.

Tutkimus täytti ulkoisen validiteetin kriteerit eli otos edusti riittävästi perusjoukkoa. Tässä tutkimuksessa oli perusjoukkona Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkärijohtajat. Heistä vastasi kyselyyn 76.8% ja lopullisessa analyysissä oli 73.9% perusjoukosta. Yli 60% vastausprosenttia pidetään yleensä riittävän validina tulosten luotettavuuden suhteen.

#### 5.1.2 Ikä, työvuodet ja alaisten määrä

Taulukossa 5 on lueteltu muun muassa kaikkien vastaajien iän, alaisten määrän, työvuosien, kliinisen työn, asiajohtamistyön sekä henkilöstöjohtamistyön keskiarvot, mediaanit ja hajontaluvut. Kaikkien vastaajien mediaani-ikä oli 47.7. Naisten ja miesten ikäjakauma oli samanlainen. Ylilääkärit olivat hieman vanhempia (mediaani 49.0 36-61) kuin apulaisylilääkärit (46.5 38-61).

Työvuosissa (mediaani 8.2) ei miesten ja naisten eikä ylilääkäreiden ja apulaisylilääkäreiden välillä ollut eroja. Sen sijaan miehillä oli selvästi enemmän alaisia (mediaani 37.5) kuin naisilla (mediaani 13). Alaisten määrän vaihteluvälit (4-500) olivat suuret, eikä 10 (19.6%) vastaajaa osannut lainkaan määrittää alaistensa lukumäärää. Näistä 8 oli apulaisylilääkäriä ja 2 ylilääkäriä.

## Taulukko 5

Aineiston tilastollisten kuvaajien keskiluvut hajontoineen ammattinimikkeen ja sukupuolen mukaan

<b>Kaikki vastaajat</b>	n	Keskiarvo	Keskihajonta	Mediaani	Alakvartiili	Yläkvartiili	Mini- mi	Maximi
Ikä	51	47,7	6,6	48	42	54	36	61
Alaisten määrä	41	60,6	98,4	25	9	72	4	500
Työvuodet	51	8,2	5,2	8	5	10	0,5	27
Kliinisen työn määrä	51	70,6	22,5	80	60	90	10	100
Asiajohtamistyön määrä	51	15,2	13,2	10	5	20	0	60
Henkilöstöjohtamistyön määrä	51	9,9	7,6	10	5	15	0	30
<b>Yliääkärit</b>								
	n	Keskiarvo	Keskihajonta	Mediaani	Alakvartiili	Yläkvartiili	Mini- mi	Maximi
Ikä	31	48,5	7,4	49,0	42,0	55,0	36,0	61,0
Alaisten määrä	29	76,7	112,0	30,0	16,0	80,0	5,0	500,0
Työvuodet	31	9,0	5,7	8,0	5,0	11,0	0,5	27,0
Asiajohtamistyön määrä	31	19,8	14,6	15,0	5,0	30,0	0,0	60,0
Henkilöstöjohtamistyön määrä	31	10,6	7,4	10,0	5,0	15,0	0,0	30,0
Kliinisen työn määrä	31	63,6	24,6	70,0	48,0	85,0	10,0	100,0
<b>Apulaisyliääkärit</b>								
	n	Keskiarvo	Keskihajonta	Mediaani	Alakvartiili	Yläkvartiili	Mini- mi	Maximi
Ikä	20	46,8	5,4	46,5	42,5	49,0	38,0	61,0
Alaisten määrä	12	21,8	31,8	8,0	4,5	24,5	4,0	110,0
Työvuodet	20	7,0	4,4	7,5	3,5	9,5	0,5	15,0
Asiajohtamistyön määrä	20	8,2	6,3	5,0	3,0	10,0	0,0	20,0
Henkilöstöjohtamistyön määrä	20	8,9	8,0	8,5	2,0	12,5	0,0	30,0
Kliinisen työn määrä	20	81,5	13,5	85,0	77,5	92,0	50,0	98,0
<b>Naiset</b>								
	n	Keskiarvo	Keskihajonta	Mediaani	Alakvartiili	Yläkvartiili	Mini- mi	Maximi
Ikä	15	48,1	7,0	48,0	42,0	54,0	38,0	61,0
Alaisten määrä	13	20,5	22,5	13,0	8,0	16,0	4,0	75,0
Työvuodet	15	8,3	3,0	8,0	6,0	10,0	3,0	15,0
Asiajohtamistyön määrä	15	14,3	15,2	10,0	5,0	20,0	0,0	60,0
Henkilöstöjohtamistyön määrä	15	9,5	8,2	9,0	5,0	10,0	0,0	30,0
Kliinisen työn määrä	15	73,5	24,7	80,0	65,0	90,0	10,0	98,0
<b>Miehet</b>								
	n	Keskiarvo	Keskihajonta	Mediaani	Alakvartiili	Yläkvartiili	Mini- mi	Maximi
Ikä	36	47,7	6,7	47,5	42,5	53,5	36,0	61,0
Alaisten määrä	28	79,3	114,0	37,5	12,0	98,0	4,0	500,0
Työvuodet	36	8,2	6,0	8,0	4,5	9,5	0,5	27,0
Asiajohtamistyön määrä	36	15,7	12,6	10,0	5,0	20,0	0,0	45,0
Henkilöstöjohtamistyön määrä	36	10,1	7,5	10,0	5,0	15,0	0,0	30,0
Kliinisen työn määrä	36	69,4	21,9	75,0	55,0	85,0	10,0	100,0

### **5.1.3 Kliinisen työn, asiajohtamisen ja henkilöstöjohtamisen osuudet kokonaistyöajasta**

Lääkärijohtajien kokonaistyöajasta suurin osa kuuluu kliinisessä työssä (mediaani 80%). Apulaisyli-lääkärit tekivät enemmän kliinistä työtä kuin yllilääkärit ja naiset tekivät enemmän kliinistä työtä kuin miehet. Kliinisen työn määrä kokonaistyöajasta yllilääkäreillä oli mediaanina 70% (100-10), apulaisyli-lääkäreillä 85% (98-50). Yllilääkärit tekivät selvästi enemmän asiajohtamista (mediaani 14.7) kuin apulaisyli-lääkärit (mediaani 6.2) , miehet jonkin verran enemmän kuin naiset. Henkilöstöjohtamiseen käytettiin kaikkein vähiten työaika (mediaani 9.9). (taulukko 5).

### **5.1.5 Johtamiskoulutus ja kiinnostus johtamistyöhön**

Hallinnollista ja johtamiskoulutusta oli saanut yllilääkäreistä enemmistö (87%) ja apulaisyli-lääkäreistä noin puolet (55%). Miesten ja naisten välillä ei ollut merkittäviä eroja (taulukko 6). Kaikista lääkärijohtajista 39 (76.5%) mainitsi saaneensa hallinnollista koulutusta tai johtamiskoulutusta. 12 vastaajaa ei maininnut saaneensa mitään hallinnollista tai johtamiskoulutusta. Hallinnon pätevyys oli 6 vastaajalla, terveydenhuollon PD eli Professional Development -koulutus oli 1 vastaajalla, 15 vastaajaa oli saanut tulosjohtamiskoulutusta, 3 vastaajalla oli laatuprojektikoulutus, 8 vastaajaa oli käynyt Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen terveydenhuollon johtamiskurssin. Lisäksi 10 vastaajaa mainitsi lyhyempiä Lääkäriliiton tai muiden järjestöjen kursseja. Joillakin oli useampia koulutusmuotoja. Suuri osa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin työntekijöistä on käynyt tulosjohtamiskoulutuksen vuosina 1992-1993.

Taulukossa 6 on yhteenveto johtamistyöstä kiinnostuneiden ja johtamiskoulutusta saaneiden lääkärijohtajien lukumääristä ammattinimikkeen ja sukupuolen mukaan. Yli puolet lääkärijohtajista ei ollut kiinnostunut johtamistyöstä. Kliiniseen työhön olisi halunnut paneutua aikaisempaa enemmän kaksi lääkärijohtajaa. Asiajohtamisesta oli kiinnostunut 39% lääkärijohtajista ja henkilöstöjohtamisesta 45% lääkärijohtajista. Apulaisyli-lääkärit (45%) olivat enemmän kiinnostuneet paneutumaan asiajohtamiseen kuin yllilääkärit (35.5%) ja naiset (46.6%) kiinnostuneempia asiajohtamisesta kuin miehet (36.1%). Kaikkein kiinnostuneimpia henkilöstöjohtamisesta olivat naislääkärijohtajat (60%).

## Taulukko 6

Johtamiskoulutusta saaneiden ja johtamistyöstä kiinnostuneiden lääkärijohtajien määrät ammattinimikkeen ja sukupuolen mukaan

<b>Kaikki n=51</b>	n	%
Johtamiskoulutus	39	76,5
Kiinnostus asiajohtamistyöhön	20	39,2
Kiinnostus henkilöstöjohtamistyöhön	23	45,0
Kiinnostus kliiniseen työhön	2	3,9
<b>Ylilääkärit n=31</b>		
Johtamiskoulutus	27	87,0
Kiinnostus asiajohtamistyöhön	11	35,5
Kiinnostus henkilöstöjohtamistyöhön	16	51,6
Kiinnostus kliiniseen työhön	1	3,2
<b>Apulaisylilääkärit n=20</b>		
Johtamiskoulutus	12	60,0
Kiinnostus asiajohtamistyöhön	9	45,0
Kiinnostus henkilöstöjohtamistyöhön	7	35,0
Kiinnostus kliiniseen työhön	1	5,0
<b>Naiset n=15</b>		
Johtamiskoulutus	12	80,0
Kiinnostus asiajohtamistyöhön	7	46,6
Kiinnostus henkilöstöjohtamistyöhön	9	60,0
Kiinnostus kliiniseen työhön	1	6,6
<b>Miehet n=36</b>		
Johtamiskoulutus	27	75,0
Kiinnostus asiajohtamistyöhön	13	36,1
Kiinnostus henkilöstöjohtamistyöhön	15	41,6
Kiinnostus kliiniseen työhön		

### 5.1.5 Yhteenveto aineistoa kuvaavista muuttujista

Tutkimusotos oli edustava Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin perusjoukkoon nähden. Vastausprosentti oli tavanomaista lääkärien vastausaktiiviteettia korkeampi. Vastaajien keski-ikä oli 47 vuotta. Naisten ja miesten ikäjakaumassa ei ollut eroa, mutta kuten oletettavaakin ylilääkärit olivat apulaisylilääkäreitä iäkkäämpiä. Vastaajista sekä miehet että naiset olivat toimineet lääkärijohtajan työssä noin kahdeksan vuoden ajan. Alaisten määrässä oli suurta vaihtelua. Noin 20% vastaajista ei tiennyt lainkaan alaistensa määrää, näistä suurin osa oli apulaisylilääkäreitä. Lääkärijohtajien

työajasta kului 80% kliniseen työhön. Ylilääkärit tekivät apulaisylilääkäreitä jonkin verran enemmän johtamistyötä. Asiajohtamiseen käytettiin enemmän aikaa kuin henkilöstöjohtamiseen.

Asiajohtamisesta oli kiinnostunut 39% ja henkilöstöjohtamisesta 45% vastaajista. Vaikka naislääkärijohtajilla oli selvästi vähemmän alaisia, olivat he mieslääkärijohtajia kiinnostuneempia sekä asia- että henkilöstöjohtamisesta. Enemmistö vastaajista oli saanut johtamiskoulutusta.

## **5.2 Rooliristiriitamittarin soveltuvuus roolijännitteiden tutkimisessa**

Koska erityisesti johtamistyöhön liittyvien rooliristiriitojen ja rooliepäselvyyden mittaamista varten oli jo olemassa validoitu mittari (Rizzo ym. 1970), hyödynnettiin sitä tässä tutkimuksessa. Useimmat aiemmat tutkimukset ovat käyttäneet Rizzo ym. (1970) mittaria kahden faktorin - rooliristiriita - ja rooliepäselvyyden - mallina (Burke ym. 1993, Sherman 1998, King ja King 1990).

Kyselylomakkeessa lääkärijohtajan työ oli jaettu kolmeen eri osaan - kliniseen työhön, asiajohtamistyöhön ja henkilöstöjohtamistyöhön. Näin roolijännitteitä koskevat vastaukset saatiin kohdennettua omille tehtäväalueille. Vastaavaa jakoa ei aiemmissa rooliristiriitamittarin sovelluksissa ole tehty.

Konfirmatorisen faktorianalyysin jälkeen kahden faktorin mallissa väittämät jakoutuivat niin, että 26 väittämää jakautui Rizzon mallin mukaisesti rooliepäselvyys - ja rooliristiriitafaktoreille klinisessä työssä 12 väittämää, asiajohtamisessa 15 väittämää ja henkilöstöjohtamisessa 17 väittämää (Liitetaulukot 1-3). Koska rooliepäselvyys - ja rooliristiriitakäsitteiden erottaminen on aiempien tutkimusten mukaan ollut teoreettisesti vaikeaa ja nimeämis- ja rakennevaliditeetissa on ollut ongelmia, jatkettiin faktorianalyysiä. Sekä henkilöstö- että asiajohtamiselle toimi tässä tutkimuksessa parhaiten neljän faktorin malli. Sen sijaan klinisen työn väittämät ryhmittivät parhaiten kolmelle faktorille (liitetaulukko 3). Henkilöstöjohtamistyön, asiajohtamistyön ja klinisen työn väliset korrelaatiokertoimet erikseen roolijännitteitä kokeville ja ei-kokeville ovat liitetaulukossa 11. Kaikki Rizzon mittarin väittämät tulivat analyysiin mukaan. Väittämät eivät jakautuneet selkeästi erillisiin rooliristiriita- ja rooliepäselvyyden ulottuvuuksiin (liitetaulukot 1-3). Tulos on kuitenkin yhtenevä monien muiden rooliristiriitamittarin toimivuutta koskevien tutkimusten kanssa (King ja King 1990).

Aineiston pienuuden vuoksi eri faktoreiden selitysosuudet (taulukko 7) ovat vain viitteellisiä, mutta osoittavat kuitenkin käsitteiden tärkeysjärjestystä. Epäselvä työnkuva ja tavoitteet selittivät eniten henkilöstöjohtamiseen liittyviä roolijännitteitä. Asiajohtamisessa ristiriitainen toimintaympäristö taas oli tärkein roolijännitteiden selittäjä. Persoonallista tyyliä selitti selkeästi kognitiivinen joustavuus. Erikoissairaanhoidon muutoksissa ja motivaatiotekijöissä ei mikään summamuuttuja erottunut selkeästi selittäväksi tekijäksi. Sen sijaan työyhteisön toimivuutta selitti voimakkaimmin johtaminen.

## Taulukko 7

### Yhteenvedo faktoreiden selitysosuuksista

<b>Faktori</b>	<b>Selitys- osuus %</b>
<b>Henkilöstöjohtamisen roolijännitteet</b>	
Työnkuva ja tavoitteet	16,0
Työjärjestelyt ja aikapaine	9,3
Ristiriitainen toimintaympäristö	11,2
Oikeudenmukaisuus	13,8
<b>Asiajohtamisen roolijännitteet</b>	
Työnkuva ja tavoitteet	10,9
Työjärjestelyt ja aikapaine	8,2
Ristiriitainen toimintaympäristö	21,1
Oikeudenmukaisuus	10,9
<b>Kliinisen työn roolijännitteet</b>	
Työnkuva, tavoitteet ja toimintaympäristö	19,5
Työjärjestelyt ja aikapaine	10,1
Työn arvoperusta	7,9
<b>Persoonallinen tyyli</b>	
Kognitiivinen joustavuus	30,9
Epävarmuuden sietokyky	18,8
<b>Erikoissairaanhoidon muutokset</b>	
Johtamistyö	11,2
Yleinen terveydenhuolto	11,1
Potilastyö	11,4
Talous ja toiminta	12,6
<b>Motivaatio</b>	
Johtaminen	23,4
Oppiminen	22,3
<b>Työyhteisön toimivuus</b>	
Johtaminen	30,0
Työjärjestelyt	17,3
Arvot ja työn hallinta	14,4
Työn kehittäminen	17,7

### 5.3. Lääkärijohtajan johtamistyön roolijännitemalli ja roolijännitteitä selittävät tekijät

Rooliristiriitaa ja rooliepäselvyyttä kuvaavat väittämät jakautuivat faktorianalyysissä neljälle faktorille: epäselvään työnkuvaan ja tavoitteisiin, työn organisointiin ja aikapaineeseen, ristiriitaiseen toimintaympäristöön sekä epäoikeudenmukaiseen kohteluun (taulukot 8-15). Sekä henkilöstö- että asiajohtamisen faktorit muodostuivat hyvin samanlaisiksi. Vain kysymys numero 9 "Työskentelen ristiriitaisien ja yhteen sopimattomien toimintaperiaatteiden ja ohjeiden alaisena" latautui asiajohtamisessa työnkuvan ja tavoitteiden selkeys –faktorille ja henkilöstöjohtamisessa ristiriitaisen toimintaympäristön faktorilla (taulukot 5, 6, 9 ja 10). Samoin kysymys 12 "Minun on toimittava joskus sääntöjen vastaisesti suorittaakseni jonkun tehtävän" latautui vain asiajohtamisessa työn organisointi ja aikapaine –faktorille (taulukot 7 ja 8).

Selkeästi erillisiä rooliristiriita- tai rooliepäselvyyksifaktoreita ei muodostunut. Jatkossa näitä faktoreita kutsutaan roolijännitefaktoreiksi.

Kliiniselle työlle (liitetaulukko 3) saatiin kolmen ulottuvuuden malli. Ulottuvuuksia olivat toimintaympäristön ristiriitaisuus, työjärjestelyt ja aikapaine sekä työn arvoperusta.

Tutkimuksen jatkoanalyysit rajataan vain asiajohtamiseen ja henkilöstöjohtamiseen. Kliinisen työn roolijännitemallia hyödynnetään johtamisroolin omaksumismallin regressioanalyysissä. Tutkimustulosten merkitystä pohditaan kappaleessa 6.

### 5.3.1 Työnkuva ja tavoitteet

Selviytyäkseen työtehtävistään ja roolistaan lääkärijohtajalla tulisi olla työstä ja sen tavoitteista selkeä käsitys. Lääkärijohtajan johtamistyön roolijännitemalli koostuu neljästä roolijännitefaktorista eli -ulottuvuudesta. Ensimmäinen ulottuvuus (taulukko 8-9) kuvaa lääkärijohtajan työhön liittyvää rooliepäselvyyttä; epäselvää työnkuvaa, epäselviä ohjeita sekä epäselviä työn tavoitteita. Faktorin reliabiliteetissa ei ole eroa henkilöstö- ja asiajohtamisessa. Sen sijaan henkilöstöjohtamisen työnkuva- ja tavoitteiden ulottuvuuden selitysosuus on asiajohtamista suurempi.

Taulukko 8 Epäselvään työnkuvaan ja tavoitteisiin liittyvät väittämät, faktoripisteet, faktorin selitysosuus ja Cronbachin alfakerroin henkilöstöjohtamisessa

Työnkuva ja tavoitteet	Faktori- piste	Selitys- osuus %	Cronbach- alfa
4 Joudun tekemään asioita, joita pitäisi tehdä toisella tavalla	0,59		
5 Minua auttavat toimintaperiaatteet ja ohjeet puuttuvat	0,61		
6 Riippumatta kulloisestakin työtiimin kokoonpanosta pystyn toimimaan samalla tavalla	0,69		
24 Ohjeet siitä, mitä pitää tehdä ovat selkeitä	0,64		
28 En tiedä hyväksyykö esimieheni työni	0,54		
32 Tiedän tarkasti vastuuni ja velvollisuuteni	0,78		
33 Olen täysin selvillä tavoitteista ja päämääristä	0,68		
34 Olen varma osastoni tavoitteista ja kuinka työni siihen liittyy	0,71		
36 Tiedän tarkasti, mitä tuloksia esimieheni odottavat työltäni	0,61		
		16,1	0,86



Taulukko 9 Epäselvään työnkuvaan ja tavoitteisiin liittyvät väittämät, faktoripisteet, faktorin selitysosuus ja Cronbachin alfakerroin asiajohtamisessa

Työnkuva ja tavoitteet	Faktori- piste	Selitys- osuus %	Cronbach- alfa
4 Joudun tekemään asioita, joita pitäisi tehdä toisella tavalla	0,59		
5 Minua auttavat toimintaperiaatteet ja ohjeet puuttuvat	0,61		
6 Riippumatta kulloisestakin työttömyyden kokoonpanosta pystyn toimimaan samalla tavalla	0,69		
9 Työskentelen ristiriitaisten ja yhteen sopimattomien toimintaperiaatteiden ja ohjeiden alaisena	0,54		
24 Ohjeet siitä, mitä pitää tehdä ovat selkeitä	0,64		
28 En tiedä hyväksyykö esimieheni työni	0,54		
32 Tiedän tarkasti vastuuni ja velvollisuuteni	0,78		
33 Olen täysin selvillä tavoitteista ja päämääristä	0,68		
34 Olen varma osastoni tavoitteista ja kuinka työni siihen liittyy	0,71		
36 Tiedän tarkasti, mitä tuloksia esimieheni odottavat työltäni	0,60		
		10,9	0,86

### 5.3.2 Työjärjestelyt ja aikapaine

Toinen faktori kuvaa lääkärijohtajan työprosesseihin liittyvää aikapainetta ja ongelmia työjärjestelyissä (taulukot 10-11). Lääkärijohtajalla on ristiriitainen ja epäselvä tunne siitä, onko hän itse jakanut aikansa oikein, onko työtä vain liikaa, vai onko työ organisoitu väärin? Myös johtamistyön arvottaminen latautui tälle työn organisoimista kuvaavalle ulottuvuudelle. Selitysosuuksissa ei ole eroa henkilöstöjohtamisen ja asiajohtamisen välillä. Sen sijaan asiajohtamiseen liittyvä tarve toimia joskus sääntöjenvastaisesti aiheuttaa roolijännitteitä ja poikkeaa henkilöstöjohtamiseen liittyvistä jännitteistä.

Taulukko 10 Työjärjestelyihin ja aikapaineeseen liittyvät roolijänniteväittämät, faktoripisteet, faktorin selitysosuus ja Cronbachin alfakerroin henkilöstöjohtamisessa

Työjärjestelyt ja aikapaine	Faktori- piste	Selitys- osuus %	Cronbach- alfa
1 Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä päivittäinen työni	0,47		
10 Tiedän, että olen jakanut aikani oikein työtä tehdessäni	0,77		
16 Minulla on tehtävänä juuri oikea määrä työtä	0,68		
27 Teen omiin arvoihini sopivaa työtä	0,71		
		9,3	0,72

Taulukko 11 Työjärjestelyihin ja aikapaineeseen liittyvät roolijänniteväittämät, faktoripisteet, faktorin selitysosuus ja Cronbachin alfakerroin asiajohtamisessa

Työjärjestelyt ja aikapaine	Faktori- piste	Selitys- osuus %	Cronbach- alfa
1 Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä päivittäinen työni	0,47		
10 Tiedän, että olen jakanut aikani oikein työtä tehdessäni	0,77		
12 Minun on toimittava joskus sääntöjen vastaisesti suorittaakseni jonkun tehtävän	0,71		
16 Minulla on tehtävänä juuri oikea määrä työtä	0,68		
27 Teen omiin arvoihini sopivaa työtä	0,71		
		8,2	0,72

### 5.3.3 Ristiriitainen toimintaympäristö

Kolmas faktori heijastaa lääkärijohtajan ristiriitaista työ- ja toimintaympäristöä (taulukot 12-13). Henkilöstöjohtamiseen liittyy asiajohtamista enemmän ristiriitaisia ja yhteen sopimattomia toimintaperiaatteita, jotka voivat aiheuttaa rooliristiriitoja. Ristiriitainen toimintaympäristö oli asiajohtamisen kaikista neljästä roolijännitteistä selittävistä tekijöistä tärkein. Kun taas henkilöstöjohtamistyössä työnkuvaan ja tavoitteisiin liittyvät väittämät olivat suurimpana roolijännitteiden selittäjänä.

Taulukko 12 Ristiriitaiseen toimintaympäristöön liittyvät roolijänniteväittämät, faktoripisteet, faktorin selitysosuus ja Cronbachin alfakerroin henkilöstöjohtamisessa

Ristiriitainen toimintaympäristö	Faktori- piste	Selitys- osuus %	Cronbach- alfa
9 Työskentelen ristiriitaisten ja yhteen sopimattomien toimintaperiaatteiden ja ohjeiden alaisena	0,51		
13 Joskus en pysty ilman lisätiedusteluja tekemään työtäni	0,65		
18 Saan keskenään yhteen sopimattomia ja ristiriitaisia pyyntöjä kahdelta tai useammalta henkilöltä / taholta	0,54		
20 Teen asioita, joita osa hyväksyy ja osa ei hyväksy	0,71		
23 Minulle annetaan töitä tehtäväksi ilman riittäviä taustatietoja ja materiaalia	0,53		
25 Teen tarpeettomia asioita työssäni	0,42		
26 Minun on tehtävä epäselvien ohjeiden ja käskyjen pohjalta työtäni	0,62		
35 Tiedän tarkasti, mitä tuloksia työntekijät odottavat työltäni	0,61	11,2	0,76

Taulukko 13 Ristiriitaiseen toimintaympäristöön liittyvät roolijänniteväittämät, faktoripisteet, faktorin selitysosuus ja Cronbachin alfakerroin asiajohtamisessa

Ristiriitainen toimintaympäristö	Faktori- piste	Selitys- osuus %	Cronbach- alfa
13 Joskus en pysty ilman lisätiedusteluja tekemään työtäni	0,65		
18 Saan keskenään yhteen sopimattomia ja ristiriitaisia pyyntöjä kahdelta tai useammalta henkilöltä / taholta	0,54		
20 Teen asioita, joita osa hyväksyy ja osa ei hyväksy	0,71		
23 Minulle annetaan töitä tehtäväksi ilman riittäviä taustatietoja ja materiaalia	0,53		
25 Teen tarpeettomia asioita työssäni	0,42		
26 Minun on tehtävä epäselvien ohjeiden ja käskyjen pohjalta työtäni	0,62		
35 Tiedän tarkasti, mitä tuloksia työntekijät odottavat työltäni	0,61		
		21,1	0,76

### 5.3.4 Oikeudenmukainen kohtelu

Neljännän faktorin väittämät (taulukot 14-15) kuvaavat lääkärijohtajien kokemaa epäoikeudenmukaista kohtelua kohtelua ja epäselvyyden tunnetta työtehtävien tai palkan suhteen. Samoin se kuvaa epäoikeudenmukaisuuden tunnetta sekä esimiehiltä tai työntekijöiltä saadun palautteen ja arvostuksen suhteen. Henkilöstö- ja asiajohtamisen tulokset eivät poikkea toisistaan. Oikeudenmukainen kohtelu oli toiseksi tärkein henkilöstöjohtamistyön roolijännitteitä selittävä tekijä.

Taulukko 14 Epäoikeudenmukaiseen kohteluun liittyvät roolijänniteväittämät, faktoripisteet, faktorin selitysosuus ja Cronbachin alfakerroin henkilöstöjohtamisessa

Oikeudenmukainen kohtelu	Faktori- piste	Selitys- osuus %	Cronbach- alfa
2 Tiedän varmasti miten paljon päätäntävaltaa minulla on	0,54		
7 Esimieheni kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	0,77		
8 Työntekijät kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	0,57		
11 Minulle on annettu riittämättömät henkilöstövoimavarat töiden suorittamiseksi	0,48		
14 Saan koulutukseni ja kykyjeni rajoissa olevia tehtäviä	0,48		
15 Tiedän varmasti, että minua arvioidaan oikeudenmukaisesti palkankorotuksesta tai ylennyksestä päätettäessä	0,68		
19 Olen epävarma siitä, mihin työni on sidoksissa	0,55		
		13,8	0,77

Taulukko 15 Epäoikeudenmukaiseen kohteluun liittyvät roolijänniteväittämät, faktoripisteet, faktorin selitysosuus ja Cronbachin alfakerroin asiajohtamisessa

Oikeudenmukainen kohtelu	Faktori- piste	Selitys- osuus %	Cronbach- alfa
2 Tiedän varmasti miten paljon päätäntävaltaa minulla on	0,54		
7 Esimieheni kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	0,77		
8 Työntekijät kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	0,57		
11 Minulle on annettu riittämättömät henkilöstövoimavarat töiden suorittamiseksi	0,48		
14 Saan koulutukseni ja kykyjeni rajoissa olevia tehtäviä	0,48		
15 Tiedän varmasti, että minua arvioidaan oikeudenmukaisesti palkankorotuksesta tai ylennyksestä päätettäessä	0,68		
19 Olen epävarma siitä, mihin työni on sidoksissa	0,55		
		10,9	0,77

## 5.4 Roolijännitteitä selittävät tekijät

Seuraavassa kappaleessa esitetään lyhyesti roolijännitteitä selittävien tekijöiden logistisen regressioanalyysin tulokset. Selittävinä tekijöinä olivat demografiset tekijät (ikä, sukupuoli, työvuodet, johtamiskoulutus), persoonatekijät (persoonallinen tyyli, motivaatiotekijät), organisaatiotekijät (tulosityksikön koko, muutostekijät) ja vuorovaikutustekijät (työyhteisön toimivuus). Analyysit on tehty erikseen henkilöstöjohtamiselle ja asiajohtamiselle. Tulosten merkitystä pohditaan kappaleessa 6.

### 5.4.1 Henkilöstöjohtaminen

Henkilöstöjohtamisen roolijännitteitä selittävät tekijöiden logistisen regressioanalyysin tulokset ovat kuviossa 8.

Työnkuvan ja tavoitteiden selkeys ja epäselvyys

Koettua henkilöstöjohtamisen työnkuvan ja tavoitteiden epäselvyyttä ennustivat saatu johtamiskoulutus sekä naissukupuoli. Selkeyttä eli harmoniaa ennustivat joustava persoonallinen tyyli, hyvä johtamismotivaatio sekä huono oppimismotivaatio.

## Työjärjestelyt ja aikapaine

Todennäköisyyttä aikapaineen ja puutteellisten työjärjestelyjen kokemiselle henkilöstöjohtamisessa lisäsivät erikoissairaanhoidon taloudelliset ja toiminnalliset muutokset. Todennäköisyyttä ei vähentänyt mikään tekijä.

Kohtuullisen aikapaineen ja hyvien työjärjestelyjen kokemista ennustivat johtamistyön muutokset.

## Toimintaympäristön ristiriitaisuus

Henkilöstöjohtamisen toimintaympäristön ristiriitaisuuden kokemista ennustivat taloudelliset ja toiminnalliset muutokset. Harmonista toimintaympäristöä ennusti johtamistyön säilyminen ennallaan. Myös hyvä oppimismotivaatio ennusti harmonisen toimintaympäristön kokemista.

## Työssä koettu epäoikeudenmukainen kohtelu

Koettua epäoikeudenmukaista kohtelua henkilöstöjohtamisessa ennustivat taloudelliset ja toiminnalliset muutokset, hyvä oppimismotivaatio, jäykkä persoonallinen tyyli. Nuori ikä ja suuri tulosityksikkö sen sijaan ennustivat oikeudenmukaisen kohtelun kokemista..

Kuvio 8 Henkilöstöjohtamistyön roolijännitteitä ennustavat tekijät logistisessa regressioanalyysissä (OR= Odds-ratio eli riskisuhde, 95% luottamusväli)

Ennustava tekijä	OR (luottamusväli)	Roolijännite
Johtamiskoulutus Sukupuoli (nainen) Hyvä oppimismotivaatio	5.51 (1.06- 28.45) 11.11 (2.22- 50.00) 12.52 (1.33-100.12)	EPÄSELVÄ TYÖNKUVA JA TAVOITTEET
Joustava persoonallinen tyyli Hyvä johtamismotivaatio Huono oppimismotivaatio	10.99 (2.26-53.39) 4.27 (1.01-18.08) 4.32 (1.05-17.76)	SELKEÄ TYÖNKUVA JA TAVOITTEET
Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset	4.27 (1.08-16.82)	AIKAPAINE, PUUTTEELLINEN TYÖN ORGANISOINTI
Johtamistyön muutokset	0.11 (0.01-0.98)	KOHTUULLINEN AIKAPAINE, RIITTÄVÄ TYÖN ORGANISOINTI
Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset	6.32 (1.09-36.42)	RISTIRIITAINEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ
Johtamistyössä ei muutoksia Hyvä oppimismotivaatio	6.25 (1.33-29.37) 6.22 (1.53-25.12)	HARMONINEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ
Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset Hyvä oppimismotivaatio Jäykkä persoonallinen tyyli Ikäluokka (nuoret)	5.46 (1.18-25.09) 3.92 (1.05-14.68) 3.91 (0.97-15.79) 0.23 (0.06 - 0.87)	EPÄOIKEUDENMUKAINEN KOHTELU
Suuri tulosityksikkö	5.99 (1.30-27.60)	OIKEUDENMUKAINEN KOHTELU

## 5.4.2 Asiajohtaminen

Asiajohtamistyön roolijännitteitä selittävät tekijät logistisessa regressioanalyysissä on esitetty kuviossa 9.

Työnkuva ja työn tavoitteet

Asiajohtamisessa koettuja epäselviä työn tavoitteita ennusti huono johtamismotivaatio. Yleiset terveydenhuollon muutokset ennustivat selkeää työnkuvaa ja tavoitteita.

Työjärjestelyt ja aikapaine

Työjärjestelyille ja aikapaineelle ei asiajohtamisessa löytynyt selittäviä tekijöitä.

Toimintaympäristön ristiriitaisuus

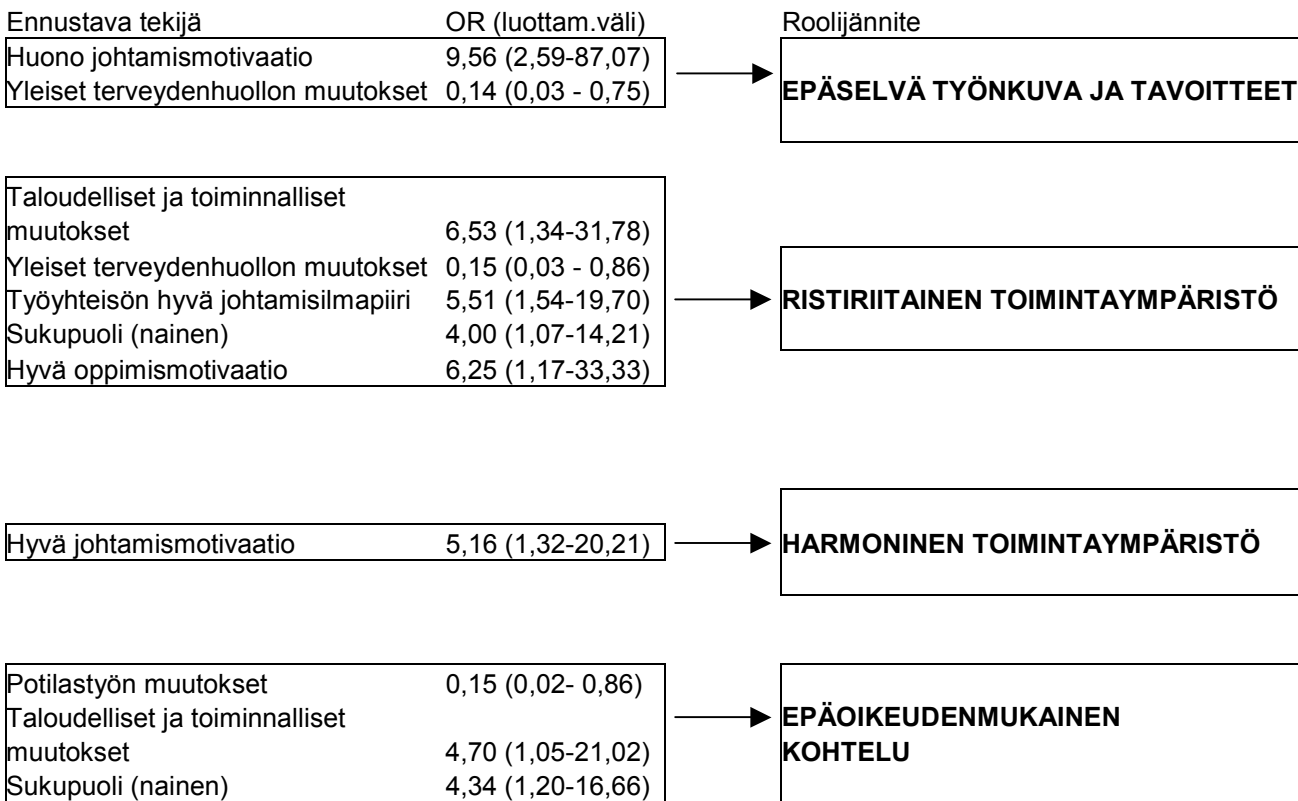
Toimintaympäristön ristiriitaisuutta asiajohtamisessa ennustivat naissukupuoli, hyvä oppimismotivaatio sekä koetut taloudelliset ja toiminnalliset muutokset.

Yleiset terveydenhuollon muutokset ja hyvä johtamismotivaatio ennustivat harmonista toimintaympäristöä.

Työssä koettu epäoikeudenmukainen kohtelu

Asiajohtamisessa epäoikeudenmukaisen kohtelun kokemista ennustivat taloudelliset ja toiminnalliset muutokset ja naissukupuoli. Potilastyön muutokset ennustivat oikeudenmukaisen kohtelun kokemista.

Kuvio 9 Asiajohtamistyön roolijännitteitä ennustavat tekijät logistisessa regressioanalyysissä  
(OR= Odds-ratio eli riskisuhde, 95% luottamusväli)



### 5.4.3 Erikoissairaanhoidon muutokset roolijännitteitä selittävänä tekijänä

Koska tutkimuksen yhtenä lähtökohtana oli saada lisätietoa erikoissairaanhoidon muutosten ja lääkärijohtajien roolijännitteiden välisestä yhteydestä, analysoidaan seuraavassa kappaleessa erikseen erikoissairaanhoidon muutostekijöitä ja niiden vaikutusta roolijännitteiden kokemiseen. Erikoissairaanhoidon muutostekijöiden faktorianalyysissä muutokset jakaantuivat neljään eri ulottuvuuteen. Faktoreiden selitysosuudet eivät poikenneet toisistaan (taulukko 16).



Taulukko 16 Erikoissairaanhoidon muutosten ulottuvuudet, faktoripisteet, faktorien selitysosuudet ja Cronbachin alfa-kertoimet.

**Johtamistyön muutokset**

	Faktori- piste	Selitys- osuus %	Cron- bach-alfa	Cronbach- alfa, jos poistetaan
Tulosjohtamismallien käyttöönotto	0,58			0,67
Hoitotieteen merkityksen lisääntyminen	0,59			0,71
Sairaanhoidon kaksijohtajajärjestelmä	0,66			0,73
Johtamisen laatua koskevien vaatimusten lisääntyminen	0,52			0,69
Tulosvastuun lisääntyminen	0,41			0,66
Tulosityksiköiden välinen kilpailu	0,76			0,68
		11,20	0,72	

**Yleiset terveydenhuollon muutokset**

Väestön terveydenhuoltoa koskevien vaatimusten lisääntyminen	0,49			0,68
Potilasjärjestöjen merkityksen lisääntyminen	0,51			0,70
Kansainvälistyminen	0,69			0,67
Väestön vanheneminen	0,78			0,66
Lääketieteellisten sovellusten kehittyminen	0,58			0,67
Medikalisaatio	0,41			0,73
Lääkärien ansiotason epäedullinen kehittyminen muihin ammattiryhmiin verrattuna	0,47			0,74
Tietoteknologisten sovellusten kehittyminen	0,58			0,69
		11,00	0,71	

**Potilastyön muutokset**

Erikoissairaanhoitolain voimaantuloon v. 1991 liittynyt sairaanhoitopiirien muodostaminen	0,46			0,66
Laitoskeskeisen palvelurakenteen muutos avohoitopalveluiksi	0,45			0,64
Palveluketjujen rakentaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille	0,89			0,62
Kiireen lisääntyminen	0,89			0,70
Priorisointi potilaiden hoidossa	0,41			0,70
		11,40	0,71	

**Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset**

Valtionosuusuudistukseen v. 1993 liittynyt kuntien vaikutusvallan kasvu terveydenhuoltoa koskevissa päätöksissä	0,47			0,79
Taloudellisten resurssien väheneminen	0,58			0,76
Markkinatalouden ja yrityskulttuurin vaikutus julkisten organisaatioiden tuottavuusvaatimuksiin	0,62			0,77
Henkilökunnan määrän vähentäminen	0,51			0,77
Potilasmäärien lisääntyminen	0,64			0,76
Potilaiden ongelmien monimutkaistuminen	0,55			0,76
Sairaalaorganisaatioiden kasvu	0,45			0,78
Lääkärijohtajan tehtäväkuvan laajentuminen	0,65			0,76
Lääkintöhallituksen lakkauttaminen	0,47			0,79
Lääketieteellisen hoidon ja tutkimuksen laadun ja vaikuttavuuden merkityksen korostuminen	0,41			0,79
		12,60	0,79	

## Johtamistyön muutokset

Johtamistyön muutokset ennustivat roolijännitteiden kokemista. Johtamistyön muutokset lisäsivät todennäköisyyttä kokea aikapainetta ja puutteellisia työjärjestelyjä vain henkilöstöjohtamisessa. Jos johtamistyö oli pysynyt ennallaan, lisäsi se todennäköisyyttä kokea toimintaympäristö harmonisena.

## Potilastyötä ja yleistä terveydenhuoltoa koskevat muutokset

Potilastyötä tai yleistä terveydenhuoltoa koskevat muutokset selittivät vain asiajohtamistyöhön liittyviä roolijännitteitä. Potilastyöhön liittyvät muutokset vähensivät todennäköisyyttä kokea epäoikeudenmukaista kohtelua. Samoin yleiset terveydenhuollon muutokset pienensivät epäselvän työnkuvan ja työn tavoitteiden todennäköisyyttä.

## Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset

Henkilöstöjohtamisen logistisessa regressioanalyysissä taloudelliset ja toiminnalliset muutokset ennustivat sekä aikapaineen, epäoikeudenmukaisen kohtelun että toimintaympäristön ristiriitaisuuden kokemista. Myös asiajohtamisessa taloudelliset ja toiminnalliset muutokset ennustivat ristiriitaisen toimintaympäristön ja epäoikeudenmukaisen kohtelun kokemisesta.

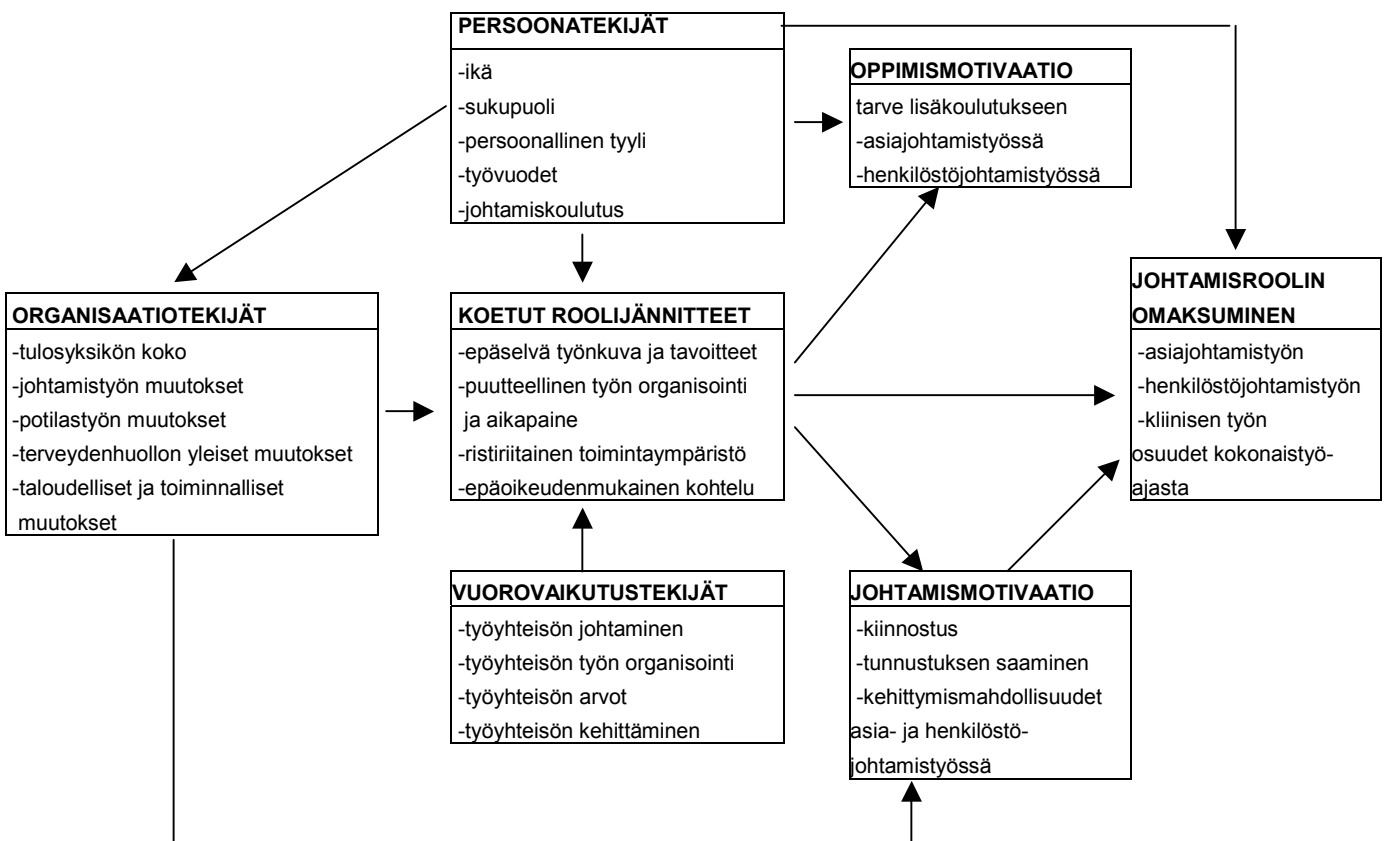
Kun lääkärijohtajien tehtäväkuva jatkuvasti laajenee, sairaalaorganisaatiot suurenevat, taloudelliset resurssit vähenevät, potilasmäärät lisääntyvät ja potilaiden ongelmat monimutkaistuvat, kokevat lääkärijohtajat todennäköisesti työnsä kiireisenä ja huonosti organisoituina. Toimintaympäristö koetaan yhä ristiriitaisempänä, työstä saatu arvostus ja palaute riittämättömänä ja epäoikeudenmukaisena.

Erikoissairaanhoidon muutosten myönteisyyttä tai kielteisyyttä koskevassa osiossa oli erittäin paljon puuttuvia tietoja. Jo kappaleessa 4 sekä liitetaulukossa 15 on analysoitu erikoissairaanhoidon muutosten myönteistä tai kielteistä vaikutusta koskevien kysymysten puuttuvia tietoja. Eniten puuttuvia tietoja oli kysymyksessä, joka koski julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välistä kilpailua (28 kpl), medikalisaatiota (26 kpl), lääkintöhallituksen lakkauttamista (26 kpl) sekä erikoissairaanhoidolain voimaantuloa (25 kpl).

## 5.5 Lääkärijohtajan johtamistyön roolin omaksumismalli

Lääkärijohtajan roolin omaksumismalli muodostettiin Katzin ja Kahnin (1978) rooliepisodimallista yhdistämällä siihen Ajzenin (1991) mallin mukaisesti motivaatiotekijät (kuvio 10). Omaksuttu johtajan tai klinikon rooli määriteltiin henkilöstöjohtamiseen, asiajohtamiseen ja kliiniseen työhön käytetyn päivittäisen työajan mukaan. Paljon asia- ja henkilöstöjohtamista sekä vähän kliinistä työtä tekevät määriteltiin johtajiksi. Paljon kliinistä työtä ja vähän asia- ja henkilöstöjohtamista tekevät määriteltiin klinikoiksi. Näille ryhmille etsittiin selittäviä tekijöitä.

Kuvio 10 Lääkärijohtajien johtamisroolin omaksumista selittävät tekijät Katzin ja Kahnin (1978) ja Ajzenin (1991) malliin sovitettuna



Tässä tutkimuksessa kehitetty roolinomaksumismalli korostaa Katzin ja Kahnin (1978) rooliepisodimallia enemmän sekä johtamiskäyttäytymiseen että muuhun yksilön käyttäytymiseen olennaisesti liittyvää tahtoa, asennetta ja päämääräsuuntautuneisuutta (katso myös liitekuvio 1). Kehitetyn roolinomaksumismallin (kuvio 10) mukaan sekä roolijännitteet että organisaatio-, persoona- ja motivaatiotekijät samoin kuin erikoissairaanhoidon ympäristöä koskevat muutostekijät selittävät lääkärijohtajien johtamisroolin omaksumista.

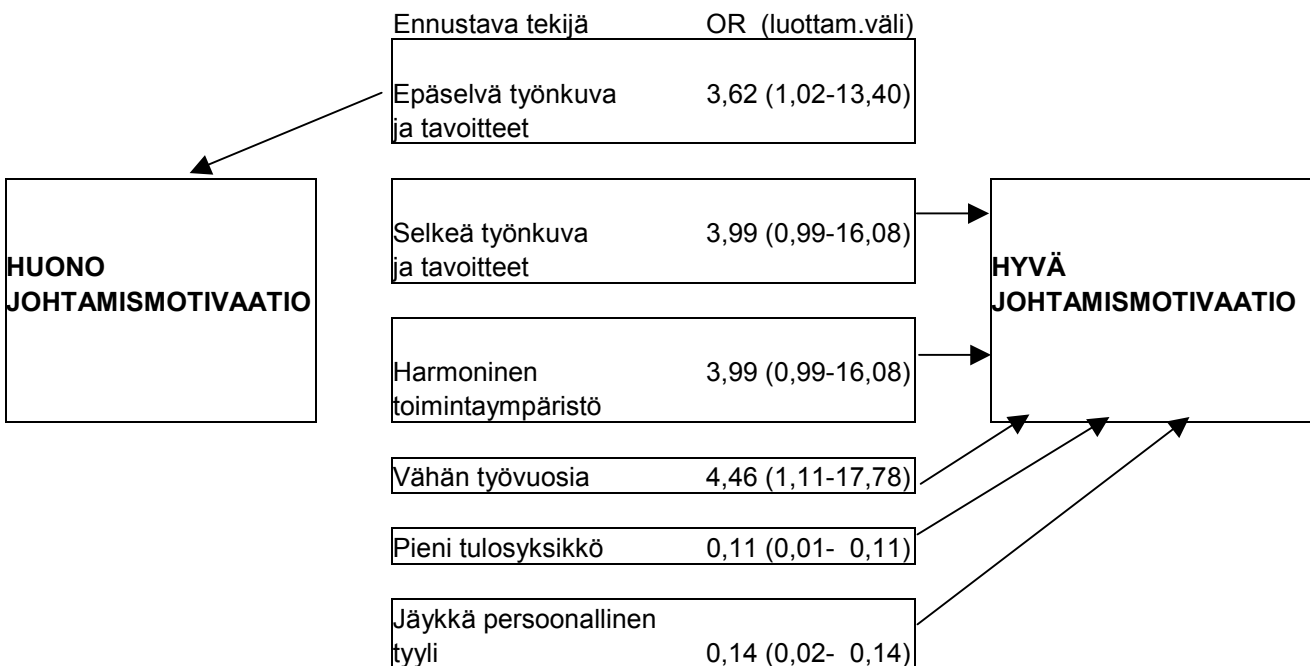
### 5.5.1 Johtamismotivaatio

Faktoriansalyysin tuloksena motivaatioväittämät jakautuivat kahdelle eri motivaatiofaktorille; johtamis- ja oppimismotivaatiofaktorille (Liitetaulukko 7).

Kuviossa 11 on esitetty johtamismotivaation logistisen regressioanalyysin tulokset luottamusväleinen. Hyvää johtamismotivaatiota ennustivat henkilöstöjohtamisen selkeä työkuva ja tavoitteet ja henkilöstöjohtamisen harmoninen toimintaympäristö. Hyvää johtamismotivaatiota ennustivat myös vähäiset työvuodet eli vähäinen johtamistyön kokemus erikoissairaanhoidossa. Hyvän johtamismotivaation ennustetta vähensivät jäykkä persoonallinen tyyli sekä pieni tulosityksikkö.

Huonoa johtamismotivaatiota ennustivat epäselvä työnkuva ja epäselvät tavoitteet henkilöstöjohtamisessa. Asiajohtamisella ja johtamismotivaatiolla ei ollut yhteisiä selittäviä tekijöitä.

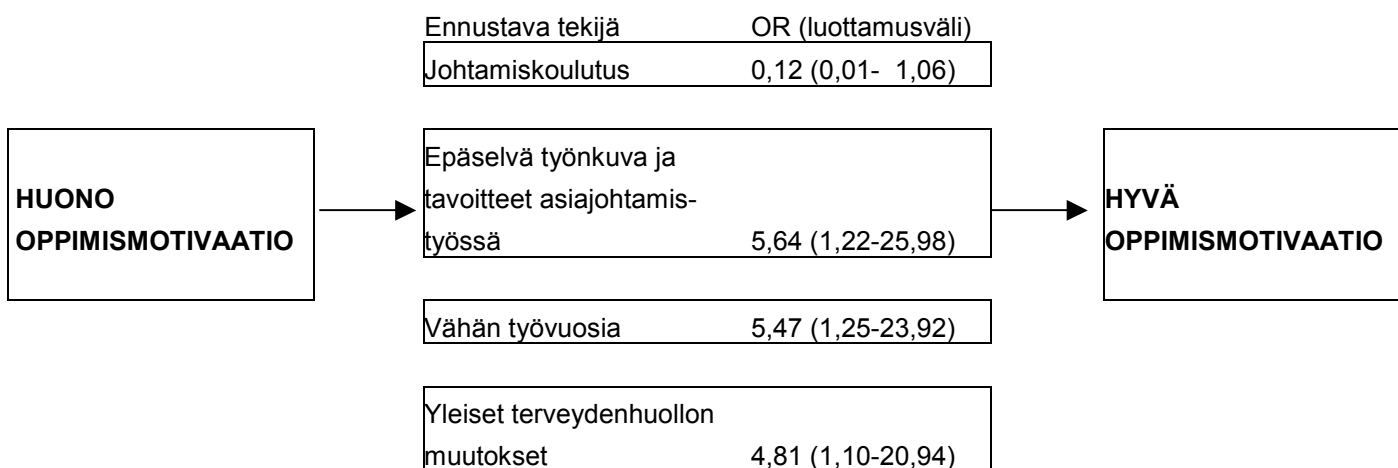
Kuvio 11 Hyvää ja huonoa henkilöstöjohtamistyön johtamismotivaatiota ennustavat tekijät logistisessa regressioanalyysissä (OR= Odds-ratio eli riskisuhde, 95% luottamusväli)



## 5.5.2 Oppimismotivaatio

Kuviossa 12 ovat oppimismotivaation logistista regressioanalyysia koskevat tulokset luottamusväleinen. Hyvää oppimismotivaatiota ei lisännyt mikään tekijä. Kuitenkin hyvän oppimismotivaation todennäköisyyttä vähensi johtamiskoulutus. Huonoa oppimismotivaatiota asiajohtamisessa ennustivat epäselvä työnkuva ja tavoitteet, henkilöstöjohtamisessa taas toimintaympäristön harmonia. Myös vähäinen työvuosien määrä sekä yleiset terveydenhuollon muutokset ennustivat huonoa oppimismotivaatiota.

Kuvio12 Hyvää ja huonoa oppimismotivaatiota ennustavat tekijät logistisessa regressioanalyysissä (OR= Odds-ratio eli riskisuhde, 95 luottamusväli)



### 5.5.3 Johtajan rooli

Henkilöstöjohtamistyöhön käytetylle ajalle ei löytynyt selittäviä tekijöitä logistisessa regressio-analyysissä (kuvio 13). Paljon asiajohtamistyötä tekevien lääkärijohtajien johtamisroolin omaksumista ennusti suuri tulosityksikkö. Vastaavasti pientä kliinisen työn määrän riskiä ennustivat sekä suuri tulosityksikkö että koettu oikeudenmukainen kohtelu asiajohtamistyössä.

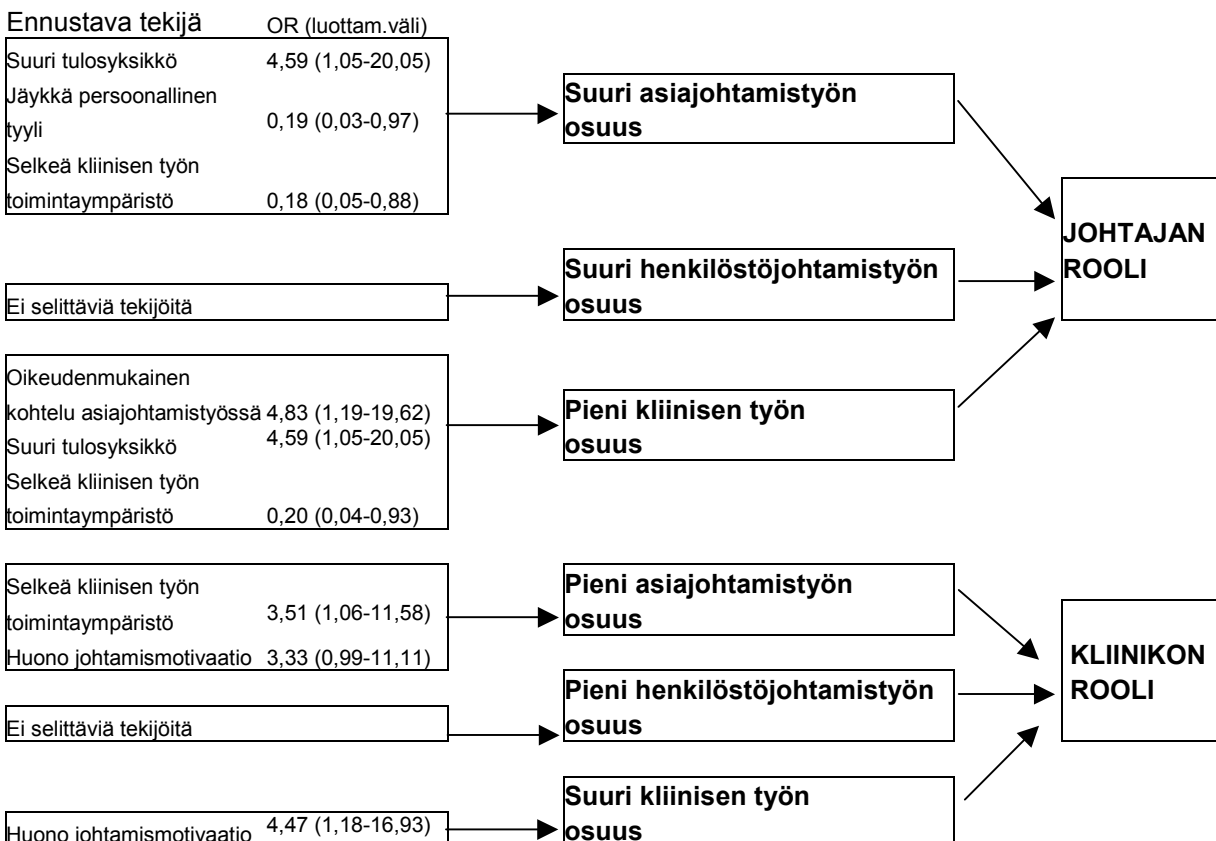
Jäykkä persoonallinen tyyli ja kliinisen työn toimintaympäristön selkeys ennustivat vähäistä asiajohtamistyön määrää.

### 5.5.4 Kliinikon rooli

Kliinisen työn toimintaympäristön selkeys ja huono johtamismotivaatio lisäsivät todennäköisyyttä omaksua kliinikon rooli. Kliinisen toimintaympäristön selkeys ennusti vähäistä asiajohtamistyön määrää. Huono johtamismotivaatio ennusti sekä vähäistä asiajohtamistyön että suurta kliinisen työn määrää.

Henkilöstöjohtamiseen liittyvät tekijät eivät selittäneet johtamisroolin eivätkä kliinikon roolin omaksumista. Tulokset on esitetty kuviossa 13.

Kuvio 13 Johtamisroolin ja kliinikon roolin omaksumista ennustavat tekijät logistisessa regressioanalyysissä (OR= Odds-ratio eli riskisuhde, 95% luottamusväli)



## 5.6 Käytännön esimerkkejä roolijännitteistä

Seuraavassa kappaleessa esitetään sisällön analyysin tulokset avokysymyksien vastauksille.

Kysymyslomakkeessa (Liite 1) oleviin pyydettyihin esimerkkeihin vastasi 29 (56.8%) lääkäriä. Näistä oli 16 ylilääkäriä ja 13 apulaisyliääkäriä. Naisten osuus oli 41.3% (12) ja miesten 58.7% (17). Avovastauksissa pyydettiin käytännön esimerkeillä määrittelemään kysymysten 4, 5, 9, 12, 13, 17, 18, 20, 23 ja 26 roolijännitteitä. Lisäksi vastaajat antoivat pyytämättä esimerkkejä kysymyksistä 7, 10, 11, 29 ja 38. Esimerkkejä oli yhteensä 71. Lomakkeen lopussa olevaan osaan, missä pyydettiin kertomaan jotain johtamiseen liittyvää, tuli 11 vastausta.

Esimerkit jakautuivat seuraaviin neljään teemaan.

### 5.6.1 Aikapula ja riittämättömyyden tunne

Selkeänä teemana vastauksissa oli aikapula. Se esiintyi 19 esimerkissä. Näistä 7 oli kysymyksen 4 kohdalla: ”Joudun tekemään asioita, joita pitäisi tehdä toisella tavalla”.

Eli ajan puute vaikutti lääkärijohtajan päätöksiin. Myös kysymys 11 ”Minulle on annettu riittämättömät henkilöstövoimavarat” viittasi aikapulaan. Lääkärijohtaja joutui itse käyttämään paljon aikaa kliiniseen työhön henkilöstöpulan takia. Lääkärijohtajalla ei myöskään ollut mahdollisuutta kehittää kykyjään työssään, koska siihenkään ei ollut aikaa. Kliinistä, hallinnollista ja johtamistyötä koskevia painotuksiakaan ei voinut tehdä, koska kliiniseen työhön kului suurin osa ajasta.

”aikapula rajoittaa suunnittelua ja koordinointia kollegojen kanssa”

”riittämätön harkinta-aika”

”aikapula, kaikesta nipistää laadussa –jokaisella osa-alueella”

”ajankäyttöni on muiden hallussa”

”kliininen työ tehdään ensin – muu, jos ehditään”

### 5.6.2 Ohjeiden ja resurssien puute

Toisena teemana oli ohjeiden ja resurssien puute. Näistä oli 12 esimerkkiä. Esimerkit jakautuivat kysymyksiin 12, 13, 15 ja 23.

”mielestäni ei ole olemassakaan hallinnollista ohjeistoa”

” ei ole selkeästi määriteltyjä alaisia”

”osastonhoitajan ja lääkärin työnjakoa koskevat ohjeet puuttuvat johtamistyöstä”

”perehdytys tulosityksikköjohtajan tehtäviin oli surkea”

” ohjeet ovat usein epäselviä ja aiheuttavat tarkistamistarvetta”

Suurin osa esimerkeistä oli kysymyksessä 5 ” Minua auttavat toimenpiteet ja ohjeet puuttuvat”.

### 5.6.3 Organisaation kankeus

Kolmas teema oli organisaation ja hallinnon kankeus ja sekavuus, joista oli 10 esimerkkiä. Suurin osa esimerkeistä oli viimeisestä avovastausosioista, jossa sai kertoa vapaasti johtamiseen liittyviä asioita:

”sairaalan organisaatiomalli vaikeuttaa lääkärijohtajan työtä ( hoitotyön johto erikseen)..”

”toistuvat hallinnolliset muutokset vievät aikaa ja henkisiä resursseja, vaikea nähdä muutosten tuomia hyötyjä..”

”organisaatio kankea, palkoista, ja muista työsuhteen ehdoista en päätä juuri millään tavalla”

”tulosjohtaminen on vanhanaikaista eikä sovellu sairaalamaailmaan”

”monen sairaalan mallin kehittäminen ei toimi”

### 5.6.4 Ristiriitainen asema

Neljäs teema oli ristiriitainen asema ja pyynnöt eri tahoilta, joista oli 15 esimerkkiä. Esimerkit olivat pääosin kysymyksistä 18 : ”Saan keskenään yhteen sopimattomia ja ristiriitaisia pyyntöjä kahdelta tai useammalta henkilöltä tai taholta sekä 20: ” Teen asioita, joita osa hyväksyy ja osa ei hyväksy”.

Näihin annettuja esimerkkejä olivat :

”Lääkäri on ristiriitaisessa tilanteessa ollessaan toisaalta potilaan, toisaalta systeemin palveluksessa”

”tympeintä johtamisessa on vastuu ilman valtaa”

”säästöpainet ja henkilöstön jaksaminen”

”potilaan hoitoon liittyvät päätökset”

”uudistuksiin liittyvät päätökset”



### **5.6.5 Yhteenveto käytännön esimerkkien ja avokysymysten vastausten sisällön analyysistä**

Laadullisen aineiston sisällön analyysissä ilmenivät samat lääkärijohtajan työ ja toimintaympäristön ongelmat kuin Rizzon mittarin pohjalta kehitetyssä kvantitatiivisessa lääkärijohtajan roolijännitemallissa: Aikapula ja riittämättömyyden tunne, ohjeiden ja resurssien puute ja ristiriitainen asema. Ainoastaan organisaation kankeus oli uusi ulottuvuus. Laadullista sisällön analyysia käytettiin tässä tutkimuksessa vain varmistamaan rooliristiriitamittarin validiteettia, eikä laajempia analyyseja tehty.

### **5.7 Yhteenveto tutkimustehtävistä ja niiden tuloksista**

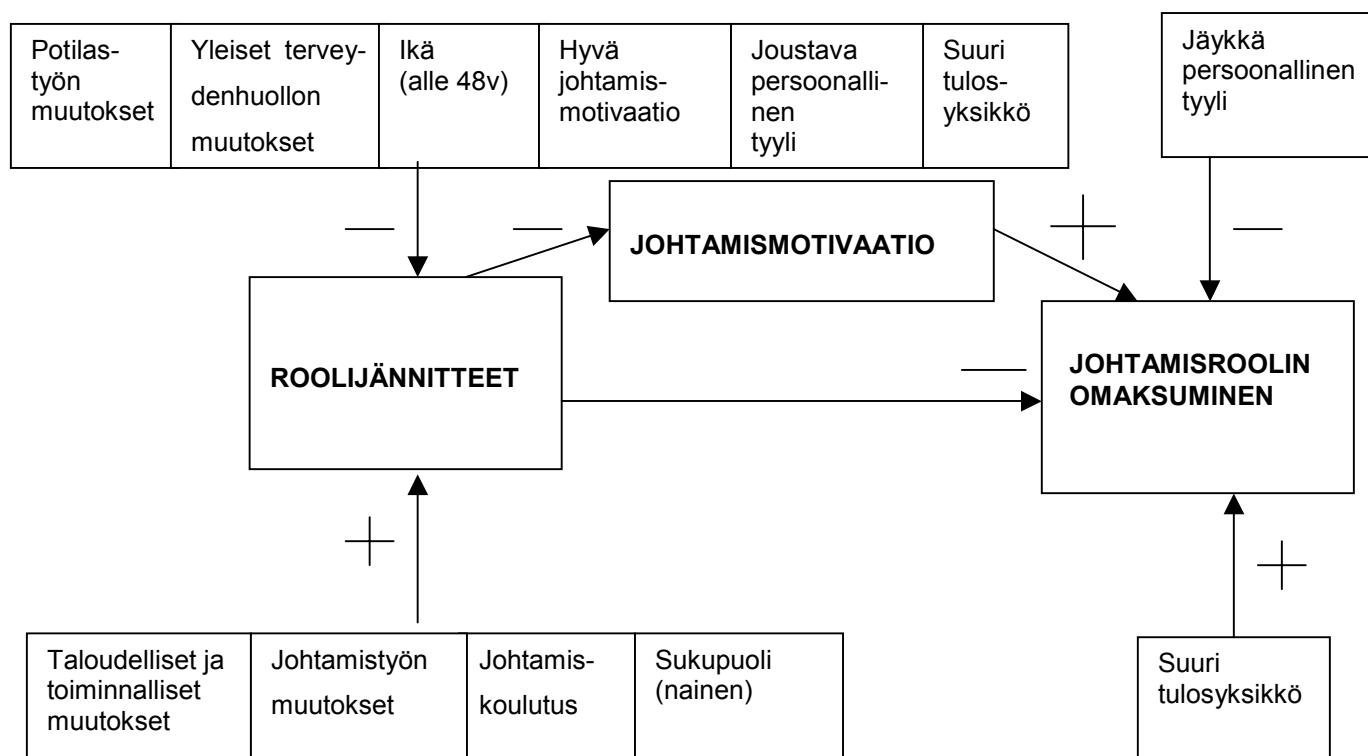
Taulukkoon 17 on koottu alkuperäiset tutkimustehtävät ja tutkimuksessa saadut tulokset. Ensimmäistä tutkimustehtävää koskeva faktoreiden reliabiliteetti ja validiteetti käytiin läpi jo kappaleessa 4. Rizzo ym. (1970) rooliristiriita- ja rooliepäselvyyssmittari soveltui lääkärijohtajien sekä asia- että henkilöstöjohtamistyöhön liittyvien roolijännitteiden tutkimiseen. Kaikki alkuperäisen mittarin väittämät olivat analyysissä mukana.

Toisen tutkimustehtävän tulosten mukaan lääkärijohtajan roolijännitteitä kuvasivat työnkuvan ja tavoitteiden selkeys, aikapaine ja työjärjestelyt, ristiriitainen toimintaympäristö sekä oikeudenmukaisuus. Selkeitä rooliristiriita- ja rooliepäselvyyssulottuvuuksia ei tullut esille ja faktorianalyysin tulosten avulla muodostettiin neljän faktorin johtamistyön roolijännitemalli. Mallin tulokset tukevat aikaisempien tutkimusten tuloksia lääkärijohtajan työn ongelmakohdista. Kolmas tehtävä koski roolijännitteitä selittäviä tai ennustavia tekijöitä. Regressioanalyysin mukaan erikoissairaanhoidossa työskentelevän lääkärijohtajan roolijännitteitä ennustavia tekijöitä olivat johtamismotivaatio, oppimismotivaatio, persoonallinen tyyli, sukupuoli, erikoissairaanhoidon muutokset, ikä, tulosityksikön koko sekä lääkärijohtajan johtamiskoulutus. Neljäntenä tehtävänä oli analysoida regressioanalyysillä johtamis- ja oppimismotivaatiota ennustavia tekijöitä. Näitä olivat roolijännitteet, persoonallinen tyyli, tulosityksikön koko, työvuodet, johtamiskoulutus, sekä erikoissairaanhoidon muutokset. Viidentenä tehtävänä oli muodostaa tehtävistä 1- 5 lääkärijohtajan roolijännite - ja roolin omaksumismallit (kuvio 14).

## Taulukko 17 Yhteenveto tutkimustuloksista

<b>TEHTÄVÄ</b>	<b>TULOS</b>
1 Selvittää kansainvälisen rooliristiriita - ja rooliepäselvyysmittarin sekä rooliepisodimallin soveltuvuutta suomalaisten lääkärijohtajien työn roolijännitteiden tutkimisessa	Faktori- ja reliabiliteettianalyysien tulokset (liitetaulukot 1-3)
2 Selvittää lääkärijohtajan asia- ja henkilöstöjohtamiseen liittyviä roolijännitteitä	Roolijännitteet asia- ja henkilöstöjohtamistyössä: työnkuva ja tavoitteet työjärjestelyt ja aikapaine ristiriitainen toimintaympäristö oikeudenmukainen kohtelu
3 Selvittää lääkärijohtajan roolijännitteitä ennustavia tekijöitä asia- ja henkilöstöjohtamistyössä	Roolijännitteitä ennustavat tekijät: johtamismotivaatio oppimismotivaatio persoonallinen tyyli sukupuoli erikoissairaanhoidon muutokset ikä tulosityksikön koko johtamiskoulutus
4 Selvittää lääkärijohtajan johtamismotivaatiota ennustavia tekijöitä	Johtamismotivaatiota ennustavat tekijät: roolijännitteet persoonallinen tyyli tulosityksikön koko työvuodet
	Oppimismotivaatiota ennustavat tekijät: johtamiskoulutus roolijännitteet työvuodet erikoissairaanhoidon muutokset
5 Selvittää lääkärijohtajan johtamisroolin omaksumista ennustavia tekijöitä	Johtamisroolin omaksumista ennustavat tekijät: roolijännitteet johtamismotivaatio tulosityksikön koko persoonallinen tyyli
6 Muodostaa lääkärijohtajan johtamistyön roolijännite – ja roolinomaksumismallit	Lääkärijohtajan roolijännite- ja roolinomaksumismallien muodostaminen tehtävien 1-5 tulosten perusteella

Kuviossa 14 on yhteenveto roolijännitteiden, johtamismotivaation ja johtamisroolin omaksumista kuvaavien logistisen regressioanalyysien tuloksista. Sekä roolijännitteille, johtamismotivaatiolle, oppimismotivaatiolle että johtamisroolin omaksumiselle löytyi useita ja loogisia ennustavia tekijöitä organisaatiosta, persoonatekijöistä sekä taustamuuttujista. Erikoissairaanhoidon muutoksista erityisesti johtamistyön muutokset sekä taloudelliset ja toiminnalliset muutokset ennustivat roolijännitteherkkyyttä sekä asiajohtamistyössä että henkilöstöjohtamistyössä. Sukupuoli, tulosityksikön koko, johtamis- ja oppimismotivaatio, johtamiskoulutus ja persoonallinen tyyli ennustivat roolijännitemallin mukaisesti roolijännitteitä ja johtamisroolin omaksumista. Ainoastaan Pahkala ym. (1999) työyhteisön vuorovaikutustekijöillä ei ollut yhteyttä roolijännitteisiin, motivaatioon tai johtamisroolin omaksumiseen. Työyhteisön vuorovaikutustekijöistä ei tehty lisäanalyysia.



Kuvio 14 Yhteenveto logistisen regressioanalyysin tuloksista roolijännitteille, johtamismotivaatiolle ja johtamisroolin omaksumiselle (+ lisää, - vähentää todennäköisyyttä).

Tutkimuksessa lääkärijohtajien roolijännitemalli laajennettiin roolin omaksumismalliksi yhdistämällä siihen motivaatiotekijöitä. Tutkimuksessa kehitetty roolinomaksumismalli huomioi Katzin ja Kahnin (1978,187) rooliepisodimallia laajemmin sekä johtamiskäyttäytymiseen että muuhun yksilön käyttäytymiseen olennaisesti liittyvän tahdon, asenteen ja päämääräsuuntautuneisuuden. Mallin mukaan sekä roolijännitteet että organisaatio-, persoona- ja motivaatiotekijät selittivät lääkärijohtajien johtamisroolin omaksumista.

## 6. POHDINTA

Tässä kappaleessa pohditaan tutkimustuloksia ja niiden merkitystä suhteessa teorioihin, käytäntöön ja metodologiaan.

### 6.1 Mittareiden ja mallien toimivuus

Rizzo ym. (1970) kehittämä rooliristiriitamittari osoittautui toimivaksi menetelmäksi lääkärijohtajien roolijännitteiden tutkimisessa.

Koska rooliepäselvyys- ja rooliristiriita-käsitteissä on ollut ongelmia rakenne- ja nimeämisvaliditeetissa, luovuttiin näistä käsitteistä ja otettiin käyttöön roolijännitteen käsite. Vaikka konfirmatorisessa faktorianalyysissä muuttujat jakautuivat melko yhtenevästi Rizzo ym. (1970) mallin mukaan, niin selkeitä rooliepäselvyys- ja rooliristiriitaulottuvuuksia ei syntynyt. Myös Rizzon alkuperäisessä tutkimuksessa oli monien väittämien suhteen epäselvää, kumpaan ulottuvuuteen ne kuuluvat. Samaa asiaa ovat kritisoineet monet roolitutkijat (King ja King 1990, Sawyer 1992).

Rizzo ym. (1970) mittari on laadittu Kahn ym. (1964) roolistressiteorian pohjalta. Sen jälkeen mittaria on käytetty monien eri ammattialojen ja ammattiryhmien rooliristiriitojen ja rooliepäselvyyden tutkimiseen (Van Sell 1981, King ja King 1990). Lopullista yksimielisyyttä mittarin toimivuudesta juuri rooliristiriidan ja rooliepäselvyyden mittaamisessa ei ole saatu. Sawyer (1992) selvitti rooliepäselvyyskäsitteen validiteettia jakamalla rooliepäselvyyskäsitteen kahteen ulottuvuuteen. Toinen ulottuvuus koski tavoitteita ja toinen prosesseja, joilla tavoitteisiin pyritään. Rooliristiriitakäsitteen hän hylkäsi sen määrittelyvaikeuden takia.

Tässä tutkimuksessa lääkärijohtajan kliinisen työn ja asia- ja henkilöstöjohtamisen roolijännitteet eroteltiin, koska haluttiin saada selville, löytyykö henkilöstöjohtamiselle ja asiajohtamiselle samoja selittäviä tekijöitä. Aikaisemmissa lääkärijohtajia koskevissa tutkimuksissa ei tällaista erottelua ole tehty.

Tässä tutkimuksessa Katzin ja Kahnin (1978,178) rooliepisodimallin ja Ajzenin (1991) motivaatiomallin pohjalta kehitetty lääkärijohtajan henkilöstöjohtamisen ja asiajohtamisen neljän ulottuvuuden roolijännitemalli kuvaa samoja työoloihin liittyviä psykososiaalisia kuormitustekijöitä, joita muutkin organisaatio- ja työelämän tutkijat ovat teorioissaan esittäneet (Karasek 1979, Hackman ja Oldham 1974, Elo ym. 1990). Rooliristiriidat ja rooliepäselvyys ovat olennaisia työn psykososiaalisiin piirteisiin liittyviä ongelmia. Myös uudessa pohjoismaisessa työolotutkimusmittaristossa (Dallner ym. 2000) on osia sekä Rizzon ym. (1970) että Sawyerin (1992) mittareista. Mitä monimutkaisemmaksi organisaatiot ja työntekijöiden työnkuva muuttuvat, sitä herkemmin työntekijät kokevat rooliristiriitoja ja rooliepäselvyyttä (Katz ja Kahn 1978).

Kliiniselle työlle mittari toimi parhaiten kolmen faktorin mallina. Kliinisessä työssä työnkuvaan ja tavoitteisiin liittyvät epäselvyydet eivät erottuneet toimintaympäristössä esiintyvistä epäselvyyksistä. Sen sijaan aikapaine erottui omaksi ongelmaksi, mikä on odotettavaakin, koska kliininen työ on muuttunut sairaalassa yhä pakkotahtisemmaksi (Töyry ym. 1999). Myös kliinisen työn arvoperusta poikkesi henkilöstöjohtamisen ja asiajohtamisen roolijännitteistä. Potilastyöhön liittyy sen auttamistyön ja salassapitovelvollisuusluonteen vuoksi todennäköisesti enemmän eettisiä arvolatauksia kuin johtamistyöhön.

## **6.2 Lääkärijohtajan roolijännitemalli**

Roolijännitteitä selittävät tekijät on esitetty seuraavassa taulukossa 18 vielä yhteenvetona. Tässä kappaleessa käsitellään aluksi lyhyesti asiajohtamistyön ja henkilöstöjohtamistyön eroja roolijännitteiden kokemisessa. Sen jälkeen johtamistyöhön liittyviä roolijännitteitä pohditaan yleisellä tasolla erottelematta asia- ja henkilöstöjohtamista toisistaan.

Taulukko 18 Tiivistelmä roolijännitteiden todennäköisyyttä lisäävistä ja vähentävistä tekijöistä asia- ja henkilöstöjohtamisessa. ↑ lisää todennäköisyyttä  
↓ vähentää todennäköisyyttä

## ASIAJOHTAMINEN

## HENKILÖSTÖJOHTAMINEN

### Epäselvä työnkuva ja tavoitteet

Huono johtamismotivaatio ↑  
Yleiset terveydenhuollon muutokset ↓

Johtamiskoulutus ↑  
Sukupuoli (nainen) ↑  
Hyvä johtamismotivaatio ↓  
Joustava persoonallinen tyyli ↓  
Huono oppimismotivaatio ↓

### Aikapaine ja työjärjestelyt

Ei selittäviä tekijöitä

Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset ↑  
Johtamistyön muutokset ↑

### Ristiriitainen toimintaympäristö

Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset ↑  
Yleiset terveydenhuollon muutokset ↓  
Sukupuoli (nainen) ↑  
Hyvä johtamismotivaatio ↓  
Hyvä oppimismotivaatio ↑

Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset ↑  
Johtamistyön muutokset ↑

### Epäoikeudenmukainen kohtelu

Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset ↑

Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset ↑

Sukupuoli (nainen) ↑  
Potilastyön muutokset ↓

Jäykkä persoonallinen tyyli ↑  
Suuri tulosityksikkö ↓  
Ikäluokka (alle 48v) ↓

## 6.2.1 Asia- ja henkilöstöjohtamistyön roolijännitteet

Asiajohtamisen työnkuvaan ja työjärjestelyihin liittyville roolijännitteille löytyi vähemmän selittäviä tekijöitä kuin henkilöstöjohtamisen roolijännitteille. Asiajohtaminen mielletään varmasti selkeämpänä johtamisen muotona kuin henkilöstöjohtaminen. Johtamiskoulutus, sukupuoli ja persoonallinen tyyli selittävät henkilöstöjohtamisen mutta eivät asiajohtamisen epäselvää työnkuvaa ja tavoitteita. Selityksenä voivat olla henkilöstöjohtamiseen liittyvät monimutkaiset ja hienosäätöiset kognitiot, jotka herättävät helpommin ristiriitaisia ja epäselviä merkityksiä. Henkilöstöjohtamiseen ja sen koulutukseen ei erikoissairaanhoidossa ja muissa julkisissa organisaatioissa ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Toisaalta mitä enemmän henkilöstöjohtamiskoulutusta on saanut, sitä herkemmin ristiriidat henkilöstöjohtamistyössä pystyy yleensä havaitsemaan.

Henkilöstöjohtamistyössä merkille pantavaa oli paitsi selvät muutosten aiheuttamat roolijännitteet, mutta myös persoonallisen tyylin ja johtamiskoulutuksen vaikutus roolijännitteiden kokemiseen. Persoonallisella tyylillä on todennäköisesti enemmän vaikutusta vuorovaikutustaitoja vaativassa henkilöstöjohtamisessa, kuin suoraviivaisemmassa asiajohtamisessa. Mitä joustavampi luonne, sitä helpommin eri vuorovaikutustilanteet sujuvat. Toisaalta mitä enemmän oli saanut johtamiskoulutusta, sitä herkemmin roolijännitteitä koettiin. Johtamiskoulutus oli todennäköisesti jo lisännyt vastaajan metakognitiivisia ja reflektiotaitoja omaa johtamistyötään kohtaan. Ne johtajat, joilla ei koulutusta juuri ole, eivät pidä henkilöstöjohtamista ongelmallisena.

## 6.2.2 Johtamistyön epäselvä työnkuva ja tavoitteet

Henkilöstöjohtamisen rooliristiriitamittarin faktorianalyysissä korostui epäselvä työnkuva ja tavoitteet roolijännitteiden selittäjänä. Laadullisen analyysin tulosten mukaan lääkärijohtajat kokivat sekä henkilöstö- että asiajohtamistyössään puutetta selkeistä ohjeista, riittävästä resursseista ja tulossykköjohtajien työhön perehdyttämisessä. Jonkun mielestä ”hallinnollista ohjeistoa ei ole olemassaakaan”. Erään lääkärijohtajan mielestä henkilöstöjohtaminen on vaikeaa, koska ”ei ole selkeästi määriteltäviä alaisia” ja ”osastonhoitajan ja lääkärin työnjakoa koskevat ohjeet puuttuvat johtamistyöstä”. Myös organisaation vuosittainen muuttuminen sekä talousterminologia sekä lyhyet varoitukset lisäsivät epävarmuuden tunnetta ja ohjeiden tarkistamisen tarvetta avovastauksissa.

Hiukan yli puolet vastaajista oli saanut hallinnollista tai johtamiskoulutusta. Ne lääkärijohtajat, joilla oli johtamiskoulutusta, kokivat henkilöstöjohtamistyön työnkuvan ja tavoitteet epäselvempinä. Taustalla saattaa olla syynä se, että johtamiskoulutukseen ovat hakeutuneet sellaiset lääkärijohtajat, jotka ovat tiedostaneet tämän ongelman työssään. Johtamiskoulutus on mahdollisesti myös lisännyt heidän tietoisuuttaan johtamistyön ongelmakohtista. Ruotsalaisessa aineistossa erilaista

johtamiskoulutusta ja hallinnollista koulutusta oli saanut 95% lääkärijohtajista. Siitä huolimatta vielä 75% halusi lisäkoulutusta (Östergren ja Sahlin-Andersson, 1998, 53). Suomalaisen Lääkäriraportti 97 mukaan vain 30% lääkärijohtajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta nykyisiin tehtäviinsä. Tässä kyselyssä ei kuitenkaan oltu eritelty lääkärijohtajien työtä kliiniseen ja johtamistyöhön, joten on vaikea arvioida vastaavatko he kliinisen vai johtamistyön osalta (Töyry ym. 2000).

Mäenpään (2000) haastattelututkimuksessa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkäreiden jakamisesta 66% tutkimukseen osallistuneista 18 lääkärijohtajasta piti henkilöstöjohtamistaitojaan riittämättömänä ja 55% hallinnollisia taitojaan riittämättöminä. Mäenpään tutkimustulokset poikkeavat tämän tutkimuksen tuloksista, vaikka molemmissa tutkimuksissa on tutkittu osin samoja lääkärijohtajia. Anonyymimpi ja monia väittämiä sisältävä kyselymenetelmä saattaa paljastaa vastaajien piiloasenteita herkemmin kuin haastattelumenetelmä.

Lääkärijohtajat pitävät henkilöstöjohtamiseen liittyviä taitoja tärkeinä ja osa kokee osaavansa kyseiset taidot. Tätä selitystä tukee tässä tutkimuksessa saatu tulos, jonka mukaan saatu johtamiskoulutus vähensi hyvän oppimismotivaation todennäköisyyttä. Toinen vaihtoehto on, että lääkärijohtajilla on huonoja kokemuksia johtamiskoulutuksesta (Östergren ja Sahlin-Andersson 1998). Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja motivaatioteoriat tukevat tätä hypoteesia. Käytetyt opetusstrategiat ratkaisevat sen miten paljon ja mitä opitaan. Uuden oppimista säätelee se, mitä yksilö tekee ja millaista palautetta hän saa (Rauste - von Wright ja von Wright 1997,35,175).

Lääkärijohtajan yhtenä tavoitteena tulisi olla johtamistyössä kehittyminen. Mutta jos käytännössä tekee pelkkää kliinistä työtä, on vaikea oppia johtamistyötä. Eräs lääkärijohtaja totesi ”Toiminnan johtamisen ja henkilöstöjohtamisen jakautuminen eri linjoihin hämärtää käsitystäni siitä, mihin oma johtamiseni kohdentuu? Mikä kaikki on minun vastuullani? Silloin on helpompi suuntautua potilastyöhön”.

Lääkärin ja osastonhoitajan työnjakoa koskevien toimintaperiaatteiden puutetta ja alaisten määrittämisen vaikeutta johtamistyössä moitittiin. Niiden koettiin aiheuttavan työnkuvan ja tavoitteiden epäselvyyttä. Sairaaloiden johtamis- ja valtasuhteet ovat epäselvät. Osa vastaajista eli lähes 20 % ei osannut määritellä alaistensa lukumäärää. Siihen saattavat olla syynä vanhat linjaorganisaatiomallit, joissa hoitotyöntekijöiden esimiehinä toimivat osastonhoitajat ja ylihoitajat. Hoitotieteen ja lääketieteen ammatilliset reviirit, hierarkkinen organisaatiokulttuuri ja erilliset johtamiskulttuurit aiheuttavat epäselvyyttä ja päättämättömyyttä. Ne myös lisäävät jännitteitä ja vaikeuttavat muutosten läpiviemistä. Sama ilmiö on esiintynyt terveyskeskusten ja muiden sairaaloiden organisaatiokulttuuria koskevissa tutkimuksissa (Kinnunen 1990, Enckel 1998, Östergren ja Sahlin-Andersson (1998,195-7, Sauri 2000).



Vuori (1995, 125,299-304) sai tutkimuksessaan mielenkiintoisia tuloksia sairaalatyöntekijöiden merkityssuhteille organisaation päätäntävallasta ja ihmissuhteista: osa sairaanhoitajista mielsi osastonhoitajat sekä apulais- että erikoislääkäreiden esimiehiksi piirtämässään organisaatiokaavioissa. Kaavioissa oli muutenkin paljon vaihtelua kuvaten osuvasti ihmisten erilaista ja epävirallista tapaa hahmottaa sairaalan hierarkkista järjestystä. Mitä pitempään hoitajat olivat sairaalassa olleet, sitä epävirallisemman kaavion valtasuhteista he piirsivät. Vuoren tulkinnan mukaan virallisen organisaation valtasuhteilla ei iän myötä ole enää merkitystä, ja työntekijät painottavat epävirallisen organisaation valtasuhteita. Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat lääkärien kohdalla kuitenkin siihen, että lääkärit ovat ehkä enemmänkin epätietoisia valtasuhteista, kuin että vain he tulkitsisivat niitä joko virallisina tai epävirallisina.

Tulosjohtamismallien käyttöönoton jälkeen sairaaloissa toimii yksikön johtajana yleensä lääkäri, jonka alaisena toimivat osastonhoitajat ja apulaislääkärit. Tästä huolimatta myös ylihoitajat ovat edelleen osastonhoitajien ja muun hoitohenkilökunnan esimiehiä. Hoitotyöntekijöillä saattaa olla erilaisia käsityksiä siitä, kuka lähin esimies on ja lääkäreillä erilaisia käsityksiä, ketkä ovat alaisia. Johtaminen on vaikeaa, jollei mahdotonta, jos lääkäri ei itsekään tiedä kenen johtaja hän on ja mitkä asiat hänen vastuualueelleen kuuluvat.

Naissukupuoli ennusti sekä johtamistyön epäselvää työnkuvaa ja tavoitteita, ristiriitaista toimintaympäristöä että epäoikeudenmukaisen kohtelun kokemista. Naiset todennäköisesti reagoivat herkemmin roolijännitteisiin kuin miehet. Kivistön tutkimuksen (1989, 70) mukaan naisjohtajat havaitsivat työyhteisöjen konfliktit herkemmin kuin miesjohtajat. Naisjohtajat ovat yleensä kiinnostuneempia henkilöstöjohtamisesta. Ylimmässä johdossa naiset olivat sekä ihmissuhdetaidoissa että johtamisen etiikassa korkeammalla tasolla kuin miehet. Naisilla oli toisaalta taipumus aliarvioida oman johtamiskäyttämisen tasoa enemmän kuin miehillä.

Lääkäri 97 raportin (Töyry ym. 2000) mukaan naislääkärijohtajat kokevat alaisten ja esimiesten välisiä ristiriitoja jonkin verran herkemmin kuin miehet (liitetaulukko 13). Lisäksi naislääkärijohtajilla on vähäisemmät vaikutusmahdollisuudet sekä työtehtävien sisältöön, ajankäyttöön että työtahtiin. He myös kokevat työnsä stressaavampana, työtahtinsa kiristyneempänä ja heillä esiintyi uupumusasteista väsymystä selvästi enemmän kuin miehillä.

### 6.2.3 Johtamistyön työjärjestelyt ja aikapaine

Aikapaine oli merkittävä roolijännitteitä luova tekijä. Lehdon (1998) mukaan suomalaiset palkansaajat ovatkin Euroopan kiireisimpiä. Lääkäreitä ja koko terveydenhuoltoa koskevissa työolotutkimuksissa korostuu selvästi kiireen merkitys työoloja huonontavana tekijänä (Töyry 1999, Nakari 2000, Theorell 2000, Weinberg ja Creed 2000). Aikapaine korostui käytännön esimerkeissä. Lääkärijohtaja joutui kiireen vuoksi tekemään asioita, joita pitäisi tehdä toisella tavalla. Aikapula rajoitti mahdollisuuksia kehittää kykyjä johtamistyössä, koska kliiniseen työhön kului paljon työaika, ”muu tehdään, jos ehditään”. ”Työnjako ei ole ideaalinen mutta pakollinen”.

Lääkärijohtajat kokivat kuten muukin terveydenhuollon henkilökunta, että ajankäyttö ei ole enää heidän hallussaan. ”Kiire vaikuttaa jo työn laatuun sen kaikilla osa-alueilla”.

Kiireen takia hallinnollisia tehtäviä jouduttiin tekemään kotona ja lomalla. Kiire haittasi myös eri erikoisalojen välistä yhteistyötä ja vuorovaikutusta.

Henkilöstöjohtamisen aikapainetta ja puutteellisia työjärjestelyjä ennustivat taloudelliset ja toiminnalliset muutokset sekä johtamistyön muutokset. Tulokset ovat loogisia, sillä johtamistyön muutokset kuten tulosjohtamismalli ja tulosvastuu ovat lisänneet asiajohtamistyön määrää ja henkilöstöjohtaminen on jäänyt vähemmälle huomiolle.

Tässä tutkimuksessa kliinisen työn määrän keskiarvo kokonaistyöajasta oli 70.6%. Luku on lääkärijohtajien oma arvio ja saattaa poiketa todellisesta kliinisen työn määrästä (Herrala ja Finnilä 2002). Valtakunnallisessa tutkimuksessa (Töyry ym. 2000) lääkärijohtajat käyttivät kliiniseen työhön noin 60% työajastaan. Ruotsalaiset lääkärijohtajat tekivät kliinistä työtä keskimäärin 20% työajasta (Östergren ja Sahlin-Andersson 1998, 45). Ruotsalaisista lääkärijohtajista suurin osa oli sitä mieltä, että lääkärijohtajien kuuluukin tehdä myös kliinistä työtä. Suomalaiset lääkärijohtajat käyttivät sekä asiajohtamistyöhön (15.5%) että henkilöstöjohtamistyöhön (9.2%) hyvin pienen osan kokonaistyöajasta. Valtakunnallisessa aineistossa muun, kuin kliinisen työn osuus oli noin 30 % kokonaistyöajasta (Töyry 2000). Keskiarvoa nostavat yliopistosairaaloiden lääkärijohtajat, joiden työhön kuuluu keskussairaaloiden lääkärijohtajia työtä enemmän hallinnollista ja opetustyötä.

Suomalaiset lääkärijohtajat käyttävät selvästi suuremman osan työajastaan kliiniseen kuin johtamistyöhön, mikä ei voi olla vaikuttamatta erikoissairaanhoidon toimintaan ja sen tuloksiin. Pitkälle erikoistuneiden yksiköiden johtaminen vaatii monipuolisia taloudellisia, hallinnollisia, poliittisia ja henkilöstöjohtamistaitoja. Lääkärilakko ja terveydenhuollon työntekijöiden työuupumus ovat seurausta paitsi erikoissairaanhoidon säästämissä paineista, mutta myös liian lyhytjänteisestä johtamistyön strategiasta ja kehittymättömistä johtamisjärjestelmistä.

Vain puolet lääkärijohtajista oli kiinnostunut johtamistyöstä. Hallinnollinen ja johtamistyö koetaan edelleen vieraaksi. Mitään erityisiä selittäviä tekijöitä ei tässä tutkimuksessa ilmiölle löytynyt. Toisaalta kliiniseen työhönkään ei juuri kukaan lääkärijohtajista halunnut paneutua yhtään enempiä. Lääkärit ovat erikoissairaanhoidon tehostamisen ja tulosvastuun myötä joutuneet kiristämään työtahtiaan uupumuksen rajoille asti, mikä vähentää myös kliinisen työn kiinnostavuutta. Vaikka ruotsalaisiakaan lääkäreitä ei johtaminen kiinnostanut, niin puolet lääkärijohtajista olisi silti halunnut tehdä enemmän kliinistä työtä ja jopa 70% vastaajista arvioi, ettei tule toimimaan viiden vuoden kuluttua enää johtamistehtävissä vaan kliinisessä työssä (Östergren ja Sahlin Andersson 1998). Ruotsissa ei julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuoltoa valtion velkaantumisesta huolimatta ole supistettu niin voimakkaasti kuin Suomessa (Julkunen 2001). Siellä ei myöskään työuupumus ole noussut niin huomattavaksi työelämän ongelmaksi kuin Suomessa (Pascal 1997).

#### **6.2.4 Johtamistyön ristiriitainen toimintaympäristö**

Vaikka kiirettä pidetään yhtenä suurimpana syynä työuupumukseen ja työssä viihtymättömyyteen, niin sekä tässä kuten monissa muissakin tutkimuksissa työyhteisöön liittyvät tekijät ovat tärkeämpiä työssä jaksamisen ennustajia (Kivimäki ym. 2001, Elovainio 2002). Sekä asiajohtamisen että henkilöstöjohtamisen ristiriitaista toimintaympäristöä ennustivat organisaatiossa tapahtuneet taloudelliset tai toiminnalliset muutokset ja henkilöstöjohtamistyössä myös johtamistyön muutokset.

Erikoissairaanhoidon muutokset selittivät sekä ristiriitaista toimintaympäristöä että aikapaineen ja oikeudenmukaisuuden kokemista. Roolijännitteiden kokemista henkilöstöjohtamistyössä ennustivat johtamistyön muutokset, jotka vähensivät todennäköisyyttä kokea töiden hyvää organisointia ja liiallista aikapainetta. Todennäköisesti tulkiten johtamistyössä tapahtuneet muutokset olivat lisänneet aikapaineen kokemista. Tulosjohtamismallien käyttöönotto, tulosvastuun lisääntyminen ja johtamisen laatua koskevien vaatimusten lisääntyminen lisäsivät aikapaineen kokemista. Sama asia on vahvistunut aiemmissakin tutkimuksissa. Toisaalta, jos johtamistyössä ei ollut tapahtunut muutoksia, koettiin toimintaympäristö harmonisempaan. Muutokset taloudellisessa ja toiminnallisessa ympäristössä lisäsivät kiirettä. Avovastauksissa todettiin että "toistuvat hallinnolliset muutokset vievät aikaa ja henkisiä resursseja".

Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset ennustivat johtamistyön ristiriitaista toimintaympäristöä. Kyseinen ulottuvuus koski taloudellisten resurssien kiristämistä, toisaalta lääketieteellisen hoidon, laadun ja vaikuttavuuden korostamista, potilaiden ongelmien monimutkaistumista ja potilasmäärien lisääntymistä. Myös avovastauksissa viitattiin asiaan " säästä ja tuota", "kolmen sairaalan malli ei toimi", "kunnat haluavat hyvää palvelua halvalla". Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset selittivät

myös epäoikeudenmukaisuuden kokemista. Lääkärijohtajat pitävät todennäköisesti epäoikeudenmukaisena sitä seikkaa, että potilasmäärät lisääntyvät ja potilaiden ongelmat monimutkaistuvat, mutta taloudellisia resursseja ja henkilökuntaa halutaan vähentää. Kuten henkilöstöjohtamisessa, taloudelliset ja toiminnalliset muutokset lisäsivät ristiriitaisen ympäristön kokemista sekä epäoikeudenmukaisuuden kokemista asiajohtamisessa.

Julkinen johtaminen on ristiriitaista. Poliittiset päätöksentekijät odottavat toisaalta julkisjohtajilta aktiivista johtamisotetta, toisaalta kritisoivat liian omatoimisia ratkaisuja. Liian omatoiminen virkamiesjohtaminen on uhka poliittiselle päätöksenteolle ja demokratialle (Lähdesmäki 2000, Leväsvirta 2000). Selkeästi ristiriitoja aiheuttavaksi tekijäksi tässä tutkimuksessa osoittautui Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kolmen sairaalan malli. Asiasta on keskusteltu erikoissairaanhoidon virkamiesjohdon ja poliittisten päättäjien kesken jo vuosien ajan, mutta asiasta ei ole päästy yksimielisyyteen. Lääkärijohtajien mielestä kolmen sairaalan malli ei toimi, koska tuloksyksikkö toimii liian monessa paikassa, eri sairaaloilla on erilaiset intressit, eri toimintayksiköt ovat toimintatavoiltaan ja henkilörakenteiltaan erilaisia ja monen sairaalan kehittäminen on ristiriitaista. Poliittisten päättäjien näkökulmasta erikoissairaanhoidon päätöksissä tulisi lääketieteellisten näkemysten lisäksi ottaa huomioon myös talous-, alue- ja työvoimapolitiittiset tekijät. Terveyspolitiikka on viime vuosikymmenellä laajentunut koskemaan muitakin alueita kuin terveyttä ja sairautta ja aiheuttaa ristiriitaisia tunteita lääketieteellistä asiantuntemusta edustavissa lääkärijohtajissa.

Suojaavana tekijänä ristiriitaiselle toimintaympäristölle oli hyvä johtamismotivaatio. Jos lääkärijohtajalla on hyvä johtamismotivaatio, ei toimintaympäristön ristiriitoja koeta niin haittaavina ja niiden olemassaolo on opittu hyväksymään.

### **6.2.5 Johtamistyössä koettu oikeudenmukainen kohtelu**

Yhteiskuntafilosofi Rawlsin (1988) mukaan instituutioiden tärkein ominaisuus on oikeudenmukaisuus. Oikeudenmukaisuus on sitä, että jonkin sellaisen asian tulisi toteutua itselle tai toiselle, joka sillä hetkellä ei vielä ole toteutunut. Epäoikeudenmukaisuus on sitä, että oikeus ei ole toteutunut, oikeuksia on loukattu tai laiminlyöty. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa ideaa tai käsitystä oikeasta, epäoikeudenmukaisuus tiettyä tilaa ja tosiasiaa. Oikeudenmukaisuuden vaatimukseen kuuluu, että yksilöllä on mahdollisuus toteuttaa inhimillisiä periaatteita kaikissa muuttuvissakin olosuhteissa (Kucuradi 1998). Nykyaikainen käsitys oikeudenmukaisuudesta sisältää ajattelua, toimintaa ja käyttäytymistä säätelevän moraalisen periaatteen, joka pyrkii totuuteen ja muiden huomioimiseen (Airaaksinen 1991,75).

Oikeudenmukaisuuden tunne vaikuttaa työmotivaatioon, työtyytyväisyyteen ja työhön sitoutumiseen. Se lisää positiivista asennoitumista työhön ja lojaalisuutta työnantajaa ja organisaatiota kohtaan. Kaiken kaikkiaan työpaikan oikeudenmukaisuus parantaa pitkäjänteisyyttä ja työn tuloksellisuutta. Epäoikeudenmukaisuuden tunne taas lisää yleistä tyytymättömyyttä ja vähentää työhön sitoutumista (Sheppard ym. 1992,102-3). Tuoreen suomalaisia sairaalaorganisaatioita koskevan tutkimuksen mukaan oikeudenmukainen kohtelu vähentää selvästi työn psyykkistä raskautta ja sairauslomia (Elovainio ym. 2002).

Tässä tutkimuksessa suuri tulosityksikkö ennusti oikeudenmukaisen kohtelun kokemisen tunnetta. Mahdollisesti suurempien yksiköiden johtajilla on enemmän vaikutusvaltaa resurssien ohjaamisessa ja henkilöstön suunnittelussa kuin pienemmällä yksiköillä. Myös johtamiseen käytetty aika saattaa olla kiinni henkilökuntaresursseista. Mitä pienempi yksikkö, sitä huonommat mahdollisuudet on paneutua muuhun kuin kliniseen työhön. Muutaman lääkärin yksikössä on vaikeaa irrottaa edes ylilääkäriä hallinnolliseen tai johtamistyöhön potilastyön siitä kärsimättä. Epäoikeudenmukaisuutta koettiin myös resurssien jaossa eri erikoisalojen välillä; suurimpien erikoisalojen katsottiin olevan paremmassa asemassa. Pienillä erikoisaloilla kaivattiin mahdollisuuksia keskittyä muuhunkin kuin potilastyöhön.

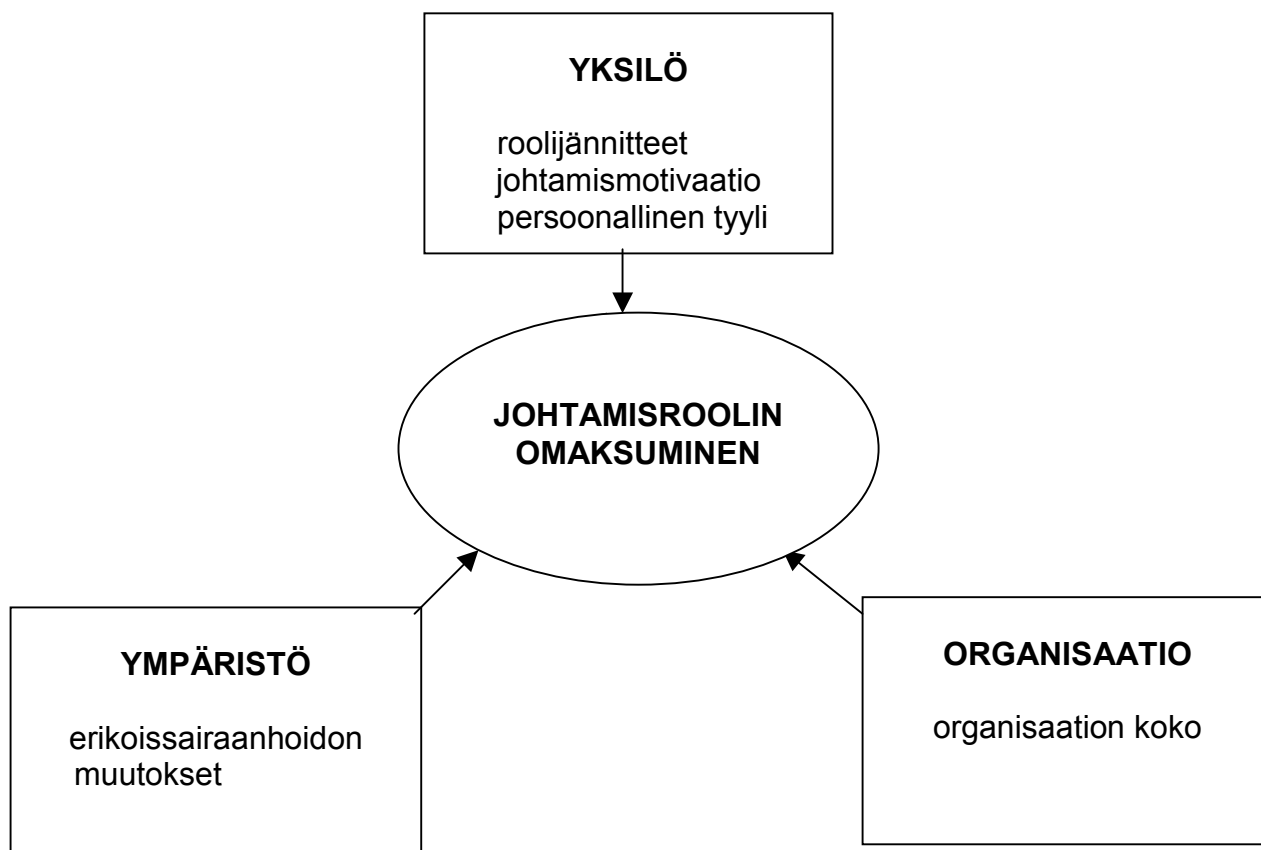
Palautetta koskevasta oikeudenmukaisuudesta oli vain kaksi mainintaa avoimissa vastauksissa; ”palautetta ei yleensä saa lainkaan”, ”en saa kielteistä enkä myönteistä palautetta”. Palkkausta koskevasta oikeudenmukaisuudesta ei annettu yhtään esimerkkiä, vaikka se on lääkärin työtaistelun myötä noussut yhdeksi lääkärintyön tärkeimmäksi epäkohdaksi (Äärimaa 2001). Palkkaus ei lääkärijohtajille ole tärkein työmotivaation perusta (Autere ym. 2001). Vaikka johtamistyöhön haudutaan myös arvostuksen takia, niin siihenkään ei esimerkeissä viitattu. Sen sijaan epäoikeudenmukaisena koettiin, että lääkärijohtajalla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa työntekijöiden palkkoihin, rekrytointiin tai työsuhte-ehtoihin, vaikka heiltä edellytetään muuten vastuuta koko tulosityksikön toimivuudesta.

Erikoissairaanhoidon muutoksilla on ollut selkeä vaikutus oikeudenmukaisen kohtelun kokemiseen. Johtamistyössä epäoikeudenmukaisen kohtelun kokemista ennustivat organisaation taloudelliset ja toiminnalliset muutokset. Taloudellisten resurssien ja henkilökunnan määrän väheneminen ja toisaalta potilasmäärien lisääntyminen, potilaiden ongelmien monimutkaistuminen ja lääketieteellisen hoidon ja laadun vaikuttavuuden merkityksen korostaminen johtavat tilanteeseen, jonka lääkärijohtajat kokevat epäoikeudenmukaisena. Yhä suurempi määrä yhä moniongelmaisempia potilaita tulisi hoitaa yhä paremmin ja vähenevillä resursseilla.

Sekä johtajan että johdettavien persoonallinen tyyli vaikuttaa lopulta melko ratkaisevasti siihen, kuinka oikeudenmukaiseksi tai epäoikeudenmukaiseksi muutokset tai kohtelu koetaan. Tyyliiltään joustava lääkärijohtaja koki johtamistyön työnkuvan ja tavoitteet selkeiksi ja kohtelun oikeudenmukaiseksi. Persoonalliselta tyyliiltään jäykällä lääkärijohtajalla oli taas huono johtamismotivaatio ja hän piti kohtelua epäoikeudenmukaisena. Avovastauksissa näkyi lääkärin ja lääkärijohtajan ammatissa vaadittava joustavuus..."kahden viikon aikana vuosilomalla työpaikalla kahtena päivänä...", "ajankäyttöni on muiden hallussa", "hallinnolliset työt pitäisi saada tehdä työaikana eikä kotona", "teen ylitöitä ilmaiseksi".

### **6.3 Lääkärijohtajan roolin omaksumismalli**

Tutkimustulosten perusteella kehitetty pehmeää systeeminäkemyistä edustava pelkistetty lääkärijohtajan johtamisroolin omaksumismalli on esitetty kuviossa 15. Teoriassa nuolet voisivat olla kaksisuuntaisia, koska johtamisroolin omaksuminen vaikuttaa systeeminäkemyksen mukaan takaisin yksilöön, organisaatioon ja ympäristöön. Todennäköisesti johtamisroolin omaksuminen vähentää roolijännitteitä, lisää johtamismotivaatiota ja vaikuttaa johtajan persoonalliseen johtamistyyliin. Johtamisroolin omaksuvalla lääkärijohtajalla on paremmat mahdollisuudet vaikuttaa myös erikoissairaanhoidon muutoksiin ja organisaation toimivuuteen. Yksilön ominaisuudet kuten persoonallinen johtamistyyli, motivaatio johtamistyöhön ja roolijännitteet sekä samanaikaisesti erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset ja organisaation koko vaikuttavat johtamisroolin omaksumiseen.



Kuvio 15 Lääkärijohtajan johtamisroolin omaksumismalli

Roolijännitteiden lisäksi persoonallinen tyyli on ratkaiseva tekijä lääkärijohtajan työssä. Renessanssin organisaatioteoreetikko Machiavelli on sanonut, että ”eräiltä henkilöiltä puuttuvat koulutuksesta huolimatta aina ne henkilökohtaiset ominaisuudet, joilla tullaan päteviksi johtajiksi” (Wiio 1978,148). Hyvältä johtajalta edellytetään sekä asia- että henkilöstöjohtamistyössä joustavuutta. Erikoissairaanhoidossa työskentelevä lääkärijohtaja joutuu tottumaan epäselviin toimeksiantoihin ja tavoitteisiin, kiireeseen ja puutteellisiin työjärjestelyihin, ristiriitaiseen toimintaympäristöön sekä joskus epäoikeudenmukaiseen kohteluun. Se edellyttää sekä henkistä joustavuutta, mutta myös motivaatiota.

Motivaatiolla on tärkeä merkitys johtamisasiantuntijaksi kehittämisessä. Asiantuntijuuteen kuuluu voimakas innostus, sitoutuminen ja halu työskennellä vaativissa tehtävissä. Silti monet asiantuntijat pitävät johtamista sivutoimisenä ja pakon sanelemana. (Sveiby 1990, 217). Erikoissairaanhoidon muuttuessa yhä monimutkaisemmaksi tarvitaan lääkärijohtajilta parempaa johtamismotivaatiota sekä oppimismotivaatiota. Kyselylomakkeessa lääkärijohtajilta kysyttiin myös suoraan halua paneutua johtamiseen. Vain puolet lääkärijohtajista oli kiinnostunut johtamisesta. Tulos on huolestuttava, koska pitkälle erikoistuneita ja kalliita erikoissairaanhoidon yksiköitä tulisi johtaa motivoi-

tuneesti ja tehokkaasti. Hyvä johtamismotivaatio ennustaa tehokasta johtamista (Yukl 1992, Nakari 1987). Sillä on myös yhteyttä työtyytyväisyyteen ja toiminnallisten edellytysten luomiseen, työntekijöiden kannustamiseen, kehitysmuotoisen ilmapiirin luomiseen (Joronen 1992,216) ja työn tuloksellisuuteen.

Lääkärijohtajia motivoivat henkilöstöjohtamistyöhön selkeä työnkuva ja tavoitteet sekä harmoninen toimintaympäristö. Ne lääkärijohtajat, joilla oli vähemmän kokemusta johtamistyöstä, olivat motivoituneempia kuin pitempään johtamistyötä tehneet lääkärit. Todennäköisesti he eivät olleet ehtineet turhautua lisääntyvään työmäärään, kiireeseen ja johtamistyössä esiintyviin ristiriitoihin. Pienten tulosyksiköiden lääkärijohtajilla oli huonompi johtamismotivaatio. Johtamistehtäviä on pienessä tulosyksikössä vähemmän, henkilökuntaa ja kliinistä työtä yleensä enemmän kuin suurissa tulosyksiköissä.

Saatu johtamiskoulutus ennusti huonoa oppimismotivaatiota. Mikäli lääkärijohtajalla jo oli johtamiskoulutusta, sitä vähemmän hän sitä enää katsoi tarvitsevänsä. Tulos olisi luonteva, mikäli kyse olisi yksinkertaisesta ja merkityksettömästä asiasta. Koska erikoissairaanhoidon liittyvät päätökset edellyttävät runsaasti sekä toiminnallisia että taloudellisia resursseja, edellyttää se erikoissairaanhoidon johtajilta jatkuvaa koulutautumista ja myönteistä asennoitumista uuden opiskeluun ja oppimiseen. Osa lääkärijohtajista koki kuitenkin olevansa jo riittävästi koulutettuja johtamistyöhön tai sitten heillä oli huonoja kokemuksia aiemmasta johtamiskoulutuksesta. Avovastauksissa johtamistyötä kommentoitiin mm. huonolla perehdytyksellä, puutteellisilla ja sekavilla ohjeilla, ajan ja resurssien puutteella, ohjeiden ympärilyöryllä, talousterminologian vaikeudella, tarkistussoittojen tekemisellä sekä puutteellisilla lääketieteen ja hoitotieteen johtamistyön työnjakoa koskevilla periaatteilla.

Organisaatiot ovat avoimia systeemejä ja ne muuttuvat, koska ympäröivä maailma ja sen myötä myös organisaatioiden tehtävät muuttuvat. Erikoissairaanhoidon ympäristö on muuttunut monella tavalla. Erikoissairaanhoidon lainsäädäntöä on muutettu ja normiohjaus on purettu, taloudellisia resursseja on karsittu, toimintoja on virtaviivaistettu. Kilpailu yksityisen sektorin kanssa erityisesti osaavasta työvoimasta on lisääntynyt. Samoin sekä väestön että koko yhteiskunnan vaatimukset ja odotukset terveydenhuollolta ja sen perinteiseltä johtamiskulttuurilta ovat lisääntyneet. Erikoissairaanhoidon johtaminen vaatii yhä monimutkaisempaa strategista, taloudellista ja muutoksia ennakoivaa innovatiivisempaa osaamista. Siksi erikoissairaanhoidon koskevat muutokset edellyttävät ylilääkäriä, apulaisyllilääkäriä tai yleensä osastoista vastaavien lääkäreiden roolin muuttumista kliinikosta johtajaksi. Muutos edellyttää vanhoista ajattelu- ja toimintatavoista luopumista tietoisuudessa, johtamiskulttuurin syvärakenteissa, käsityksissä, uskomuksissa sekä rakenteissa, rooleissa ja



menettelytavoissa (vertaa Juuti 1995,28). Lääkärijohtajien olisi klinisen osaamisen lisäksi opittava sekä asia- että henkilöstöjohtamistaitoja.

Suurta asiajohtamistyön määrää ja johtajan roolia ennusti suuri tulosityksikkö. Tulos on looginen, koska suurissa tulosityksiköissä hallinnollisia ja muita asiajohtamistyöhön liittyviä tehtäviä on enemmän. Suuressa tulosityksikössä on myös suuremman henkilökuntamäärän vuoksi enemmän aikaa ja mahdollisuuksia tehdä johtamistyötä, kuin pienessä tulosityksikössä. Myös Hermansonin (1989) tutkimuksessa organisaation koko vaikutti selkeästi hallintolääkärin rooliin suuntautumiseen; mitä suurempi organisaatio sitä enemmän pakollisia hallinnollisia ja johtamistehtäviä työhön kuuluu. Suuri organisaation koko edesauttoi johtajan rooliin sosiaalistumisessa.

Myös oikeudenmukainen kohtelu ennusti johtajan roolin omaksumista; mitä oikeudenmukaisemmaksi kohtelu oli koettu ja mitä enemmän lääkärijohtaja on saanut arvostusta ja palautetta johtamistyöstä, sitä paremmin johtajan rooli on omaksuttu. Tulos tukee sekä konstruktivistista oppimiskäsitystä että psykologisen onnistumisen sykliä. Onnistuneet kokemukset lisäävät johtamismotivaatiota ja ennustavat johtamisroolin omaksumista.

Kliinikon roolia ennustivat sekä klinisen työn toimintaympäristön selkeys että lääkärijohtajan jäykkä persoonallinen tyyli ja huono johtamismotivaatio. Asiaa voi tulkita niin, että lääkärille klininen toimintaympäristö on tuttu ja selkeämpi kuin johtamistyön toimintaympäristö. Starbuckin mukaan asiantuntijat varovat tilanteita, joissa asiantuntijuuden erityisosaaminen kyseenalaistuu (Starbuck 1992, 723-724). Mitä selkeämmäksi klininen toimintaympäristö koetaan, sitä epäselvemmältä johtamistyön toimintaympäristö saattaa tuntua. Samoin, mitä jäykempi lääkärijohtajan persoonallinen tyyli on, sitä vaikeampaa on ymmärtää erityisesti henkilöstöjohtamistyötä ja siihen liittyviä monimutkaisia vuorovaikutussuhteita ja ristiriitaista toimintaympäristöä.

## **6.4 Kognitiivinen johtaminen**

Ihminen antaa jokapäiväisessä elämässään omalle toiminnalleen ja tapahtumille erilaisia myönteisiä, kielteisiä tai neutraaleja merkityksiä. Samantyyppisille tilanteille annetaan samantyyppisiä merkityksiä ja niissä käyttäytyään yleensä samalla tavalla. Lääkärin roolissa lääkäri käyttäytyy lääkärin ammattiin kuuluvalla professionaalilla tavalla, mutta millä tavalla lääkäri käyttäytyy johtajan roolissa?

Ihmisen toiminta- ja ajattelutavat ovat luonteeltaan melko pysyviä ja perustuvat sisäisiin malleihin eli skeemoihin. Mallien tarkoitus on auttaa ennakoimaan toimintaa erilaisissa tilanteissa. Lääkärijohtajan johtamiskäyttäytyminen riippuu todennäköisesti siitä, kuinka myönteiseksi, kielteiseksi tai neutraaleiksi johtamiseen liittyvät vuorovaikutus- ja asiatilanteiden merkitykset ovat vuosien mittaan

muovautuneet. Tämä merkitysten tulkinta ohjaa lääkärijohtajan kognitiivista johtamiskäyttäytymistä ja muokkaa johtamisroolin omaksumista.

Vaikka aiemmat mielen mallit auttavat ennakoimaan tulevia tilanteita, ne samalla estävät joustavaa kognitiivista käyttäytymistä ja lisäävät roolijäykkyyttä. Jos johtajan rooli ja siihen liittyvät vuorovaikutustilanteet koetaan hyvin hankaliksi ja jopa epäonnistuneiksi kokemuksiksi, pyritään johtamisroolia välttämään ja keskittymään sellaiseen työhön, kuten kliiniseen työhön, josta saa onnistumisen kokemuksia.

Joustavat sisäiset mallit ja mielikuvat ja tiedon prosessointi helpottavat johtamisroolin oppimista ja omaksumista ja ovat edellytyksenä joustavalle, kognitiiviselle johtamiselle myös erikoissairaanhoidossa.

## **6.5 Erikoissairaanhoidon johtamisen tulevaisuus**

Suomalaisen erikoissairaanhoidon johtamisesta ja johtamiskoulutusten henkilöstöpoliittisista ja taloudellisista vaikutuksista tarvitaan lisää tutkimustietoa. Johtamisen kehittäminen on tulevaisuudessa yhä tärkeämpi osa sairaaloiden tuottavuutta sekä strategista ja operatiivista toimintaa.

Keskeisintä tulosjohtamisprosessien ja uusien johtamisjärjestelmien onnistumiselle olisi selvittää sairaaloiden nykyisten työskentely- ja oppimisympäristön edellytykset. Johtamisen tulisi perustua ennen kaikkea arkirealismiin eikä idealismiin tai utopioihin siitä, millaisia ihmiset ja organisaatiot ovat tai niiden tulisi olla. Johtamisen suunnittelussa ja kehittämisessä tulisi realistisesti ottaa huomioon lääkärijohtajien johtamismotivaatiota, oppimismotivaatiota, roolijännitteitä ja roolin omaksumista edesauttavat ja haittaavat tekijät.

Menettääkö työyhteisö asiantuntijajohtajassa aina hyvän asiantuntijan ja saa huonon esimiehen (Sveiby 1990, Vuori 2000)? Hyvistä asiantuntijoista voi tulla yhtä hyviä johtajia kuin muidenkin ammattiryhmien edustajista (Smith 1992). Tärkeintä lääkärijohtajillakin on oikea asennoituminen, joustava persoonallinen tyyli ja riittävän ajan varaaminen johtamistyöhön sekä asiantuntijalähtöinen johtamiskoulutus. Asiantuntijajohtajat ovat perehtyneet erikoissairaanhoidon ongelmiin ja tuntevat sen erityispiirteet. Lääkärikoulutuksessa saatu päätöksentekokyky sekä eettiset periaatteet ovat tärkeitä johtamistyössä vaadittavia ominaisuuksia. Asiantuntijajohtajien avulla voidaan lisäksi varmistaa myös lääkärin hyväksymät johtajat ja näiden tekemät strategiset arvo- ja päämäärävalinnat (Kekomäki 1997). Jokaisen lääketieteen erikoisalan spesifi tieto kasvaa koko ajan. Tätä tietoa tarvitaan, kun erikoisalat kehittävät omaa strategista ja operatiivista johtamistaan ja etsivät kehittämisen painopistealueita.

Tulevaisuudessa johtamisvastuuta tulisi jakaa yhä enemmän yksittäisille erikoisaloille. Erikoisala-kohtaisesti tehtäviä tulisi delegoida ja ottaa käyttöön jaettu johtaminen yhdessä hoitotyön lähijohtajien kanssa. Johtamisen eri vastuualueet tulisi kuitenkin määritellä selkeästi. Linjaorganisaatioajattelu ja lääketieteellisten ja hoitotieteellisten ammatillisten reviirien tarkka puolustaminen aiheuttavat vain lisää epäselviä ja ristiriitaisia tilanteita.

Lääkärijohtajan on tärkeää säilyttää yhteys potilastyöhön ja kliiniseen erikoisalaansa pystyäkseen tekemään omalle erikoisalalle tärkeitä strategisia linjauksia. Lääkärijohtajan olisi löydettävä optimaalinen tasapaino kliinisen ja johtamistyön välille. Se edellyttää kliinispainotteisen työn muuttamista johtamispainotteiseksi.

Erikoissairaanhoidon ja lääkärijohtajaan kohdistuvat odotukset ovat lisääntyneet (Theorell 2000). Myös lääkärijohtajan odotukset omalta työympäristöltään ovat lisääntyneet. Jotta tehokas johtamisjärjestelmä saadaan teorian lisäksi toimimaan myös käytännössä, edellyttää se tämän tutkimuksen tulosten mukaan selkeämpiä tavoitteita ja strategioita, työnkuvaa ja johtamisympäristöä, sujuvampia työjärjestelyjä ja oikeudenmukaista kohtelua. Tulevaisuuden erikoissairaanhoidon johtaminen tulee pelkän operatiivisen johtamisen lisäksi ymmärtää yhä enemmän myös systeemisenä strategisena johtamisena.

## **6.6 Tutkimuksen rajoitukset**

Pienen aineiston vuoksi sekä faktorianalyysien selitysosuuksista että logistisen regressioanalyysien tuloksista voi tehdä vain suuntaa antavia päätelmiä. Selitysosuuksista voi päätellä vain summuuttujien tärkeysjärjestyksen. Myöskään todellisia logistiseen analyysin perustuvia riskisuhdelukuja ei tutkimuksen perusteella ole mahdollisuutta määrittää. Tutkimus koskee myös vain yhden organisaation lääkärijohtajien kokemuksia johtamistyön roolijännitteistä, mutta saatuja tuloksia voidaan teoreettisesti yleistää sellaisiin organisaatioihin, joissa sisäiset olosuhteet ja ulkoinen toimintaympäristö ovat samanlaiset kuin kohdeorganisaatiossa. Tutkimukset sairaaloiden tulosjohtamis uudistuksista, työn kuormittavuudesta, kiireestä ja johtamisongelmista viittaavat kuitenkin siihen, että eri sairaaloissa ongelmat ovat hyvin samanlaisia. Vertailevaa tutkimusta roolijännitemittarin, roolijännitemallin ja roolimotivaatiomallin toimivuudesta muissa erikoissairaanhoidon organisaatiossa tarvitaan lisää.

Lääkärit eivät mielellään vastaa kyselyihin ja jos vastaavat, haluavat jäädä anonyymeiksi. Vastauksen luotettavuutta voi vähentää lääkäreihin ja miessukupuoleen yhdistetty vaikeus myöntää heikkouksiaan tai riittämättömyyden tunnettaan (Haapakorpi 1997, Mäenpää 2000). Tutkijan asema

työyhteisössä on myös saattanut vaikuttaa joidenkin vastaajien vastauksiin. Mahdollisesti ristiriitoja joko paljon tai sitten ei ollenkaan kokeneet eivät vastanneet kyselyyn lainkaan.

Katoon vaikuttavat tutkimusaiheen kiinnostavuus sekä kyselylomakkeen pituus ja monimutkaisuus. Vastausaktiiviteetti oli kuitenkin hyvä 76% verrattuna yleensä lääkäreiden vastausaktiivisuuteen (Berk 1985, Kivimäki ym. 2001). Saatuja tuloksia voidaan pitää luotettavina tässä organisaatiossa. Poikkileikkaustutkimus kuvaa vain yhtä ajankohtaa. Olosuhteiden muuttuessa tulokset yleensä muuttuvat. Pitkittäistutkimukset antaisivat tietoa ongelmien pysyvyydestä. Myös validoitujen mittareiden käyttöä on kritisoitu sosiaalitieteissä, koska abstraktien ilmiöiden ilmenemismuodot ovat kulttuuri- ja aikasidonnaisia ( King ja King1990, Töttö 2000). Strukturoidut lomakemallit ovat aina jostain näkökulmasta arvioituina puutteellisia ja kokonaisuutta ajatellen harhaanjohtavia. Mittarin validius riippuu kuitenkin yleensä sen käyttötarkoituksesta (Lehto 1996, 139).

Suomessa eniten käytettyjä työolojen tutkimusmenetelmiä ovat Karesekin stressiteoreettinen malli, työn piirre- ja työtyytyväisyysmalli eli Job Diagnostic Survey sekä Työterveyslaitoksen Työstressikysely. Näissä mittareissa ei kuitenkaan korostu riittävästi johtamistyön erityispiirteet, jonka takia tässä tutkimuksessa päädyttiin kansainväliseen johtamistyöhön kehitettyyn roolijännitemittariin (Rizzo ym. 1970).

## **7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUSTULOSTEN ARVIOINTI**

### **7.1 Tutkimukselliset johtopäätökset**

Rooliristiriitoja ja rooliepäselvyyttä mittaava mittari soveltui lääkärijohtajan työn roolijännitteiden mittaamiseen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Yhdysvalloissa 1960-luvulla kehitetyn rooliristiriitamittarin väittämät olivat ajankohtaisia myös erikoissairaanhoidon muutosaineissa työskentelevien lääkärijohtajien johtamistyön edellytysten tutkimisessa. Mittaria ei ole aiemmin kokonaisuudessaan käytetty Suomessa ja vertailutiedot ja tapaustutkimukset muista organisaatioista tai ammattiryhmistä antaisivat lisätietoa mittarin toimivuudesta.

Tutkimuksessa kehitetty roolin omaksumismalli kuvaa johtamistyön kognitiivista, prosessimaista ja systeemiteoreettista luonnetta. Roolinomaksumismallin teorian yhdenmukaisuus oppimis- ja motivaatioprosessimallien kanssa sekä empirian tulokset viittaavat roolikäsitteen dynaamiseen ja kognitiiviseen luonteeseen. Roolin omaksumismallin toimivuus osoittaa roolikäsitteiden ontologisia yhteyksiä ja oletuksia muihin sosiaalista realiteettia tutkiviin teorioihin kuten motivaatio- ja oppimisteorioihin sekä johtamiskäyttäytymistä tutkiviin teorioihin samoin kuin pehmeää systeeminäkemyttä edustaviin kyberneettisiin malleihin. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että rooliteoria on todellinen teoria ja sillä on ennustearvoa sosiaalisen käyttäytymisen tutkimisessa.

### **7.2 Käytännölliset johtopäätökset**

Rooleja ja rooliteoriaa on vähätelty ja pidetty reliikkeinä, moderni individualistiseen yhteiskuntaan soveltumattomana lähestymistapana. Sosiaaliset roolit ovat olleet murroksessa yhteiskunnallisten muutosten mukana ja ne ovat muuttuneet epämääräisemmiksi samalla, kun yhteisöllisyys ja sosiaaliset vuorovaikutussuhteet ovat löystyneet. Anttiroikon (1991,69) mukaan roolien diffuusio modernissa yhteiskunnassa johtaa fragmentoitumiseen ja siihen, että yksilöt eivät enää ota vastuuta rooleihin kuuluvista tehtävistä. Roolien häviämisen ja yksilön identiteetin korostamisen myötä instituutiot alkavat elää omaa elämäänsä. ”Minä” on tärkeämpi kuin ”me”. Kaikesta huolimatta roolit ovat edelleen osa sosiaalista todellisuutta ja niillä on post-modernissakin yhteiskunnassa tärkeä funktio yhteiskunnan koheesion ja yhteisöllisyyden ylläpitämisessä.

Käytännössä tulokset osoittavat, että individualismin aikakaudella vanhanaikaisina pidettyjen ja vaikeasti määriteltävien roolikäsitteiden ja rooliteorian avulla voidaan tutkia ja ennustaa nykyajan organisaation ja työympäristön ongelmia. Mallien toimivuus viittaa siihen, että lääkärijohtajan työ-

käyttäytyminen on persoonallisen tyylin, motivaation ja organisaation koon lisäksi yhteydessä muun työyhteisön ja ympäristön asettamiin lukuisiin odotuksiin ja normeihin.

Yhteiskunnan muuttuessa myös organisaatiot, professiot, roolit ja normit muuttuvat yhä monimuotoisemmiksi. Siksi niihin liittyvien ristiriitojen ja epäselvyyksien tutkiminen on tärkeä tutkimuskohde tulevaisuudessakin. Käytännön esimerkit roolijännitteistä ja yleensä johtamiseen liittyvistä ongelmista lisäsivät tutkimustulosten luotettavuutta.

Tulokset vahvistivat aikaisempia tutkimustuloksia lääkäreiden ja lääkärijohtajien työhön liittyvistä keskeisistä ongelmakohdista. Lääkärijohtajat käyttävät suuremman osan ajastaan edelleen kliiniseen työhön. Tutkimustulosten mukaan lääkäreillä on liian vähän aikaa johtamistyöhön eivätkä he ole kiinnostuneita johtamistyöstä. Vain noin puolet kyselyyn osallistuneista lääkäreistä halusi paneutua johtamistyöhön. Koska lääkärijohtajilla, lääkäreillä ja koko lääketieteen professioilla on merkittävä vaikutus yhteiskunnan terveystalouteen sekä sairaalaorganisaatioiden taloudelliseen ja psykososiaaliseen toimintaan, tulisi terveydenhuollon johtamisongelmiin kiinnittää tulevaisuudessa enemmän huomiota. Aikapainetta tulisi purkaa ja johtamistyöhön tulisi varata riittävästi aikaa uusilla työjärjestelyillä. Näillä toimenpiteillä olisi mahdollista lisätä lääkärijohtajien johtamismotivaatiota ja samalla sairaaloiden tuottavuutta.

Lääkärijohtajien mainitsemat käytännön esimerkit työhön liittyvistä roolijännitteistä osoittivat, että he joutuvat työssään tekemään monia asioita, jotka pitäisi tehdä toisella tavalla. Lääkärijohtaja joutuu päivittäin tasapainoilemaan potilaiden, omaisten, henkilökunnan, ylempien esimiesten sekä poliittisten päättäjien odotusten ristipaineessa (Theorell 2000).

Vaikka monien tutkimusten mukaan johtajat ja lääkärijohtajat ovat tottuneet roolijännitteisiin, vähentää se todennäköisesti johtajien tehokkuutta ja työtyytyväisyyttä ja kiinnostusta henkilöstöjohtamiseen. Asiajohtamiseen käytettiin enemmän aikaa kuin henkilöstöjohtamiseen. Henkilöstöjohtamisen kompleksisuus vaikeuttaa tämän johtajuuden osa-alueen tutkimista. Lääkärijohtajien vuorovaikutustaitojen parantaminen ja henkilöstöjohtamistyön merkityksen ja tärkeyden korostaminen on joka tapauksessa tärkeää työyhteisöjen ristiriitatilanteiden kartoittamisessa ja ratkaisemisessa sekä organisaation työilmapiirin parantamisessa.

Naislääkärijohtajat kokevat todennäköisesti herkemmin roolijännitteitä kuin mieslääkärijohtajat. Koska naisten osuus lääkärinkunnasta lisääntyy, lisääntyy todennäköisesti myös naislääkärijohtajien määrä. Naisjohtajien herkkyys roolijännitteille ja työstressille ja toisaalta vahvuus joustamiskyvyissä ja vuorovaikutustaidoissa ja yleensä henkilöstöjohtamisessa tulisi huomioida.

Johtamistyölle tulee luoda edellytyksiä. Siihen tarvitaan selkeitä tavoitteita ja ohjeita, läpinäkyvää ja tehokasta tiedonkulkua, riittäviä resursseja sekä yhteistyötä. Nämä voidaan saada aikaan tiedonkulkujärjestelmän kehittämisellä, aikapaineen purkamisella, huolellisella henkilöstöpolitiikan kehittämisohjelmalla, palautejärjestelmien parantamisella ja kannustavalla palkkauksella sekä järjestelmällisellä ja avoimella yhteistyöllä eri ammattiryhmien, organisaation johdon sekä poliittisten päättäjien kesken. Johtamisen kohdentamista ja alaisten määrittämistä vaikeuttavan kaksilinjaorganisaation toimivuutta ja tulevaisuutta tulee arvioida kriittisesti.

Lääkärijohtajan johtamistyön ammatillisuutta tulisi korostaa. Nykyinen lääkärijohtajan semiprofessio tulisi muuttaa oikeaksi professioksi. Helanderin (1994) professiomääritelmää soveltaen myös lääkärijohtajan profession tulisi perustua tieteelliseen tietoon. Professionaalista johtamista varten tulisi olla myös erityinen koulutus ja oma ammattikäytäntö sekä pätevyystesti. Lisäksi lääkärijohtajilla tulisi olla professionaalinen eettinen koodisto eli normisto, joka ohjaa erityisesti lääkärijohtajan ammatin harjoittamista. Yliopistopohjainen johtamiskoulutus varmistaa koulutuksen tieteellisen pohjan ja tekee siitä houkuttelevamman professionaalista näkökulmasta. Samalla se luo edellytyksiä uudelle terveydenhuollon johtamisprofessiolle. Opiskelumotivaatioon tulisi kiinnittää huomiota ja kehittää johtamiskoulutusta ammattimaiseen suuntaan. Lääkärijohtajien oppimismotivaatiota sekä henkilöstöjohtamistyöhön että asijahtamistyöhön tulisi parantaa tarjoamalla heille vaihtoehtoisia, aikuisoppimiseen soveltuvia oppimismahdollisuuksia. Lääkärijohtajien oppimismotivaatiota johtamistyöhön tulisi myös lisätä kiinnittämällä enemmän huomiota johtamiskoulutuksen laatuun. Lääkärijohtajille tulisi luoda myös pysyvä jatkokoulutusverkosto.

Kognitiivisen johtamisen oppimisessa on keskeistä asennoitua uuteen tietoon entisiä käsityksiä muuttavana eikä niitä ylläpitävänä. Siihen voidaan vaikuttaa monilla tavoilla. Kuten lääketieteen opiskelijoiden (Ryynänen 2001), niin myös lääkärijohtajien opiskelussa tulisi painottaa oppijan reflektiivisiä oppimiskäytäntöjä ja samalla reflektiivisiä johtamis- ja ammattikäytäntöjä (Schön 1991,236-66, Viitanen 1999,60, Treasure 2001). Tämä tarkoittaa sitä, että lääkärijohtajien tulisi pysähtyä pohdiskelemaan aiempia oppimis- ja johtamiskäytäntöjään. Reflektiivisten johtamiskäytäntöjen avulla lääkärijohtajilla on paremmat edellytykset ymmärtää erikoissairaanhoidon organisaatiota, sen työntekijöitä ja monimutkaista toimintaympäristöä.

Vaikka erikoissairaanhoidon muutosten johtaminen on suuri haaste – se on samalla myös suuri mahdollisuus kehittää erikoissairaanhoidoa taloudellisesti ja toiminnallisesti potilaita palvelevaksi ja henkilökuntaa huomioivaksi organisaatioksi. Lääkärijohtajien olisi opittava ottamaan uusi roolinsa sekä asia- että henkilöstöjohtajina. Heidän olisi myös hyväksyttävä jatkuvista muutoksista johtuvat epävarmuustekijät osana johtamistyötään, yhtä hyvin kuin osana kliinistä työtään. Kaikesta huoli-

matta tärkein lääkärijohtajan työtä ohjaava tekijä tulisi edelleen olla potilaiden luottamuksen säilyttäminen (Hastings Center 1996, Josefson 2000).

Johtamistutkija Peter Druckerin mukaan ”Johtajan tehtävä on luoda ja ylläpitää tavoitteita ja arvoja työyhteisössään ja tehtävä ne tiettäväksi kaikille työyhteisön jäsenille ja toimittava itse esimerkkinä.”

Nykyisen erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä tulisi olla sellaiset olosuhteet, jossa näitä tavoitteita ja arvoja olisi mahdollista luoda ja ylläpitää.



## LÄHDEKIRJALLISUUS

Adams JS (1965): Inequity in Social Exchange. In: Advances in Experimental Social Psychology. Eds. L Berkowitz, Academic Press, New York.

Ahmavaara Y (1976): Yhteiskuntakybernetiikka. Weilin+Göös, Espoo.

Ajzen I and Fisbein M (1977): Attitude behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. Psychological Bulletin 84: 888-918.

Ajzen I (1991): The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes 50: 179-211.

Airaksinen T (1991): Oikeudenmukaisuus - hyvän yhteiskunnan tavoite. Kouluhallitus. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Airaksinen T(1992): Ammattien etiikan filosofiset perusteet. Kirjassa Ammattien ja ansaitsemisen etiikka, ss. 30-60. Toim. T Airaksinen, Yliopistopaino, Helsinki.

Alanko A, Permi J, Ristkari S ja Luhtala R (1994): Sairaaloiden hallinto kehittynyt väärään suuntaan. Suomen Lääkärilehti 49: 323-326.

Anderson JR (1990): Cognitive Psychology and Its Implications. W.H Freeman and Company, New York.

Allardt E ja Littunen Y (1979): Sosiologia, WSOY, Juva.

Allardt E (1993): Sosiologia I. WSOY, Juva.

Anttiroiko A-V (1991): Kunnan oleminen ja olemus. Kunnallispolitiikan lisensiaattitutkimus, Tampereen yliopisto.

Anttiroiko A-V (1996): Realistisen kuntateorian haaste. Poeettisen realismin näkökulma kuntatutkimuksen metodologiseen ja teoreettiseen infrastruktuuriin. Acta Universitatis Tamperensis 475. Vammalan kirjapaino, Vammala.

Argyris C (1991): Teaching Smart People How to Learn. Harvard Business Review 99-109.

Aulin A (1986): Notes on the concept of self-steering. In Sociocybernetics paradoxes. Observation, control and evolution of self-steering systems. Sage Publications, Bristol, London.

Autere S, Hautaniemi T, Hemminki H, Nordling E, Ojanen A, Tuomiranta M ja Risikko P (2001): Tulosityksikköjohtajien arviointi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Julkaisematon raportti.

Bandura A (1991): Social Cognitive Theory of Self-Regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes 50: 248-287.

Bass B (1990): Bass & Stogdill's Handbook of Leadership. Theory, Research and Managerial Applications. Free Press, New York.

Bauman Z (1996): Postmodernin lumo. Gummerus Oy, Jyväskylä.

Beck U (1990): Riskiyhteiskunnan vastamyrryt. Vastapaino, Tampere.

- Bennett RD (1988): Behavioral sciences for managers. Great Britain.
- Berger P and Luckman T (1987): The Social Construction of Reality. Penguin Books, London.
- Berger P ja Luckman T (1994): Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Gaudeamus. Kirjapaino-Oy Like, Helsinki.
- Berk ML (1985): Interviewing Physicians: The Effect of Improved Response Rates. American Journal of Public Health 75: 1338-1340.
- Bertalanffy Lv (1950): The Theory of Open Systems in Physics and Biology. Science 50: 23-29.
- Berwick D, Hiatt H, Janeway P (1997): An ethical code for everybody in health care. BMJ 315:1633-1635.
- Blake RR and Mouton J (1977): Johtamisen psykologiaa. Weilin+Göös, Espoo.
- Brante T (1988): Sociological Approaches to the Professions. Acta Sociologica 31: 119-142.
- Brommels M ja Mäntyranta T (1994): Lääkärijohtajien asenteet johtamiskoulutukseen. Suomen Lääkärilehti 49: 3868-3871.
- Brommels M (2000): Terveysthuoltojärjestelmä. Kirjassa Lääkärin työ ja laki, ss.27-28. Toim. K Koskenvuo, Oy Duodecim, Rauma.
- Brousseau KR, Driver MJ, Eneroth K and Larsson R (1996): Career Pandemonium: Realignment Organizations and Individuals. Institute of Economic Research Working Papers Series. Lund University, Sweden.
- Burke G, Tompkins L, Summers J and Jagmin C (1993): Role Stress among Physician Executives. Physician Executive 19: 9-14.
- Caplan CL, Cooper CL and Payne R (1979): Stress at Work. John Wiley&Sons, The Pitman Press, Bath, Avon.
- Castells M (1998): The Information Age. Economy, Society and Culture, The Power of Identity, s. 354-362, Blackwell Publishers, USA.
- Caven O (1999): Sujutusta ja pyöritystä. Tutkimus byrokratian merkityksistä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä. Painosalama Oy, Tampere.
- Checkland P and Scholes J (1990): Soft Systems Methodology in Action. John Wiley & Sons Ltd, England.
- Cohen B and Lee H (1975): Conflict, Conformity and Social Status: A Probability Model and Its Application. The M.I.T Press, Cambridge, Massachusetts.
- Cooper CL, Mathieu JE and Zajac DM (1990): A Review and Meta-analysis of the Antecedents, Correlates and Consequences of Organizational Commitment. Psychological Bulletin 108: 171-194.
- Crompton R (1987): Gender, status and professionalism. Sociology 21: 413-428.

- Dahrendorf R (1969): Homo Sociologicus. Sosiologian näkökulmia rooleihin. Kirjayhtymä, Tampereen kirjapaino, Tampere.
- Dallner M, Elo AL, Gamberale F, Hottinen V, Knardahl S, Lindström K, Skogstad A and Orhede E (2000): Validation of the General Nordic Questionnaire (QPSNordic) for Psychological and Social Factors at Work. Nord 2000:12, Nordic Council of Ministers, Aka-print, Copenhagen.
- Deci EL (1975): Intrinsic Motivation. Plenum, New York.
- Denison DR, Hooijberg R and Quinn RE (1995): Paradox and Performance: Toward a Theory of Behavioral Complexity in Managerial Leadership. Organization Science 6: 524-540.
- Dennett DC (1995): Darwin`s dangerous idea: Evolution and the meannigs of life. Simon and Schuster, New York.
- Drucker P (1959): Käytännön liikkeenjohto. Tammi, KKn kirjapaino, Helsinki.
- Dunkerley D (1975): The foreman. Aspects of task and structure. Routledge & Kegan Paul, London.
- Eisenhardt KM (1989): Building theories from case study research. Academy of Management Rewiev 14: 532-550.
- Elo A-L, Leppänen A, Lindström K ja Ropponen T (1990): TSK - Miten käytät työstressikyselyä. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Elovainio M and Kivimäki M (2001): The effects of personal need for structure and occupational identity in role stress process. Journal of Social Psychology 141: 365-378.
- Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J (2002): Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health 92;105-108.
- Enckell M (1998): Organizational cultures of Finnish hospitals in change. Ekonomi och samhälle. Skrifter utgivna vid Svenska handelshögskolan nr 71, Helsingfors.
- Eskola A (1973): Sosiaalipsykologia. Tammi, Helsinki.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (1994): Henkilöstöpoliittinen ohjelma.
- European Commission (1997): Green Paper: Partnership for a new organisation of work. DG.
- Eysenck MW and Keane MT (1990): Cognitive psychology. A student`s handbook. Lawrence Erlbaum Associates, Hove.
- Festinger L (1957): A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford University Press, Stanford, California.
- Fiedler F (1967): A Theory of Leadership Effectiveness. McGraw Hill Book, New York.
- Fisher CD and Gitelson R (1983): A meta-analysis of the correlates of role conflict and ambiguity. Journal of Applied Psychology 68: 320-333.
- Foucault M (1994): Tarkkailla ja rangaista. Otava, Helsinki.

- Freidson E (1970): Professionalization of medicine. A study of the sociology of applied knowledge. Harper & Row, New York.
- Freidson E (1994): Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy. University of Chicago Press, Great Britain.
- Giddens A (1984): Yhteiskuntateorian keskeisiä ongelmia. Toiminnan, rakenteen ja ristiriidan käsitteet yhteiskunta-analyysissä, Otava, Keuruu.
- Giddens A (1994): Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa. Kirjassa Nykyajan jäljillä, ss. 83-152. Toim. U Beck, A Giddens, S Lash, Gummerus, Jyväskylä.
- Goffman E (1969): Where the Action Is. Allen Lane, London.
- Goffman E (1971): Arkielämän roolit, oikeille jäljille rooliviidakossa. WSOY, Porvoo.
- Greenblatt M (1983): The Unique Contributions for Psychiatrists to Leadership Roles. Hospital and Community Psychiatry 34: 260-262.
- Gross N, Mason WS and McEachern AW (1958): Explorations in Role Analysis. Wiley, New York.
- Haapakorpi A (1997): Professionaalien työmarkkinoilla liikkumisen motivaatio. Hallinnon tutkimus 2: 120-128.
- Hacker W (1982): Yleinen työpsykologia. Weilin & Göös, Espoo.
- Hackman J and Oldham GR (1974): The Job Diagnostic Survey: an instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects. Technical Report No 4. Department of Administrative Science, Yale University.
- Hall DT (1971): A Theoretical Model of Career Subidentity Development in Organizational Settings. Organizational Behavior and Human Performance 6: 50-76.
- Hare PA and Hare JR (1996): J.L Moreno. Sage Publications, London.
- Harisalo R ja Korhonen T (1992): Lääkäri Työyhteisön jäsenenä I. Tutkimuksen tausta ja perusva-linnat. Suomen Lääkärilehti 47: 287-290.
- Harrinvirta M (2000): Strategies of Public Sector Reform in The OECD Countries. A Comparison. Commentationes Scientiarum Socialium 57, Gummerus Saarijärvi.
- Harris MM (1991): Role conflict and role ambiguity as substance versus artifact: A confirmatory factor analysis of House, Schuler, and Levanoni's(1983) scales. Journal of Applied Psychology 76: 122-126.
- Harris SG (1994): Organizational Culture and Individual Sensemaking. Organization Science 5: 309-321.
- Hastings Center (1996): The Goals of Medicine. Setting New Priorities. Hastings center report. Special supplement November-December. New York .
- Heiskala R (1994): Sosiaalinen konstruktionismi. Kirjassa Sosiologisen teorian nykysuuntauksia, ss.146-172. Toim. R Heiskala, Gaudeamus, Tampere.

- Helander V (1993): *Professiot ja julkisvalta*. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Painatuskeskus Oy, Helsinki.
- Helminen M-L ja Iso-Heiniemi M (1999): *Vanhemmuuden roolikartta*. Suomen Kuntaliito. Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Hemminki H, Herrala L, Perälä I, Pihlajamäki J, Rintala R, Risikko P ja Volanto S (2001): *Kuntaprofiili 2000. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kartoitus*. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu.
- Hermanson T (1989): *Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa*. Lääkintöhallituksen tutkimuksia. Kansanterveystieteen laitos, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Herrala L ja Finnilä M (2002): *Lääkäreiden työn toimintoanalyysi. Tarve-, tuotanto- ja ohjausprojekti Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä*. Julkaisematon raportti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Seinäjoki.
- Hersey P ja Blanchard KH (1975): *Organisaatiokäyttämisen perusteet*. Weilin+Göös, Espoo.
- Herzberg F, Mausner B and Snyderman BB (1966): *The Motivation to Work*. John Wiley & Sons Inc, USA.
- Hirsjärvi S ja Hurme H (2000): *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hoff TJ (1998): *Physician Executives in Managed Care: Characteristics and Job Involvement Across Two Career Stages*. *Journal of Healthcare Management* 43: 481-497.
- Huttunen P (1994): *Johtaminen muuttuvassa julkishallinnossa*. Weilin+Göös, Tummavuoren Kirjapaino Oy, Vantaa.
- Hyppölä H. (toim.) *Lääkäri 98. Raportti kyselytutkimuksesta vuosina 1987-1996 valmistuneille lääkäreille ja vertailu tilanteeseen kymmenen ja viisi vuotta aiemmin*. Verkkojulkaisu STM: <http://www.vn.fi/stm/suomi/tao/julkaisut/taosisallys37.htm>
- Hyypä H ja Isohanni M (1998): *Työyhteisön muutos johtajuuden haasteena*. *Suomen Lääkärilehti* 10: 1139-1144.
- Isohanni M (1997): *Eettisiä näkökohtia terveydenhuollon hallinnossa*. *Suomen Lääkärilehti* 9: 1017-1020.
- Itkonen P (1990): *Johtajuus sairaanhoitopiirien kuntainliitossa*. *Lisensiaattitutkimus*, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Jackson SE and Schuler RS (1985): *A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 36:16-78.
- Johanson J-E (1996): *Yhteinen ja yksimielinen vai eriytynyt ja ristiriitainen? - Kognitiivinen näkemys julkisen organisaation työnjakoon*. *Hallinnon tutkimus* 2: 133-146.
- Joronen L (1993): *Ammatillisen kasvun edellytykset organisaatiossa*. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitos. *Tutkimuksia* 135, Helsinki.

- Josefson D (2000): US doctors consider access to health care for all. *BMJ* 321: 1491.
- Julkunen R (1992): Hyvinvointivaltio käännekohtassa. Vastapaino, Jyväskylä.
- Julkunen R (2001): Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino, Jyväskylä.
- Junnola R ja Juuti P (1993): Arvot ja johtaminen. JTO tutkimuksia sarja 7. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Juuti P (1995): Johtaminen ja organisaation alitajunta. Aavaranta-sarja. Otava, Keuruu.
- Juuti P (1998): Ylemmät toimihenkilöt esimiehenä. JTO tutkimuksia sarja 11. Helsinki.
- Järvinen A (1985): Lääketieteen opiskelijoiden tieteellisiä ja ammatillisia käsityksiä koskeva seuranta-tutkimus. *Acta Universitatis Tamperensis*. A: 197, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Järvinen P ja Järvinen A (1995): Tutkimustyön metodeista. Opinpaja Oy, Tampere.
- Kahn RL, Wolfe DM, Quinn RP, Snoek JD and Rosenthal RA (1964): *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. Wiley, New York.
- Kalliola S (1994): Johdon ja henkilöstön yhteistoiminnan ulottuvuudet ja kehittämismahdollisuudet. Kirjassa *Uudistumisen voimavarat. Tutkimus kunnallisen palvelutuotannon tuloksellisuuden ja työelämän laadun kehittämisessä*, ss. 322-324. Toim. A Kasvio, R Nakari, S Kalliola, R Kuula, I Pesonen, H Rajakallio ja S Syvänen. Työelämän tutkimuskeskuksen julkaisuja 4/94. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden laitos, Tampere.
- Kamppinen M ja Ruohonen M (2001): Kognitiivinen organisaatioteoria. Kirjassa *Moderni kognitiiviede*, ss. 252-265. Toim. P Saariluoma, M Kamppinen, A Hautamäki, Gaudeamus, Yliopistopaino, Helsinki.
- Kangas M (1997): Terveysthuollon hallintoa koskeva kysely sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreille. *Suomen Lääkärilehti* 31: 3665.
- Karasek R (1979): Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24: 285-307.
- Kassirer J (1998): Managing care – should we adopt a new ethic? *NEJM* 339: 397-398.
- Kast FE and Rosenzweig JE (1984): *Organization and Management. A Systems and Contingency Approach*. International student edition, Washington.
- Katz D and Kahn RL (1978): *The Social Psychology of Organizations*. John Wiley & Sons, New York, London, Sydney.
- Kauttonen J (1999): Itsenäisesti, mutta yhdessä. Sosiaali- ja terveysjohtamisen täydennyskoulutuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Monisteita 10. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Kauttonen J (2000): Sosiaali- ja terveysjohtamisen täydennyskoulutus (PD) työyhteisön kannalta. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 12, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

- Kekomäki M (1997): Muuttuva sairaala. Kanava 7: 356-360.
- Kekomäki M (2000): Hyvät lääkärijohtajat paras turva potilaalle. Nuori Lääkäri 37: 45-49.
- King LA and King DW (1990): Role Conflict and Role Ambiguity: A Critical Assessment of Construct Validity. Psychological Bulletin 107: 48-64.
- Kinnunen J (1990): Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopiston julkaisuja 4. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Kinnunen J (1992): KYSin johtaminen ja kulttuuri muuttuvassa toimintaympäristössä. Kuopion yliopistollinen keskussairaala, Kuopio.
- Kitchener M (2000): The Bureaucratization of Professional Roles: The Case of Clinical Directors in UK Hospitals. Organization 7: 128-154.
- Kivimäki M, Elovainio M ja Nord J (1996): Effects of components of personal need for structure on occupational strain. The Journal of Social Psychology 136: 769-777.
- Kivimäki M, Kalliomäki-Levanto T, Vahtera J, Kinnunen J ja Elovainio M (1999): Heikentykö sairaalalahenkilöstön hyvinvointi. Sairauspoissaolojen seurantatutkimus 1996-1998. Suomen Lääkärilehti 54: 2495-2500.
- Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S, Ferrie JE, Firth-Cozens J (2001): Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. Occupational & Environment Medicine 58:361-366.
- Kivistö M (1989): Esimiehen johtamiskäyttäytyminen. JTO tutkimuksia, Sarja 3. Hakapaino OY, Helsinki.
- Klockars L, Kock SE ja Sonkin L (1969): Hierarkia, status ja päätäntävalta suomalaisessa yleissairaalassa. Sairaala sosiaalisena organisaationa, osatutkimus II. Sairaalaliiton tutkimusosaston julkaisuja sarja C:10, Helsinki.
- Komiteamietintö (1989): Selvitysmies Teemu Hiltusen ehdotus valtionapujärjestelmän uudistamiseen. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Konttinen E (1989): Harmonian takuumiehiä vai etuoikeuksien monopolisteja? Professionien sosiologian funktionalistisen ja uusweberiläisen valtasuuntauksen tarkastelua. Sosiologian laitoksen julkaisuja 45. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylän yliopiston monistuskeskus, Jyväskylä.
- Konttinen E (1991): Perinteisesti moderniin. Professionien yhteiskunnallinen synty Suomessa. Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Korpi J, Risikko P, Leisti S (2000): Etelä-Pohjanmaa - mallin hyöty alueellisen erikoissairaanhoidon kehittämisessä. Etelä-Pohjanmaa -malli, julkaisu 34. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Seinäjoki.
- Kotter JP (1990): What leaders really do? Harvard Business Review 68: 03-111.
- Kotter JP(1996): Muutos vaatii johtajuutta. Oy Rastor Ab, Helsinki.
- Kucuradi I (1998): Yhteiskunnallinen ja globaali oikeudenmukaisuus. Filosofinen aikakauslehti 3: 14-21.

Kumpusalo E, Mattila K, Virjo I, Neittaanmäki L, Kataja V, Kujala S, Jääskeläinen M, Luhtala R ja Isokoski M (1989): Nuori lääkäri 88. Miten lääkäreiden peruskoulutus vastaa käytännön työn vaatimuksia? Suomen Lääkärilehti 44: 1001-1007.

Kurunmäki L (2000): Power Relations in the Health Care Field: Accounting, Accountants, and Economic Reasoning in the New Public Management Reforms in Finland. School of Business and Economy, University of Jyväskylä, Jyväskylä.

Kvaerner KJ, Aasland OG and Botten GS (1999): Female medical leadership: cross sectional study. BMJ 318: 91-94.

Kvale S (1976): The psychology as ideology and technology. Behaviorism 1: 97-116.

Lahtinen Y (1993): Tulosjohtaminen sairaaloissa. Kehittäjien saavutukset ja kokemukset. Suomen Kuntaliitto.

Larson MS (1977): The Rise of The Professionalism. University of California Press, Berkeley.

Lazarus RS (1977): Persoonallisuus. Weilin+ Göös, Espoo.

Lee AS (1989): A Scientific methodology for MIS case studies. MIS Quaterly 13: 33-50.

Lehto A-M (1996): Työolot tutkimuskohteena. Työolotutkimuksen sisällöllistä ja menetelmällistä arviointia yhteiskuntatieteen ja naistutkimuksen näkökulmasta. Tilastokeskus, tutkimuksia 222. Edita, Helsinki.

Lehto A-M ja Sutela H (1998): Tehokas, tehokkaampi, uupunut. Työolotutkimuksen tuloksia 1977-1997. Työmarkkinat 12. Tilastokeskus. Tummavuoren kirjapaino Oy, Vantaa.

Lehto A-M (1999): Naiset Suomen työelämässä. Kirjassa Suomalainen nainen. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Lehto J (1991a): Juoppojen professionaalinen auttaminen. Tutkimuksia 1. Sosiaali- ja terveyshallitus. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1991.

Lehto J (1991b): Professionaalisuuden ansa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 28: 181-184.

Leväsvirta L (1996): Roolin käsite kunnallishallinnon tutkimuksessa. Sivulaudatur-tutkielma. Tampereen yliopisto, Tampere.

Leväsvirta L (1999): Kuntien hallinto muuttuvassa toimintaympäristössä. Kunnallisten luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden roolit sekä niiden yhteensopivuus toimintaympäristön kanssa. Suomen Kuntaliitto, Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.

Likert R (1967): The Human Organization. Tokyo.

Lindström K (1994): Työyhteisön kehittämissuunnaukset : terve yksilö ja terve työyhteisö. Kirjassa Terve työyhteisö –kehittämisen malleja ja menetelmiä, ss. 17-20. Toim. K Lindström, Työterveyslaitos, Helsinki.

Linna M ( 1999): Measuring hospital performance: the productivity, efficiency and costs of teaching and research in finnish hospitals. Stakes research reports 98. Gummerus printing, Jyväskylä.



- Locke EA and Henne D (1986): Work motivation theories. In *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, pp. 142-186. Eds. CL Cooper and I Robertson, Wiley, London.
- Lumijärvi I (1980): Henkilöstöohjausmetodien uusiutumisen ongelmasta historiallis-geneettisen tarkastelun valossa, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Lumijärvi I (1985): Johtamistyön sisällöstä. *Julkishallinnon julkaisusarja N:o 1/ 1985 A*. Tampereen yliopiston jäljennepalvelu, Tampere.
- Lyons MF, Ford D and Singer GR (1996): Physician leadership. How Do Physician Executives View Themselves? *Physician Executive* 22: 23-26.
- Maailman paras julkinen sektori? (1993): Julkisen hallinnon kansainvälinen vertailuprojekti. Loppuraportti. Valtiovarainministeriö, Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Mattila K (2000): Lääkärin säädetyt ammattivelvollisuudet ja -ehdot. Kirjassa *Lääkärin työ ja laki*, ss. 32-45. Toim. K Koskenvuo, Oy Duodecim, Rauma.
- McClelland DC (1987): *Human Motivation*. USA.
- McKinley JB and Stoeckle JD (1987): Corporitization and social transformation of doctoring. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 24: 73-84.
- Mead G (1962): *Mind, Self and Society*. Chicago.
- Merton R (1957): *Social theory and social structure*. Free Press, Glencoe, Illinois.
- Metsämuuronen J (1998): Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. Euroopan sosiaalirahasto tavoite 4 -ohjelma. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Miner JB and Smith NR (1982): Decline and Stabilization of Managerial Motivation Over 20-Year Period. *Journal of Applied Psychology* 67: 297-305.
- Miner JB (1985): Sentence completion measures in personnel research: The Development and validation of the Miner Sentence Completion Scales. In H.J Bernardin & D.A Bownas (Eds.) *Personality assessment in organizations*. Praeger, New York.
- Mintzberg H (1979): *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*. Prentice-Hall, London.
- Mintzberg H (1980): *The Nature of Managerial Work*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Mintzberg H (1998): Covert Leadership: Notes on Managing Professionals. *Harvard Business Review* 140-147.
- Morrison I and Smith R (2000): Hamster health care. Time to stop running faster and redesign health care. *BMJ* 321: 1541-2.
- Mäenpää E (2000): Sairaalaalääkärin jaksaminen työterveyshuollon näkökulmasta. *Acta Universitatis Tamperensis* 729. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.

- Mäkelä T (1994): Tulosjohdettu sairaala. Tutkimus tulosjohtamisesta ja tulosjohtamiskoulutuksesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Hallintotieteen laitos A6, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Määttä S ja Ojala T (1999): Tasapainoisen onnistumisen haaste. Johtaminen julkisella sektorilla ja Balanced Scorecard . Hallinnon kehittämiskeskus, Valtiovarainministeriö. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Möttönen S (1997): Tulosjohtaminen ja valta poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisessä suhteessa. Suomen Kuntaliitto. Acta julkaisusarja 86, Helsinki.
- Möttönen S (1999): Mitä tulosjohtamisesta on seurannut? Suomen Lääkärilehti 54: 1117-1121.
- Nakari R (1992): Työelämän laatu kunnissa. Työraportteja 34. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos, Työelämän tutkimuskeskus, Tampere.
- Nakari R (2000): Muuttuuko työelämä - ja mihin suuntaan? KuntaSuomi 2004 -tutkimuksia nro 23. Suomen Kuntaliitto, Tampereen Yliopisto. Suomen Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Nashold F (1995): The Modernization of The Public Sector in Europe. A Comparative Perspective on Scandinavian Experience. Työministeriö. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Neisser U (1963): The imitation of man by machine. Science 139: 193-197.
- Newell A, Shaw J and Simon HA (1958): Elements of a theory of human problem solving. Psychological Review 65: 151-166.
- Newell A and Simon HA (1972): Human problem solving. NJ:Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Niiniluoto I (1983): Tieteellinen päättely ja selittäminen. Otava, Helsinki.
- Niiniluoto I (1992): Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Niiranen V (1995): Sosiaalitoimen moniulotteinen johtajuus. Sosiaaliturvan keskusliitto. RT-paino, Pieksämäki
- Nikkilä J (1997): Hallintotyön ympäristö. Kohti tuloksellista ja palvelevaa hallintoa. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. VAPK-kustannus, Helsinki.
- Nikkilä J ja Mikkola T (1998): Terveysthuollon kehittämissuunnitelma, selvitysmiesraportti 1, Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Niskanen J (1997): Markkinaohjautuvuuden vaikutus arvoihin julkisessa sairaanhoidossa. Acta Wasaensia No 56, Hallintotiede 3, Universitas Wasaensis, Vaasa.
- Odiome GS (1966): The Management Theory Jungle and the Existential Manager. Academy of Management Journal 2: 9-13.
- OECD Economic Surveys 1997-1998 (1998): Special Features, Structural Policies Health Care Reform, Finland. OECD Publications Paris, France.
- Neuberg SL and Newsom JT (1993): Personal need for structure: Individual differences in the desire for simple structure. Journal of Personality and Social Psychology 65: 113-131.

- Niemi-lilahti A (2000): Hallinnon toimintamallien uudistaminen – paikallisagenda innovaatioiden katalysaattorina. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 4: 271-282.
- Ojanen M (1988): Työ- ja hoitoilmapiiri pitkäaikaispotilaiden hoitoyksikössä. *Psychiatria fennica* julkaisu no 83. Psykiatrian tutkimussäätiö, Helsinki.
- Paavilainen H, Pietikäinen M ja Telaranta T(1998): Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2, Terveystieteiden toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Palmen AJ (1960): Eettiset suuntaviivat liiton toiminnassa. Kirjassa Suomen Lääkäriliito, Finlands Läkarförbund 1910-1960, ss. 288-315. Toim. P Susitaival, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Pahkala K, Utriainen P, Nordling E ja Hemminki H (1996): Tulosjohtamisen yhteydet inhimillisiin tekijöihin erikoissairaanhoidossa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. *Hallinnon tutkimus* 3: 216-224.
- Pahkala K, Pahkala S, Utriainen P ja Laippala P (1998): Työtä ja työyhteisöä kuvaavien tekijöiden yhteydet perusterveydenhuollon toimivuuteen. Esimerkkiaineistona 21 terveyskeskusta entisessä Vaasan läänissä. *Hallinnon Tutkimus* 2: 122-132.
- Pahkala K, Pahkala S ja Laippala P (1999): Omaa työyksikköä ja koko organisaatiota kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Esimerkkiaineistona entisen Vaasan läänin 21 terveyskeskusta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. *Hallinnon tutkimus* 3: 251-265.
- Pahkala K (1999): Etelä- ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien organisaatiokulttuuri, työtä ja työyhteisöä kuvaavat tekijät ja esimiestoiminta, osat 1 ja 2. Julkaisematon moniste.
- Pahkala K, Pahkala S, Puolijoki H ja Laippala P (2001): Tulosjohtamisen toteutumista ennustavat tekijät. esimerkkiaineistona Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkärit. *Suomen Lääkärilehti* 56: 317-322.
- Paoli P (1997): *Second European Survey on Working Conditions*. European Foundations for the Improvement of Living and Working Conditions , Dublin.
- Parsons T (1967): *Sociological theory and modern society* 1967, The free Press New York.
- Pelkonen R (2000): Lääkärin eettiset ohjeet. Kirjassa *Lääkärin työ ja laki*, ss. 52-60. Toim. K Koskenvuo, Oy Duodecim, Rauma.
- Peltonen T ja Lehto J (1999): Asiantuntijuus puheen ja vuorovaikutuksen tuotteena. *Ekonomien koodi ryhmähaastattelussa*. *Hallinnon tutkimus* 1: 4-18.
- Pietilä V (1973): *Sisällön erittely*. Oy Caudeamus Ab, Helsinki.
- Pollitt C (1993): *Managerialism and the public services. Cuts or cultural change in the 1990s*. Blackwell Bussiness, Oxford.
- Quine L (1999): Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *BMJ* 318: 228-232.
- Rainio K ja Helkama K (1974): *Sosiaalipsykologian oppikirja*. WSOY, Porvoo.

- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A and Gregory WM (1996): Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347: 724-728.
- Rantalaiho L (1991): Tiede ja professio. Sosiaalitieteet lääkärikoulutuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 28: 251-254.
- Rauste von Wright M ja von Wright J (1997): Oppiminen ja koulutus. WSOY, Juva.
- Rawls J (1988): Oikeudenmukaisuusteoria. WSOY, Juva.
- Riska E (1987): Läkärprofessionens förändrade ställning: En fallstudie av kvinnliga läkare i Finland. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 24: 105-115.
- Riska E (1988): Läkärprofessionens utveckling i olika länder. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 25: 27-37.
- Rizzo JR, House RJ and Lirzman SI (1970): Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly* 15: 150-163.
- Ruohotie P (1995): Ammatillinen kasvu työelämässä. *Ammattikasvatussarja* 8. Tampereen yliopiston opettajankoulutuslaitos. Hämeenlinna.
- Ruohotie P (1998): Motivaatio, tahto ja oppiminen. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Ruohotie P ja Honka J (1999): Palkitseva ja kannustava johtaminen. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Ryynänen K (2001): Constructing Physician's Professional Identity – Explorations of Students' Critical Experiences in Medical Education. Academic Dissertation, University of Oulu, Center for Activity Theory and Development Work Research, University of Helsinki, Merikoski Rehabilitation and Research Centre, Oulu. Oulu University Press.
- Sahlin-Andersson K och Östergren K (1996): Chefsöverläkarens roll i en föränderlig sjukvård. *Socialmedicinisk tidskrift* 9: 453-460.
- Salminen A (1998): Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Edita, Helsinki.
- Saltman RB and Figueras J (1997): European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. WHO Regional Publication, European Series No 72. Copenhagen, Denmark.
- Sarvikas Y, Hemminki H, Nordling E, Hautaniemi T ja Korpi J (1995): TUJOLA. Tulosjohtamisen vaikuttavuus ja laatu: Kartoittava tutkimus Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Etelä-Pohjanmaa-malli, Julkaisu 2. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Sauri M (2000): Turun yliopistollisen keskussairaalan henkilöstöhallinnon ja -johtamisen arviointi 2000. HAUS, TYKS.
- Sawyer JE (1992): Goal and Process Clarity: Specification of Multiple Constructs of Role Ambiguity and a Structural Equation Model of Their Antecedents and Consequences. *Journal of Applied Psychology* 77: 130-142.
- Schön DA (1991): *The Reflective Practitioner*. How professionals think in action. Ashgate, Aldeshot, England.

- Scott GW (1961): Organization Theory: An overview and an appraisal. *Academy of Management Journal* 4: 7-26.
- Scott WR (1982): Managing Professional Work: Three Models of Control for Health Organizations. *Health Service Research* 17: 213-240.
- Senge P (1993): *The Fifth Discipline: The Art and Practise of the Learning Organization*. Doubleday, New York.
- Sherman E (1998): Effects of Role Variables on Job Satisfaction. *Physician Executive* 24: 40-45.
- Sheppard B, Lewicki R and Minton J (1992): *Organizational justice. The search for fairness in the workplace*. Lexington Books, New York.
- Simon HA (1957): *Administrative Behavior*. MacMillan, New York.
- Sipilä J (1996): *Asiantuntija ja johtaja. Miten hallitsen nämä kaksi roolia? Weilin+Göös, Gummerus Kirjapaino O, Espoo.*
- Smith R (1992): Leadership and doctors. *BMJ* 305: 137-138.
- Sonkin L (1970): *Johtaminen -sairaalan ajankohtainen ongelma. Sairaalaliiton tutkimusosaston julkaisuja sarja C:15. Sairaalaliiton tutkimusosasto, Helsinki.*
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1995): *Sosiaali- ja terveysministeriön täydennyskoulutustyöryhmän muistio 23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.*
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1996): *Terveydenhuollon suuntaviivat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarja 16. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.*
- Starbuck WH (1992): Learning by knowledge-intensive firms. *Journal of Management Studies* 6: 713-740.
- Sulkunen P (1987): *Johdatus sosiologiaan. WSOY, Helsinki.*
- Suomen Lääkäriliitto (1998): *Terveydenhuollon johtaminen ja suositus lääkärin virkanimikkeistä. Helsinki.*
- Suomen Lääkäriliitto (2000): *Lääkärin etiikka. Suomen Lääkäriliitto. Forssan kirjapaino Oy, Forssa.*
- Strömmer R (1999): *Henkilöstöjohtaminen. Business Edita. Oy Edita Ab, Helsinki.*
- Ståhlberg K (1992): *Professiokratia ja hallinto. Kirjassa Ihminen ja hyvinvointivaltio, valta ja osallisuus, ss.8-21. Toim. R Haverinen ja M Maaniittu. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 79. Valtion painatuskeskus, Helsinki.*
- Sveiby KE (1990): *Valta ja johtaminen asiantuntijaorganisaatiossa. Weilin+Göös, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.*
- Särmö A, Pihlajamäki J, Ijäs S, Korpi J ja Leisti S (1997): *Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin laatu järjestelmä. Etelä-Pohjanmaa –malli julkaisu 29. Seinäjoki.*

Teittinen T (1985): Julkisten toimintaohjelmien ominaisuudet ja toimeenpano-organisaatio. Toimeenpanoanalyysin käsitteellistä kehittelyä ja tapaustutkimus Kuopion yliopistollisesta keskussairaalarasta sairaanhoidon valtakunnallisten suunnitelmien toimeenpanosta suunnittelukausilla 1974-78- 1983-1987. Kuopion yliopiston julkaisuja, yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 1 / 1985. terveydenhuollon hallinnon laitos. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.

Telanne M (1997): Sisäinen motivaatio – muutamia teoreettisia ja empiirisiä havaintoja . Hallinnon tutkimus 3: 237-259.

Temmes M (1991): Julkinen johtaminen. Valtion hallinnon kehittämiskeskus. Valtion painatuskeskus, VAPK kustannus, Helsinki.

Temmes M (1992): Julkiset asiantuntijaorganisaatiot. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Temmes M (1997): Optimal mix between managerism and legal-administrative regulatory system. Hallinnon tutkimus 1: 18-27.

Theorell T (2000): Changing society: changing role of doctors. BMJ 320: 1417-1418.

Toffler A(1991): Suuri käänne. Otava, Keuruu.

Treasure T (2001): Redefining leadership in health care. BMJ;323:1263-1264.

Tugend A and Harris L (1997): Patients` Rights in Europe. Eurohealth 1.

Turunen KE (1990): Ihmisen ymmärtäminen. Gummerus, Jyväskylä.

Tuulonen A, Isolauri J, Paavilainen H (2000): Muutosjohtamisen haasteet yliopistosairaalassa. Suomen lääkirilehti 55: 3719-3723.

Tynjälä P (1999a): Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Kirjayhtymä, Tammer-Paino Oy, Tampere.

Tynjälä P (1999b): Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Kirjassa Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän koulutuksen näkökulmia, ss. 160-179. Toim. A Eteläpelto ja P Tynjälä, WSOY, Juva.

Työterveyslaitos (2000): Työ ja terveys Suomessa v. 2000. Helsinki.

Töttö P (2000): Pirullisen positivismin paluu. Laadullisen ja määrällisen tarkastelua. Gummerus, Jyväskylä.

Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Husman K, Juntunen J, Kalimo R, Luhtala R, Myllymäki K, Seuri M ja Äärimaa M (1999): Lääkäreiden työolot ja kuormittuneisuus -tutkimus. Suomen Lääkirilehti 54: 2423-2430.

Töyry S, Räsänen K, Hirvonen M, Husman K, Juntunen J, Kalimo R, Kujala S, Luhtala R, Myllymäki K, Seuri M ja Äärimaa M (2000): Lääkäreiden työolot ja kuormittuneisuus -tutkimus. Taulukkoraportti. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.

Ulrich D (1997): Human Resource Champions. Harward Business School Press, Boston.

- Umpleby SA (1990): The Science of Cybernetics and The Cybernetics of Science. Cybernetics and Systems 21: 109-121.
- Uusitalo H (1997): Tiede, tutkimus ja tutkielma. WSOY, Juva.
- Vahtera J ja Soini S (1994): Psykososiaaliset voimavarat ja tasa-arvo työssä. Työpoliittinen tutkimus 84. Työministeriö. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Valtee P (1987): Kunnallisen työyhteisön johtaminen - esimiesten käsityksiä. Empiirisiä tutkimustuloksia kunnallishallinnon johtajien työstä, esimiestoiminnasta ja tuottavuuskäsityksistä. Työelämän suhteiden neuvottelukunta 3. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Valtonen H (1993): Mikrotalousteorian rakenteesta ja ontologisista sitoumuksista. Vaasan yliopiston julkaisuja, Tutkimuksia 172. Vaasan yliopisto.
- Van Sell M, Brief AP and Schuler RS (1981): Role conflict and role ambiguity: Integration of the literature and direction for future research. Human Relations 34: 43-71.
- Varela FJ, Thompson E and Rosch E (1991): The Embodied mind. Cognitive Science and Human Experience. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London, England.
- Viitanen E (1999): Kaikki ei ole niin itsestään selvää kuin aikaisemmin ajattelin. Kolmevuotisen sosiaali- ja terveysjohtamisen PD-koulutuksen arviointia. Julkaisuja 1, Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto.
- Viitanen E (2001): Learning to Manage Welfare and Health Service. Evaluation 7: 79-94.
- Virjo I, Mattila K, Neittaanmäki L, Kumpusalo E, Kujala S, Luhtala R ja Isokoski M (1995): Lääkäri 93. Raportti vuosina 82-91 laillistetuista lääkäreistä ja vertailu tilanteeseen viisi vuotta aikaisemmin. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- von Foerster H (1995): Observing systems. Intersystems Publications, Seaside California.
- Vuolio V (1993): Kunnanlääkäriin ammatillinen autonomia – tulos onnistuneesta professionaalista projektista. Teoksessa. Ammattikunnat, yhteiskunta ja valtio. Suomalaisten professioiden kehityskuvia, ss. 106-130. Toim. E Konttinen. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisu 55. Jyväskylän yliopiston monistuskeskus, Jyväskylä.
- Vuori J (1995): Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Ankkurikustannus Oy, Vaasa.
- Vuori J (1996): Terveystieteiden itsepetos ja johtajuus – Toiveajattelu ja autonomian pelko henkilöstön luovuuden esteenä. Sosiaalilääketieteellinen Aikauskauslehti 33: 363-374.
- Vuori J (2000): Sairaalojohtamisen haaste: miten lääkäri unohtaisi lääketieteen? Suomen Lääkäri-lehti 55: 877-880.
- Warpenius K (1997): Vartijat ja konsultit. Kirjassa Semioottisen sosiologian näkökulmia, ss. 248-262. Toim. P Sulkunen ja J Törrönen. Gaudeamus, Tampere.
- Weber M (1947): The Theory of social and economic organization. The Free Press. New York.
- Weber RB (1985): Basic Content Analysis. Sage Publications, Newbury Park.

Weinberg A ja Creed F (2000): Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 355: 533-537.

Wiener N (1967): *Cybernetics, Control and Communication in the Animal and Machine*. MA:MIT Press, Cambridge.

Wiener N (1969): *Ihmisestä, koneista ja kielestä*. WSOY, Porvoo.

Wiili-Peltola E (2000): Sairaala sosiaalisena organisaationa: Uusia kuvia vanhoissa raameissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37: 122-133.

Wiio OA (1978): *Wiion lait ja vähän muidenkin*. Weilin & Göös, Espoo.

Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW and Linda LE (1999): Medical Professionalism in Society. *New England Journal of Medicine* 18: 1612-1615.

Yin RK (1989): *Case Study Research. Design and Methods*. Sage Publications, Newbury Park –London- New Delhi.

Yukl GA (1994): *Leadership in Organizations*. Prentice-Hall Inc. New Jersey.

Äärimaa M (2001): Lääkärien työtaistelut, merkki terveydenhuollon kriiseistä. *Suomen Lääkärilehti* 56: 2359.

Östergren K och Sahlin-Andersson K (1998): *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Landstingsförbundets Informationsavdelning, Stockholm.



## TEKSTISSÄ VIITATUT JULISTUKSET

Autonomy of Medical Specialist Practice (1994): European Union of Medical Specialists UEMS Declaration, Paris.

World Medical Association (1949): International Code of Medical Ethics. London, England.

## TEKSTISSÄ VIITATUT LAIT

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989

Hallintomenettelylaki 598/1982

Kansanterveyslaki 66/1972

Kuntalaki 365/1995

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992

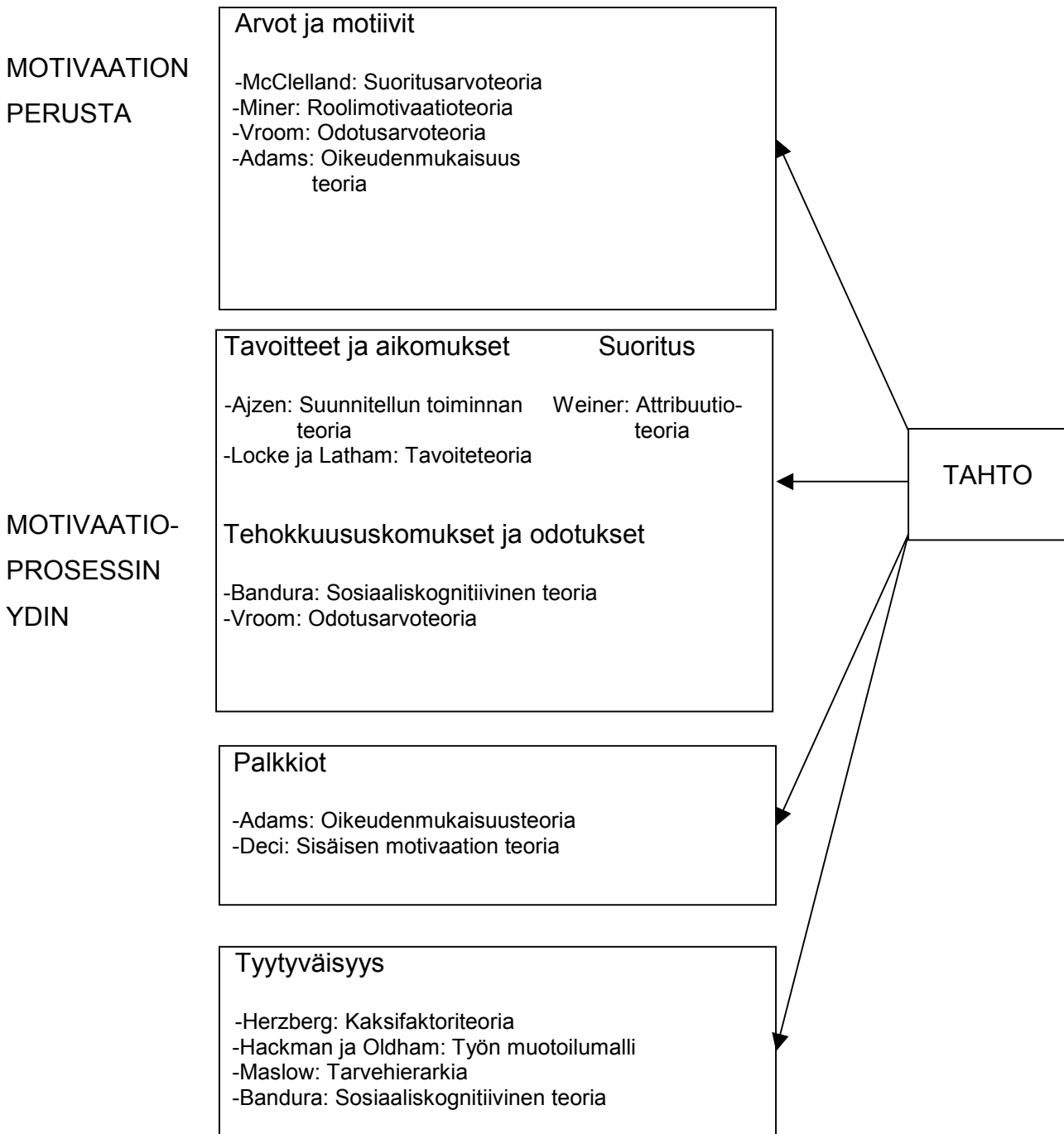
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Potilasvahinkolaki 585/1986

Suomen Hallitusmuoto 94/1919

Suomen perustuslaki 731/1999

Liitekuvio 1 Motivaatioprosessin kuvaus ja yhteenveto motivaatioteorioista. Muunnelma Locken (1991) ja Ruohotien (1998) mallista.



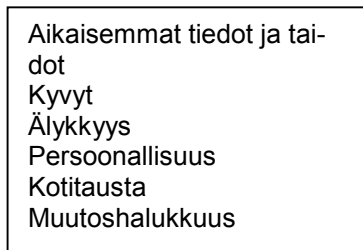
Liitekuvio 2 Lääkärijohtajan aikuisoppimisen kokonaismalli, (muokattu Tynjälä 1999,17).

TAUSTATEKIJÄT

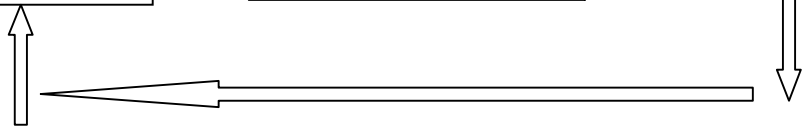
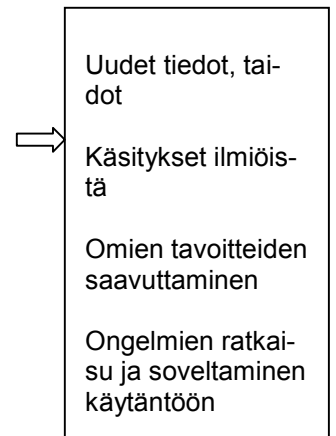
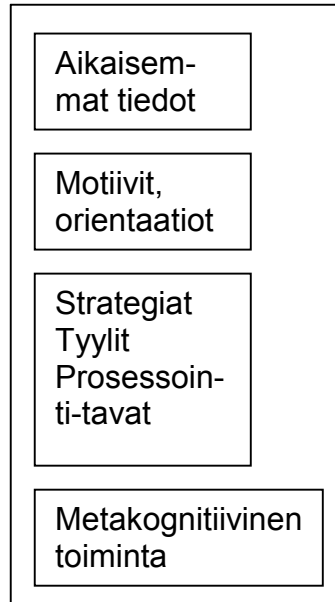
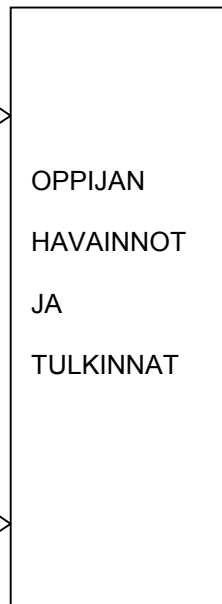
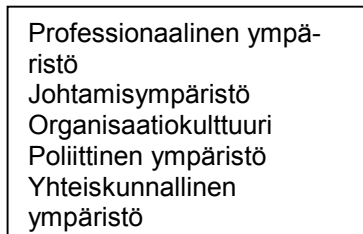
OPPIMISPROSESSI

TULOKSET

Henkilökohtaiset tekijät



Oppimisympäristö



## Liitetaulukko 1

### Faktoriansalyysin tulokset henkilöstöjohtamistyössä neljällä faktorilla. Vertailu alkuperäiseen Rizzon kahden faktorin malliin

	Rizzo rooli- ristiriitatyyppi	Rizzo faktorilataus	Rizzo faktoripiste	Oma faktoripiste	Oma Cronbach alfa	Cronbach alfa, jos poistetaan
<b>Työnkuva ja tavoitteet</b>						
4 Joudun tekemään asioita, joita pitäisi tehdä toisella tavalla	RE					0,85
5 Minua auttavat toimintaperiaatteet ja ohjeet puuttuvat	RE	RK	0,43	0,61		0,83
6 Riippumatta kulloisestakin työtiin kokoonpanosta pystyn toimimaan samalla tavalla						0,86
24 Ohjeet siitä, mitä pitää tehdä ovat selkeitä	RE	RE	0,35	0,64		0,85
28 En tiedä hyväksyykö esimieheni työni	RE	RK	0,3	0,54		0,86
32 Tiedän tarkasti vastuuni ja velvollisuuteni	RE	RE	0,61	0,78		0,84
33 Olen täysin selvillä tavoitteista ja päämääristä	RE	RE	0,42	0,68		0,84
34 Olen varma osastoni tavoitteista ja kuinka työni siihen liittyy				0,48		0,83
36 Tiedän tarkasti, mitä tuloksia esimieheni odottavat työltäni	RE	RE	0,61	0,6	0,86	0,84
<b>Työjärjestelyt ja aikapaine</b>						
1 Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä päivittäinen työni	RK			0,47		0,69
10 Tiedän että olen jakanut aikani oikein työtä tehdessäni	RE	RE	0,62	0,77		0,58
16 Minulla on tehtävänä juuri oikea määrä työtä	RK	RE	0,32	0,68		0,62
27 Teen omiin arvoihini sopivaa työtä	RK	RE	0,39	0,7	0,72	0,72
<b>Ristiriitainen toimintaympäristö</b>						
9 Työskentelen ristiriitaisten ja yhteensopimattomien toimintaperiaatteiden ja ohjeiden alaisena	RK	RK	0,6	0,51		0,71
13 Joskus en pysty ilman lisätiedusteluja tekemään työtäni	RE	RK	0,36	0,65		0,74
18 Saan keskenään yhteensopimattomia tai ristiriitaisia pyyntöjä kahdelta tai useammalta henkilöltä tai taholta	RK	RK	0,56	0,54		0,77
20 Teen asioita, joita osa hyväksyy ja osa ei hyväksy	RK	RK	0,56	0,71		0,71
23 Minulle annetaan töitä tehtäväksi ilman riittäviä taustatietoja ja materiaalia	RK	RK	0,52	0,53		0,71
25 Teen tarpeettomia asioita työssäni						0,76
26 Minun on tehtävä epäselvien ohjeiden ja käskyjen pohjalta työtäni	RE	RK	0,59	0,62		0,71
35 Tiedän tarkasti, mitä tuloksia työntekijät odottavat työltäni			0,62	0,71	0,76	0,75
<b>Oikeudenmukainen kohtelu</b>						
2 Tiedän varmasti miten paljon päätäntävaltaa minulla on	RE	RE	0,51	0,54		0,74
7 Esimieheni kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	RE			0,77		0,71
8 Työntekijät kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	RE			0,57		0,75
11 Minulle on annettu riittämättömät henkilöstövoimavarat töiden suorittamiseksi	RK	RK	0,56	0,48		0,76
14 Saan koulutukseni ja kykyjeni rajoissa olevia tehtäviä	RK			0,48		0,73
15 Tiedän varmasti, että minua arvioidaan oikeudenmukaisesti palkankorotuksesta tai ylennyksestä päätettäessä	RE	RE	0,34	0,68		0,76
19 Olen epävarma siitä, mihin työni on sidoksissa	RE			0,55	0,77	0,74

## Liitetaulukko 2

### Faktorianalyysin tulokset asiajohtamistyössä neljällä faktorilla. Vertailu alkuperäiseen Rizzo kahden faktorin malliin

	Rizzo rooli- ristiriitityyppi	Rizzo faktorilataus	Rizzo faktoripiste	Oma faktoripiste	Oma Cronbach alfa	Cronbach alfa, jos poistetaan
<b>Työnkuva ja tavoitteet</b>						
4 Joudun tekemään asioita, joita pitäisi tehdä toisella tavalla	RE					0,88
5 Minua auttavat toimintaperiaatteet ja ohjeet puuttuvat	RE	RK	0,43	0,61		0,86
6 Riippumatta kulloisestakin työtiimin kokoonpanosta pystyn toimimaan samalla tavalla						0,88
9 Työskentelen ristiriitaisten ja yhteensopimattomien toimintaperiaatteiden alaisena						0,87
24 Ohjeet siitä, mitä pitää tehdä ovat selkeitä	RE	RE	0,35	0,64		0,87
28 En tiedä hyväksyykö esimieheni työni	RE	RK	0,3	0,54		0,88
32 Tiedän tarkasti vastuuni ja velvollisuuteni	RE	RE	0,61	0,78		0,87
33 Olen täysin selvillä tavoitteista ja päämääristä	RE	RE	0,42	0,68		0,87
34 Olen varma osastoni tavoitteista ja kuinka työni siihen liittyy						0,87
36 Tiedän tarkasti, mitä tuloksia esimieheni odottavat työltäni	RE	RE	0,61	0,6	0,88	0,87
<b>Työjärjestelyt ja aikapaine</b>						
1 Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä päivittäinen työni	RK			0,47		0,65
10 Tiedän että olen jakanut aikani oikein työtä tehdessäni	RE	RE	0,62	0,77		0,65
12 Minun on toimittava joskus sääntöjen vastaisesti suorittaakseni jonkun tehtävän						0,73
16 Minulla on tehtävänä juuri oikea määrä työtä	RK	RE	0,32	0,68		0,63
27 Teen omiin arvoihini sopivaa työtä	RK	RE	0,39	0,7	0,72	0,7
<b>Ristiriitainen toimintaympäristö</b>						
13 Joskus en pysty ilman lisätiedusteluja tekemään työtäni	RE	RK	0,36	0,65		0,67
18 Saan keskenään yhteensopimattomia tai ristiriitaisia pyyntöjä kahdelta tai useammalta henkilöltä tai taholta	RK	RK	0,56	0,54		0,7
20 Teen asioita, joita osa hyväksyy ja osa ei hyväksy	RK	RK	0,56	0,71		0,66
23 Minulle annetaan töitä tehtäväksi ilman riittäviä taustatietoja ja materiaalia	RK	RK	0,52	0,53		0,66
25 Teen tarpeettomia asioita työssäni						0,72
26 Minun on tehtävä epäselvien ohjeiden ja käskyjen pohjalta työtäni	RE	RK	0,59	0,62		0,63
35 Tiedän tarkasti, mitä tuloksia työntekijät odottavat työltäni					0,71	0,69
<b>Oikeudenmukainen kohtelu</b>						
2 Tiedän varmasti miten paljon päätäntävaltaa minulla on	RE	RE	0,51	0,54		0,73
7 Esimieheni kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	RE			0,77		0,74
8 Työntekijät kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	RE			0,57		0,74
11 Minulle on annettu riittämättömät henkilöstövoimavarat töiden suorittamiseksi	RK	RK	0,56	0,48		0,77
14 Saan koulutukseni ja kykyjeni rajoissa olevia tehtäviä	RK			0,48		0,73
15 Tiedän varmasti, että minua arvioidaan oikeudenmukaisesti palkankorotuksesta tai ylennyksestä päätettäessä	RE	RE	0,34	0,68		0,74
19 Olen epävarma siitä, mihin työni on sidoksissa	RE			0,55	0,77	0,74

### Liitetaulukko 3

#### Faktorianalyysin tulokset kliinisessä työssä neljällä faktorilla. Vertailu alkuperäiseen Rizzon kahden faktorin malliin

	Rizzo rooli- ristiriitatyyppi	Rizzo faktorilataus	Rizzo faktoripiste	Oma faktoripiste	Oma Cronbach alfa	Cronbach alfa, jos poistetaan
<b>Toimintaympäristö ja tehtävät</b>						
5	Minua auttavat toimintaperiaatteet ja ohjeet puuttuvat	RE	RK	0.43	0.61	.849986
7	Esimieheni kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	RE			0.64	.846460
8	Työntekijät kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	RE			0.43	.854531
9	Työskentelen ristiriitaisten ja yhteensopimattomien toimintaperiaatteiden ja ohjeiden alaisena	RK	RK	0.60	0.73	.838886
14	Saan koulutukseni ja kykyjeni rajoissa olevia tehtäviä	RK			0.54	.857525
19	Olen epävarma siitä mihin työni on sidoksissa	RE			0.74	.842569
23	Minulle annetaan töitä tehtäväksi ilman riittäviä taustatietoja ja materiaalia	RK	RK	0.52	0.43	.869021
26	Minun on tehtävä epäselvien ohjeiden ja käskyjen pohjalta työtäni	RE	RK	0.59	0.57	.850556
28	En tiedä hyväksyykö esimieheni työni	RE	RK	0.30	0.60	.853475
32	Tiedän tarkasti vastuuni ja velvollisuuteni	RE	RE	0.61	0.79	.843739
33	Olen täysin selvillä tavoitteista ja päämääristä	RE	RE	0.42	0.67	.850784
35	Tiedän tarkasti, mitä tuloksia työntekijät odottavat työltäni	RE	RE	0.61	0.69	.848966
36	Tiedän tarkasti, mitä tuloksia esimieheni odottavat työltäni	RE	RE	0.61	0.62	0.8605 .851453
<b>Työjärjestelyt ja aikapaine</b>						
1	Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä päivittäinen työni loppuun	RK		0.26	0.72	0.607805
10	Tiedän, että olen jakanut aikani oikein työtä tehdessäni	RE	RE	0.62	0.59	0.768310
11	Minulle on annettu riittämättömät henkilöstövoimavarat tehtävien suorittamiseksi	RK	RK	0.56	0.62	0.780780
16	Minulla on tehtävänä juuri oikea määrä työtä	RK	RE	0.32	0.79	0.7505 0.571999
<b>Työn arvoperusta</b>						
4	Joudun tekemään asioita, jotka pitäisi tehdä toisella tavalla	RK	RK	0.60	0.40	.529301
12	Minun on toimittava joskus sääntöjen vastaisesti suorittaakseni jonkun tehtävän	RK	RK	0.54	0.49	.602505
20	Teen asioita, joita osa hyväksyy ja osa ei hyväksy	RK	RK	0.41	0.74	.416286
25	Teen tarpeettomia asioita työssäni	RK	RK	0.52	0.47	0.6008 .553536

## Liitetaulukko 4

### HENKILÖSTÖJOHTAMISTYÖN RELIABILITEETTIANALYYSIN TULOKSET

<b>Työnkuvan ja tavoitteiden selkeys</b>					
Summary for scale: Mean=29.7554 Std.Dv.=7.14174 Valid N:51					
Cronbach alpha: .864740 Standardized alpha: .863537					
Average inter-item corr.: .423105					
	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	ltm-Totl Correl.	Alpha if deleted
4	26,56	40,73	6,38	0,55	0,85
5	26,49	38,25	6,18	0,75	0,84
6	26,77	42,85	6,55	0,39	0,87
24	26,87	40,28	6,35	0,59	0,85
28	25,93	43,45	6,59	0,46	0,86
32	26,34	38,75	6,23	0,65	0,84
33	26,21	39,73	6,30	0,61	0,85
34	26,11	38,41	6,20	0,71	0,84
36	26,76	39,14	6,26	0,66	0,84
<b>Työjärjestelyt ja aikapaine</b>					
Summary for scale: Mean=12.2471 Std.Dv.=3.41188 Valid N:51					
Cronbach alpha: .724014 Standardized alpha: .725256					
Average inter-item corr.: .403374					
	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	ltm-Totl Correl.	Alpha if deleted
1	9,57	6,63	2,58	0,47	0,70
10	9,27	6,09	2,47	0,63	0,59
16	9,47	6,60	2,57	0,58	0,62
27	8,43	8,72	2,95	0,41	0,72
<b>Ristiriitainen toimintaympäristö</b>					
Summary for scale: Mean=24.1329 Std.Dv.=5.57286 Valid N:51					
Cronbach alpha: .762680 Standardized alpha: .763523					
Average inter-item corr.: .294593					
	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	ltm-Totl Correl.	Alpha if deleted
9	20,81	21,94	4,68	0,60	0,71
13	21,81	25,30	5,03	0,43	0,74
18					
	21,53	24,76	4,98	0,30	0,77
20	21,57	22,68	4,76	0,61	0,71
23	20,89	22,83	4,78	0,59	0,71
25	20,51	27,32	5,23	0,25	0,77
26	20,87	23,39	4,84	0,56	0,72
35	20,93	24,60	4,96	0,39	0,75
<b>Oikeudenmukainen kohtelu</b>					
Summary for scale: Mean=23.6480 Std.Dv.=5.12312 Valid N:51					
Cronbach alpha: .775441 Standardized alpha: .786896					
Average inter-item corr.: .350213					
	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	ltm-Totl Correl.	Alpha if deleted
2	20,24	18,31	4,28	0,51	0,75
7	20,05	18,94	4,35	0,67	0,72
8	20,22	20,44	4,52	0,44	0,76
11	20,49	20,33	4,51	0,42	0,76
14	19,85	20,69	4,55	0,59	0,74
15	21,07	19,62	4,43	0,43	0,76
19	19,96	18,96	4,35	0,51	0,74

## Liitetaulukko 5

### ASIAJOHTAMISEN RELIABILITEETTIANALYYSIN TULOKSET

<b>Työnkuva ja tavoitteet</b>		Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Ibm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Summary for scale: Mean=32.1176 Std.Dv.=8.25990 Valid N:51 Cronbach alpha: .887683 Standardized alpha: .887468 Average inter-item corr.: .448199						
4	Joudun tekemään asioita, jotka pitäisi tehdä toisella tavalla	29,08	55,88	7,48	0,55	0,88
5	Minua auttavat toimintaperiaatteet ja ohjeet puuttuvat	29,10	52,64	7,26	0,78	0,87
6	Riippumatta kulloisestakin työtiin kokoonpanosta pystyn toimimaan samalla tavalla	29,14	56,94	7,55	0,50	0,89
9	Työskentelen ristiriitaisten ja yhteensopimattomien toimintaperiaatteiden alaisena	29,04	54,90	7,41	0,59	0,88
24	Ohjeet siitä, mitä pitää tehdä ovat selkeitä	29,35	55,05	7,42	0,63	0,88
28	En tiedä hyväksyykö esimieheni työni	28,39	57,57	7,59	0,49	0,89
32	Tiedän tarkasti vastuuni ja velvollisuuteni	28,73	53,38	7,31	0,70	0,87
33	Olen täysin selvillä tavoitteista ja päämääristä	28,71	55,07	7,42	0,59	0,88
34	Olen varma osastoni tavoitteista ja kuinka työni siihen liittyy	28,55	53,70	7,33	0,71	0,87
36	Tiedän tarkasti, mitä tuloksia esimieheni odottavat työltäni	28,98	53,43	7,31	0,69	0,87
<b>Ristiriitainen toimintaympäristö</b>		Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Ibm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Summary for scale: Mean=19.5309 Std.Dv.=4.85710 Valid N:51 Cronbach alpha: .714632 Standardized alpha: .722736 Average inter-item corr.: .276823						
13	Joskus en pysty ilman lisätiedusteluja tekemään työtäni Saan keskenään yhteensopimattomia tai ristiriitaisia pyyntöjä kahdelta tai useammalta henkilöltä tai taholta	17,33	18,69	4,32	0,48	0,68
18	Teen asioita, joita osa hyväksyy ja osa ei hyväksy	17,10	17,44	4,18	0,51	0,66
23	Minulle annetaan töitä tehtäväksi ilman riittäviä taustatietoja ja materiaalia	16,47	17,25	4,15	0,48	0,67
25	Teen tarpeettomia asioita työssäni	16,35	19,42	4,41	0,24	0,73
26	Minun on tehtävä epäselvien ohjeiden ja käskyjen pohjalta työtäni	16,59	16,38	4,05	0,59	0,64
35	Tiedän tarkasti, mitä tuloksia työntekijät odottavat työltäni	16,41	17,83	4,22	0,38	0,69
<b>Työjärjestelyt ja aikapaine</b>		Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Ibm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Summary for scale: Mean=14.9020 Std.Dv.=4.17255 Valid N:51 Cronbach alpha: .725178 Standardized alpha: .726010 Average inter-item corr.: .356434						
1	Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä päivittäinen työni	12,33	10,46	3,23	0,55	0,65
10	Tiedän että olen jakanut aikani oikein työtä tehdessäni	12,04	11,29	3,36	0,55	0,65
12	Minun on toimittava joskus sääntöjen vastaisesti suorittaakseni jonkun tehtävän	11,75	12,70	3,56	0,33	0,74
16	Minulla on tehtävänä juuri oikea määrä työtä	12,16	11,07	3,33	0,60	0,63
27	Teen omiin arvoihini sopivaa työtä	11,33	12,85	3,58	0,43	0,70
<b>Oikeudenmukainen kohtelu</b>		Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Ibm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Summary for scale: Mean=23.8407 Std.Dv.=5.06872 Valid N:51 Cronbach alpha: .773968 Standardized alpha: .782171 Average inter-item corr.: .342482						
2	Tiedän varmasti miten paljon päätäntävaltaa minulla on	20,43	17,03	4,13	0,57	0,73
7	Esimieheni keuhuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	20,17	19,97	4,47	0,48	0,75
8	Työntekijät keuhuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota	20,25	19,67	4,44	0,53	0,74
11	Minulle on annettu riittämättömät henkilöstövoimavarat töiden suorittamiseksi	20,66	20,31	4,51	0,36	0,77
14	Saan koulutukseni ja kykyjeni rajoissa olevia tehtäviä	20,08	19,80	4,45	0,61	0,73
15	Tiedän varmasti, että minua arvioidaan oikeudenmukaisesti palkankorotuksesta tai ylennyksestä päätettäessä	21,26	18,51	4,30	0,49	0,75
19	Olen epävarma siitä mihin työni on sidoksissa	20,19	19,13	4,37	0,48	0,75



## Liitetaulukko 6

### KLIINISEN TYÖN RELIABILITEETTIANALYYSIN TULOKSET

<b>Tehtävien ja toimintaympäristön selkeys</b>						
Summary for scale: Mean=54.0990 Std.Dv.=6.88840 Valid N:51 Cronbach alpha: .860576 Standardized alpha: .878599 Average inter-item corr.: .368229		Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
5	Minua auttavat toimintaperiaatteet ja ohjeet puuttuvat	49,84	41,39	6,43	0,56	0,85
7	Esimieheni kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun sitä odota	50,12	38,93	6,24	0,59	0,85
8	Työntekijät kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun sitä odota	50,08	41,52	6,44	0,46	0,85
9	Työskentelen ristiriitaisten ja yhteensopimattomien toimintaperiaatteiden ja ohjeiden alaisena	50,08	36,74	6,06	0,69	0,84
14	Saan koulutukseni ja kykyjeni rajoissa olevia tehtäviä	49,77	42,02	6,48	0,40	0,86
19	Olen epävarma siitä mihin työni on sidoksissa	49,65	40,07	6,33	0,71	0,84
23	Minulle annetaan töitä tehtäväksi ilman riittäviä taustatietoja ja materiaalia	50,41	39,22	6,26	0,36	0,87
26	Minun on tehtävä epäselvien ohjeiden ja käskyjen pohjalta työtäni	50,26	38,19	6,18	0,54	0,85
28	En tiedä hyväksyykö esimieheni työni	50,04	39,37	6,27	0,49	0,85
32	Tiedän tarkasti vastuuni ja velvollisuuteni	49,59	40,60	6,37	0,72	0,84
33	Olen täysin selvillä tavoitteista ja päämääristä	49,59	42,32	6,51	0,61	0,85
35	Tiedän tarkasti, mitä tuloksia työntekijät odottavat työltäni	49,86	40,20	6,34	0,55	0,85
36	Tiedän tarkasti, mitä tuloksia esimieheni odottavat työltäni	49,90	40,72	6,38	0,51	0,85
<b>Työjärjestelyt ja aikapaine</b>						
Summary for scale: Mean=11.4867 Std.Dv.=4.13822 Valid N:51 Cronbach alpha: .750505 Standardized alpha: .750471 Average inter-item corr.: .449136		Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
1	Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä päivittäinen työni loppuun	8,57	9,18	3,03	0,69	0,61
10	Tiedän, että olen jakanut aikani oikein työtä tehdessäni	8,19	11,56	3,40	0,40	0,77
11	Minulle on annettu riittämättömät henkilöstövoimavarat tehtävien suorittamiseksi	8,67	11,24	3,35	0,38	0,78
16	Minulla on tehtävänä juuri oikea määrä työtä	9,04	8,93	2,99	0,75	0,57
<b>Työn arvoperusta</b>						
Summary for scale: Mean=14.3922 Std.Dv.=3.15010 Valid N:51 Cronbach alpha: .600801 Standardized alpha: .602902 Average inter-item corr.: .277534		Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
4	Joudun tekemään asioita, jotka pitäisi tehdä toisella tavalla	10,76	6,14	2,48	0,38	0,53
12	Minun on toimittava joskus sääntöjen vastaisesti suorittaakseni jonkun tehtävän	10,86	6,35	2,52	0,29	0,60
20	Teen asioita, joita osa hyväksyy ja osa ei hyväksy	11,02	5,39	2,32	0,52	0,42
25	Teen tarpeettomia asioita työssäni	10,53	6,92	2,63	0,35	0,55

Liitetaulukko 7

**MOTIVAATIOTEKIJÖIDEN RELIABILITEETTIANALYYSIN TULOKSET**

<b>Johtamismotivaatio</b>					
Summary for scale: Mean=18.8627 Std.Dv.=7.25815 Valid N:51 Cronbach alpha: .665746 Standardized alpha: .666977 Average inter-item corr.: .282482	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Halu paneutua henkilöstöjohtamiseen	16,06	41,78	6,46	0,23	0,68
Halu paneutua asiajohtamiseen	16,29	42,48	6,52	0,21	0,69
Mahdollisuus kehittää kykyään henkilöstöjohtamistyössä	15,20	37,22	6,10	0,47	0,60
Mahdollisuus kehittää kykyään asiajohtamistyössä	15,35	35,25	5,94	0,55	0,57
Tunnustuksen saaminen henkilöstöjohtamistyöstä	15,59	36,28	6,02	0,48	0,59
Tunnustuksen saaminen asiajohtamistyöstä	15,82	36,58	6,05	0,46	0,60
<b>Oppimismotivaatio</b>					
Summary for scale: Mean=9.07843 Std.Dv.=2.91783 Valid N:51 Cronbach alpha: .740058 Standardized alpha: .746511 Average inter-item corr.: .502432	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Lääkäriin peruskoulutus antaa riittävät valmiudet asiajohtamistyöhön	7,41	6,60	2,57	0,47	0,73
Lääkäriin peruskoulutus antaa riittävät valmiudet henkilöstöjohtamistyöhön	7,43	7,11	2,67	0,28	0,79
Lääkäriin perus- ja jatkokoulutus antavat riittävät valmiudet asiajohtamistyöhön	6,24	3,43	1,85	0,73	0,55
Lääkäriin perus- ja jatkokoulutus antavat riittävät valmiudet henkilöstöjohtamistyöhön	6,16	3,27	1,81	0,82	0,48

## Liitetaulukko 8

### MUUTOSTEKIJÖIDEN RELIABILITEETTIANALYYSIN TULOKSET

<b>Johtamistyön muutokset</b>					
Summary for scale: Mean=15.4898 Std.Dv.=3.38577 Valid N:49 Cronbach alpha: .728225 Standardized alpha: .737504 Average inter-item corr.: .325701	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Ibm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Tulosjohtamismallien käyttöönotto	13,16	7,93	2,82	0,55	0,67
Hoitotieteen merkityksen lisääntyminen	12,63	8,68	2,95	0,40	0,71
Sairaanhoidon kaksijohtajajärjestelmä	12,76	8,18	2,86	0,35	0,73
Johtamisen laatua koskevien vaatimusten lisääntyminen	12,92	8,16	2,86	0,46	0,69
Tulosvastuun lisääntyminen	13,35	8,27	2,88	0,58	0,66
Tulosyksiköiden välinen kilpailu	12,63	8,11	2,85	0,49	0,68
<b>Yleiset terveydenhuollon muutokset</b>					
Summary for scale: Mean=21.6809 Std.Dv.=4.32438 Valid N:47 Cronbach alpha: .719296 Standardized alpha: .740770 Average inter-item corr.: .268790	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Ibm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Väestön terveydenhuoltoa koskevien vaatimusten lisääntyminen	19,47	15,36	3,92	0,50	0,68
Potilasjärjestöjen merkityksen lisääntyminen	18,45	15,10	3,89	0,39	0,70
Kansainvälistyminen	18,57	13,99	3,74	0,54	0,67
Väestön vanheneminen	18,85	13,79	3,71	0,55	0,66
Lääketieteellisten sovellusten kehittyminen	19,40	13,73	3,71	0,53	0,67
Medikalisaatio	18,49	15,02	3,88	0,25	0,73
Lääkärin ansiotason epäedullinen kehittyminen muihin ammattiryhmiin verrattuna	19,30	14,72	3,84	0,25	0,74
Tietoteknologisten sovellusten kehittyminen	19,23	14,90	3,86	0,43	0,69
<b>Potilastyön muutokset</b>					
Summary for scale: Mean=12.4200 Std.Dv.=3.23306 Valid N:50 Cronbach alpha: .713128 Standardized alpha: .720689 Average inter-item corr.: .346454	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Ibm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Erikoissairaanhoidon voimaantumisen v. 1991 liittynyt sairaanhoitopiiriin muodostaminen	9,80	5,92	2,43	0,51	0,66
Laitoskeskeisen palvelurakenteen muutos avohoitopalveluiksi	10,06	6,70	2,59	0,53	0,64
Palveluketjujen rakentaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille	9,88	7,11	2,67	0,61	0,62
Kiireen lisääntyminen	10,40	7,76	2,79	0,38	0,70
Priorisointi potilaiden hoidossa	9,54	7,65	2,77	0,37	0,70
<b>Taloudelliset ja toiminnalliset muutokset</b>					
Summary for scale: Mean=24.7255 Std.Dv.=5.50301 Valid N:51 Cronbach alpha: .791312 Standardized alpha: .794164 Average inter-item corr.: .286186	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Ibm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Valtionosuusuudistukseen v. 1993 liittynyt kuntien vaikutusvallan kasvu terveydenhuoltoa koskevissa päätöksissä	22,29	25,70	5,07	0,30	0,79
Taloudellisten resurssien väheneminen	22,80	24,82	4,98	0,56	0,76
Markkinatalouden ja yrityskulttuurin vaikutus julkisten organisaatioiden tuottavuusvaatimuksiin	22,43	25,07	5,01	0,46	0,77
Henkilökunnan määrän vähentäminen	22,24	23,79	4,88	0,52	0,77
Potilasmäärien lisääntyminen	22,41	23,22	4,82	0,58	0,76
Potilaiden ongelmien monimutkaistuminen	22,55	23,38	4,84	0,56	0,76
Sairaalaorganisaatioiden kasvu	22,18	25,44	5,04	0,43	0,78
Lääkärijohtajan tehtäväkuvan laajentuminen	22,10	23,50	4,85	0,57	0,76
Lääkintöhallituksen lakkauttaminen	21,27	24,28	4,93	0,38	0,79
Lääketieteellisen hoidon ja tutkimuksen laadun ja vaikuttavuuden merkityksen korostuminen	22,25	26,86	5,18	0,29	0,79

Liitetaulukko 9

**PERSONALLISEN TYYLIN RELIABILITEETTIANALYYSIN TULOKSET**

<b>Joustavuus</b>						
Summary for scale: Mean=22.0160 Std.Dv.=5.60221 Valid N:51 Cronbach alpha: .833147 Standardized alpha: .834044 Average inter-item corr.: .428486		Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
1	Koen yllätykselliset tilanteet epämieluisiksi	18,94	21,97	4,69	0,69	0,79
2	En häiriinny asioista, jotka sotkevat päivittäiset rutiinit	18,68	24,80	4,98	0,46	0,83
5	Toimin mielelläni spontaanisti	18,66	22,18	4,71	0,73	0,79
6	Minusta tarkasti järjestetty ja säännöllinen elämä on tytäksää	18,98	23,23	4,82	0,50	0,82
7	En pidä epävarmoista tilanteista	19,49	22,83	4,78	0,63	0,80
8	Vihaan sitä, että joudun muuttamaan suunnitelmiani viime tipassa	18,86	23,11	4,81	0,55	0,82
11	Yllätykselliset tilanteet ovat mielestäni piristäviä	18,49	24,52	4,95	0,52	0,82
<b>Epävarmuuden sietokyky</b>						
Summary for scale: Mean=95.1774 Std.Dv.=9.66773 Valid N:51 Cronbach alpha: .454183 Standardized alpha: .241384 Average inter-item corr.: .072523		Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
3	Nautin selkeästä ja hyvin järjestetystä elämäntavasta	91,26	93,86	9,69	-0,17	0,52
4	Minusta kaikilla tavaroilla pitää olla oma paikkansa	91,75	92,96	9,64	-0,12	0,51
9	Minusta on epämieluisaa olla ihmisten kanssa, jotka käyttäytyvät ennakoimattomasti	75,48	67,42	8,21	0,22	0,42
10	Nautin enemmän elämästä, kun rutiinit sujuvat hyvin	63,03	34,59	5,88	0,62	0,00
12	En viihdy tilanteissa, joissa käyttäytymissäännöt ovat epäselvät	59,20	44,42	6,66	0,41	0,23

## Liitetaulukko 10

### TYÖYHTEISÖN TOIMIVUUDEN RELIABILITEETTIANALYYSIN TULOKSET

<b>Johtaminen</b>					
Summary for scale: Mean=45.9459 Std.Dv.=4.32495 Valid N:51 Cronbach alpha: .962016 Standardized alpha: .967481 Average inter-item corr.: .761601	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Esimieheltä saatu palaute	41,53	14,72	3,84	0,85	0,96
Esimiehelle annettu palaute	41,59	14,66	3,83	0,86	0,96
Johtamisen empaattisuus	40,84	15,77	3,97	0,87	0,96
Johtamisen periaatteiden ja käytännön yhteneväisyys	41,89	14,68	3,83	0,93	0,95
Tiedon saanti työyhteisöä koskevista päätöksistä	41,01	14,18	3,77	0,84	0,96
Mahdollisuus osallistua työyhteisön päätöksentekoon	41,17	14,01	3,74	0,83	0,96
Tulosjohtamisen eteneminen työyhteisössä	41,52	14,99	3,87	0,83	0,96
Esimiehen sitoutuminen tulosjohtamiseen	40,92	14,66	3,83	0,81	0,96
Työyhteisön jäsenten sitoutuminen tulosjohtamiseen	41,66	15,29	3,91	0,85	0,96
Vastaajan oma sitoutuminen tulosjohtamiseen	41,40	16,20	4,02	0,81	0,96
<b>Työjärjestelyt</b>					
Summary for scale: Mean=24.2860 Std.Dv.=2.22520 Valid N:51 Cronbach alpha: .939083 Standardized alpha: .940121 Average inter-item corr.: .774819	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Turhien rutiinien karsiminen	19,41	3,54	1,88	0,71	0,95
Vuorovaikutuksen avoimuus	19,42	2,84	1,68	0,89	0,92
Ristiriitojen käsittely	20,05	3,08	1,76	0,83	0,93
Kehittämisen myönteisyys	19,16	3,09	1,76	0,92	0,91
Aikataulujen pitäminen	19,10	3,22	1,79	0,85	0,92
<b>Työn hallinta ja arvot</b>					
Summary for scale: Mean=32.3205 Std.Dv.=1.54748 Valid N:51 Cronbach alpha: .869442 Standardized alpha: .885603 Average inter-item corr.: .569866	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Työn haasteellisuus	26,63	1,69	1,30	0,60	0,86
Vastuun selkeys	26,89	1,56	1,25	0,78	0,83
Työn hallinta	27,84	1,47	1,21	0,66	0,86
Oman työn tärkeys	26,21	1,99	1,41	0,66	0,86
Asiakaskeskeisyys	26,40	1,77	1,33	0,70	0,84
Työhön liittyvien arvojen tiedostaminen	27,63	1,55	1,25	0,77	0,83
<b>Työn kehittäminen</b>					
Summary for scale: Mean=37.7867 Std.Dv.=3.35925 Valid N:51 Cronbach alpha: .915675 Standardized alpha: .918827 Average inter-item corr.: .613186	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Vaikuttamismahdollisuudet työn sisältöön	32,73	9,37	3,06	0,53	0,92
Mahdollisuus kehittää ammatitaitoa	33,04	8,92	2,99	0,69	0,91
Työyhteisön kehittäminen	33,35	7,82	2,80	0,89	0,89
Rohkeus kohdata työhön liittyviä muutoksia	32,91	9,07	3,01	0,74	0,91
Mahdollisuus osallistua tulosjohtamistilaisuuksiin	33,33	7,55	2,75	0,74	0,91
Tiedonsaanti työyhteisön strategioista	33,21	7,90	2,81	0,93	0,89
Kehittämisen hyödyllisyys	32,89	8,58	2,93	0,83	0,90
Työyhteisön tulevaisuudenkuvan selkeys	33,04	9,38	3,06	0,51	0,92

Liitetaulukko 11

**HENKILÖSTÖJOHTAMIS-, ASIAJOHTAMIS - JA KLIINISEN TYÖN VÄLISET KORRELAATIOKERTOIMET**

<b>Tyytymättömät</b>	Henkilöstöjohtamis- työn ristiriitainen toimintaympäristö	Henkilöstöjoh- tamistyön tavoitteiden selkeys	Henkilöstöjoh- tamistyön organisointi	Henkilöstöjohtamistyös- sä koettu oikeudenmu- kaisuus
Asiajohtamistyön ristiriitainen toimintaympäristö	0,59	-0,08	0,19	-0,10
Asiajohtamistyön tavoitteiden selkeys	0,38	0,51	-0,10	0,48
Asiajohtamistyön työjärjestelyt ja aikapaine	0,14	-0,11	0,72	-0,04
Asiajohtamistyössä koettu oikeudenmukaisuus	0,38	0,41	-0,01	0,67
Kliinisen työn tehtävien ja toimintaympäristön selkeys	0,09	0,40	-0,28	0,73
Kliinisen työn työjärjestelyt ja aikapaine	0,04	-0,11	0,53	0,06
Kliinisen työn arvoperusta	-0,03	-0,08	-0,01	0,19
<b>Tyytyväiset</b>	Henkilöstöjohtamis- työn ristiriitainen toimintaympäristö	Henkilöstöjoh- tamistyön tavoitteiden selkeys	Henkilöstöjht- amistyön organisointi	Henkilöstöjhtamistyössä koettu oikeudenmukai- suus
Asiajohtamistyön ristiriitainen toimintaympäristö	0,65	0,31	0,02	0,28
Asiajohtamistyön tavoitteiden selkeys	0,35	0,81	-0,08	0,28
Asiajohtamistyön työjärjestelyt ja aikapaine	0,31	-0,01	0,86	0,15
Asiajohtamistyössä koettu oikeudenmukaisuus	0,04	0,21	0,02	0,57
Kliinisen työn tehtävien ja toimintaympäristön selkeys	-0,11	0,24	0,06	0,31
Kliinisen työn työjärjestelyt ja aikapaine	0,28	-0,04	0,34	0,12
Kliinisen työn arvoperusta	0,17	-0,04	0,13	0,35

Liitetaulukko 12

**ERIKOISSAIRAANHOIDON MUUTOSTEN MYÖNTEISYYTTÄ JA KIELTEISYYTTÄ KOSKEVAN OSION PUUTTUVAT TIEDOT YLILÄÄKÄREILLÄ JA APULAISYLILÄÄKÄREILLÄ**

	Ylilääkärit	Apulaisylilääkärit	Yhteensä
Erikoissairaanhoitolain voimaantulo ja uudet sairaanhoitopiirit	15	10	25
Valtionosuusuudistus ja kuntien vaikutusvallan kasvu	13	8	21
Väestön vaatimusten lisääntyminen	10	5	15
Potilasjärjestöjen merkityksen lisääntyminen	13	9	22
Tulosjohtamismallien käyttöönotto	10	4	14
Taloudellisten resurssien väheneminen	8	5	13
Kansainvälistyminen	13	6	19
Hoitotieteen merkityksen lisääntyminen	13	5	18
Sairaanhoidon kaksijohtajajärjestelmä	15	7	22
Markkinatalouden vaikutus	12	5	17
Henkilökunnan määrän väheneminen	12	5	17
Potilasmäärien lisääntyminen	10	7	17
Potilaiden ongelmien monimutkaistuminen	11	7	18
Laitoskeskeisen palvelurakenteen muutos avohoito palveluiksi	11	5	16
Palveluketjujen rakentaminen	10	5	15
Väestön vanheneminen	11	11	22
Poliittisten päätöksentekijöiden kiinnostus terveydenhuollosta	11	8	19
Lääketieteellisten sovellusten kehittyminen	11	7	18
Medikalisaatio	18	8	26
Kiireen lisääntyminen	10	4	14
Sairaalaorganisaatioiden kasvu	11	6	17
Lääkärien ansiotason epäedullinen kehitys	9	5	14
Johtamisen laatua koskevien vaatimusten lisääntyminen	11	6	17
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	12	8	20
Priorisointi	11	8	19
Tulosvastuun lisääntyminen	11	6	17
Tulosityksiköiden välinen kilpailu	15	8	23
Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kilpailu	14	14	28
Tietoteknologisten sovellusten kehittyminen	13	8	21
Lääkärijohtajan tehtäväkuvan laajentuminen	16	7	23
Lääkintöhallituksen lakkauttaminen	16	10	26
Vaikuttavuuden merkityksen korostuminen terveydenhuollossa	8	6	14

Liitetaulukko 13

**VERTAILUTAULUKKO NAISLÄÄKÄRIJOHTAJIEN JA MIESLÄÄKÄRIJOHTAJIEN  
TYÖOLOISTA JA KUORMITTUNEISUUDESTA (Töyry ym. 2000)**

	naiset n=176 (26%) %	miehet n=501 (74%) %
Työn mielekkyys (erittäin-jossain määrin)	90	91
Työstä saatu tyydytys ( usein-lähes päivittäin)	86	87
Halu vaihtaa ammattia (kyllä-mahdollisesti)	39	33
Yhteistyö työtovereiden kanssa (erittäin hyvin-kohtalaisesti)	99	98
Yhteistyö esimiehen kanssa (erittäin hyvin-kohtalaisesti)	83	83
Vaikutusmahdollisuudet työtehtävien sisältöön (melko paljon-paljon)	60	73
Vaikutusmahdollisuudet ajankäyttöön (melko paljon-paljon)	60	71
Vaikutusmahdollisuudet työtahtiin (melko paljon-paljon)	45	59
Uusien asioiden omaksuminen (jatkuvasti-melko usein)	27	29
Lisäkoulutuksen tarve nykyisiin työtehtäviin	36	24
Alaisten ja esimiesten välisten ristiriitojen kokeminen (melko paljon-paljon)	27	20
Työntekijöiden välisten ristiriitojen kokeminen (melko paljon- paljon)	22	20
Eri henkilöstöryhmien välisten ristiriitojen kokeminen (melko paljon-paljon)	26	23
Työtahdin kiristyminen (huomattavasti-jonkin verran)	87	80
Uupumusasteinen väsymys ( jonkin verran-paljon)	70	54



## LIITE 1 Kyselylomake

### ARVOISA VASTAANOTTAJA

Yhteiskunnan ja potilaiden odotukset terveydenhuollon palveluilta ovat lisääntyneet. Näihin odotuksiin vastaaminen niukkenevilla voimavaroilla on erityinen haaste sairaaloiden lääkärijohdajille. Lääkärikoulutuksessa on perinteisesti keskitytty vain kliinisen lääketieteen opetukseen eikä siinä ole riittävästi kiinnitetty huomiota terveydenhuollon hallinnon, johtamisen ja vuorovaikutustaitojen opiskeluun.

**Tämän kyselyn tavoitteena on selvittää sekä kliinistä, hallinnollista että johtamistyötä tekevien lääkäreiden eli lääkärijohtajien sekä osastonhoitajien kokemuksia kliiniseen, hallinnolliseen ja johtamistyöhön liittyvistä ristiriidoista.** Tavoitteena on selvittää

- 1) Millainen työnkuva lääkärijohtajilla ja osastonhoitajilla on kliinisessä, hallinnollisessa ja johtamistyössä?
- 2) Millaisia mahdollisesti ristiriitaisia odotuksia kohdistuu lääkärijohtajien ja osastonhoitajien kliiniseen, hallinnolliseen ja johtamistyöhön?
- 3) Mikä yhteys erikoissairaanhoidon muutoskehityksellä on ristiriitojen kokemisessa?

Saatuja tuloksia verrataan 1997 toteutettuun henkilöstökyselyssä saatuihin tuloksiin työyhteisöjen johtamiskulttuurista. Siksi kullakin lomakkeella on havaintotunnus. Tutkimus tehdään Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kaikille ylilääkäreille, apulaisyliääkäreille ja osastonhoitajille. Osa tutkimuksessa käytetyistä kyselylomakkeista on kansainvälisesti validoituja.

Toivon sinun vastaavaan oheisiin väittämiin ja kysymyksiin avoimesti ja kriittisesti. Kyselyn tulosten perusteella sairaanhoitopiirissämme pyritään järjestämään johtamiskoulutusta ja parantamaan lääkäreiden ja osastonhoitajien johtamisosaamista. Koska lääkärijohtajia on sairaanhoitopiirissämme melko vähän, on vastauksesi tutkimuksen onnistumisen kannalta erittäin tärkeä. **Tähän kyselyyn vastaamalla pääset vaikuttamaan tuleviin työoloihisi.**

Tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Alkuperäislomakkeet ovat vain tutkijan käytössä ja hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Analyysit ja raportointi toteutetaan siten, ettei kenkään anonymiteetti vaarannu.

**Pyydän palauttamaan vastaukset 31. 3 mennessä oheisessa kuoressa!  
Vaivannäöstä etukäteen kiittäen**

Mirja Tuomiranta  
erikoislääkäri, tutkija

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri / Seinäjoen sairaala  
06-4154125 tai 050-3551847  
mirja.tuomiranta@epshp.fi

Tutkimuksen ohjaajat

Juha Kinnunen  
professori  
Kuopion yliopisto

Pekka Laippala  
professori  
Tampereen yliopisto

Turkka Tunturi  
dosentti, hallintoyliääkäri  
Tampereen yliopistollinen sairaala

## TAUSTATIEDOT

1. Ammattinimike..... 2. Alaisten lukumäärä.....
3. Kuinka kauan olet ollut nykyisessä työtehtävässasi .....vuotta
4. Päivystätkö tai teetkö vuorotyötä Kyllä Ei

## TYÖTEHTÄVÄT JA KOULUTUS

5. Miten kokonaistyöaikasi keskimäärin viikoittain jakaantuu?

<b>Kliininen työ= Potilaan tutkimusta tai hoitoa koskeva työ ja siihen liittyvä paperityö sekä muu epäsuora potilaaseen kohdistuva työ.....</b>	.....% työajasta
<b>Hallinnollinen työ= Asioiden johtaminen, taloushallinto, voimavarojen ja palvelujen suunnittelu ja kohdentaminen, strategiatyöskentely.....</b>	.....% työajasta
<b>Johtamistyö= Henkilöstön johtaminen, psykososiaalisen tuen antaminen, kannustaminen, työyhteisön ilmapiirin kehittäminen, koulutus.....</b>	..... % työajasta

Ammattikirjallisuuden lukeminen, kurssit.....% työajasta

6. Muuta, mitä?..... % työajasta

7. Mihin kohdassa 5. mainituista tehtävistä haluaisit paneutua nykyistä enemmän?.....

8. Oletko ollut hallinnollisessa tai johtamiskoulutuksessa? Ei Kyllä Jos vastasit kyllä, ympyröi

a) lyhyt - tai pitkäkestoiset koulutukset / kurssit sairaalan sisällä

b) lyhyt - tai pitkäkestoiset koulutukset / kurssit sairaalan ulkopuolella

Esimerkkejä koulutuksesta.....

## LÄÄKÄRIJOHTAJAN TYÖ JA ERIKOISSAIRAANHOITOA KOSKEVAT MUUTOSTEKIJÄT

9. Missä määrin seuraavat erikoissairaanhoitoa koskevat MUUTOSTEKIJÄT ovat mielestäsi vaikuttaneet LÄÄKÄRIJOHTAJAN TYÖHÖN. Rengasta mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Määrittele myös muutosten myönteisyys ja kielteisyys kirjoittamalla muutostekijän perään joko M= pääosin myönteinen tai K= pääosin kielteinen.

	Erittäin paljon	Melko Paljon	Ei kovin Paljon	Ei lainkaan	En osaa sanoa	Myönteinen/ kielteinen
a. Erikoissairaanhoitolain voimaantuloon v. 1991 liittynyt sairaanhoitopiirien muodostaminen ja mielisairaanhuoltopiirien lakkauttaminen	1	2	3	4	5	
b. Valtionosuusuudistukseen v. 1993 liittynyt kuntien vaikutusvallan kasvu terveydenhuoltoa koskevissa päätöksissä	1	2	3	4	5	
c. Väestön terveydenhuoltoa koskevien vaatimusten Lisääntyminen	1	2	3	4	5	
d. Potilasjärjestöjen merkityksen lisääntyminen	1	2	3	4	5	
e. Tulosjohtamismallien käyttöönotto	1	2	3	4	5	

f. Taloudellisten resurssien väheneminen	1	2	3	4	5	
g. Kansainvälistyminen	1	2	3	4	5	
h. Hoitotieteen merkityksen lisääntyminen	1	2	3	4	5	
i. Sairaanhoidon kaksijohtajajärjestelmä ( yllääkäri / Ylihoitaja)	1	2	3	4	5	
j. Markkinatalouden ja yrityskulttuurin vaikutus julkisten organisaatioiden tuottavuusvaatimuksiin	1	2	3	4	5	
k. Henkilökunnan määrän väheneminen	1	2	3	4	5	
l. Potilasmäärien lisääntyminen	1	2	3	4	5	
m. Potilaiden ongelmien monimutkaistuminen	1	2	3	4	5	
n. Laitoskeskeisen palvelurakenteen muutos avohoito- palveluiksi	1	2	3	4	5	
o. Palveluketjujen rakentaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille	1	2	3	4	5	
p. Väestön vanheneminen	1	2	3	4	5	
q. Poliittisten päätöksentekijöiden lisääntynyt Kiinnostus terveydenhuollosta	1	2	3	4	5	
r. Lääketieteellisten sovellusten kehittyminen	1	2	3	4	5	
s. Medikalisaatio	1	2	3	4	5	
t. Kiireen lisääntyminen	1	2	3	4	5	
u. Sairaalaorganisaatioiden kasvu	1	2	3	4	5	
v. Lääkäreiden ansiotason epäedullinen kehittyminen muihin ammattiryhmiin verrattuna	1	2	3	4	5	
w. Johtamisen laatua koskevien Vaatimusten lisääntyminen	1	2	3	4	5	
x. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	1	2	3	4	5	
y. Priorisointi potilaiden hoidossa	1	2	3	4	5	
z. Tulostavuuksiin lisääntyminen	1	2	3	4	5	
aa. Tulosityksiköiden välinen kilpailu	1	2	3	4	5	
bb. Julkisen ja yksityisen erikoissairaanhoidon palvelun tuottajien välinen kilpailu	1	2	3	4	5	
cc. Tietoteknologisten sovellusten kehittyminen	1	2	3	4	5	
dd. Lääkärijohtajan tehtäväkuvan laajentuminen	1	2	3	4	5	
ee. Lääkintöhallituksen lakkauttaminen	1	2	3	4	5	
ff. Lääketieteellisen hoidon ja tutkimuksen laadun ja vaikuttavuuden merkityksen korostuminen	1	2	3	4	5	
gg. Muu, mikä.....	1	2	3	4	5	

# TYÖNKUVAN SELKEYS JA TYÖTEHTÄVIIN KOHDISTUVAT MAHDOLLISET RISTIRIITAISET ODOTUKSET

Kliininen työ = katso määritelmä sivulta 2.

Hallinnollinen työ= katso määritelmä sivulta 2.

Johtamistyö= katso määritelmä sivulta 2.

Missä määrin seuraavat väittämät pitävät sinun kohdallasi paikkansa? Rengasta oikea vaihtoehto.

	Olen täysin eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen samaa mieltä	Olen täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
<b>1. Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä päivittäinen</b>					
kliininen työni loppuun.....	1	2	3	4	5
hallinnolliset työni loppuun.....	1	2	3	4	5
johtamistyöni loppuun.....	1	2	3	4	5
<b>2. Tiedän varmasti, miten paljon päätäntävaltaa minulla on</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
<b>3. Teen enimmäkseen sellaisia tehtäviä, jotka ovat liian helppoja minulle</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
<b>4. Joudun tekemään asioita, jotka pitäisi tehdä toisella tavalla</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
Mainitse esimerkki.....					
<b>5. Minua auttavat toimintaperiaatteet ja ohjeet Puuttuvat</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
Mainitse esimerkki.....					
<b>6. Riippumatta kulloisestakin työtiimin kokoonpanosta pystyn toimimaan samalla tavalla</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
<b>7. Esimieheni kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
<b>8. Tuloksikköni työntekijät kehuvat tai moittivat minua juuri silloin kun en sitä odota</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5

	Olen täysin eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen samaa mieltä	Olen täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
<b>9. Työskentelen ristiriitaisten ja yhteen sopimattomien toimintaperiaatteiden ja ohjeiden alaisena</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
Mainitse esimerkki.....					
.....					
<b>10. Tiedän että olen jakanut aikani oikein</b>					
kliinistä työtä tehdessäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollista työtä tehdessäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyötä tehdessäni.....	1	2	3	4	5
.....					
<b>11. Minulle on annettu riittämättömät henkilöstövoimavarat</b>					
kliinisten tehtävien .....	1	2	3	4	5
hallinnollisten tehtävien.....	1	2	3	4	5
johtamistehtävien.....	1	2	3	4	5
suorittamiseksi.					
<b>12. Minun on toimittava joskus sääntöjen vastaisesti suorittaakseni jonkun tehtävän</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
Mainitse esimerkki.....					
.....					
<b>13. Joskus en pysty ilman lisätiedusteluja tekemään</b>					
kliinisiä tehtäviäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisia tehtäviäni.....	1	2	3	4	5
johtamistehtäviäni.....	1	2	3	4	5
Mainitse esimerkki.....					
.....					
<b>14. Saan koulutukseni ja kykyjeni rajoissa olevia</b>					
kliinisiä tehtäviä.....	1	2	3	4	5
hallinnollisia tehtäviä.....	1	2	3	4	5
johtamistehtäviä.....	1	2	3	4	5
.....					
<b>15. Tiedän varmasti, että minua arvioidaan oikeudenmukaisesti palkankorotuksesta tai ylennyksestä päätettäessä</b>	1	2	3	4	5
<b>16. Minulla on tehtävänä juuri oikea määrä</b>					
kliinistä työtä .....	1	2	3	4	5
hallinnollista työtä .....	1	2	3	4	5
johtamistyötä .....	1	2	3	4	5
<b>17. Työskentelen toisistaan poikkeavien ryhmien tai osastojen kanssa</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
Mainitse esimerkki.....					
.....					

<b>18. Saan keskenään yhteen sopimattomia ja ristiriitaisia pyyntöjä kahdelta tai useammalta henkilöltä / taholta</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
Mainitse esimerkki.....					
<b>19. Olen epävarma siitä, mihin</b>					
kliininen työni on sidoksissa.....	1	2	3	4	5
hallinnollinen työni on sidoksissa.....	1	2	3	4	5
johtamistyöni on sidoksissa.....	1	2	3	4	5
<b>20. Teen asioita, joita osa hyväksyy ja osa ei hyväksy</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
Mainitse esimerkki.....					
<b>21. Esimieheni kertovat minulle, kuinka hyvin teen</b>					
kliinisen työni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisen työni.....	1	2	3	4	5
johtamistyöni.....	1	2	3	4	5
<b>22. Tulosityksikön työntekijät kertovat minulle, kuinka hyvin teen</b>					
kliinisen työni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisentyöni.....	1	2	3	4	5
johtamistyöni.....	1	2	3	4	5
<b>23. Minulle annetaan tehtäväksi ilman riittäviä taustatietoja ja materiaalia</b>					
kliinisiä töitä.....	1	2	3	4	5
hallinnollisia töitä.....	1	2	3	4	5
johtamistöitä.....	1	2	3	4	5
Mainitse esimerkki.....					
<b>24. Ohjeet siitä, mitä pitää tehdä, ovat selkeitä</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
<b>25. Teen tarpeettomia asioita</b>					
kliinisessä työssäni.....	1	2	3	4	5
hallinnollisessa työssäni.....	1	2	3	4	5
johtamistyössäni.....	1	2	3	4	5
<b>26. Minun on tehtävä epäselvien ohjeiden tai käskyjen pohjalta</b>					
kliinistä työtä.....	1	2	3	4	5
hallinnollista työtä.....	1	2	3	4	5
johtamistyötä.....	1	2	3	4	5
Mainitse esimerkki.....					
<b>27. Teen omiin arvoihini sopivaa</b>					
kliinistä työtä.....	1	2	3	4	5
hallinnollista työtä.....	1	2	3	4	5
johtamistyötä.....	1	2	3	4	5

<b>28. En tiedä hyväksyykö esimieheni</b> kliinisen työni..... hallinnollisen työni..... johtamistyöni.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>29. Minulla on mahdollisuus kehittää minulle ominaisia kykyjäni</b> kliinisessä työssäni..... hallinnollisessa työssäni..... johtamistyössäni.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>30. Lääkäriin peruskoulutus antaa riittävät valmiudet</b> kliiniseen työhön..... hallinnolliseen työhön..... johtamistyöhön.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>31. Lääkäreiden peruskoulutus ja täydennyskoulutus yhdessä antavat riittävät valmiudet</b> kliiniseen työhön..... hallinnolliseen työhön..... johtamistyöhön.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5

## TYÖNKUVAN SELKEYS

Kysymykset täydentävät alkupään osioiden kysymyksiä työnkuvan selkeydestä.

<b>32. Tiedän tarkasti vastuuni ja velvollisuuteni</b> kliinisessä työssäni..... hallinnollisessa työssäni..... johtamistyössäni.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>33. Olen täysin selvillä tavoitteista ja päämääristä</b> kliiniselle työlleni..... hallinnolliselle työlleni..... johtamistyölleni.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>34. Olen varma osastoni tavoitteista ja kuinka siihen</b> kliininen työni..... hallinnollinen työni..... johtamistyöni..... liittyy	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>35. Tiedän tarkasti, mitä tuloksia työntekijät odottavat</b> kliiniseltä työltäni..... hallinnolliselta työltäni..... johtamistyöltäni.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>36. Tiedän tarkasti mitä tuloksia esimieheni odottavat</b> kliiniseltä työltäni..... hallinnolliselta työltäni..... johtamistyöltäni.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>37. Olen täysin selvillä, minkälaisesta toiminnasta on mahdollisuus saada tunnustusta</b> kliinisessä työssäni..... hallinnollisessa työssäni..... johtamistyössäni.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5

<b>38. Tiedän erittäin hyvin, miten aika kannattaa eri työtehtävien kesken jakaa</b> kliinisessä työssäni..... hallinnollisessa työssäni..... johtamistyössäni.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>39. Olen täysin selvillä missä aikataulussa pitää tehdä</b> kliiniset tehtävät..... hallinnolliset tehtävät..... johtamistehtävät.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>40. Olen varma että löydän tarkoituksenmukaisimman työtavan kussakin</b> kliinisessä tehtävässäni..... hallinnollisessa tehtävässäni..... johtamistehtävässäni.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>41. Tunnen oikeat menetelmät tehdä</b> kliinistä työtä ..... hallinnollista työtä ..... johtamistyötä .....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5
<b>42. Tiedän parhaan mahdollisen suoritustavan</b> kliinisille tehtävilleni..... hallinnollisille tehtävilleni..... johtamistehtävilleni.....	1 1 1	2 2 2	3 3 3	4 4 4	5 5 5

## PERSOONALLINEN TYYLI

Seuraavat väittämät koskevat persoonallista tyyliäsi. Ihmiset ovat erilaisia, joten oikeita vastauksia ei näihinkään väittämiin ole. Rengasta kunkin väittämän kohdalta yksi vaihtoehto.

	Olen täysin eri mieltä	Olen eri mieltä	Olen samaa mieltä	Olen täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
1. Koen yllätykselliset tilanteet epämieluisiksi	1	2	3	4	5
2. En häiriinny asioista, jotka sotkevat päivittäiset rutiinit	1	2	3	4	5
3. Nautin selkeästä ja hyvin järjestetystä elämäntavasta	1	2	3	4	5
4. Minusta kaikilla tavaroilla pitää olla oma paikkansa ja tavaroiden pitää olla paikallaan	1	2	3	4	5
5. Toimin mielelläni spontaanisti	1	2	3	4	5
6. Minusta tarkasti järjestetty ja säännöllinen elämä on tylsää	1	2	3	4	5
7. En pidä epävarmoista tilanteista	1	2	3	4	5
8. Vihaan sitä, että joudun muuttamaan suunnitelmani viime tipassa	1	2	3	4	5
9. Minusta on epämieluisaa olla ihmisten kanssa, jotka käyttäytyvät ennakoimattomasti	1	2	3	4	5
10. Nautin enemmän elämästä, kun rutiinit sujuvat hyvin	1	2	3	4	5
11. Yllätykselliset tilanteet ovat mielestäni piristäviä	1	2	3	4	5
12. En viihdy tilanteissa, joissa käyttäytymissäännöt ovat epäselvät	1	2	3	4	5



HALUATKO KERTOA JOITAIN JOHTAMISEEN LIITYVIÄ ASIOITA?

---

---

---

## LIITE 2

### Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin organisaatiokaavio

