

Anne Koskiniemi

Autenttisuuden ja johtajaidentiteetin merkitys julkisen terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisessa

Eksistentiaalistis-fenomenologinen tutkimus



ANNE KOSKINIEMI

**Autenttisuuden ja johtajaidentiteetin merkitys julkisen
terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisessa**

Eksistentiaalistis-fenomenologinen tutkimus

Akateeminen väitöskirja,
joka Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan
suostumuksella esitetään julkisesti tarkastettavaksi
Lapin yliopiston luentosalissa 2 (LS2) syyskuun 16. päivänä 2022 kello 12



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

Rovaniemi 2022

Lapin yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Väitöskirjan ohjaajat:

Professori Juha Perttula, Lapin yliopisto
Professori Antti Syväjärvi, Lapin yliopisto
Dosentti Ville Pietiläinen, Lapin yliopisto

Väitöskirjan esitarkastajat:

Dosentti, Johtava erityisasiantuntija Jouni Kekäle, Itä-Suomen
yliopisto
Dosentti, Toiminnanjohtaja Olli-Pekka Viinamäki, Etelä-Pohjanmaan
korkeakouluyhdistys

Vastaväittäjä:

Dosentti, Toiminnanjohtaja Olli-Pekka Viinamäki, Etelä-Pohjanmaan
korkeakouluyhdistys



Taitto: Minna Komppa, Taittotalo PrintOne

Acta electronica Universitatis Lapponiensis 341

ISBN: 978-952-337-318-1

ISSN: 1796-6310

Julkaisun pysyvä osoite: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-318-1>

Tiivistelmä

Anne Koskiniemi

Autenttisuuden ja johtajaidentiteetin merkitys julkisen terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisessa: Eksistentiaalis-fenomenologinen tutkimus

Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2022, 207 sivua

Acta electronica Universitatis Lapponiensis 341

ISBN: 978-952-337-318-1

ISSN: 1796-6310

Tämän hallintotieteeseen ja johtamisen psykologiaan sijoittuvan väitöstutkimukseni aiheena on autenttisuuden ja johtajaidentiteetin merkitys julkisen terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisessa. Kaksoisroolijohtamisella viitataan tilanteeseen, jossa lääkäri-/hoitajajohtaja tekee kliinisen työn lisäksi myös johtamistyötä. Tutkimus on ajankohtainen käynnissä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vuoksi, jonka myötä myös terveydenhuollon johtaminen on muutoksessa. Kaksoisroolijohtamisen ymmärtäminen auttaa tunnistamaan johtamisen tarpeelliset, tärkeät kehittämissuunnat ja kehittämistoimenpiteiden onnistumisen edellytykset.

Johtamisen tutkimukselle juuri terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisen kontekstissa on tarve, koska kaksoisrooli vaikeuttaa ja haastaa merkittävästi johtamisen ja johtajuuden kehittymistä lääkäreiden ja hoitajien ammattikunnissa. Johtajuuden kehittyminen on kuitenkin johtamistyön onnistumisen edellytys. Tutkimukseni pääkäsitteitä ovat autenttisuus ja johtajaidentiteetti, jotka molemmat avaavat keskeisellä tavalla kaksoisroolijohtamisen sisältöä, auttavat ymmärtämään johtamista kokemuksellisenä ilmiönä ja luovat näin tarkoituksenmukaisen tien kaksoisroolijohtamisen tutkimukseen. Soveltamani eksistentiaalis-fenomenologinen lähestymistapa on niin kaksoisroolijohtamisen, autenttisuuden kuin johtajaidentiteetin tutkimuksen kentällä uusi. Eksistentiaalis-fenomenologisen ajattelun mukaisesti lähestyn tutkimukseni aihetta ja keskeisiä käsitteitä kokemuksellisuuden kautta ja kokemuksista käsin. Väitöstutkimukseni käsitteellisenä tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen ”Mitä eksistentiaalis-fenomenologinen lähestymistapa merkitsee autenttisuuden ja johtajaidentiteetin käsitteelliselle jäsentämiselle terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisessa?” ja käytännönläheisenä tavoitteena vastata tutkimuskysymykseen ”Mitä eksistentiaalis-fenomenologinen lähestymistapa autenttisuuteen ja johtajaidentiteettiin antaa terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisen käytäntöjen kehittämislle?”.

Väitöstutkimukseni on artikkelimuotoinen ja sisältää neljä vertaisarvioitua osajulkaisua sekä yhteenveto-osan. Osajulkaisuista yksi on teoreettinen, yksi teoreettisesti painottunut alustavia tuloksia sisältävä, yksi alkuperäistutkimus, ja yksi katsausartikkeli. Kaikissa osajulkaisuissa kontekstina on kaksoisroolijohtajuus. Alkuperäistutkimuksen aineisto on väitöstutkimukseni pääaineisto. Se koostuu 24:stä avoimesta haastattelusta, joiden kohdejoukkona on ollut kaksoisroolissa toimivat lääkäri- ja hoitajajohtajat. Haastatteluaineiston olen kerännyt Inhimillisesti tehokas-johtaminen hankkeessa. Hanke on vuosina 2013-2016 toteutettu Lapin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien sekä Lapin yliopiston yhteinen tutkimus- ja kehittämishanke, jota on rahoittanut hankkeessa mukana olleiden sairaanhoitopiirien lisäksi Työsuojelurahasto.

Väitöstutkimuksessani yhdistän eksistentialistisen ja deskriptiivisen fenomenologisen ajattelusuuntauksen eksistentialistis-fenomenologiseksi menetelmäksi, joka sallii sekä yksilöllisten että jaettujen, yleisten kokemusten ilmentymisen sellaisena kuin ne ovat ilmentyäkseen. Lopullisena tavoitteenani on kuitenkin mahdollisimman yleisten kokemusten tavoittaminen. Väitöstutkimukseni sijoittuu näin empiirisesti organisaatiotutkimuksen kentällä hermeneuttisen ja deskriptiivisen fenomenologian väliin deskriptiivisellä painotuksella.

Tutkimustulokseni jakautuvat käsitteellisiin ja käytännönläheisiin tuloksiin. Käsitteelliset tutkimustulokset luovat eksistentialistis-fenomenologisista lähtökohdista sellaisen uuden autenttisuuden määritelmän, jossa autenttisuuden määrittely tapahtuu kokemuksellisuuden kautta. Määritelmä täydentää jo olemassa olevaa positiivisen autenttisen johtamisen teoriaa valtavirrasta poikkeavalla lähestymistavalla. Johtajaidentiteetille esitän niin ikään kokemuksellisuuteen pohjautuvan ymmärryskehikon, joka kytkeytyy autenttisuuteen. Käsitteellisten tutkimustulosteni mukaan eksistentialistis-fenomenologinen autenttisuus on keskeistä kaksoisroolissa toimivien lääkäri- ja hoitajajohtajien johtajaidentiteetin kehittymiselle.

Käytäntöön kytkeytyvät tutkimustulokseni luovat taas kokemuksellisuuteen pohjautuvan tavan terveydenhuollon ammattikuntia yhdistävän johtamisen kehittämiseksi. Keskiössä on tällöin ihmisten johtaminen ja kokemus itsestä johtajana sen sijaan, että keskityttäisiin vain joko lääkärin tai hoitajien johtamiseen.

Tutkimustulosteni mukaan kaksoisroolissa toimivien lääkäri- ja hoitajajohtajien johtamistyö on alisteista kliiniselle työlle. Kliininen työ priorisoidaan herkästi johtamistyön edelle, koska kliinistä työtä pidetään merkityksellisempänä, tärkeämpänä ja mielekkäämpänä. Erityisesti lääkärijohtajat kokevat kliinisen ammatin ja työkokemuksen olevan edellytys johtamisen onnistumiselle. Vahva kiinnittyminen substanssityöhön vaikeuttaa kuitenkin johtajan näkökulman löytämistä ja johtamisen toteuttamista, eli johtajana olemista. Esitän tutkimustulosteni pohjalta, että erityisesti lääkärijohtajien johtajuuden ja johtajaidentiteetin kehittymiseen on kiinnitettävä jatkossa aiempaa enemmän huomiota. Muun muassa lääkärijohtajien

johtamiskoulutusta voitaisiin täydentää siten, että se tukisi nykyistä vahvemmin johtajaidentiteetin ja johtajuuden kehittymistä.

Tutkimustulosteni uutuusarvo syntyy eksistentiaalistis-fenomenologiseen kokemuksellisuuteen pohjautuvasta lähestymistavasta, joka avaa keinoja ymmärtää terveydenhuollon kaksoisroolijohtajuutta, autenttisuutta ja johtajaidentiteettiä aiemmasta poikkeavalla tavalla. Eksistentiaalistis-fenomenologisen tutkimuksen arvo on ilmiön aiempaa laajemmassa ja syvällisemmässä ymmärtämisessä, ei niinkään yleistettävien tutkimustulosten luomisessa. Tämän tutkimuksen tuloksia voi kuitenkin soveltaa joissain määrin sellaisille muille aloille, joissa esiintyy kaksoisroolijohtajuutta ja johtamista haastavia vahvoja, substanssityöhön kuuluvia ammatti-identiteettejä.

Asiasanat: terveydenhuolto, terveydenhuoltohenkilöstö, hoitohenkilöstö, lääkärit, autenttisuus, identiteetti, ammatti-identiteetti, johtajat, johtajuus, johtaminen, kokemuksellisuus, kokemukset, eksistentiaalisuus, fenomenologia

Abstract

Anne Koskiniemi

The meaning of authenticity and leader identity in dual role leadership in public healthcare: An existential-phenomenological study

Rovaniemi: University of Lapland, 2022, 207 pages

Acta electronica Universitatis Lapponiensis 341

ISBN: 978-952-337-318-1

ISSN: 1796-6310

This thesis, that is situated in administrative sciences and leadership psychology, examines leader identity and authenticity in dual role leadership in public healthcare. By dual role I refer to situation in which doctor/nurse leader works simultaneously as a leader and clinician. The research is topical due to the ongoing health and social services reform in Finland that also causes healthcare leadership to be under transformation. Understanding dual role leadership in healthcare enables recognizing the developmental needs leadership holds and prerequisites for succeeding in them.

There is an obvious need for examining healthcare leadership in doctor and nurse professions as the dual role complicates and challenges significantly the development of leadership in these clinical professions. However, developing oneself as a leader is a requirement for leadership actions to succeed. The main concepts of my thesis are authenticity and leader identity, which both clarify the content of dual role leadership and help to understand leadership as an experiential phenomenon, creating an adequate way to research dual roles in healthcare. The existential-phenomenological approach I am applying in my thesis is new in the research of dual role leadership, authenticity and leader identity. In accordance with the approach, I understand the phenomenon under study and the main concepts from the experiential point of view. The conceptual objective of my thesis is to answer the question “What does the existential-phenomenological approach mean for conceptual constructing of authenticity and leader identity in healthcare dual role leadership?”. The practical objective is to answer question “What does the existential-phenomenological approach to authenticity and leader identity give for developing practices in healthcare dual role leadership?”.

This thesis is article-based, including four peer-reviewed publications and a summary. One publication is theoretical, one theoretically emphasized, one original

research, and one review. Dual role leadership acts as a context in all publications. The research data of the original publication is the primary data of my thesis and consists of 24 open interviews with doctor and nurse leaders working in dual roles. This original research was conducted as part of the Humanly Efficient Leadership project, that was a joint research and developmental project of the University of Lapland, Lapland Hospital District and Northern Ostrobothnia Hospital District, carried out in 2013-2016. In addition to the two hospital districts, the project was funded by The Finnish Work Environment Fund.

In this thesis, I combine existential and descriptive phenomenological methods resulting in existential-phenomenological approach that allows both individual and general experiences to emerge freely. The definitive goal, however, is to grasp experiences at the most general level as possible. As such, in the field of empirical organizational research, my thesis is situated between hermeneutic and descriptive phenomenology with descriptive emphasis.

The results are divided into conceptual and practical parts. Conceptual results create an existential-phenomenological definition to authenticity in which authenticity is defined through experientiality. This new way of defining authenticity differs from the mainstream authentic leadership literature and, hence, supplements the already existing theory. Also, leader identity is understood through experientiality in a way, that is connected to authenticity. According to the conceptual results, existential-phenomenological authenticity is central for leader identity development among nurse and doctor leaders.

Practical results create an experiential-based way to foster leadership that brings different clinical professions together and goes beyond professional boundaries. Here, instead of focusing solely on leading either doctors or nurses, the focus is in leading human beings and experiencing oneself as a leader.

According to results, leadership is subordinate to clinical work when working in healthcare dual roles. Clinical work is often prioritized higher than leadership because it is experienced more pleasant, meaningful and important. Especially doctor leaders feel acting as a clinician and having work experience in clinical work to be prerequisites for successful leadership. However, being strongly attached to clinical profession complicates finding the leader's perspective and carrying out leadership actions, that is, being a leader. Based on the results, I claim that leader identity and leadership development need to be more supported and reinforced especially among doctor leaders. This can be done, for example, by modifying leadership education.

The originality of my research comes from existential-phenomenological experientiality. This approach uncovers novel ways to understand and consider healthcare dual role leadership, authenticity and leader identity. The value of existential-phenomenological research arises from understanding the phenomenon more deeply and comprehensively than before, not so much from creating universal

results. The results of my research can be applied, however, to some extent, to fields that comprise dual role leadership and strong professional identities as in healthcare.

Keywords: healthcare, healthcare personnel, nursing staff, doctors, physicians, authenticity, identity, professional identity, leaders, leadership, experientiality, experiences, existentialism, phenomenology

Esipuhe

Tuntuu käsittämättömältä, että aloitan nyt väitöskirjani esipuheen. Näinkö pitkällä jo olen, ja toisaalta, viimeinkin olen tässä vaiheessa.

Väitöskirjan valmiiksi saaminen otti yhdeksän vuotta, jonka aikana olen elänyt vähintään neljä eri elämänvaihetta. Aloitin väitöskirjan tekemisen normaalissa nuoren naisen elämäntilanteessa, johon kuului helpohkosti eteenpäin soljuvaa arkea, paljon suunnitelmia ja vielä enemmän haaveita. Toinen vaihe piti sisällään kahta ääripäätä. Yhtäältä oli menetyksiä ja luopumista, jotka havahduttivat elämän ennakoimattomuuteen. Toisaalta oli paljon äärettömän onnellisia aikoja ja sellaista ihanaa ainutlaatuisuutta, jota en olisi osannut toivoakaan. Oman terveyden heikentymisen käsittely oli vuorossa kolmannessa vaiheessa. Elämänasenteeni ja suhtautuminen itseäni sai uusia, aiempaa kirjavampia piirteitä, jotka jäivät onneksi pysyväksi osaksi minua. Väitöskirjaa viimeistellessäni arki palautui jälleen normaaliksi, joskin normaalin määrittäminen tapahtui hieman eri kriteereillä kuin väitöstyöni alkumetreillä. Erialaisten, muuttuvien elämäntilanteiden ansiosta olen oppinut väitösprosessin aikana paljon, erityisesti itsestäni. Toivon ja luulen sen tukeneen myös tutkijana kasvua.

Väitöstutkimukseni sai alkunsa vuonna 2013 Inhimillisesti tehokas johtaminen -hankkeessa, joka oli Lapin yliopiston ja Lapin- ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien yhteinen tutkimus- ja kehittämishanke. Hankkeen rahoittajana toimi sairaanhoitopiirien lisäksi myös Työsuojelurahasto. Haluan kiittää hankkeen kaikkia osapuolia siitä, että pääsin tutkimusmatkani alkuun ja sain kerättyä hankkeen puitteissa loistavan tutkimusaineiston väitöstyöhöni. Valtavat kiitokset kaikille tutkimukseeni osallistuneille lääkäri- ja hoitajajohtajille. Avasitte minulle kokemukseenne ihailtavan avoimesti ja ennakkoluulottomasti, ja loitte näin rikkaan tutkimusaineiston, johon väitöstyöni on hyvä nojata. Ilman teitä tutkimukseni ei olisi päässyt ajatusta pidemmälle.

Professori Antti Syväjärvi ja dosentti Ville Pietiläinen, isot kiitokset teille asiantuntevasta, välittävästä ohjauksesta. Teiltä on ollut aina helppo kysyä, mitä milloinkin on mielen päällä ollut. Kiitos, että olette kyselleet kuulumisia myös silloin, kun väitöstyö ei ole voinut edetä ja kannustaneet tekemiseen silloin, kun työskentely on ollut mahdollista. Antti, kiitän sinua erityisesti väitöstyöni alkuun saamisesta, suuntien näyttämisestä tutkijana kasvuun sekä lukuisista konkreettisista neuvoista tutkimustekstien kehittämiseen ja tutkijan ajattelumaailman löytämiseen. Ville, erityisesti väitöstyön loppupuolella ohjauksesi on ollut korvaamattoman arvokasta.

Kiitos kaikista yhteispohdinnoista, pikaisista vastaamisista kysymys- ja viestikasoihin, sekä ennen kaikkea motivoivasta ja positiivisesta ohjaustavastasi. Kiitos myös tutkijakoulun henkilökunnalle, hallintotieteen jatko-opiskelijoille ja tiedekunnan muulle väelle, sekä konferenssimatkojen tutkijakollegoille ajatuksia avartaneista ja selkeyttäneistä keskusteluista.

Suuri kiitos Työsuojelurahastolle ja Lapin yliopiston rehtorille apurahoista, jotka ovat olleet väitöstyöni etenemisen kannalta äärimmäisen tärkeitä. Dosentti Olli-Pekka Viinamäki ja dosentti Jouni Kekäle, nöyrimmät kiitokset väitöskirjani esitarkastuksesta ja arvokkaista, oivalluttavista huomioistanne, joiden pohjalta käsikirjoitus pääsi kehittymään ja saavuttamaan nykyisen muotonsa. Olli-Pekka Viinamäki, kiitos myös siitä, että olet lupautunut vastaväittäjäkseni.

Johtamisen psykologian kollegat, HTM Ilkka Salmi ja HTT Krista Kohtakangas, on ollut mahtavaa, että olen saanut ihmetellä, kummastella ja välillä panikoida kanssanne väitöstutkimukseen liittyviä asioita. On ollut ilo tehdä tätä matkaa yhdessä teidän kanssanne.

Hyvä ystäväni, dosentti Hanna Vakkala, läsnäolosi tämän väitöstyön aikana on ollut sanoin kuvaamattoman arvokasta. Olet antanut vertaistukea lukemattomissa tilanteissa, innostanut, tsempannut ja auttanut huomaamaan tutkimuksen teossa ja kirjoittamisessa asioita, joita en olisi osannut muuten ajatellakaan. Suurin kiitollisuuteni liittyy kuitenkin siihen, millainen ystävä olet ollut tutkimuksen teon ulkopuolella. Olet uskonut ja luottanut minuun silloinkin, kun en itse ole siihen pystynyt ja maailma on tuntunut olevan romahtamaisillaan. Ihmettelen ja ihailen kerta toisensa jälkeen, miten osaatkin olla aina niin empaattinen ja rationaalinen samanaikaisesti. Kiitos kaikista käymistämme tuhansista keskusteluista ja kirkkaan, moniulotteisen peilipinnan antamisesta. Kiitos, että olet ollut rinnalla, järkähtämättömänä tukena vaikeimpina aikoina, ja iloinnut ja tuulettanut puolestani onnellisimmissa hetkissä. Tämä ystävyys on elinikäinen, se on aivan selvää.

Sirpa Hast, muistan kun tapasin sinut ensimmäisen kerran yliopistolla. Olit ihanan valoisa ja sydämellinen ihminen jo ensimmäisessä kohtaamisessa. Ystävyysimme lähti syvenemään heti, kun pääsimme keskusteluissa alkuun. Kiitos, että olen saanut purkaa sinulle ajatuksiani suodattamatta, että olen saanut kysyä, nauraa ja itkeä, pohdita ja pähkäillä niin väitöstyöhön kuin muuhunkin elämään liittyviä asioita. Osaat aina etsiä uskomattoman taitavasti vaihtoehtoisia näkökulmia mitä moninaisimpiin ilmiöihin ja tilanteisiin. Onneksi olet elämässäni.

Lämmin kiitos myös muille mukana kulkeneille ystävilleni lukemattomista nauruista, onnen ja ilon hetkistä, ja yhteisistä tuumailuista. Ne ovat antaneet elintärkeää vastapainoa tutkimusajatuksiin ja upeaa sisältöä väitöstyövuosiin.

Lähimpien sukulaisten merkitystä väitöstyöni valmiiksi saamisessa en voi korostaa liikaa. Tavoitteiden asettaminen ja niitä kohti kulkeminen ei ole tapahtunut itsestään, vaan se on vaatinut alustan, jolta on ollut hyvä ponnistaa. Parhaan mahdollisen pohjan elämäni olen saanut lapsuudenkodistani, äidiltä. Kiitänkin sinua,

äiti, kaikesta. Olet elänyt tiiviisti mukana väitöstyöni ja arkeni eri vaiheita, tukenut ja ollut aina varma siitä, että pystyn mihin vain. Jukka, olemme olleet kuin sisaruksia lapsuudesta lähtien. Väitöstyön tekemisen aikana olemme lähentyneet myös ystävinä, mistä olen äärettömän iloinen. On ollut hienoa saada jakaa kanssasi kaikkia mahdollisia ja mahdottomia mietteitä.

Vaikka kaikki lähisukulaiset eivät päässeet näkemään väitöstyöni valmistumista, he ehtivät olla hyvän aikaa matkassa väitöstyön tekemisen tohinassa. Sirkka ja Heikki, olen kiitollinen teille pohjattomasta luottamuksesta ja siitä, että olitte aina ylpeitä minusta. Tunnen teidän olevan läsnä, vaikkette fyysisesti täällä enää olekaan.

Suurimman kiitoksen osoitan edesmenneelle puolisololleni, professori Juha Perttulalle, jota ilman tämä työ olisi jäänyt aloittamatta. Juha, lämmin kiitos yhteisestä ajasta, väitöstutkimukseen innostamisesta ja poikkeuksellisen upean elämänsänteen jakamisesta. Olen varma, että vaikka yliopiston etäyhteydet eivät toimitakaan, seuraat väitöstilaisuuttani hymyillen pilven reunalta.

Oulussa 14.6.2022

Osajulkaisuluettelo

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu seuraaviin alkuperäisjulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla I-IV.

- I. Koskiniemi, A., Perttula, J., & Syväjärvi, A. (2015). Existential–experiential view of self-sourced (in)authentic healthcare identity. *Journal of Leadership Studies*, 9(2), 6-18. <https://doi.org/10.1002/jls.21360>
- II. Koskiniemi, A. (2016). Autenttisuuden ja kokemusten merkitys johtamisessa. Teoksessa A. Syväjärvi, & V. Pietiläinen (Toim.), *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 63-102). Tampere: Tampere University Press. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0344-0>
- III. Koskiniemi, A., Vakkala, H. & Pietiläinen V. (2019). Leader identity development in healthcare: an existential-phenomenological study. *Leadership in Health Services*, 32(1), 83-97. <https://doi.org/10.1108/LHS-06-2017-0039>
- IV. Koskiniemi, A., Syväjärvi, A. & Pietiläinen, V. (2020). Johtamisen kaksoisroolin merkitys kuntaorganisaation toimialoilla. *Focus Localis* 48(2), 5-25. <https://finna.fi/Record/arto.017468127>

Roolini yhteisjulkaisuissa:

Jokaisen yhteisjulkaisun (osajulkaisut I, III & IV) aiheen valinnan ja käsikirjoituksen rungon olen tehnyt itse. Yhteisjulkaisuissa kanssakirjoittajat ovat esittäneet kommentteja, huomioita, täydennyksiä ja muokausehdotuksia kirjoittamaani käsikirjoitusluonnokseen, joiden pohjalta olen muokannut käsikirjoitusta parhaaksi katsomallani tavalla. Yhteisjulkaisuissa kanssakirjoittajat ovat esittäneet vaihtoehtoisia näkemyksiä myös aiheen ilmaisuun otsikko- ja tutkimuskysymystasolla. Lopullisen päätöksen myös aiheen ilmaisutavoista olen tehnyt itse. Alkuperäistutkimuksen (osajulkaisu III) ja tutkimuskatsauksen (osajulkaisu IV) toteuttamisen olen tehnyt kaikkienensä täysin itsenäisesti sisältäen tutkimusmenetelmälliset valinnat, aineiston keruun, aineiston analyysin ja tulosten muodostamisen.

Artikkelien I-IV käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

Taulukot

| | | |
|------------|--|----|
| Taulukko 1 | Autenttinen johtaminen terveydenhuollossa, tutkimushakujen tulokset..... | 33 |
| Taulukko 2 | Johtajaidentiteetti terveydenhuollossa, tutkimushakujen tulokset..... | 53 |
| Taulukko 3 | Osajulkaisujen kontribuutiot tutkimuskysymyksiin | 86 |

Sisällysluettelo

| | |
|--|----|
| Tiivistelmä | 3 |
| Abstract | 6 |
| Esipuhe | 9 |
| Osajulkaisuluettelo | 12 |
| Taulukot | 13 |
| 1 Johdanto | 16 |
| 1.1 Terveydenhuoltojärjestelmien moninaisuus kansainvälisesti..... | 16 |
| 1.2 Suomalaisen julkisrahoitteen terveydenhuollon johtamisympäristö ja kaksoisroolijohtamisen käytännöt..... | 17 |
| 1.3 Tutkimusasetelma ja keskeiset käsitteet..... | 19 |
| 1.4 Tutkimustavoitteet..... | 22 |
| 1.5 Tutkimuksen rakenne..... | 26 |
| 2 Autenttisuuden lähestymistavat johtamistutkimuksessa | 28 |
| 2.1 Autenttisen johtamisen tutkimusperinteet..... | 28 |
| 2.2 Katsaus autenttisen johtamisen tutkimuksen lähestymistapoihin terveydenhuollossa..... | 31 |
| 2.3 Väitöstutkimuksen lähestymistapa autenttiseen johtamiseen..... | 41 |
| 3 Johtajaidentiteetin lähestymistavat johtamistutkimuksessa | 47 |
| 3.1 Johtajaidentiteetin tutkimusperinteet..... | 47 |
| 3.2 Katsaus johtajaidentiteettitutkimuksen lähestymistapoihin terveydenhuollossa..... | 51 |
| 3.3 Väitöstutkimuksen lähestymistapa johtajaidentiteettiin..... | 57 |
| 4 Autenttisen johtamisen ja johtajaidentiteetin alkuperäistutkimusten menetelmät terveydenhuollossa | 64 |
| 4.1 Katsaus autenttisen johtamisen tutkimusmenetelmiin..... | 64 |
| 4.2 Katsaus johtajaidentiteetin tutkimusmenetelmiin..... | 67 |
| 4.3 Väitöstutkimuksen menetelmälliset valinnat..... | 69 |

| | | |
|----------|--|----|
| 5 | Autenttisen johtamisen ja johtajaidentiteetin alkuperäistutkimusten tulokset | 73 |
| 5.1 | Katsaus aiempiin autenttisen johtamisen tutkimustuloksiin terveydenhuollossa | 73 |
| 5.2 | Katsaus aiempiin johtajaidentiteetin tutkimustuloksiin terveydenhuollossa | 77 |
| 5.3 | Väitöstutkimuksen tulokset autenttisuudesta ja johtajaidentiteetistä julkisrahoitteisessa terveydenhuollossa | 80 |
| 6 | Johtopäätökset | 85 |
| 6.1 | Osajulkaisujen kontribuutiot | 85 |
| 6.2 | Käsitteelliset johtopäätökset | 87 |
| 6.3 | Käytännön johtopäätökset | 89 |
| 6.4 | Tutkimuksen luotettavuus ja jatkotutkimus | 93 |
| | Lähteet | 98 |

1 Johdanto

1.1 Terveydenhuoltojärjestelmien moninaisuus kansainvälisesti

Väitöstutkimukseni aiheen kannalta olennaiset, vertailupohjan tarjoavat muut tutkimukset on toteutettu useimmiten Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Aasian alueista erityisesti Lähi-Idässä ja Intiassa. Koska oma tutkimukseni sijoittuu Suomeen, käyn ensin tiiviisti läpi eurooppalaisen terveydenhuollon toteutustapoja. Tämän jälkeen kuvaan Yhdysvaltojen ja Kanadan terveydenhuoltojärjestelmien ydinpiirteet sekä Aasian valtioiden erityispiirteitä terveydenhuollon toteuttamisen näkökulmasta. Suomalaisen julkisen terveydenhuollon toimintaympäristöön ja johtamiskäytäntöihin syvennyn seuraavassa alaluvussa.

Terveydenhuollon toteutus Euroopan maissa tapahtuu lukuisten erilaisten järjestelmien ja rahoitusmenetelmien kautta. Maissa, joissa ihmiset ovat oikeutettuja terveydenhuollon palveluihin esimerkiksi maassa asumisen kautta, kuten Suomessa, pääosa kuluista katetaan julkisrahoitteisesta terveydenhuollosta. Joissain maissa taas pakollinen/lakisääteinen terveystakuutus, sosiaali- ja terveystakuutus tai yksityisen tahon antama vakuutus kattaa valtaosan terveydenhuollon menoista. Lisäksi suorat maksut terveydenhuollon järjestäjälle palveluiden käytön yhteydessä ja lukuisat vapaaehtoiset terveystakuutukset, jotka on tarkoitettu korvaamaan tai täydentämään pakollisia tai automaattisia maksuja, kattavat terveydenhuollon kuluja (OECD/European Union 2020).

Terveydenhuollon rahoitusmenetelmät ovat riippuvaisia saamiensa tuottojen lähteistä – miten esimerkiksi pakollinen, yksityinen terveystakuutus rahoitetaan Saksassa (OECD/European Union 2020, 162-163) tai lakisääteinen sairausvakuutus Suomessa ja minkä osan mistäkin terveystakuutuksesta kyseinen vakuutus kattaa (Kansaneläkelaitos 2021; Verohallinto 2022). Monien erilaisten rahoitusratkaisujen lisäksi terveystakuutuksia voidaan siis tuottaa lukuisin eri tavoin (OECD/European Union 2020), mikä tekee rahoitusmenetelmien ja palvelun tuottamisen tapojen välisistä suhteista hyvin moninaisia ja palvelujen luokittelusta yksityiseen/julkiseen haastavaa.

Yhdysvalloissa terveydenhuoltojärjestelmä, joka on sekä liittovaltion että osavaltioiden säätelemä, on poikkeava moniin Euroopan maihin verrattuna. Kaikille kansalaisille aina tarpeen vaatiessa saatavilla olevaa julkista terveydenhuoltoa ei Yhdysvalloissa ole, eikä terveydenhuoltopalveluja ole muutoinkaan saatavilla tasavertaisesti. Sairaalat ovat lain mukaan velvoitettuja hoitamaan vain akuutissa hengenvaarassa olevat potilaat. Suurin osa väestöstä on jonkin terveystakuutuksen

piirissä, joka mahdollistaa terveydenhuollon myös muissa kuin hätätapauksissa. Osa väestöstä on kuitenkin terveysvakuutuksen ulkopuolella (EU-terveydenhoito.fi 2021). Sen sijaan kanadalainen liittovaltion, provinssien ja territorioiden säätelemä terveydenhuoltojärjestelmä perustuu kansalliseen sairausvakuutusohjelmaan (Medicare), joka toimii veroina maksettavin ennakkomaksuin ja koostuu 13 provinssi- ja territoriotalon suunnitelmasta. Kanadassa asuminen pysyvästi oikeuttaa henkilön julkisen terveysvakuutuksen anomiseen, jonka myötä suurin osa terveyspalveluista on maksuttomia. Sairausvakuutusohjelman tarkoituksena on varmistaa välttämättömien terveydenhuoltopalvelujen saatavuus jokaiselle kansalaiselle tasapuolisesti ajatuksella, että palvelujen saatavuus perustuu tarpeeseen eikä maksukykyyn. Hätätapauksissa tarvittavia terveyspalveluita annetaan aina myös ilman julkista terveysvakuutusta (Government of Canada 2016).

Aasian valtioista on haastavaa erottaa terveydenhuoltojärjestelmien yleisiä piirteitä. Monissa valtioissa korruptio ja esimerkiksi Lähi-Idän valtioiden moninaisuus ja erilaiset poikkeustilanteet, kuten terrorismi ja käynnissä olevat sodat, vaikuttavat paitsi terveydenhuollon toteutustapoihin ja rahoitukseen, myös terveydenhuollon palvelujen laatuun, luotettavuuteen ja tasavertaisuuteen. Alueelliset erot voivat olla todella huomattavia (Cloud Hospital 2022; International Insurance 2022).

Väitöstutkimukseni on toteutettu suomalaisessa julkisessa terveydenhuollossa, jota myös rahoitetaan julkisin varoin. Täsmälleen yhdenmukaista rajausta muissa maissa tehtyjen tutkimusten tarkastelussa ja vertailussa on haastavaa tehdä, koska terveydenhuoltojärjestelmissä, rahoitusratkaisuihin ja palvelujen tuottamisen tavoissa on lukuisia eroja. Tämän vuoksi tarkastelen tässä väitöskirjani yhteenvedo-osassa aiemmin tehtyä tutkimusta yleisesti terveydenhuollon kontekstissa tekemättä rajoituksia rahoitustapojen tai palveluita tarjoavien tahojen suhteen. Vain omaa tutkimusaineistoa käsitellessäni viittaan julkisrahoitteiseen julkiseen terveydenhuoltoon.

1.2 Suomalaisen julkisrahoitteisen terveydenhuollon johtamisympäristö ja kaksoisroolijohtamisen käytännöt

Suomessa on ollut jo vuosia käynnissä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, sote-uudistus. Sote-uudistukseen liittyen hyvinvointialueiden perustaminen on alkanut tätä väitöstutkimuksen yhteenvedo-osaa kirjoittaessani vuonna 2022. Vuodesta 2023 alkaen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyy hyvinvointialueille, Helsingin kaupunkia lukuun ottamatta. Vuoteen 2023 saakka suomalaisen julkisen terveydenhuollon toteuttamisesta vastaavat kunnat ja kuntien muodostamat 21 sairaanhoitopiiriä (Sote-uudistus 2022a), joiden toimintaa ja palvelutuotantoa määrää terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolaissa säädetään, että palvelut on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi

kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila edellyttävät. Samalla on huolehdittava palvelujen järjestämisen ja saatavuuden yhdenvertaisuudesta (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326), joille muun muassa väestön ikääntyminen luo haasteita.

Sote-uudistuksen syynä on ollut epätasa-arvoisuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, kun yhdenvertaisuus palvelujen saatavuudessa ei ole toteutunut ja alueelliset hyvinvointierot ovat olleet merkittäviä. Yhtenä keskeisenä syynä epätasa-arvoisuuteen on ollut kuntien resurssien suuri vaihtelu palvelujen järjestämisessä. Uudistuksen keskeisimpiin tavoitteisiin lukeutuu yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen sekä ammattitaitoisen työvoiman turvaaminen, palvelujen saatavuuden parantaminen, hyvinvointierojen tasoittaminen, ikääntymiseen ja syntyvyyden laskuun liittyvien haasteiden purkaminen sekä kustannusten kasvun hillitseminen (Sote-uudistus 2022a, 2022b). Niin terveydenhuollon kuin muidenkin organisaatioiden uudistuksissa on 2020-luvulla korostunut sekä kansallisesti että kansainvälisesti digitalisaatio ja tekoäly. Suomessa tekoälyn hyödyntäminen osana palvelujen tuottamista ja tarjoamista näkyy esimerkiksi AuroraAI-ohjelman kehittämisessä ja suunnitellussa käyttöönotossa (Valtiovarainministeriö 2021), joka kytkeytyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantamistavoitteisiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021).

Haastavat, isot organisaatiomuutokset ja toimintaympäristön tarpeiden muutokset edellyttävät myös sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien työntekijöiden toimintatapojen ja asenteiden päivytystä (Syväjärvi & Pietiläinen 2016). Erityisen keskeiseksi tekijäksi nousee johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa, joista tarkastelen väitöstutkimuksessani erityisesti sairaanhoidon keskuksia, sairaalaorganisaatioita. Johtaminen mahdollistaa työntekijöiden ja työyhteisön mukana pysymisen suhteessa organisaation rakenteellisiin muutoksiin ja toimintaympäristön vaatimuksiin. On kuitenkin huomioitava, että isot muutokset muuttavat myös johtamisen vaatimuksia (emt.). Suomalaiset sairaalaorganisaatiot ovat pääpiirteissään asiantuntijaorganisaatioita, jossa monet eri ammattiryhmät työskentelevät yhteistyössä taatakseen laadukkaan potilashoidon. Hierarkkisia tasoja ja ulottuvuuksia sairaalassa on sekä eri ammattikuntien sisällä että välillä, jokaisen sairaalan tulosalueen ja yksikön koostuessa usein monien eri ammattiryhmien edustajista, kuten lääkäreistä, hoitajista, psykologeista ja sosiaalityöntekijöistä. Suurimmat ammattiryhmät, lääkärit ja hoitajat, muodostavat sairaalassa omat linjaorganisaationsa. Kyseisillä ammattiryhmillä on siis kummallakin oma johtamisjärjestelmänsä ja näin ollen myös oma hierarkiansa. Toisaalta ammattikuntien työt ja täten myös johtamisjärjestelmät limittyvät, minkä vuoksi sairaalaa voi kuvata matriisiorganisaatioksi. Johtamiskenttää tarkasteltaessa terveydenhuollon johtajat tunnistavat työssään useita erilaisia vastuulajeja, kuten toiminnallisen

vastuun, hallinnollisen vastuun, budjettivastuun ja strategisen vastuun (Virtanen 2010).

Usein sairaalaorganisaatiossa edetään lääkäri- tai hoitajajohtajaksi kliiniseen senioriteettiin perustuen ja pitkän työkokemuksen pohjalta. Keskiössä on syvä ymmärrys ja osaaminen kliinisestä työstä ja sen myötä myös voimakas psyykkinen side omaan kliiniseen ammattiryhmään ja siihen kuuluvaan ammatti-identiteettiin (esim. Croft, Currie, & Lockett 2015; Syväjärvi & Pietiläinen 2016). Esimiesasemaan siirryttäessä johtamistyö tulee usein vain osaksi lääkärin tai hoitajan työtä, kun samalla työtehtäviin kuuluu edelleen myös kliininen työ. Asetelman, jossa työhön kuuluu sekä johtamistyötä että kliinistä työtä, ymmärrän kaksoisroolissa toimimisena. Tämä kaksoisroolissa tapahtuva johtaminen ja johtajuuden kehittyminen ovat väitöstutkimukseni kohteena. Kaksoisroolissa toimiviin lääkäri- ja hoitajajohtajiin viittaa jatkossa myös pelkästään käsitteellä lääkäri-/hoitajajohtaja.

Moniammatillisen yhteistyön onnistumiseksi ja laadukkaan potilashoidon takaamiseksi johtajuuden tulisi kehittyä sairaalaorganisaatiossa ennemmin lääkärin ja hoitajien ammattikuntien yli kuin niiden sisälle (Carpenter & Dickinson 2016). Moniammatillisuus liittyy sairaalassa paitsi ihmisiin, myös rakenteisiin, kun sairaalan eri toiminnot, tulosityksiköt ja osastot toimivat yhteistyössä potilaanhoidossa. Johtamisen kehittyminen yli ammattikuntien rajojen on hyvin haasteellista kaksoisroolien vuoksi. Haasteellisuuden syinä ovat lääkärin ja hoitajien vahvat, merkityksellisiksi koetut kliiniset ammatti-identiteetit ja johtamisen liittyminen usein ennemmin kliiniseen senioriteettiin (Gordon, Rees, Ker, & Cleland 2015) kuin johtamistaitoon, -haluun tai -osaamiseen. Tällöin johtaminen kytkeytyy ensisijaisesti vain omaan kliiniseen ammattikuntaan ja on luonteeltaan ennemmin asiantuntijana toimimista kuin johtamista. Lääkärijohtaja kokee olevansa lääkäri ja hoitajajohtaja hoitaja. Johtajuutta ei kuitenkaan saa tyypistää pelkästään kliiniseen osaamiseen. Tämän vuoksi kaksoisroolissa toimivien johtajien johtajuus vaatii yksityiskohtaista tarkastelua, jossa johtaminen ymmärretään ihmisten johtamisena – ei vain oman ammattikunnan edustajien johtamisena. Kaksoisroolijohtajuus on väitöstutkimuksessani läsnä koko ajan. Olen kirjoittanut jokaisen artikkeliväitöskirjaani sisältyvän osajulkaisun kaksoisroolijohtamisen kontekstissa ja myös alkuperäistutkimukseni kohdejoukkona ovat kaksoisroolijohtajat.

1.3 Tutkimusasetelma ja keskeiset käsitteet

Johtajuuden ymmärtäminen ammattiryhmäraajat ylittävän ihmisten johtamisen näkökulmasta edellyttää hallintotieteen, erityisesti johtamisen psykologian asettamista väitöstutkimukseni lähtökohdaksi. Johtamisen psykologian kentällä väitöstutkimukseni keskeiset käsitteet ovat autenttisuus ja johtajaidentiteetti kaksoisroolijohtamisen kontekstissa sekä eksistentiaalis-fenomenologinen menetelmä

ja lähestymistapa keskeisiin käsitteisiin. Eksistentiaalistis-fenomenologista lähestymistapaa ei ole aiemmin sovellettu autenttisen johtamisen eikä johtajaidentiteetin tutkimuksessa terveydenhuollossa.

Omaksumani Heideggerilainen (Heidegger 1962) eksistentiaalistisismi painottaa kokemisen vapautta, jossa ideaalitulanteessa ajatellaan, että jokaisena hetkenä ihmisellä on vapaus valita ja periaatteessa myös vapaus kokea täysin eri tavalla kuin aiemmin, ulkoisista paineista ja odotuksista irrallisena, eli kokea autenttisesti tässä hetkessä. Ajatus on absoluuttisena vain teoreettinen mutta osittaisena hyödyllinen, käytäntöön sopiva. Mitään uutta ei voi oppia eikä ymmärtää, ellei ihmisellä ole kykyä kokea ja havaita näkökulmia, jotka ovat hänelle itselleen ennalta tuntemattomia. Ulkoisista odotuksista, oletuksista, säännöistä ja normeista ei voi käytännössä juuri koskaan päästä täysin irralliseen. Kuitenkin kokeminen edes hetkellisesti ulkoisista oletuksista riippumatta mahdollistaa täysin uusien asioiden ja näkökulmien havaitsemisen, joita kukaan muukaan ei ole välttämättä huomannut. Eksistentiaalistinen kokemuksellisuus ja autenttisuus ovatkin näin ollen johtajaidentiteetin kehittymisen kannalta keskeisiä lähtökohtia sairaalaorganisaatioissa, joissa on paljon perinteitä, normeja ja traditioita.

Vaikka soveltamani eksistentiaalistisismi painottaa kokemuksen yksilöllisyyttä ja korostaa jokaisen ihmisen olevan omalla uniikilla tavallaan suhteessa ympäröivään maailmaan (Heidegger 1962), on julkisrahoitteisessa sairaalaorganisaatioissa otettava huomioon myös yhteiset kokemukset, säännöt, periaatteet, näkemykset ja tavoitteet. Nämä ovat toimivan yhteistyön ja laadukkaan potilashoidon edellytyksiä (Syväjärvi & Pietiläinen 2016). On jopa odotettavissa olevaa, että työntekijöillä, joiden työ sisältää samoja ydintehtäviä tai joilla on sama kliininen ammatti-identiteetti, on myös yhteisiä tai samankaltaisia kokemuksia työstä. Näiden yhteisten kokemusten vangitseminen on väitöstutkimukseni empiirisen osion lopullinen tavoite sillä tavalla, että myös kokemusten yksilöllisyys tulee huomioitua. Kokemuksellisuuden tarkastelu saa näin yksilöllisyyden pohjaksi yleisiä piirteitä painottavan lähtökohdan deskriptiivisestä fenomenologiasta, jonka mukaan kokemuksista on löydettävissä yleisiä piirteitä ja vain nämä yleiset kokemukset ovat olennaisia (esim. Giorgi 1985). Deskriptiivinen fenomenologia ei ole kiinnostunut yksilöllisyydestä vaan kokemuksista ja kokemuksellisuudesta itsessään, yksilöistä irrallisena. Käytännössä on kuitenkin hyvin epätodennäköistä, että eri ihmisten kokemukset olisivat ytimeltään täysin samanlaisia. Tiukka deskriptiivisen fenomenologian seuraaminen (Husserl 1995) asettaisikin tutkimuksen ongelmaksi sen, miten kaikki kokemukset saadaan kuvattua yleisinä ilman kokemusten runtelua tai muuttamista.

Tutkimuksessani haluan huomioida sekä kokemusten yksilöllisyyden että yleisyyden. Tämän vuoksi yhdistän eksistentiaalistisen ja deskriptiivisen fenomenologisen ajattelusuuntauksen eksistentiaalistis-fenomenologiseksi menetelmäksi, joka sallii sekä yksilöllisten että jaettujen, yleisten kokemusten ilmentymisen sellaisena kuin ne ovat ilmentyäkseen. Lopullisena tavoitteenani on kuitenkin mahdollisimman yleis-

ten kokemusten tunnistaminen. Väitöstutkimukseni sijoittuu näin empiirisesti organisaatiotutkimuksen kentällä hermeneuttisen ja deskriptiivisen fenomenologian väliin (ks. Aagaard 2017) deskriptiivisellä painotuksella. Kyseisestä menetelmästä käytän tässä yhteenvedo-osassa nimitystä eksistentiaalistis-fenomenologinen menetelmä. Osajulkaisussa III olen käyttänyt kyseisestä lähestymistavasta samaa käsitettä. Sen sijaan osajulkaisussa I ja II eksistentiaalistis-fenomenologista menetelmää vastaavasta teoreettisesta lähestymistavasta käytän termiä ”eksistentiaalistis-kokemuksellinen” kokemuksellisuuden painottamiseksi ja siihen liittyvien teoreettisten lähtökohtien luomiseksi. Tässä väitöstutkimukseni yhteenvedo-osassa käytän selkeyden vuoksi vain nimitystä ”eksistentiaalistis-fenomenologinen” myös viitatessani niihin osajulkaisuihin, joissa olen käyttänyt eksistentiaalistis-kokemuksellinen –termiä.

Väitöstutkimukseni ensimmäisen pääkäsitteen, autenttisuuden, sisältö määrittänyt eksistentiaalistisistä ja kokemuksellisuudesta käsin. Perinteisesti autenttista johtajuutta on tutkittu Avolion ja kumppaneiden (esim. Avolio & Gardner 2005; Avolio, Gardner, Walumbwa, Luthans, & May 2004; Gardner, Avolio, Luthans, May, & Walumbwa 2005; Luthans & Avolio 2003) soveltaman positiivisen psykologian ja siihen kytkeytyvän humanismin lähtökohdista, jolloin autenttisuus on sidottu sisällöltään tietynlaisiin myönteisiin merkityksiin ja arvoihin. Positiivisessa valtavirtasuuntauksessa on ollut selkeä pyrkimys yleispätevään johtamiseen (Algera & Lips-Wiersma 2012).

Omaamani eksistentiaalistis-fenomenologinen lähestymistapa ei sen sijaan anna autenttisuudelle ennakkoon tiettyjä merkitysisältöjä eikä arvota autenttisuutta tai autenttisia kokemuksia ennen niiden syntymistä (ks. I). Autenttisen kokemuksen ymmärtämisen vapaaksi, ennako-oletuksettomaksi kokemiseksi kussakin tilanteessa ja autenttisen toiminnan tämän kokemuksen mukaisena käytöksenä. Epäautenttisesti kokemisessa sen sijaan historian, ympäristön asettaminen odotusten ja ympäristöstä suoraan omaksuttujen ajattelutapojen annetaan vaikuttaa siihen, miten ympäristöä havaitaan ja koetaan tässä hetkessä. Tämä on välttämätöntä ja väistämätöntä ihmisen arjessa ja normaalia niin työ- kuin yksityiselämässä. Terveystieteiden tutkimuksen kaksiosroolijohtajilla esimerkiksi kliininen ammatti-identiteetti on merkittävä epäautenttista kokemista vahvistava tekijä. Kliininen ammatti-identiteetti on vahva sosiaalinen ryhmäidentiteetti, joka on kehittynyt muun muassa koulutuksen ja ammattikuntaan kuuluvien arvojen ja oletusten myötä. Näin ollen kliinisen ammatti-identiteetin sisältö on pitkälti ulkopäin annettu ja omaksuttu, eikä siinä ole merkittäviä osin yksilöllistä sisältöä. Sen mukaan kokeminen onkin eksistentiaalistis-fenomenologisista lähtökohdista epäautenttista (I). Eksistentiaalistis-fenomenologisen näkökulman avulla luon vaihtoehtoisen tavan ymmärtää autenttisuutta valtavirtasuuntauksen ohella.

Väitöstutkimukseni toisena pääkäsitteenä on johtajaidentiteetti. Kwok, Shen ja Brown (2021) huomauttavat tuoreessa tutkimuksessaan, että johtajuuden ja siihen liittyvän identiteetin kehittymisestä tiedetään hyvin vähän. Johtamistutkimuksen

painopiste on ollut jo kehittyneen johtajuuden tarkastelussa eikä niinkään johtajuuden kehitysprosessissa (emt.). Lisäksi empiirinen tutkimus on ollut hyvin rajallista johtajaidentiteetin tarkastelun painottuessa käsitteellisiin malleihin eikä niinkään empiirisiin tutkimuksiin (Kwok, Hanig, Brown & Shen 2018). Tutkimukseni avaa osaltaan väylää näihin vähän tutkittuihin näkökulmiin. Näkemystäni mukaan lääkäri-/hoitajajohtajan johtajaidentiteetin kehittyminen edellyttää, että lääkäri-/hoitajajohtaja kokee ja voi nähdä ympäristönsä, itsensä työntekijänä ja työnsä uudella tavalla, avoimesti ja ainakin osittain irrallaan kliinisen ammatti-identiteetin merkityssisällöistä (ks. I; II; III). Terveystieteiden kontekstissa johtajaidentiteettitutkimus on koskenut tähän mennessä pääsääntöisesti vain joko lääkärin tai hoitajien ammattikuntaa. Itse lähestyn johtajaidentiteetin kehittymistä sekä lääkäri- että hoitajajohtajien yhteisenä tehtävänä ja tutkin johtajaidentiteettiä ammattikuntarajojen yli. Lähtökohtani on, ettei johtamisen tai sen tutkimuksen kannata rajoittua vain yhden kliinisen ammattikunnan sisälle, jos ja kun eri ammattikunnat tekevät yhteistyötä keskenään.

Ymmärrän johtajaidentiteetin koettuna identiteettinä ja lähestyn sitä tutkimuksessani eksistentiaalis-fenomenologisella menetelmällä. Koska määrittelen johtajaidentiteetin vain kokemuksellisuuden kautta, en sitoudu tarkastelemaan johtajaidentiteettiä sosiaalisena identiteettinä, yksilöllisenä identiteettinä tai minään muunakaan tietynlaisena identiteettinä. Sitoudun tarkastelemaan johtajaidentiteettiä vain kokemuksena itsestä johtajana (ks. III). Johtajaidentiteetin kehittyminen ja jo muodostunut johtajaidentiteetti ovat ymmärryksessäni erillisiä asioita, vaikkakin ne ovat usein olemassa yhtä aikaa. Johtajaidentiteetin kehittämisessä voi kuitenkin painottua sosiaalinen ulottuvuus, vaikka kehittynyt identiteetti ei olisi sosiaalinen. Eksistentiaalis-fenomenologisen ajattelun mukaisesti annan johtajaidentiteetin ja sen kehittymisen ilmetä merkityksiltään ja sisällöiltään sellaisena kuin se aineistosta minulle ilmenee ilman, että rajaan merkityksiä asettamalla ennako-oletuksia (III). Tiukka aineistolähtöinen tyylini poikkeaa aiemmasta terveystieteiden kontekstissa tehdystä tutkimuksesta (luku 3.2), jossa johtajaidentiteettiä joko lähestytään jonkin identiteettiteorian pohjalta tai analysoidaan hyödyntäen jo olemassa olevaa tutkimustietoa aiheesta.

1.4 Tutkimustavoitteet

Tutkimukseni fokus on hoitaja- ja lääkärijohtajien johtajaidentiteetissä ja autenttisuudessa eksistentiaalis-fenomenologisesta näkökulmasta käsin tarkasteltuna. En rajaa tutkimukseni kohdejoukkoa johtamistason mukaan, vaan ainoastaan kaksoisroolin olemassaolon pohjalta. Kaikki alkuperäistutkimukseeni (III) osallistuneet hoitajajohtajat (N=11) työskentelivät lähiesimiehinä ja lääkärijohtajista (N=13), jotka kaikki olivat erikoislääkäreitä, valtaosa keskijohdossa. Tutkimuksessani käytän

eksistentiaalistis-fenomenologista lähestymistapaa sekä analyysimenetelmänä että kokonaisvaltaisena lähestymistapana, jonka kautta ymmärrän niin tutkimukseni kohdejoukon kuin tutkittavan ilmiön. Tavoitteeni on haastaa positiivisen psykologian tradition mukaista autenttisen johtamisen teoriaa ja löytää uusi näkökulma kaksoisroolissa toimivan lääkäri-/hoitajajohtajan johtajaidentiteetin tarkasteluun. Tavoitteeni konkretisoituu käsitteellisen ja käytännönläheisen tutkimuskysymyksen kautta.

Käsitteellisenä tutkimuskysymyksenä on:

Mitä eksistentiaalistis-fenomenologinen lähestymistapa merkitsee autenttisuuden ja johtajaidentiteetin käsitteelliselle jäsentämiselle terveydenhuollon kaksoisrooli-johtamisessa?

Käytännönläheisenä tutkimuskysymyksenä on:

Mitä eksistentiaalistis-fenomenologinen lähestymistapa autenttisuuteen ja johtajaidentiteettiin antaa terveydenhuollon kaksoisrooli-johtamisen käytäntöjen kehittämiseksi?

Tutkimukseni kohdistuminen nimenomaan kaksoisroolissa toimiviin lääkäri- ja hoitajajohtajiin on perusteltua, koska johtajuuden ja johtajaidentiteetin kehittyminen on tällä ryhmällä haastavaa ja vaillinaista juuri kaksoisroolin vuoksi (esim. Croft ym. 2015; Quinn & Perelli 2016). Koska johtamisasemassa työskentelyyn täytyisi kuitenkin kuulua johtamista ja johtajana toimimista, kaksoisrooli-johtamisen tutkimukselle lääkärin ja hoitajien ammattikunnassa on selkeä tarve. Tutkimukseni tarjoaa keinoja terveydenhuollon kaksoisrooli-johtamisen ymmärtämiseen ja käytäntöjen kehittämiseen yli ammattikuntien rajojen, erityisesti johtamisen tavoitteiden näkökulmasta. Tämä onnistuu autenttisuuden ja johtajaidentiteetin teemoja hyödyntäen. Lisäksi tutkimukseni tekee avauksen näiden kahden kaksoisrooli-johtamisen kannalta relevantin käsitteen, autenttisuuden ja johtajaidentiteetin, uudelleenmäärittelyyn.

Ilman kaksoisrooli-johtamisen tarkastelua juuri johtamisen – ei kliinisen ammattikunnan – kehittymisen näkökulmasta johtaminen pysyy ensisijaisesti kliinisenä, kaksoisrooli-johtajan omaan ammattikuntaan sidottuna toimintana. Lääkärijohtajan johtaminen seuraisi ensisijaisesti lääkärin ammattikunnan arvoja, työsisältöjä ja näkökulmia, hoitajajohtajan taas hoitajan ammattikunnan. Tällöin johtamisella ei ole selkeää, yhteisesti jaettavaa tavoitetta ja näkökulmaa, vaan johtamisen tavoitteet kumpuavat kunkin johtajan kliinisestä ammattikunnasta. Johtaminen on eriytyneitä, ei yhdistävää. Lääkäri- ja hoitajajohtajien johtamisen eriytyneisyydestä viestii se, että tähän mennessä lääkäri- ja hoitajajohtajien johtajaidentiteettitutkimus on koskenut lähes aina vain jompaakumpaa ammattikuntaa. Joissain harvoissa tapauksissa kohdejoukon rajaus on ulottunut kliinisten ammattikuntien johtamisen ulkopuolelle, mutta johtajaidentiteettiä ei ole tähän mennessä tutkittu hoitaja- ja lääkärijohtajien

yhteisenä tehtävänä (luku 3.2). Ammattikuntien rajoja ylittävää johtamistapaa ja -identiteettiä on tässä joukossa lähes mahdotonta löytää, mikäli johtamista ei edes tutkita yhteisenä tehtävänä. Väitöstutkimukseni antaa eväitä kaksoisroolijohtamisen kehittämiseen juuri johtamisen näkökulmasta. Kun sekä erot että yhtäläisyydet eri ammattikuntien johtamisen kehittymisessä tulevat esille, myös tarkoituksenmukaisten kehittämistoimenpiteiden tunnistaminen onnistuu.

Käsitteellinen tutkimuskysymykseni täydentää jo olemassa olevia autenttisen johtamisen ja johtajaidentiteetin teorioita kaksoisroolijohtamisen kontekstissa. Eksistentiaalistis-fenomenologista viitekehystä ei ole aiemmin sovellettu autenttisuuden ja johtajaidentiteetin käsitteiden tarkastelussa terveydenhuollossa tai muillakaan aloilla. Lähestymistavassa on olennaisinta eksistentiaalistis-fenomenologinen kokemuksellisuus, joka toimii pohjana autenttisuuden ja johtajaidentiteetin käsitteelliseen ymmärtämiseen. Autenttisen johtamisen käsitteellinen tutkimus on ollut hyvin rajallista positiivisen autenttisen johtamisen teorian vakiinnuttua vuonna 2008. Vaihtoehtoisia tapoja autenttisuuden ymmärtämiseen on esitetty vain muutamia (esim. Algera & Lips-Wiersma 2012). Väitöstutkimukseni rakentaa autenttisuuden, siihen liittyvän itse-käsitteen (self) ja johtajaidentiteetin kehittymisen välille kokemuksellisuuteen pohjautuvat suhteet käsitteellisellä tasolla. Tällainen autenttisen johtamisen määrittely täydentää jo olemassa olevaa, vakiintunutta autenttisen johtamisen teoriaa. Samalla tutkimukseni laajentaa johtajaidentiteetin käsitteellistä tarkastelua ja tarjoaa sekä johtajaidentiteetin teoreettiseen keskusteluun että käytännön toimintaan kokemuksellisuuteen pohjautuvan näkökulman.

Käytännön tutkimuskysymykseni taas avaa tuoreen näkökulman kaksoisroolijohtamisen käytäntöjen kehittämiseksi. Kuten jo aiemmin toin esille, johtajaidentiteetin tutkimus kaksoisroolijohtamisessa on keskeistä, koska usein kaksoisrooli häiritsee ja haastaa johtajaidentiteetin kehittymistä ja näin koko johtamistyötä (Croft ym. 2015; Quinn & Perelli 2016). Tämän vuoksi on tärkeää tunnistaa, miten johtajuuden ja johtajaidentiteetin kehittymistä kaksoisroolissa voitaisiin tukea. Autenttisuuden paikka käytännönläheisessä tutkimuskysymyksessä taas sijoittuu tilanteeseen, jossa tarkastellaan, minkä vuoksi ja millaisten kokemusten pohjalta johtajaidentiteetti kehittyy tai jää kehittymättä. Sekä autenttisuuden merkitystä että johtajaidentiteetin kehittymistä onkin näkemykseni mukaan luontevaa tarkastella kokemuksellisuuden kautta. Väitöstutkimuksessani soveltamani eksistentiaalistis-fenomenologisen lähestymistavan mukaan autenttisuus ja johtajaidentiteetti ovat kokemuksellisen luonteensa vuoksi myös väistämättä tiiviisti yhteydessä toisiinsa. Tutkimukseni luokkin autenttisuuden ja johtajaidentiteetin avulla kuvan kokemuksellisesta kaksoisroolijohtamisesta ja kaksoisroolijohtamisen kehittämistarpeista.

Alkuperäisaineistoon nojautuva väitöstutkimukseni osa (III) käsittelee terveydenhuollon kaksoisroolijohtajien johtajaidentiteetin kehittymistä. Aiheesta on

saatavilla hyvin vähän aineistolähtöistä tutkimusta, mikä kertoo ilmiötä koskevan, käytännönläheisen tiedon rajallisuudesta. Eksistentiaalistis-fenomenologista kokemuksen tutkimusta aiheesta ei ole ollut saatavilla tähän mennessä lainkaan. Tutkimukseni täyttääkin osaltaan alkuperäistutkimuksessa olevaa aukkoa ja syventää kaksoisroolijohtajan johtajaidentiteetin kehittymisen ymmärtämistä.

Artikkeliväitöskirjaani sisältyy neljä vertaisarvioitua osajulkaisua, joissa kaikissa on kontekstina kaksoisroolijohtaminen. Osajulkaisu I on teoreettinen, käsitteellinen artikkeli. Osajulkaisu II on pääpiirteissään teoreettinen, mutta sisältää myös alustavia tuloksia. Osajulkaisu III pohjautuu alkuperäisaineistooni, lääkäri- ja hoitajajohtajien haastatteluihin, jotka olen analysoinut eksistentiaalistis-fenomenologisella menetelmällä. Osajulkaisussa IV on käytetty aineistona jo tehtyjä tutkimuksia, jotka olen analysoinut sisällönanalyysilla.

Jokainen osajulkaisu tuo oman kontribuutionsa tässä luvussa aiemmin esittämiini tutkimuskysymyksiin. Esitän näistä kontribuutioista yhteenvedon Johtopäätöksissä. Osajulkaisussa I ja III tutkimusilmiötä lähestytään kaksoisroolissa toimivien lääkäri- ja hoitajajohtajien näkökulmasta, osajulkaisussa II sosiaali- ja terveydenhuollon kaksoisroolijohtajien näkökulmasta kontekstuaalisen painotuksen ollessa kuitenkin lääkäri- ja hoitajajohtajien kaksoisroolissa, ja osajulkaisussa IV kunnallisan kaksoisroolijohtajien näkökulmasta. Osajulkaisu I avaa eksistentiaalistis-fenomenologisen lähestymistavan teoreettista taustaa ja tieteenfilosofiaa sekä autenttisuuden että terveydenhuollossa ilmenevien erilaisten identiteettien ymmärtämiseksi. Osajulkaisussa II käsittelen autenttisuuden psykologista taustaa paneutumalla kokemuksen ja kokemuksellisuuden käsitteisiin ja sisältöihin deskriptiivistä fenomenologista ajatussuuntausta soveltaen. Toisena kantavana teemana on autenttisen johtamisen perinteinen ja kriittinen tutkimussuuntaus. Osajulkaisussa II nostan tätä väitöstutkimustani varten haastatteluin kerätystä haastatteluaineistosta esille niitä seikkoja, jotka kytkeytyvät, avaavat, risteävät, tai selittävät kokemusten ja autenttisuuden teoreettista tarkastelua. Näin osajulkaisu II liittyy teoreettisen tarkastelun myös terveydenhuollon käytäntöön. Osajulkaisu III avaa sitä, mitä kokemuksellisuuteen pohjaava eksistentiaalistis-fenomenologinen lähestymistapa tarkoittaa julkisrahoitteisen terveydenhuollon johtamiselle kaksoisroolijohtajan johtajaidentiteetin kehittymisen näkökulmasta, ja millaisia sisältöjä valitun lähestymistavan soveltaminen tuo kaksoisroolijohtajan johtajaidentiteetin kehittymiselle. Artikkelissa käsitellään eksistentiaalistis-fenomenologista ajatussuuntausta koko tutkimuksen pohjavireenä ja läpileikkaavana, ajattelua ja tutkimuksen toteutusta ohjaavana menetelmänä. Osajulkaisu IV avaa kaksoisroolissa työskentelevän kunnallisan johtajan johtajuuden muotoutumista ja sisältöä. Artikkelit luo kuvan ymmärryssyhteydestä ja toimintakentästä, joiden vaikutuksen alaisena kaksoisroolijohtajien johtajaidentiteetti kehittyy ja on olemassa.

1.5 Tutkimuksen rakenne

Tutkimusten jako teoreettisiin julkaisuihin, alkuperäisartikkeleihin ja katsausartikkeleihin auttaa hahmottamaan perustelut tutkimusten käsittelylogiikalle tässä väitöskirjani yhteenvedo-osassa. Katsausartikkeliksi määrittelen myös sellaisen tutkimuksen, jossa ei todeta tehtävän vain katsaustutkimusta, mutta joka kuitenkin sisältää tietyillä kriteereillä rajatun kirjallisuuden sisällön analyysia tai teemojen luokitteluja (esim. Miles & Scott 2019). Luvut 2 ja 3 ovat teoriapainotteisia, tutkimusaiheita ja lähestymistapoja avaavia lukuja. Käsittelen niissä tutkimukseni pääkäsitteitä, autenttisuutta johtamisessa sekä johtajaidentiteettiä. Luvussa 2.1 käyn läpi autenttisen johtamisen tutkimusperinteitä ja luvussa 3.1 johtajaidentiteetin tutkimusperinteitä. Luvuissa 2.2 ja 3.2 teen katsauksen terveydenhuollon kontekstissa toteutettuun autenttisen johtamisen ja johtajaidentiteetin tutkimukseen. Käsittelen katsauksissa paitsi alkuperäistutkimuksen aiheita ja teoreettisia lähestymistapoja, myös katsausartikkeleita ja teoreettisia julkaisuja sekä aiheiden että tulosten osalta. Lopuksi luvussa 2.3 kerron väitöstutkimuksessani soveltamastani autenttisen johtamisen hahmotuksesta osajulkaisujen I ja II pohjalta. Väitöstutkimukseni lähestymistapaa johtajaidentiteettiin taas avaan luvussa 3.3 osajulkaisujen I, III ja IV avulla. Oman teoreettisen julkaisuni (osajulkaisu I) ja katsausartikkelini (osajulkaisu IV) tulosten tarkastelun teen luvuissa 2.3 ja 3.3, linjassa muiden teoreettisten artikkelien ja katsausartikkelien käsittelyn kanssa.

Teoreettisten julkaisujen tulokset on perusteltua tarkastella teoriapainotteisissa luvuissa, mutta katsausartikkelien tulokset eivät ole aina sisällöllisesti yhdenmuukaisia. Joidenkin katsausartikkelien tulokset koostuvat tiettyä ilmiötä käsittelevien aiempien tutkimusten toteutus- ja lähestymistapojen tarkastelusta, mutta jotkut katsausartikkelit paneutuvat tutkimusilmiön sisällöllisten merkitysten tarkasteluun aiemmin tehdyn tutkimuksen ja aiempien tutkimustulosten valossa. Näin ollen katsausartikkelien tulosten tarkastelu voi sopia niin käsitteitä ja tutkimusten toteutusta käsitteleviin lukuihin 2 ja 3 kuin tuloksiin keskittyvään lukuun 5. Pääosin tässä yhteenvedo-osassa käsiteltyjen katsausartikkelien tulokset avaavat juuri autenttisen johtamisen ja johtajaidentiteetin tutkimuksen aihealueita ja kyseisiin käsitteisiin sovellettuja näkökulmia terveydenhuollossa. Tämän vuoksi niiden tarkastelu sopii arvioni mukaan parhaiten teoriapainotteisiin lukuihin 2 ja 3. Sen sijaan alkuperäisartikkelien tuloksia käsittelen vasta tulosluvussa 5.

Luvussa 4 keskityn autenttisen johtamisen ja johtajaidentiteetin alkuperäistutkimusten menetelmällisiin valintoihin. Kvantitatiivisilla/määrällisillä tutkimuksilla viitataan läpi koko yhteenvedo-osan sellaisiin menetelmiin, jotka kuvaavat kohdetta numeroiden ja tilastojen avulla, kuten strukturoitujen kysymysten kautta. Kvalitatiivisilla/laadullisilla tutkimuksilla taas viitataan kaikkiin sellaisiin menetelmävalintoihin, joiden avulla tutkittavaa kohdetta on mahdollista kuvailla ja ymmärtää. Tästä esimerkkinä puolistrukturoidut haastattelut. Monimenetelmällä tarkoitan

kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen menetelmän soveltamista samassa tutkimuksessa, esimerkiksi aineiston keruuta kyselylomakkeella, joka sisältää sekä Likert-asteikollisia kysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Oman alkuperäistutkimukseni kvalitatiivista, eksistentiaalistis-fenomenologista menetelmää avaan osajulkaisun III pohjalta.

Tulosluvussa 5 erittelen ensin luvussa 2.2 tarkasteltujen autenttisen johtamisen alkuperäistutkimusten tulokset. Tämän jälkeen käyn läpi luvussa 3.2 käsiteltyjen johtajaidentiteettiä koskevien alkuperäistutkimusten tulokset. Luvun 5 lopuksi kokoan synteessin oman alkuperäistutkimukseni autenttisuuteen ja johtajaidentiteettiin liittyvistä tuloksista. Alkuperäistutkimukseni tulokset sijoittuvat pääosin johtajaidentiteetin ympärille osajulkaisun III kautta, mutta sivuavat myös autenttisuutta. Lopuksi luvussa 6 esitän väitöstutkimukseni tulosten pohjalta käsitteelliset ja käytännönläheiset johtopäätökset sekä teen väitöstutkimukseni luotettavuustarkastelun ja jatkotutkimusehdotukset.

2 Autenttisuuden lähestymistavat johtamistutkimuksessa

2.1 Autenttisen johtamisen tutkimusperinteet

Autenttisen johtamisen ajatus on tuotu johtamiskirjallisuuteen 2000-luvun alussa Bill Georgen (2003) ja Luthansin ja Avolion (2003) toimesta. Sekä George (2003) että Luthans ja Avolio (2003) lähestyvät autenttista johtamista positiivisen psykologian periaatteista käsin. Positiivisuuden ja eettisyyden kaipuu nähdään usein vastareaktiona lukuisille tehokkuuspaineille, jotka ovat arkipäivää 2000-luvun työelämässä. ”Oikein” toimimisen haaste on tällöin jatkuvasti läsnä (Avolio & Gardner 2005; Gardner ym. 2005) ja positiivisen autenttisen johtamisen kaltaisille teorioille on tilausta.

Positiiviseen psykologiaan pohjaavat autenttisen johtamisen teoriat kantavat mukanaan humanismiin nojaavaa ihmiskäsitystä (Ladkin & Taylor 2010; O’Connell 2014), jonka myötä ne tekevät oletuksen ihmisen hyvydestä. Georgen (2003) mukaan autenttisuus sisältää oletukset johtajan aitoudesta, luotettavuudesta ja uskottavuudesta sekä sisäisen itsen ja omien ydinarvojen toteutuksesta. Nämä ovat sisällöllisesti positiivisen psykologian ja humanismin mukaisia oletuksia, vaikkei George käytäkään positiivisen psykologian käsitteistöä. George painottaa suhteellisuutta ja asettaakin autenttisen johtamisen keskiöön myös johdettavat, jolloin suhteissa tapahtuva työskentely sekä yhteisten tavoitteiden ja merkitysten löytäminen ja niitä kohti yhdessä pyrkiminen ovat autenttisen johtamisen keskeisiä tavoitteita (emt.; George, Sims, McLean & Mayer 2007). Luthansin ja Avolion (2003) mukaan autenttinen johtaminen taas on monitasoinen prosessi, jossa yhdistyvät kehittyneet työympäristö ja psykologisen pääoman neljä ulottuvuutta: toiveikkaus, optimismi, sinnikkyys ja itseluottamus. Autenttisen johtamisen katsotaan vaikuttavan myönteisesti sekä johtajien että johdettavien itsetietoisuuteen ja itsesäädelyyn positiiviseen käyttäytymiseen (emt.). Autenttinen johtaminen voidaankin ymmärtää positiivisesta psykologiasta kumpuavien johtamismuotojen pohjarakenteena (Avolio ym. 2004).

Autenttisen johtamisen teorioiden ydin on useimmiten johtajan aitouudessa ja sen mukaan toimimisessa. Eri tutkijat ovat kuitenkin painottaneet hieman erilaisia näkökulmia ja lähestymistapoja etenkin teorian kehittämisen alkuvaiheessa. Yksi näistä lähestymistavoista on edellisessä kappaleessa kuvaamani, Luthansin ja Avolion (2003) kehittämä ensimmäinen positiivisen autenttisen johtamisen teoria. Vuonna 2004 Avolio ym. taas kehittivät autenttisen johtamisen vaikutusmekanismeja kuvaavan mallin, jossa tarkastellaan autenttisen johtamisen vaikutuksia johdettavien

käyttäytymiseen ja työhön asennoitumiseen yksilöllisen ja sosiaalisen samaistumisen sekä positiivisesta psykologisesta pääomasta johdettujen muuttujien (toivo, luottamus, positiiviset tunteet, optimismi) säateleinä. Autenttisella johtamisella on mallin mukaan positiivisia vaikutuksia johdettaviin, koska autenttinen johtajuus vahvistaa ja tukee yksilöllistä ja sosiaalista samaistumista. Yksilöllinen ja sosiaalinen samaistuminen taas vaikuttaa koettuun toivoon, luottamukseen ja positiivisiin tunteisiin, joilla on positiivinen vaikutus johdettavien työhön asennoitumiseen ja käyttäytymiseen (Avolio ym. 2004). Kaikissa positiivisen autenttisen johtamisen malleissa erittäin keskeisessä asemassa ovat eettisyys ja korkea moraalit (May, Chan, Hodges & Avolio 2003).

Vuosi 2005 oli merkittävä autenttisen johtamisen teorian kehitykselle, kun korkeatasoinen kansainvälinen lehti *The Leadership Quarterly* julkaisi autenttisen johtamisen teemanumeron. Teemanumerossa ja teemanumeron myötä autenttisen johtamisen teoria sai osakseen perusteltua kritiikkiä sekä sisältöjä, jotka pysyivät teoriassa mukana sen validointiin saakka.

Cooper, Scandura ja Schriesheim (2005) näkivät kriittisinä, vielä tuolloin vastausta vailla olleina kysymyksiä autenttisen johtamisrakenteen määrittelyn ja mittaamisen, autenttisen johtamisen erottamisen muista lähellä olevista johtamisteorioista, rakenteen validoinnin, autenttisen johtamisen vaikutusten määrittämisen sekä autenttisen johtamisen opettamisen ja oppimisen mahdollisuudet. Heidän esittämänsä kritiikki otettiin autenttisen johtamisen teorian kehittämiseksi hyvin huomioon, ja kysymyksiin on löydetty vastauksia sekä teoreettisen tarkastelun että alkuperäistutkimuksen avulla.

Myös Shamir ja Eilam (2005) sekä Sparrowe (2005) esittivät kriittistä pohdintaa autenttisuudesta, omaa aitoa itseä (true self) koskevista oletuksista, autenttisuuden tavoiteltavuudesta esimerkiksi narsististen ihmisten keskuudessa sekä oman itsen muuttumattomuudesta. Sekä Shamir ja Eilam (2005) että Sparrowe (2005) korostivat autenttisuuden kehittymistä prosessina ja suhteellisuutta muihin ihmisiin tässä prosessissa. Shamir ja Eilam (2005) sovelsivat elämäntarinallista (life-stories approach) ja Sparrowe (2005) narratiivista lähestymistapaa autenttisen johtamisen tarkasteluun. Shamirin ja Eilamin (2005) mukaan autenttisuuteen ei sisälly automaattisesti korkea moraalit tai eettisesti oikein toimiminen. He arvioivat autenttisen johtamisen määritelmän olevan liian laava ja esittivätkin aiempaa kapeamman määritelmän autenttisen johtajan piirteistä, jonka mukaan autenttinen johtaja (1) on johtajana toimiessaan aidosti oma itsensä, eikä siis teeskentele, (2) johtaa ja toimii oman vakaumuksensa ja näkemystensä mukaisesti statuksen ja hyödyn tavoittelemisen sijaan, (3) on omien kokemustensa summa piirteinen, arvoineen ja näkemyksineen ja ilmentää näin totuudenmukaisesti aitoa itseään johtamisessa, vaikka piirteet ja näkemykset voivat olla samanlaisia kuin mullakin, ja (4) toimii rehellisesti oman itsensä mukaisesti (emt.). Sparrowe (2005) esitti kritiikkiä autenttisen johtamisen teorialle koskien muun muassa itsen irrallisuutta muista, oman itsen mukaisten

arvojen oletettua staattisuutta ja autenttisen johtamisen ja moraalisen johtamisen yhteyttä. Hänen mukaansa autenttisuutta ei saavuteta tietoisuudella omista sisäistä arvoista ja elämän tarkoituksesta. Sen sijaan autenttisuus muotoutuu ja nousee narratiivisesta prosessista, jossa muut ihmiset, aidot ja kuvitellut, ja suhteet heihin ovat keskeisessä roolissa itsen olemisessa ja muodostumisessa (emt.). Narratiivisessa lähestymistavassa on havaittavissa joitain kytköksiä eksistentiaaliseen lähestymistapaan. Kytkökset koskevat kuitenkin vain lähinnä sitä, että kummassakaan lähestymistavassa itseä ei nähdä ympäristöstä irrallisena.

Ilies, Morgeson ja Nahrgang (2005) esittävät sosiaalipsykologi Michael Kernisin (2003) työhön pohjaten neljän komponentin mallin autenttisestä johtamisesta, joka koostuu itsetietoisuudesta, tasapuolisesta prosessoinnista, autenttisestä käyttäytymisestä ja autenttisestä suhteellisesta orientaatiosta. Nämä neljä komponenttia löytyvät hieman muunneltuina myös myöhemmin kehitetystä ja vuonna 2008 validoidusta autenttisen johtamisen rakenteesta (Walumbwa, Avolio, Gardner, Wernsing & Peterson 2008). Gardner ym. (2005) kehittivät Iliesin ym. (2005) mallin kanssa monia yhtymäpintoja omaavan, itseän (self) pohjautuvan mallin autenttisen johtajan ja johdettavan kehittymisestä, jossa vaikuttavat vahvasti Kernisin (2003) näkemys autenttisuudesta sekä Decin ja Ryanin itseohjautuvuusteoria (Deci & Ryan 1995). Keskeisimpiä komponentteja Gardnerin ym. (2005) mallissa ovat itsetietoisuus ja itsesäätely, joiden esitetään muodostavan autenttinen johtajuus ja johdettavuus. Autenttinen johdettavuus arvioidaan sekä osaksi autenttista johtajuutta että autenttisen johtamisen seuraukseksi, jolloin autenttisen johdettavuuden kehittyminen peilaa melko laajasti autenttisen johtamisen kehitystä. Mallin mukaan autenttiset johtajat tukevat johdettavien autenttisuuden kehittymistä itsetietoisuuden, itsesäätelyn ja positiivisen mallintamisen avulla ja johdettavien autenttisuus taas vaikuttaa myönteisesti heidän hyvinvointiinsa ja työssä suoriutumiseen. Artikkelin ydin on johdettavien autenttisuuden tärkeys ja sen suhde autenttisen johtamisen kehittymiseen (Avolio & Gardner 2005).

Avolio ja Gardner julkaisivat vuonna 2005 perusteellisen, teoreettisen artikkelin autenttisen johtamisen teorioista, lähestymistavoista, määritelmistä sekä yhteneväisyyksistä ja eroavaisuuksista muihin johtamisteorioihin nähden. Artikkelin julkaistiin samassa teemanumerossa kuin heidän pääartikkelinsa, edellisessä kappaleessa kuvaamani Gardnerin ym. (2005) tutkimus. Avolio ja Gardner (2005) huomauttavat kiinnostavana seikkana, että vaikka heidän pääartikkelissaan (Gardner ym. 2005) ja samassa teemanumerossa julkaistussa Iliesin ym. (2005) artikkelissa on paljon yhtymäkohtia, artikkelit on tehty tosistaan täysin irrallisina.

Läpikäymieni autenttisen johtamisen teorioiden lisäksi autenttisen johtamisen tutkimuksissa (luku 2.2) viitataan usein Avolion, Walumbwan ja Weberin (2009) tarkasteluun senhetkisestä autenttisen johtamisen tutkimuksesta. Kyseisessä artikkelissa todetaan, että autenttinen johtaminen on saavuttanut vakiintuneen rakenteen (ks. Walumbwa ym. 2008), johon vuoden 2008 jälkeen tehtyjen tutkimusten

tieteenteoreettiset lähtökohdat ovatkin useimmiten nojanneet. Autenttisen johtamisen tutkimuksissa teoreettista viitekehystä lähes poikkeuksetta täydennetään ja taustoitetaan tässä 2.1 luvussa läpikäymieni mallien avulla. Lisäksi Michael Kernisin hahmotusta autenttisuudesta (Kernis 2003; Kernis & Goldman 2006) on sovellettu laajasti. Muun muassa Ilies ym. (2005) ja Gardner ym. (2005) pohjaavat käsityksensä autenttisuudesta Kernisin (2003) työhön. Walumbwan ym. (2008) validoima autenttisen johtamisen rakenne pohjautuu niin ikään paitsi Avolion, Gardnerin ja kumppaneiden (esim. Avolio & Gardner 2005; Gardner ym. 2005) ja Iliesin ym. (2005) töihin, myös Kernisin (2003) ajatteluun. Walumbwan ym. (2008) validoimassa mallissa autenttisen johtamisen sisältö muodostuu neljästä ulottuvuudesta, joita ovat itsetietoisuus, tasapuolinen tiedon prosessointi, sisäistetty moraalit ja läpinäkyvyys ihmissuhteissa.

Jo esittelemieni kriittisten näkökulmien (Cooper ym. 2005; Shamir & Eilam 2005; Sparrowe 2005) lisäksi autenttisen johtamisen positiivinen tieteenteoreettinen lähestymistapa on saanut rinnalleen eksistentialismiin pohjautuvan teorian autenttisuudesta 2010-luvun alussa (Algera & Lips-Wiersma 2012). Eksistentialistinen kritiikki kohdistuu autenttisen johtamisen teorian varauksettomaan positiiviseen lataukseen ja teorian johtajakeskeisyyteen. Tärkeimpinä lähtökohtina eksistentialistisessa autenttisuudessa on, ettei autenttisuus itsessään ole välttämättä hyvää ja tavoiteltavaa ja ettei kukaan ihminen voi olla autenttinen aina ja kaiken aikaa (emt.). Siinä, missä positiivinen psykologia näkee autenttisen kokemisen ja toiminnan, eli oman itsen mukaisen toiminnan, tavoiteltavana asiana, eksistentialismi ei oleta ihmisen itsen olevan välttämättä hyvää ja oikeudenmukainen. Näin ollen oman itsen mukaan toimiminenkaan ei ole välttämättä hyvää ja eettisesti oikein (emt.; Heidegger 1962). Eksistentialistinen, kriittinen suuntaus autenttiseen johtajuuteen on hyvin marginaalinen ja vähän sovellettu lähestymistapa verrattuna positiiviseen tieteenteoreettiseen lähestymistapaan.

Omassa väitöstutkimuksessani sovellan eksistentialismia autenttisuuden tarkastelussa yhdistämällä sen fenomenologiaan. Luomalla käsitteellisen eksistentialistis-fenomenologisen autenttisuuden määritelmän (luku 2.3) laajennan ja täydennän tässä luvussa läpikäymieni autenttisen johtamisen teorioita.

2.2 Katsaus autenttisen johtamisen tutkimuksen lähestymistapoihin terveydenhuollossa

Käyn tässä luvussa läpi aiempien autenttisen johtamisen tutkimusten aiheet, teoreettiset lähestymistavat, autenttisuudesta johtamisesta tehdyt katsausartikkelit sekä teoreettiset artikkelit. Rajaan katsaukseni vain terveydenhuollon kontekstissa tehtyihin tutkimuksiin. Alkuperäistutkimusten menetelmällisiin valintoihin paneudun luvussa 4.1 ja tuloksiin luvussa 5.1.

Katsauksen tekemiseksi olen suorittanut hakuja paitsi monista tietokannoista¹, myös Suomen Lääkärilehdestä ja Hoitotiede-lehdestä niiden ollessa merkittäviä tieteellisiä julkaisuja suomalaisen terveydenhuollon kannalta². Autenttiseen johtamiseen terveydenhuollossa sopivat hakusanat³ olen kohdistanut kansainvälisten aineistojen, Hoitotiede-lehden ja Lääkärilehden haussa rajausvaihtoehdoista riippuen asia-/avainsanoihin, abstraktiin ja otsikkoon, Arto-tietokannassa rajallisten vaihtoehtojen vuoksi otsikon lisäksi myös aiheeseen. Kansainvälisten aineistojen osalta olen rajannut tulokset englanninkielisiin julkaisuihin ja kaikkien aineistojen osalta vain minulle saatavilla oleviin kokoteksteihin, joita löytyi kaiken kaikkiaan 45 kappaletta. Näiden lisäksi hakutuloksiin lukeutuu omaan väitöstutkimukseeni kuuluva osajulkaisu ”Autenttisuuden ja kokemusten merkitys johtamisessa”, jota en vielä tässä 2.2 luvussa käsittele.

Autenttiseen johtamiseen liittyvien väitöskirjojen hakuja olen tehnyt samoilla hakusanayhdistelmillä³ ja niiden kohdistamisella kuin artikkelihaut mutta valinnut tiedostotyyppiksi väitöskirjaa vastaavan tiedostomuodon, kuten ”Dissertations” tai ”Doctoral thesis”. Väitöskirjojen haussa olen käyttänyt lähteinä monia tietokantoja ja rajannut sekä käynyt läpi hakutuloksia kunkin tietokannan ehdoilla⁴. Autenttista johtamista terveydenhuollossa käsitteleviä väitöskirjoja löytyi yhteensä 14 kappaletta.

Kaikista artikkeli- ja väitöskirjahakujen tuloksista olen sisällyttänyt tässä luvussa tehtävään katsaukseen ne, joissa tutkitaan autenttista johtajuutta terveydenhuollon kontekstissa. Tähän eivät sisälly esimerkiksi sellaiset tutkimukset, joissa autenttisen johtamisen teoriaa on käytetty teoreettisena viitekehyksenä ilman, että autenttinen johtajuus on todettu tutkimuksen kohteeksi tai sisällytetty tutkimuskysymykseen (Prestia 2014; Saifman 2017). Tarkastelun kohteeksi otan tutkimukset, joissa kohderyhmänä on joko terveydenhuollossa jo työskentelevät tai terveydenhuollon opintoja vielä suorittavat. Esimerkiksi hoitajaopiskelijoihin kohdistuvia autenttisen

1 Tein tutkimushakuja tietokantoihin CINAHL Full Text, Academic Source Elite, Business Source Elite, PubMed, MEDLINE ja Arto sekä LUC-Finnasta, johon kuuluvat tietokannat ABI/Inform Global (ProQuest), ScienceDirect (Elsevier), JSTOR I & IV, Emerald Journals, SpringerLink Journals, SAGE Journals ja ACM Digital Library.

2 Lääkärilehti ja Hoitotiede-lehdestä suoritin hakuja vain avoimesti saatavilla oleviin tutkimuksiin.

3 Hakusanoina käytin kansainvälisessä haussa yhdistelmää ”authentic leadership” ja jokin seuraavista: ”nurs/e/es/ing”, ”physician/s”, ”doctor/s”, ”medicine”, ”healthcare”. Suomenkielisten aineistojen haussa käytin hakusanoina ”autentti* JA johta*” ja lisäksi, Lääkärilehteä ja Hoitotiede-lehteä lukuunottamatta, jokin seuraavista: ”hoitaj*”, ”lääkä*”, ”terveydenhuol*”.

4 Suoritin väitöskirjojen haut tietokannoista BASE, Ebsco Open Dissertations, ProQuest ja OAIster. ProQuestin ABI/Inform Global -haku kentässä otin pois ”peer reviewed”-rajauksen. Tällöin tuloksiin tuli myös väitöskirjat ja tulokset vastasivat selkeästi hakukomentoja toisin kuin ProQuestin Open Dissertations -palvelussa. BASE-palvelun hakulogiikka oli hieman epäselvä, joten varmuuden vuoksi suoritin haun laittamalla Title-kenttään ”authentic leadership” ja kävin läpi tulokset otsikon perusteella. Suomalaisen autenttista johtamista koskevien väitöstutkimusten hakuja tein LUC Finnan Kirjaston kokoelmissa rajaamalla tulokset väitöskirjoihin.

johtamisen tutkimuksia on tehty lukuisia ja ne liitetään juuri kyseisen ammattikunnan edustajana toimimiseen tai sellaiseksi tulemiseen, ei niinkään opiskelijana toimimiseen. Sekä lääkäri- että hoitajaopiskelijat ovat tiiviisti kosketuksissa käytännön työelämään jo ennen valmistumista. Näin ollen on mielekästä luokitella myös opiskelijoihin kohdistuvat tutkimukset opiskelun tavoiteammatin mukaisesti. Samaa logiikkaa käytän luvussa 3.2, jossa tarkastelen johtajaidentiteettitutkimusta terveydenhuollossa. Taulukossa 1 esitän tutkimushaullani löytyneet autenttisen johtamisen tutkimukset, minkä jälkeen kuvaan yksityiskohtaisesti tutkimusten aiheita ja teoreettisia lähtökohtia. Menetelmiä kuvaan vain autenttisen johtamisen tutkimuksen osalta, enkä esimerkiksi sitä, miten tutkimuksessa on mitattu muita muuttujia.

Taulukko 1 Autenttinen johtaminen terveydenhuollossa, tutkimusbakujen tulokset

| | Määrä (kpl) | Yleiset tutkimusteemat | Autenttisen johtamisen tutkimusmenetelmät |
|--|--------------------|--|---|
| Teoreettiset artikkelit | 2 | Autenttisen johtamisen uutuusarvo | |
| Katsausartikkelit | 5 | Autenttisen johtamisen tutkimus ja vaikutukset | Kartoittava katsaus, 2 kpl Systemaattinen katsaus, 1 kpl Integratiivinen katsaus, 1 kpl Katsaus, 1 kpl |
| Ammattikuntarajat ylittävät ja johtajiin yleisesti kohdistuvat alkuperäisartikkelit | 10 | Organisaatiokäyttämisen ja työhyvinvoinnin osatekijät | Kvantitatiivinen, 8 kpl Monimenetelmä, 2 kpl |
| Lääkäreihin kohdistuvat alkuperäisartikkelit | 2 | Työtyytyväisyys, käyttäytyminen/toiminta | Kvantitatiivinen, 1 kpl Monimenetelmä, 1 kpl |
| Hoitajiin kohdistuvat alkuperäisartikkelit | 26 | Työhyvinvointiin, työn sisältöön, ammatilliseen profiiliin liittyvät tekijät | Kvantitatiivinen, 23 kpl Kvalitatiivinen, 1 kpl Monimenetelmä, 2 kpl |
| Väitöskirjatutkimukset | 14 | Työhyvinvointiin liittyvät tekijät, mallien/instrumenttien kehitys | Kvantitatiivinen, 11 kpl Kvalitatiivinen, 1 kpl Monimenetelmä, 2 kpl |

Teoreettiset artikkelit

Autenttista johtamista terveydenhuollossa koskevia teoreettisia artikkeleita löytyi kaksi (Johnson 2019; Wong & Cummings 2009a). Näissä teoreettisissa artikkeleissa käydään läpi autenttisen johtamisen tutkimuksen uutuusarvoa (ks. Wong & Cummings 2009a) ja sopivuutta eri konteksteissa. Johnson (2019) tarkastelee autenttista johtamista johtamistutkimuksen kentällä ja perehtyy yksityiskohtaisesti positiivisen autenttisen johtamisen humanistiseen taustaan. Loppupäätelmänä hän esittää positiivisen autenttisen johtamisen olevan lupaava, uuden sukupolven johtamistapa isotooppilääketieteen kontekstissa. Artikkelin (emt.) erottuu selkeästi muista terveydenhuollon kentällä tehdyistä autenttisen johtamisen julkaisuista yksityiskohtaisen filosofisen tarkastelun vuoksi. Syväluotaava filosofinen autenttisuuden tarkastelu on harvinaista autenttista johtajuutta terveydenhuollossa koskevassa tutkimuksessa, vaikka useissa tutkimuksissa filosofinen – yleensä vain humanistinen – tausta mainitaan muutamalla virkkeellä (esim. Rahimnia & Sharifrad 2015). Tyypillisempää on kuitenkin taustoittaa autenttisen johtamisen teoriaa positiivisen psykologian (esim. positiivinen psykologinen pääoma) ja johtamistutkimuksen (esim. eettinen johtajuus ja transformationaalinen johtajuus) kontekstissa kuin autenttisuuden filosofisista lähtökohdista käsin.

Toinen teoreettinen artikkeli autenttisuudesta johtamisesta terveydenhuollossa (Wong & Cummings 2009a) koskee Avolion ym. (2004) työhön pohjaavan positiivisen autenttisen johtamisrakenteen merkitystä ja uutuusarvoa hoitajien ammattikunnalle. Kyseisen teoreettisen artikkelin ilmestymisvuonna 2009 autenttisuudesta johtamisesta ei ollut saatavilla vielä kovinkaan kattavasti alkuperäistutkimusta. Wong ja Cummings (2009a) toteavat autenttisen johtamisen olevan uusi teoreettinen lähestymistapa johtamiseen ja tarjoavan hoitajien ammattikunnan käytännön työlle ja tutkimukselle sopivia lähestymistapoja ja painotuksia. Samalla kyseessä on heidän mukaansa paluu johtamisen ajattomiin, aitoihin ominaisuuksiin, jotka löytyvät useiden muidenkin johtamisteorioiden taustalta.

Katsausartikkelit

Katsausartikkeleita, joissa käsitellään autenttista johtamista terveydenhuollossa, löytyi yhteensä viisi (Alilyyani, Wong & Cummings 2018; Long 2020; Malila, Lunkka & Suhonen 2018; Maziero, Bernardes, Righetti, Spiri & Gabriel 2020; Shirey 2006). Kahdessa katsausartikkelissa tutkitaan kattavasti autenttisen johtamisen tutkimusta terveydenhuollossa (Alilyyani ym. 2018; Malila ym. 2018), joskin toisessa (Alilyyani ym. 2018) tutkimusaineisto rajataan vain kvantitatiiviseen tutkimukseen. Autenttisen johtamisen vaikutuksia aiemmin tehdyn tutkimuksen pohjalta on tarkasteltu niin ikään kahdessa katsauksessa (Maziero ym. 2020; Long 2020), mutta tarkastelu on rajattu vain hoitajien ammattikuntaan, kuten on tehty valtaosassa autenttisen johtamisen tutkimusta yleensäkin.

Katsausartikkelien mukaan autenttisen johtamisen tutkimusta on tehty useimmiten Kanadassa ja Yhdysvalloissa (Alilyaani ym 2018; Long 2020; Malila ym. 2018; Maziero ym. 2020), yleisimpänä tutkimuksen toteutusympäristönä on ollut sairaala ja siellä usein ensiapu (Alilyaani ym. 2018; Malila ym. 2018; Maziero ym. 2020), ja tutkimus on kohdistunut useimmiten vain hoitajiin tai katsaus on koskenut vain hoitajia (Alilyaani ym. 2018; Long 2020; Malila ym. 2018; Maziero ym. 2020; Shirey 2006). Toisinaan vastavalmistuneiden hoitajien (new graduate nurses) todetaan olevan yleisimmin tutkittu kohderyhmä (Malila ym. 2018), toisinaan pitkän työkokemuksen omaavien hoitajien (ks. Alilyaani ym. 2018). Valtaosassa katsauksia todetaan, että autenttisen johtamisen alkuperäistutkimus on useimmiten kvantitatiivista ja aineistonkeruu pohjautuu Avolion, Gardnerin ja Walumbwan (2007) kehittämään autenttisen johtamisen kyselylomakkeeseen (authentic leadership questionnaire, ALQ) (Alilyaani ym. 2018; Malila ym. 2018; Maziero ym. 2018). Näin ollen autenttisen johtamisen teoreettisena viitekehysenä sovelletaan useimmiten Walumbwan ym. (2008) validoimaa, neljästä ulottuvuudesta koostuvaa autenttisen johtamisen rakennetta.

Autenttista johtamista terveydenhuollossa ennustaviin ja sääteleviin tekijöihin sekä autenttisen johtamisen vaikutuksiin paneutuneet Alilyaani ym. (2018) esittävät katsausartikkelissaan, että autenttisella johtamisella on yhteensä 43 vaikutusta. Autenttisen johtamisen vaikutukset he jakavat kahteen pääteemaan, joita ovat vaikutukset terveydenhuollon (1) henkilöstöön ja (2) potilaisiin. Potilaisiin kohdistuvat autenttisen johtamisen vaikutukset sekä autenttista johtamista ennustavat tekijät ovat vain hyvin suppeasti edustettuina katsauksessa mukana olevissa tutkimuksissa. Suurin osa tutkimuksista keskittyy autenttisen johtamisen vaikutuksiin terveydenhuollon henkilöstöön. Nämä vaikutukset jakautuvat viiteen alateemaan: yksilölliset psykologiset tilat, työtyytyväisyys, työympäristötekijät, terveys ja hyvinvointi sekä työsuoritus. Vaikutussuhteet eivät ole useinkaan suoria, vaan niitä säätelee yhteensä 23 muuttujaa. Muuttujiin lukeutuu muun muassa rakenteellinen valtaistuminen (structural empowerment), työelämän osa-alueet (areas of work-life) ja työuupumus (ks. emt).

Longin (2020) 12 tutkimusta käsittelevän katsausartikkelin mukaan autenttinen johtaminen tulee nähdä suhteessa muihin työpaikalla vaikuttaviin muuttujiin, joita ovat esimerkiksi organisaatiokulttuuri ja työvoiman riittävyys. Yhtä muuttujaa ei kannatakaan tarkastella vaikutussuhteista eristettynä. Temaattinen analyysi autenttisen johtamisen vaikutuksista vastavalmistuneisiin hoitajiin nostaa esiin kaksi pääteemaa, joita ovat työhyvinvointi ja työympäristö. Näiden lisäksi autenttisella johtamisella on vaikutusta hoitajaksi kasvamiseen ja kehittymiseen sekä työssä pysymiseen (emt.). Samansuuntaisia tutkimustuloksia ovat saaneet myös Malila ym. (2018). Heidän katsaukseensa mukaan otetuista autenttisen johtamisen tutkimuksista tunnistetaan neljä keskeistä tutkimusteemaa, joita ovat yleisimmästä alkaen työhyvinvointi, potilashoidon laatu, työympäristö ja autenttisen johtamisen kehittä-

täminen/soveltaminen (AL promotion). Autenttisen johtamisen hyödyt johdettaville muodostavat keskeisen tutkimusteeman myös Maziero ym. (2020) katsauksen mukaan.

Shireyn (2006) kaksiosainen katsausartikkeli paneutuu ensin terveen työympäristön sisältöihin, jonka tarkastelu tehdään 16 tutkimuksen pohjalta. Toinen osa keskittyy autenttisen johtamisen sisällöllisiin merkityksiin kahdeksan aiemmin tehdyn tutkimuksen valossa. Katsauksen kokonaistavoite on tutkia autenttisen johtamisen ja terveen työympäristön välisiä suhteita hoitajien ammattikunnassa ja esittää laajennettu autenttisen johtamisen ja terveen työympäristön suhdetta kuvaava määritelmä. Lopuksi katsauksessa esitetään käytännönläheisiä, konkreettisia keinoja ja neuvoja siihen, miten omaa autenttista johtamista voi kehittää. Keinot sisältävät sekä yksilöstä riippuvia että organisaation apua edellyttämiä strategioita.

Ammattikuntarajat ylittävät ja johtajiin yleisesti kohdistuvat alkuperäisartikkelit

Alkuperäisartikkeleita autenttisesta johtamisesta, joissa osallistujat edustavat monipuolisesti terveydenhuollon toimijoita eikä rajauksia tehdä vain tiettyyn ammattikuntaan, löytyi yhteensä kahdeksan. Näistä seitsemässä käytetään kvantitatiivista metodia (Bakari, Hunjra & Jaros 2019; Coxen, van der Vaart, Stander 2016; Hlongwane & Olivier 2017; Rahimnia & Sharifrad 2015; Sepeng, Stander & van der Vaart, Coxen 2020; Stander, De Beer & Stander 2015; Wong & Cummings 2009b) ja yhdessä kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen menetelmän yhdistelmää (Stevens, Hemmings, Scott, Lawler & White 2014). Ammattikuntarajat ylittävissä tutkimuksissa tarkastellaan autenttisen johtamisen suhdetta muutokseen sitoutumiseen (Bakari ym. 2019), organisaatiokäyttämiseen (Coxen ym. 2016; Sepeng ym. 2020), työhyvinvointiin (Rahimnia & Sharifrad 2015), organisaatioon sitoutumiseen (Hlongwane & Olivier 2017), työkäytäntöihin (Stevens ym. 2014) sekä optimismiin, työn imuun ja luottamukseen (Standar ym. 2015). Usein autenttisen johtamisen vaikutuksia tutkitaan kolmannen muuttujan säätelämänä, joka voi olla esimerkiksi muutosta kohtaan koettu kyynisyys (Bakari ym. 2019), työyhteisössä koettu luottamus (Coxen ym. 2016) tai psykologinen pääoma (Sepeng ym. 2020). Vaikka lähestymistapa autenttiseen johtajuuteen tapahtuu pääosin selkeästi positiivisen psykologian periaatteista käsin, myös hieman poikkeavia näkemyksiä on sovellettu (Stevens ym. 2014). Näistäkin on kuitenkin tulkittavissa positiivisen psykologian teemat.

Autenttista johtamista terveydenhuollon kontekstissa koskevia tutkimuksia, joissa kohderyhmänä ovat yleisesti johtajat terveydenhuollon organisaatioissa, löysin tutkimushaullani kaksi kappaletta (Du Plessis & Boshoff 2018; Saxe-Braithwaite & Gautreau 2020). Näissä tutkimuksissa toistuvat valtavirran mukaiset teoreettiset lähestymistavat. Du Plessis ja Boshoff (2018) tarkastelevat kvantitatiivisessa tutkimuksessaan psykologisen pääoman roolia autenttisen johtamisen ja työn imun välisessä suhteessa. Autenttinen johtaminen ymmärretään tutkimuksessa perinteiseen tapaan positiiviseen psykologiaan pohjaavana, neljä ulottuvuutta sisältävänä raken-

teena (Avolio ym. 2004; Avolio ym. 2009; Walumbwa ym. 2008). Saxe-Braithwaite ja Gautreau (2020) hahmottavat autenttisen johtamisen niin ikään positiiviseen psykologiaan pohjaavana, neljä ulottuvuutta sisältävänä rakenteena (ks. Walumbwa ym. 2008). Heidän tavoitteenaan on ollut tutkia, kuinka tärkeitä ja ilmeisiä autenttisen johtamisen ominaisuudet ovat terveydenhuollon organisaatioiden toimitusjohtajille ja heidän esimiehilleen. Valtavirrasta poiketen tutkimuksessa käytetään kvantitatiivisen tutkimusaineiston lisäksi myös kvalitatiivista, haastatteluin kerättyä materiaalia.

Lääkäreihin kohdistuvat alkuperäisartikkelit

Lääkäreihin kohdistuneista autenttisen johtamisen tutkimuksista (Irshad, Ahmad & Rashid 2019; Luu & Vo 2020) toisessa (Irshad ym. 2019) on käytetty kvantitatiivista metodologiaa ja toisessa (Luu & Vo 2020) kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen menetelmän yhdistelmää. Irshad ym. (2019) tutkivat autenttisen johtamisen vaikutuksia muun muassa työtyytyväisyyteen ja työssä suoriutumiseen. Luu ja Vo (2020) taas paneutuvat siihen, millainen merkitys lääkäriopettajan autenttisella johtajuudella on lääkäriksi opiskelevien oppimiskäyttäytymiseen. Lähtökohtana autenttiselle johtamiselle Luu ja Vo (2020) käyttävät positiiviseen psykologiaan pohjaavaa, Walumbwan ym. (2008) validoimaa autenttisen johtamisen rakennetta sekä muutamia kohtia Luthansin ja Avolion (2003) ja Georgen (2003) esittämien autenttisen johtamisen periaatteista. Irshad ym. (2019) eivät sen sijaan ota autenttisen johtamisen lähtökohdaksi yleisesti käytettyä Walumbwan ym. (2008) mallinnusta, vaan näyttävät hahmottavan autenttisen johtamisen sisällön voimakkaimmin Michael Kernisin (ks. luku 2.1) työn pohjalta. Näin Irshad ym. (2019) sitoutuvat kuitenkin valtavirran mukaisesti samoihin lähtökohtiin kuin positiivisen autenttisen johtamisen teoria.

Hoitajiin kohdistuvat alkuperäisartikkelit

Autenttisen johtamisen tutkimus terveydenhuollon kentällä on ollut pääosin hoitajien ammattikuntaan paneutuvaa kvantitatiivista tutkimusta, jossa autenttinen johtaminen ymmärretään positiivisen psykologian ja humanismin lähtökohdista (ks. myös luku 2.1). Artikkelimuotoisia alkuperäistutkimuksia autenttisesta johtamisesta hoitajien ammattikunnassa löysin yhteensä 26 kappaletta. Näistä yhdessä käytetään kvalitatiivista menetelmää, kahdessa kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen metodin yhdistelmää ja muissa kvantitatiivista menetelmiä. Autenttinen johtaminen määritellään ja ymmärretään lähes aina positiiviseen psykologiaan ja niihin positiivisen autenttisen johtamisen teorioihin pohjaten, jotka olen esitellyt luvussa 2.1. Monissa hoitajiin kohdistuvissa alkuperäistutkimuksissa käsitellään useita eri teemoja ja vaikutussuhteita ja näin ollen yksi tutkimus saattaa koskea montaa eri aihetta ja ilmiötä. Tämän vuoksi voin mainita saman tutkimuksen useampaan kertaan tarkastellessani tutkimuksia teemoittain seuraavissa kappaleissa.

Selkeästi yleisin teema hoitajia koskevassa artikkelimuotoisessa alkuperäistutkimuksessa on autenttisen johtamisen yhteys hoitajien jaksamiseen ja hyvinvointiin liittyvin tekijöihin, kuten työtyytyväisyyteen, työilmapiiriin työpaikkakiusaamiseen, työuupumukseen ja työpaikan vaihtamiseen liittyviin ajatuksiin. Näitä teemoja käsitellään kaiken kaikkiaan 14:ssä tutkimuksessa⁵, joissa vaikutusyhteyttä tutkitaan joko suoraan tai joidenkin muuttujien säätelemänä. Näistä tutkimuksista osa (Abdelwahid 2020; Alkharabsheh & Alias 2018; Özer ym. 2019) on tehty Lähi-Idässä, mikä tarjoaa autenttiselle johtamiselle länsimaihin verrattuna poikkeavan kontekstin kulttuuristen ja uskonnollisten tekijöiden kautta (Alkharabsheh & Alias 2018). Dwyer ym. (2019) eivät taustoita omaksumaansa autenttisen johtamisen rakennetta kovinkaan tarkasti, joskin heidänkin näkemyksensä nojaa autenttisuuden eettisyyden ja läpinäkyvyyden periaatteisiin, siis positiiviseen psykologiaan.

Toisena yleisenä teemana hoitajia koskevassa autenttisen johtamisen tutkimuksessa on työn sisällöllisiin tekijöihin liittyvät asiat, kuten työsuoritukseen ja työn laatuun liittyvät tekijät. Näitä käsitellään yhteensä seitsemässä tutkimuksessa (Bernardes ym. 2020; Farnese, Zaghini, Caruso, Fida, Romagnoli & Sili 2019; Malik 2018; Malik & Dhar 2017; Puni & Hilton 2020; Wong & Cummings 2009b; Özer ym. 2019) joko suoraan tai muiden muuttujien säätelemänä. Farnese ym. (2019) pyrkivät todentamaan autenttisen johtamisen yhteyden virheitä hyväksyvän ja niistä oppivan kulttuurin (error management culture) vahvistamisessa. Autenttista johtamista lähestytään Avolion ja kumppaneiden (Avolio & Gardner 2005; Avolio ym. 2004) esiin nostamien kolmen vaikutusprosessin kautta. Näitä ovat (1) johdettavan samaistuminen johtajaan, (2) johdettavan myönteisen asenteen ja myönteisten tunteiden vahvistuminen johtajan positiivisten tunteiden vaikutuksesta, ja (3) autenttisen johtamisen kannustama sosiaalinen vaihto (Farnese ym. 2019). Teoreettisena lähtökohtana tämä poikkeaa hieman valtavirran valitsemasta autenttisen johtamisen sisällöllisestä määritelmästä lähinnä tarkkarajaisuutensa vuoksi, mikä on lukijan kannalta varsin selkeyttävää. Autenttisen johtamisen tutkimusten teoreettisissa viitekehyksissä ei ole aina eritelty kovinkaan tarkkarajaisesti, millä tavoin ja mitä sisältäväksi autenttinen johtaminen ymmärretään (esim. Bernardes ym. 2020). Sen sijaan teoreettiset oletukset voidaan rakentaa käymällä läpi autenttisen johtamisen vaikutuksia (Malik & Dhar 2017), mutta tietenteoreettiset lähtökohdat jäävät tällöin epäselviksi. Joissain tutkimuksissa (Puni & Hilton 2020) taas tarkastellaan ja esitetään varsin kattavasti ja monipuolisesti autenttisen johtamisen teoreettinen tausta, teoreettiset valinnat ja niiden syyt.

5 Abdelwahid 2020; Alkharabsheh & Alias 2018; Dwyer, Revell, Sethares & Ayotte 2019; Fallatah & Laschinger 2016; Fallatah, Laschinger & Read 2017; Laschinger, Borgogni, Consiglio & Read 2015; Laschinger & Fida 2014a; Laschinger & Fida 2014b; Laschinger, Wong & Grau 2012; Nelson ym. 2014; Qureshi & Aleemi 2018; Wong, Walsh, Basacco, Domingues & Pye 2020; Yun & Kang 2018; Özer, Ugurluoğlu, Sungur & Çiraklı 2019

Hoitajiin kohdistuneiden autenttisen johtamisen tutkimusten toistuviin aiheisiin kuuluu jo mainitsemieni lisäksi ammatillisen profiilin yhteys autenttiseen johtamiseen (Carvalho, Cunha, Balsanelli & Bernardes 2016; Mondini, Cunha, Trettene, Fontes, Bachega & Cintra 2020). Yksittäisiä tutkimusaiheita taas ovat olleet autenttisen johtamisen yhteys työntekijöiden luovuuteen (Malik, Dhar & Handa 2016), luottamukseen ja johtajan käytökseen (Alkaabi & Wong 2020), autenttisen johtamisen ja hoitajuuteen liittyvien arvojen kehittyminen opiskeluaikana (Dever, Roman, Smith, Bowllan, Dollinger & Blaine 2015) sekä autenttisen johtamisen yhteys emotionaaliseen älykkyyteen (Alshammari, Pasay-an, Gonzales & Torres 2020). Myös yksi autenttisen johtamisen opettamiseen ja opiskeluun liittyvä tutkimus on julkaistu. Waite, McKinney, Smith-Glasgow ja Meloy (2014) kuvaavat artikkelissaan autenttisen johtamisen hoitajaopiskelijoille suunnatun opintokurssin toteutuksen sekä kurssin annin ja hyödyn suhteessa kurssille asetettuihin tavoitteisiin. Kurssilla sovelletun autenttisen johtamisen sisältö näyttää pohjautuvan positiiviseen psykologiaan artikkelissa käydyn teorian pohjalta oletettuna ja kurssin tavoitteiden liittyessä muun muassa itsetietoisuuden kehittämiseen, tunteiden säätelyyn, kulttuuristen tekijöiden vaikutusten ymmärtämiseen suhteessa johtamistoimintoihin sekä omien arvojen, tavoitteiden ja tavoitellun johtamistyylin tunnistamiseen.

Väitöskirjatutkimukset

Autenttista johtajuutta terveydenhuollossa käsitteleviä väitöskirjoja löytyi yhteensä 14. Näistä 11 oli kvantitatiivisia, kaksi (2) monimenetelmällisiä ja yksi (1) kvalitatiivinen. Samoin kuin tutkimusartikkeleissa, löytämässäni väitöskirjoissa autenttinen johtajuus ymmärretään pääsääntöisesti positiiviseen psykologian pohjautuvana rakenteena (ks. Luthans & Avolio 2003; Avolio ym. 2009; Walumbwa ym. 2008). Yhden väitöskirjan (Du Plessis 2014) pohjalta julkaistun artikkelin (Du Plessis & Boshoff 2018) olen esitellyt jo aiemmin tässä luvussa. Samoin kuin artikkelimuotoisten tutkimusten, myös väitöskirjojen tutkimusaiheet liittyvät usein työtyytyväisyyteen ja työssä jaksamiseen liittyviin tekijöihin ja tutkimuskohteena on useimmiten ollut hoitajien ammattikunta. Vaikka väitöstutkimuksissakin perehdytään usein autenttisen johtamisen vaikutuksiin, myös muunlaisia tutkimustavoitteita on asetettu.

Haddadin (2013) tavoitteena on kehittää ja testata teoreettista mallia, jota käytetään sukupolvien välisten erojen tutkimiseen teho-osaston hoitajien havaitsemien voimaantumisen, professionaalisten käytäntöjen, autenttisen johtamisen, epäasiallisen käytöksen, työtyytyväisyyden, työn imun ja organisaatiosta lähtemisen halun osalta. Davidsonin (2017) väitöstutkimus taas paneutuu havaitun autenttisen johtamisen ja työpaikkakiusaamisen väliseen yhteyteen. Hän käyttää tutkimuksessaan hieman valtavirrasta poiketen Neiderin ja Schriesheimin (2011) kehittämää autenttisen johtamisen kyselylomaketta. Kyseinen lomake on luotu testaamalla edelleen Walumbwan ym. (2008) validoiman mittarin luotettavuutta ja käymällä läpi aiempaa tiukempi validointiprosessi. Toiseksi tutkimustavoitteeksi Davidson

(2017) toteaakin Neiderin ja Schrieheimin kehittämän lomakkeen käyttämän autenttisen johtamisen rakenteen luotettavuuden ja validiteetin arvioinnin hoitajien ammattikunnassa.

Jo mainitsemieni teemojen lisäksi hoitajien ammattikunnassa tehdyt autenttisen johtamisen väitöskirjatutkimukset ovat keskittyneet autenttisen johtamisen ja rakenteellisen voimaantumisen vaikutukseen päätöksentekoon osallistumiseen ja potilashoidon laatuun (Johnson 2015), viimeisen vuoden hoitajaopiskelijoiden havaintoihin heidän hoitajaohjaajansa autenttisesta johtamisesta ja sen yhteydestä hoitajaopiskelijoiden minäpystyvyyteen (Bryan 2019), työtyytyväisyyteen ja stressiin (Barbosa 2018), autenttisen johtamisen, sosiaalisen vallan, työn vaatimusten, työhön liittyvän kontrollin ja työpaikkakiusaamisen välisiin yhteyksiin (Parchment 2015), autenttisen johtamisen, työtyytyväisyyden ja työntekijöiden vaihtuvuuden välisiin yhteyksiin (Stearns 2012) sekä havaitun autenttisen ja eettisen johtamisen yhteyteen irtisanoutumisaikomuksiin (Yemi-Sofumade 2012). Työviihtyvyyteen ja -tyytyväisyyteen liittyvät teemat ovat yleisiä muihinkin ammattikuntiin kohdistuvissa väitöstutkimuksissa (esim. McElrath 2013).

Beckmanin (2013) kvantitatiivinen tutkimus kohdentuu autenttisen johtamisen eri näkökulmiin hänen testatessaan johtajien itse tekemää arviointia omasta autenttisesta johtajuudesta suhteessa alaisten antamaan autenttisen johtamisen arvioon. Tutkimuksessa tuodaan esiin positiiviseen psykologiaan pohjaavan autenttisen johtamisen teorioiden erilaisuudet, mutta todetaan myös samankaltaisista teoreettisista lähtökohdista aiheutuvat yhtenevydet (ks. luku 2.1). Hieman erilaisen tutkimusasetelman laatinut Chapman (2016) tarkastelee autenttisen johdettavuuden vaikutusta autenttisen johtamisen ja työtyytyväisyyden väliseen suhteeseen. Johdettavien autenttisuuden käsittely on ollut yleensä vain vähäisissä määrin edustettuna autenttisen johtamisen tutkimuksissa. Tarkaksi tutkimustavoitteeksi hän (emt.) toteaa autenttisen johtamisen ja johdettavuuden yhdistävän teoreettisen mallin testaamisen, kun autenttinen johtajuus määritellään Walumbwan ym. (2008) esittämällä tavalla.

Metodipainotteisen lähestymistavan omaksunut väitöstutkija Giordano-Mulligan (2017) asettaa tavoitteekseen kehittää ja validoida autenttisen johtamisen havaitsemista mittaavan instrumentin, joka soveltuu hoitajien ammattikuntaan ja näin ollen myös pohjautuu hoitajien ammattikunnasta nousevaan, ammatin ja työn erityispiirteet huomioivaan teoreettiseen viitekehykseen. Tämän kvantitatiivisen tutkimuksen käsitteellisen viitekehyksen mukaan autenttinen hoitajajohtaja käyttäytyy rehellisesti ja eheästi (personal integrity), läpinäkyvästi (transparency) ja altruistisesti. Korkeaan moraaliin kuuluvat korkeamoraalinen, eettinen rohkeus (moral ethical courage) ja itsetietoisuus (self-awareness). Läpinäkyvyys sisältää jaetun päätöksenteon (shared decision making) ja eheät ihmissuhteet (relationship integrality), ja altruismiin kuuluu välittäminen (caring) (emt., 57-62 & 252). Valtavirrasta poikkeavan lähestymistavan ottaa myös Meyer (2016), joka soveltaa väitöstutkimuksessaan fenomenologista menetelmää. Hänen tavoitteenaan on sel-

vittää autenttisten johtajien johdettavien kokemuksia siitä, millaisena he kokevat autenttisen johtajan johdettavana olemisen, miten he kokevat työhyvinvointinsa ja miten autenttisten johtajien koetaan vaikuttavan heidän työhyvinvointiinsa. Tutkimusmenetelmän harvinaisuudesta huolimatta autenttisuus ja autenttinen johtajuus määritellään valtavirran mukaisesti humanismiin ja positiiviseen psykologiaan pohjaten.

Yhteenveto autenttisen johtamisen tutkimuksesta terveydenhuollossa

Aiemmissa autenttista johtamista terveydenhuollossa koskevissa tutkimuksissa korostuvat autenttisen johtamisen vaikutukset ja yhteydet erilaisiin työn sisällöllisiin ja työssä jaksamiseen liittyviin tekijöihin. Autenttisen johtamisen määritelmänä käytetään positiiviseen psykologiaan ja humanismiin pohjautuvia, valtavirran mukaisia määritelmiä. Tutkimusten fokus ei siis ole autenttisen johtamisen sisällössä, määritelmässä, eikä autenttisuudessa siten kuin se voidaan ymmärtää ihmisen ominaisuudeksi. Fokus on selkeästi autenttisen johtamisen vaikutuksissa tai sen puutteesta aiheutuviissa tekijöissä. Lääkäreihin tai moniin eri ammattikuntiin kohdistuvaa autenttisen johtamisen tutkimusta on löydettävissä niukasti, kun valtaosa tutkimuksesta on keskittynyt vain hoitajien ammattikuntaan.

2.3 Väitöstutkimuksen lähestymistapa autenttiseen johtamiseen

Oma lähestymistapani autenttiseen johtamiseen lähtee autenttisuuden sisällöllisten merkitysten pohdinnasta ja tunnistamisesta siten kuin autenttisuus ymmärretään ihmisenä olemiseen kuuluvana olemisen tapana. Otteeni on kriittinen, eksistentiaalistis-fenomenologiseen ajattelusuuntaukseen pohjautuva. Eksistentiaalistisiin pohjautuvia autenttisen johtamisen teoreettisia tarkasteluja on tehty aiemminkin (Algera & Lips-Wiersma 2012). Kuitenkin fenomenologisen ajattelun ja kokemuksellisuuden periaatteiden yhdistäminen eksistentiaalistisiin ja tällaisen viitekehyksen soveltaminen koko tutkimuksen toteuttamiseen on autenttisen johtamistutkimuksen kentällä uutta. Terveydenhuollon kontekstissa tarkastelen autenttisuutta ja autenttista johtamista suurimpien ammattikuntien, lääkäreiden ja hoitajien, näkökulmasta.

Ymmärrykseni autenttisuudesta avautuu parhaiten teoreettisessa yhteisartikkelissa, osajulkaisussa I, josta käyn tässä luvussa läpi myös tuloksia Johdannossa perustelemistani syistä. Lisäksi tarkastelen tässä luvussa osajulkaisua II kokemuksellisuuden olemassaolon osalta ja avaan näin autenttisuuden taustaa. Luvun lopuksi kokoan yhteen osajulkaisujen I ja II keskeisimmät sisällöt ja kuvaan eksistentiaalistis-fenomenologisen autenttisuuden ytimen.

Osajulkaisussa I pureudumme yksityiskohtaisesti autenttisuuden filosofiseen taustaan ja haastamme positiivisen autenttisen johtamisen pohjalla vaikuttavaa humanistista traditiota ja autenttisuuden ymmärrystä. Osajulkaisussa II avaan ek-

sistentiaalistis-fenomenologisen autenttisuuden psykologista taustaa käsittelemällä ihmisen kokemuksellisuutta, joka on eksistentiaalistis-fenomenologisen autenttisuuden edellytys ja näkemykseni mukaan kaikessa ihmisten johtamisessa ja ihmisenä johtamisessa jatkuvasti ja väistämättä läsnä. Lisäksi se muodostaa eksistentiaalistis-fenomenologisen johtamistutkimuksen ytimen. Kokemuksellisuuden lisäksi toisena keskeisenä teemana osajulkaisussa II on autenttinen johtaminen, johon liittyvistä teorioista olen käynyt läpi positiiviseen psykologiaan pohjaavaa, Avolion ja kumppaneiden (esim. Luthans & Avolio 2003; Walumbwa ym. 2008) esittämää teoriaa sekä Algeran ja Lips-Wiersman (2012) eksistentiaalistisiin pohjautuvaa autenttisen johtamisen teoriaa. Näitä teorioita läpikäydessäni olen peilannut niiden sisältöjä väitöstutkimukseni haastatteluaineistoon, muodostaen teorian ja aineiston vuoropuhelua (II).

Osajulkaisu I

Lähestymme osajulkaisussa I autenttisuutta eksistentiaalistisista lähtökohdista täydentäen eksistentiaalistisia oletuksia kokemuksellisuuden periaatteilla. Näin luomme autenttisuudelle erilaisen taustan ja lähtökohdat kuin yleisesti autenttisen johtamisen tutkimuksessa sovelletussa, positiiviseen psykologiaan pohjaavassa lähestymistavassa (esim. Bakari ym. 2019; Laschinger & Fida 2014a; ks. myös Alilyaani ym. 2018; Malila ym. 2018), jossa autenttisuus ymmärretään pääosin humanistisesta traditiosta käsin. Tavoittemme on tutkia autenttisuutta terveydenhuollon kaksoisroolijohtajan johtajaidentiteetissä eksistentiaalistis-fenomenologisena ilmiönä. Tutkimuksen (I) keskeiset käsitteet ovat autenttisuuden lisäksi itse (self), johtajaidentiteetti ja ammatti-identiteetti terveydenhuollon kontekstissa. Itse ymmärretään eksistentiaalistis-fenomenologisista lähtökohdista käsin tarkasteltuna kahtena eri rakenteena. Kokevan itsen (itse subjektina) ajatellaan toimivan autenttisuuden lähteenä ja koetun itsen (itse objektina) epäautenttisuuden lähteenä.

Erotamme eksistentiaalistisen lähestymistavan selkeästi positiivisen autenttisen johtamisen teorioissa sovelletusta humanistisesta lähestymistavasta (Avolio & Gardner 2005; Maslow 1993; Rogers 1961). Humanistisen tradition mukaan yksilön itse on olemassa tietynlaisena ympäristöstä riippumatta, kun taas eksistentiaalistin mukaan yksilöä ja täten itseä ei voida erottaa siitä ympäristöstä ja niistä vuorovaikutussuhteista, jossa yksilö elää. Positiivisen autenttisen johtamisen teorian oletus on, että autenttinen johtaja toimii oman itsen mukaisesti (Luthans & Avolio 2003) noudattaen omia, sisäistettyjä arvojaan ja korkeaa moraalialia (May ym. 2003; Gardner ym. 2005). Tällöin itsen sisällön ja sen mukaisen toiminnan eli autenttisuuden oletetaan olevan automaattisesti hyvää ja tavoiteltavaa, ja itsen rakenteen tai sisällön olevan jollain tavalla muuttumatonta. Vastaavaa oletusta ei eksistentiaalistis-fenomenologisen ajattelun mukaisesti tehdä. Autenttisuutta tai epäautenttisuutta ei myöskään arvoteta. Ymmärrämme eksistentiaalistisen näkemyksen itsestä (Heidegger 1962) itseksi subjektina ja oletamme, ettei ihmisen oleminen ja kokeminen ole erotettavissa

siitä ympäristöstä, jossa ihminen on. Itsen subjektina ymmärrämme kokemuksellisen toimijana. Se ei sisällä mitään itsen sisällöstä kertovia merkityksiä, minkä vuoksi sen ei voi myöskään ajatella olevan sisällöllisesti muuttumaton tai tietynlainen (I).

Sisällytämme eksistentialismissa olennaisen valinnan mahdollisuuden autenttiseen olemassaoloon (I). Eksistentialistisen ajatuksen mukaan ihmisellä on aina vapaus valita aiemmasta riippumattomalla tavalla ja autenttisuuden oletetaan olevan juuri tämän vapauden toteuttamista (Cooper 1990; Heidegger 1962). Keskitymme valinnanvapaudessa sen kokemukselliseen puoleen ja esitämme aiemmista oletuksista ja tilanteista vapaan kokemisen olevan autenttista kokemista, jonka itse subjektina eli itse kokijana mahdollistaa. Tutkimuksemme mukaan autenttisuus on kokemista kunkin tilanteen ehdoilla tilanteessa läsnäolon kautta. Tällöin aiemmat kokemukset ja tilanteet eivät ohjaa tai rajoita kokemista, vaan autenttinen kokeminen on niistä vapaata, vain tässä hetkessä ja tässä tilanteessa tapahtuvaa. Toisin kuin valtavirran mukainen positiivisen autenttisen johtamisen teoria, oletamme epäautenttisuuden olevan väistämätön ja normaali osa elämää. Tarkastelumme (I) sijoittuu eri tasolle kuin positiivisen autenttisen johtamisen tutkimuksessa, jossa autenttisuuden ontologinen tarkastelu ei ole kiinnostuksen kohteena, vaan fokus on positiiviseen psykologiaan pohjaavan autenttisen johtamisen vaikutuksissa (esim. Alkharabsheh & Alias 2018; Farnese ym. 2019).

Eksistentialistinen vapaus kokemisessa ja valinnoissa on päinvastainen positiivisen autenttisen johtamisen tradition kanssa, jonka mukaan autenttisuus edellyttää valintojen tekemistä oman itsen, arvojen, uskomusten ja identiteettien mukaisesti (Gardner ym. 2005). Positiivisen autenttisen johtamisen teoriassa valintojen tekeminen ei olekaan näin ollen vapaata, vaan edellyttää ”oikeiden” valintojen etsimistä ja löytämistä omaa sisäistä itseä seuraten ja kuunnellen. Kuitenkaan absoluuttinen vapaus ei ole sekään käytännössä mahdollista. Omaksumamme eksistentialistinen valinnanvapaus (I) on siis teoreettinen, koska kukaan ei voi olla vapaa omasta historiastaan ja siten autenttinen kaiken aikaa, eikä tarvitsekaan. Kuitenkin eksistentialistinen valinnanvapaus sisältää mahdollisuuden olla autenttinen kussakin tilanteessa ilman autenttisen valinnan sisällöllisten merkitysten rajaamista tietynlaisiksi (Gardner ym. 2005) tai autenttisen toiminnan vaikutusten oletamista hyviksi (Avolio ym. 2004). Kaikissa positiivisen autenttisen johtamisen tutkimuksissa autenttisella johtamisella oletetaan selvästi olevan myönteisiä vaikutuksia työntekijöihin ja työyhteisöön. Näitä yhteyksiä loogisesti lähes poikkeuksetta löydetäänkin. Yhtenä syynä voi olla juuri se, että autenttinen johtaminen määrittellään positiiviselle psykologialle ja organisaatio-opille keskeisistä lähtökohdista (Malila ym. 2018; Maziero ym. 2020). Uskon olevan ennakoitavissa, että positiivisella käytöksellä on positiivisia vaikutuksia.

Esitämme kokevan itsen rinnalla koetun itsen käsitteen, joka hahmottaa itsen objektina ja täydentää eksistentialistista lähestymistapaa (I). Keskeisin ero kahden itsen välille tulee siitä, että kokeva itse on toimija ilman sisällöllisiä merkityksiä,

kun taas koettu itse on sisällöltään jonkinlainen. Sen sisältämät merkitykset ovat muodostuneet aiemmin saaduista kokemuksista ja tämä sisältö ohjaa havainnointia nykyisyydessä. Itsen objektina voi siis ymmärtää sisältävän niitä merkityksiä, joita identiteetit (I; II; III) sisältävät.

Koetun itsen ohjaama havainnointi ja kokeminen on epäautenttista siten kuin autenttisuuden ymmärrän. Tältä osin väitöstutkimukseni autenttisuuden määritelmä on lähes päinvastainen positiivisen autenttisen johtamisen teoriaan verrattuna, jossa autenttisuus on nimenomaan tietynlaisia merkityksiä sisältävän itsen mukaista toimintaa (Luthans & Avolio 2003; Walumbwa ym. 2008). Kokeva itse taas on läsnä tilanteessa ja antaa tilanteen ohjata havaintoja, mahdollistaen näin autenttisen kokemisen ja tilanteen sallimissa rajoissa myös kokemusten mukaisen toimimisen eli autenttisen toimimisen. Näkemykseni mukaan autenttisen kokemuksen mukaista toimintaa saa ja luonnollisesti ohjaavatkin ympäristön asettamat säännöt, oletukset, rajat ja normit. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö kokeminen voisi olla autenttista.

Eksistentiaalis-fenomenologisesta näkökulmasta käytännön työelämässä tavoitteen ei edes pitäisi olla täydellisen autenttisuuden tavoittelussa (I; Algera & Lips-Wiersma 2012). Sen sijaan fokuksen pitäisi olla sen pohdinnassa, mihin rajaan asti johtajat voivat olla autenttisia työssään. Samalla kuitenkin hyväksytään myös epäautenttisuuden välttämättömyys, tarpeellisuus ja luonnollisuus. Tavoiteltavaa ei ole ilmaista oman kokevan itsen kautta saatuja kokemuksia, ajatuksia ja havaintoja suodattamatta, vaan tavoiteltavaa on tiedostaa nämä välittömät autenttiset kokemukset ja sen jälkeen etsiä tilanteen aistimisen avulla paras tapa tuoda ne esille. Eksistentiaalis-fenomenologinen autenttisuus (I) on omiaan haastamaan työyhteisöjen ja organisaatioiden tiukkaan juurtuneita tapoja, käytäntöjä ja perinteitä.

Osajulkaisu II

Lähestyn osajulkaisussa II kokemuksellisuuden ja kokemuksen käsitteitä siten kuin ne ymmärretään fenomenologisessa psykologiassa. Jotta voidaan puhua kokemuksellisuudesta ja sen myötä eksistentiaalis-fenomenologisesta autenttisuudesta, työntekijä tulee ymmärtää tajunnallisena olentona. Fenomenologisen psykologian mukaan tajunnallisuuden ydin on intentionaalisuus, joka tarkoittaa tajunnan tarkoituksenmukaista suuntautumista johonkin itsensä ulkopuolella olevaan kohteeseen. Kun kohde saa jonkin merkityksen sen ilmennyttyä ihmiselle jonakin, ihminen saa kokemuksen. Kokemuksesta voidaankin käyttää termiä merkityssuhde, koska merkitys muodostuu ympäröivän todellisuuden ja ihmisen tajunnallisen toiminnan välille (Perttula 1998).

Esitän, että ihmiset luovat työyhteisössä jatkuvasti omalla toiminnallaan ja vanhojen kokemusten pohjalta sitä työyhteisötodellisuutta, jossa työntekijänä toimitaan ja joka taas ohjaa uusien kokemusten syntyä. Yhteiseen todellisuuteen kuuluu esimerkiksi normeja, sääntöjä ja oletuksia itsen ja muiden sopivanlaisesta käyttäytymisestä. Yhteiset, jaetut oletukset, säännöt ja niiden myötä myös jaetut kokemukset luovat

yhteenkuuluvuuden tunnetta. Parhaimmillaan jaetut kokemukset yhdistävät esimerkiksi samassa työyhteisössä toimivia ihmisiä, tukevat yhteistyötä ja luovat jaettuina, positiivisia tunteita. Toisaalta jaettujen kokemusten myötä voi muodostua ryhmiä, jolloin ihmiset jakautuvat ryhmään kuuluviin ja ryhmään kuulumattomiin. Jos jaetut kokemukset ovat tiukasti kiinnittyneet vain tietyn ryhmän jäseniin, ne voivat luoda kuiluja oman ryhmän ja ryhmään kuulumattomien välille (II). Terveystuollossa jaetut kokemukset ja niiden pohjalta muodostuvat ryhmät ilmenevät muun muassa kliinisinä hoitajan ja lääkärin ammatti-identiteetteinä, jotka ovat sosiaalisia identiteettejä. Toisen ryhmän voivat muodostaa esimerkiksi johtajaidentiteetin omaavat, joskin johtajaidentiteetti voi näkökulmasta mukaan olla myös yksilöllinen identiteetti (ks. III). Erilisten työtehtävien, ammattien ja ihmisten johtamisen kannalta olisi tärkeää löytää näkökulma, joka huomioi kokemuksellisuuden eri puolet ja on sekä yksilöllisiä piirteitä kunnioittava että jaettuina kokemuksia ja tavoitteita tukeva (II). Kokemuksellisuuden moninaisuuden hahmottaminen onkin eksistentiaalis-tis-fenomenologisen autenttisuuden ymmärtämisen pohja. Eksistentiaalis-tis-fenomenologista autenttisuutta ei voi olla olemassa ilman kokemuksellisuutta.

Eksistentiaalis-tis-fenomenologinen autenttisuus

Normaalisti vanhat kokemukset toimivat havainnoinnin ohjaajina ja uusien kokemusten ymmärtämiskehikkona ja ohjaavat sitä, miten ja millaisia uusia kokemuksia saadaan (II). Tämä tarkoittaa, että esimerkiksi kaksoisroolissa toimiva lääkäri-/hoitajajohtaja toimii ja kokee ympäristöään herkästi kliinisen ammatti-identiteetin kautta, koska kokemuksia on ehtinyt kertyä klinikkona usein jo pitkän aikaa ennen johtamistyön aloittamista (I; II). Autenttinen kokeminen on vanhojen kokemusten muodostamasta tulkintakehyksestä irrallista siten, ettei jo saatujen kokemusten annettaisi vaikuttaa tilanteessa kokemiseen ennen uuden kokemuksen syntyä. Saatua uutta kokemusta arvioitaisiin jo muodostunutta kokemushistoriaa vasten vasta uuden kokemuksen synnyn jälkeen, mutta kokemushistorian ei annettaisi määrätä ja rajoittaa itse kokemista. Vain kukin tilanne ohjaisi siinä saatua autenttista kokemusta (I). Puhdas, aiemmasta ymmärryksestä, tulkinnoista ja ennako-oletuksista vapaa kokeminen on hyvin haastavaa, mutta mahdollistaa ymmärrykseni mukaan uusien toiminta- ja tarkastelutapojen synnyn. Lähestymistapa on terveystuollossa tehdyn autenttisen johtamisen tutkimuskentällä uusi, koska kokemuksen ja kokemuksellisuuden käsitteitä ja lähtökohtia autenttisuudelle ei ole alan aiemmassa tutkimuksessa sovellettu.

Ymmärrykseni autenttisuudesta perustuu eksistentiaalis-tis-fenomenologiseen lähestymistapaan ihmisen olemassaolosta ja kokemisen sekä läsnäolon tavasta (I; II). Autenttisuus on väitöstutkimuksessani tilannekohtaista, läsnäoloa tilanteessa kunkin tilanteen ehdoilla ilman aiemmin luotuja ja muodostuneita ennako-oletuksia tai käsityksiä, jotka vaikuttaisivat tilanteen tulkintaan, kokemiseen ja ymmärtämiseen. Autenttisuus on siis puhdasta kokemista siten kuin kokemisen kohde ilmenee

kokijalleen kullakin hetkellä. Tällöin ihminen on tiiviisti tilanteessa läsnä ja kokee juuri sen tilanteen ehdoilla (I). Koska on täysin epärealistista ajatella, että kukaan terveydenhuollon johtaja sen enempää kuin kukaan muukaan ihminen voisi olla autenttinen kaiken aikaa, siihen pyrkiminenkään ei ole tavoiteltavaa eikä tarpeellista. Usein tilanteiden tarkastelu ja arviointi on oikein ja parasta tehdä perustellusti muodostuneiden ennakko-oletusten ja aiempien kokemusten pohjalta (II). Eksistentiaalis-fenomenologisen epäautenttisuuden en ajattelekaan olevan negatiivinen asia, vaan luonnollisesti elämään kuuluva ulottuvuus. Kuitenkin kyky olla autenttinen on äärimmäisen tärkeää omata sellaisissa työtehtävissä ja elämäntilanteissa, joissa on tarpeellista luoda tai huomata jotain uutta, muuttaa omia käsityksiä ja oletuksia tai ajatella ja ymmärtää jokin jo olemassa oleva, tuttu asia uudesta näkökulmasta (I; II). Eksistentiaalis-fenomenologisen autenttisuuden ja epäautenttisuuden katson kulkevan ihannetilanteessa käsi kädessä ihmisen elämässä siten, että molemmat ovat läsnä arjessa.

3 Johtajaidentiteetin lähestymistavat johtamistutkimuksessa

3.1 Johtajaidentiteetin tutkimusperinteet

Epitropaki, Kark, Mainemelis ja Lord (2017) tuovat esiin katsausartikkelissaan, että johtajien ja johdettavien identiteettitutkimuksen tarkastelusta tekee haastavaa toisiaan lähellä olevien käsitteiden käyttö keskenään vaihtokelpoisesti tai toistensa synonyymeina. Tällaisia käsitteitä ovat muun muassa ”itse”, ”minäkäsitys”, ”minäkeema”, ”mahdolliset minät” ja ”identiteetti”. Paitsi identiteettitutkimuksen tarkastelun näkökulmasta, käsitteiden sekava käyttö on ongelma myös tutkimuksen tekemisen näkökulmasta (emt.). Käsite ”identiteetti” on niin yleisesti käytetty, ettei sen sisällöllisten merkitysten läpikäymiseen ja kehitysprosessin tarkasteluun nähdä aina johtamistutkimuksessa tarvetta, vaan sen sijaan painotus on usein jo kehittyneen johtajaidentiteetin vaikutusten, seurausten tai tärkeyden pohdinnassa. Tällöin johtajaidentiteetin käsitteen sisällölliset merkitykset voivat jäädä hämärän peittoon tai vähintäänkin tulkinnanvaraisiksi. Kwok ym. (2021) huomauttavatkin, ettei johtajaidentiteetin kehitysprosessiin tarjota tutkimuksissa kattavaa vastausta vaan tehtyjen tutkimusten painopiste on kehitysprosessin tuloksissa ja sen jälkeisessä ajassa.

Johtajaidentiteettitutkimuksessa toistuvat usein kolme eri analyysitasoa – yksilöllinen, yksilöiden välinen, ryhmä/kollektiivinen –, joiden kautta johtajaidentiteettiä tai sen kehittymistä tarkastellaan (DeRue & Ashford 2010; Lord & Brown 2001). Yksilötason tarkastelussa ihminen liittyy johtajaidentiteetin osaksi sitä, millaiseksi hän itsensä kokee ja ajattelee. Tällöin itse koetaan johtajaksi johtajuuteen liitettävän käytöksen ja taitojen pohjalta, joita itse toteuttaa. DeRue ja Ashford (2010) kuvaavat tätä johtajaidentiteetin liittämiseksi osaksi minäkuvaa. Suhdetason tarkastelussa johtajaidentiteetti pohjautuu itsen ja toisten välisiin suhteisiin sillä oletuksella, että johtajaidentiteetti on vahvempi sosiaalisesti tunnustettuna ja tunnistettuna kuin yksistään yksilön itsensä kokemana (ks. emt.). Ryhmätason, tai kollektiivisen tason, tarkastelussa yksilö katsotaan osaksi jotain ryhmää, esimerkiksi johtajia tai lääkäreitä/hoitajia, sekä kyseisen ryhmään kuuluvien että siihen kuulumattomien taholta. Tällöin yksilön voi olettaa toimivan tämän ryhmän periaatteiden ja arvojen mukaisesti (emt.; Lord & Brown, 2001). Johtamistutkimus, kuten myös käytännön työelämä on painottanut 2000-luvulla enenevässä määrin johtamisen relationaalista puolta, johon voi laskea kuuluvaksi sekä yksilöiden välisen että ryhmän tasolla tapahtuvan tarkastelun. Johtaminen ymmärretään enää vain harvoin yksipuolisena, hierarkkisena toimintana, jonka johtaja suuntaa johdettavaan. Kuitenkin joidenkin, esimerkiksi lääkäreihin kohdistuvien tutkimusten mukaan (Gordon ym. 2015) joh-

taminen ymmärretään edelleen useimmiten juuri yksilön ominaisuutena ja johtajaan yksilönä sidottuna.

Johtajaidentiteettitutkimuksen lähtökohtaisena teoreettisena oletuksena on usein, että johtajaidentiteetti edellyttää aina johdettavan identiteetin olemassaoloa ja johdettavan identiteetti johtajaidentiteetin olemassaoloa (Epitroaki ym. 2017). Jos kuitenkin identiteetit ajatellaan kokemukseksi itsestä jonakin, kuten ”minä lääkäri-nä/hoitajana/johtajana” (van Knippenberg, van Knippenberg, De Cremer & Hogg 2004), johtajaidentiteetti voi olla olemassa myös ilman johdettavan identiteettiä. Kokemusta itsestä jonakin ei tarvitse määrätä muiden olettama, joskin muidenkin tuki ja oletukset itsestä vaikuttavat omaan kokemukseen (DeRue & Ashford 2010). Johtajuutta voi myös esiintyä suhteessa toimintoihin, ei vain ihmisiin. Esimerkiksi suomalaisessa terveydenhuollossa esiintyy operationaalista johtamista, jolloin johtamistyön keskiössä on toiminta ihmisten sijasta. Näin ollen johtajaidentiteetti voi olla olemassa myös ilman henkilöstöhallinnollisia esimies-alaisuhteita.

Ibarra, Wittman, Petriglieri ja Day (2014) tarkastelevat ja arvioivat johtajaidentiteettitutkimuksen kolmea yleisesti käytettyä lähestymistapaa johtajaidentiteettiin. Lähestymistavat ovat johtajaidentiteettiin keskittyviä, joskin myös johdettavien identiteettiin keskittyviä katsauksia on tehty (esim. van Knippenberg ym. 2004). Monissa johtajaidentiteettiä käsittelevissä tutkimuksissa sovelletaan jotain Ibarran ym. (2014) käsittelemästä kolmesta lähestymistavasta, mutta mikään lähestymistapa ei ole sellaisenaan täysin ongelmaton. Ensimmäinen lähestymistapa, *identiteettiteoria*, ymmärtää johtajaidentiteetin sosiaalisena roolina, jolloin sosiaalisen roolin omaksuminen ja sisäistäminen aiheuttaa myös kyseiseen rooliin liittyvän identiteetin kehittymisen. Näin ollen identiteettiteoria painottaa identiteetin yksilöllisyyttä sekä suoriutumista ja toimimista yksilötasolla (ks. Li, Deng, Evans, Liu & Wu 2020). Ibarra ym. (2014) tuovat esiin identiteettiteoriaan sisältyvän formaalin ja epäformaalin aseman ja roolin problematiikan johtajaidentiteetin kehittymisessä. Formaalista esimiesasemasta ja formaalista roolista johtajana ei välttämättä seuraa johtajaidentiteetin kehittymistä, koska identiteetin kehittymiseen vaikuttaa roolin sisäistämisen vahvuus ja täten myös sitoutuminen rooliin (emt.). Toisaalta johtajaidentiteetti voi kehittyä ilman formaalia esimiesasemaakin, mikäli yksilö kokee toimivansa johtajan roolissa ja hän kokee muiden käyttäytyvän häntä kohtaan siten kuin johtajaa kohtaan käyttäytytään (DeRue & Ashford 2010).

Toisen lähestymistavan johtajaidentiteetin kehittymiseen tarjoaa *sosiaalisen identiteetin teoria* (Ibarra ym. 2014), jota on käytetty ja sovellettu hyvin laajasti johtajaidentiteettitutkimuksessa 2000-luvulla. Ibarran ym. (2014) mukaan sosiaalisen identiteetin teoria keskittyy sosiaaliseen kategorisointiin ja ryhmätason prosesseihin. Sosiaalinen identiteetti rakentuu ja on olemassa johonkin sosiaaliseen ryhmään kuulumisen kautta, kun taas persoonalliset identiteetit rakentuvat henkilön yksilöllisestä toimijuudesta käsin (Virtanen 2010). Sosiaalisen identiteetin aktivoitumisesta seuraa depersonalisaatio. Tällöin yksilö luokittelee itsensä ja muut tiettyyn ryhmään

kuuluvaksi tai kuulumattomaksi ja määrittelee itsensä ryhmän kautta, ei yksilöllisenä yksilönä (Ibarra ym. 2014). Steffens ym. (2014) esittävät neljän ulottuvuuden mallin sosiaalisen identiteetin johtamisesta, joka pohjautuu ja toisaalta vahvistaa jaettua, ryhmään kuuluvien kokemaa sosiaalista identiteettiä. Tehokas, vaikuttava johtaminen koostuu mallin mukaan 1) ryhmään kuulumisesta yhtenä ryhmän jäsenenä, 2) ryhmän edun mukaisesta toiminnasta, 3) yhteisen, jaetun ”me”-hengen rakentamisesta ja 4) ryhmän merkityksellisyyden ja tärkeyden näkyväksi tekemisestä niin ryhmän sisällä kuin sen ulkopuolella (emt.). Sosiaalisen identiteetin teoria johtajuuteen sovellettuna jättää kuitenkin myös avoimia kysymyksiä. Ibarra ym. (2014) tuovat esiin muun muassa ryhmään kuulumisen voimakkuutta ilmentävän prototyypillisyyden määritelmien vaihtelevuuden. Kysymys siitä, millä kriteereillä prototyypillisyyttä arvioidaan, säilyy avoimena. Lisäksi ryhmään samaistumisen ja täten voimakkaan prototyypillisyyden ja jaetun sosiaalisen identiteetin haasteena ovat epäselvät rajat ryhmien ja sosiaalisten identiteettien välillä alati moninaisemmiksi kehittyvissä organisaatioissa (emt.).

Kolmannessa lähestymistavassa johtajuus ymmärretään *identiteettityönä*. Tällöin johtajaidentiteetin rakentaminen ja olemassaolo ymmärretään prosessina, jossa johtajaidentiteetin kehitystä tukevassa kierteesä johtajat rakentavat johtajaidentiteettiään ja omaksuvat sen ympäristöstä saadun, identiteetin olemassaoloa vahvistavan ja ilmentävän palautteen ja vuorovaikutuksen pohjalta (DeRue & Ashford 2010; Ibarra ym. 2014). Samalla he työستävät muita identiteettejään siten, ettei johtajaidentiteetistä aiheutuisi identiteettikonflikteja (Ibarra ym. 2014). Johtajaidentiteetin hankkimisen ja ylläpitämisen voi identiteettityön näkökulmasta ajatella olevan jatkuvasti käynnissä oleva prosessi, jossa omia identiteettejä, niiden välisiä suhteita ja niiden suhteita ympäristöön työستetään taukoamatta. Prosessin aikana johtajaidentiteetin kehitys voi kuitenkin lähteä myös negatiiviseen kierteeseen. Tällöin johtaja kokee saavansa ympäristöltään palautetta, jonka mukaan häntä ei pidetä johtajana, jolloin kokemus itsestä johtajana ja täten myös johtajaidentiteetti alkaa heikentyä. Seurauksena käyttäytyminen johdettavia kohtaan ei enää ilmennä vahvaa johtajuutta, jolloin johdettavien kokemus johtajuudesta heikkenee. Johdettavien kokemus heikentyneestä johtajuudesta ja omasta johdettavan identiteetistä saa johdettavat käyttäytyvät tavalla, joka kertoo heidän latistuneesta kokemuksesta johtajuutta kohtaan. Tämä heikentää edelleen johtajan kokemusta omasta johtajuudestaan ja sen myötä johtajaidentiteettiä (emt.; DeRue & Ashford, 2010). Johtajaidentiteetin kehittymisen/menettämisen tarkastelu identiteettityönä onkin johtaja-alaisuudessa tapahtuvan toiminnan tarkastelua, jolloin valta identiteetin kehittymisestä ei ole johtajalla vaan sijaitsee vuorovaikutteisissa suhteissa (DeRue & Ashford 2010). Ibarra ym. (2014) esittävätkin vuorovaikutuksessa syntyvien tunteiden ja emotionaalisten prosessien olevan keskeisessä asemassa identiteettityössä ja johtajaidentiteetin kehittymisessä, niin sitä vahvistavaan kuin heikentävään suuntaan. Kuitenkin näistä osin tiedostamattomista tunteista ja niiden tarkoista

vaikutuksista ja vaikutusmekanismeista tiedetään toistaiseksi hyvin vähän (Ibarra ym. 2014).

Identiteetit voidaan jakaa myös pelkästään yksilöllisiin ja sosiaalisiin. Yksilöllisiksi identiteeteiksi mielletään henkilöön itseensä sidotut, ryhmiin kuulumisesta irralliset käsitykset omasta itsestä, jotka tekevät ihmisestä yksilön (Steffens, Haslam, Peters & Quiggin 2020). Sosiaalisiksi identiteeteiksi sen sijaan ymmärretään tiettyyn ryhmään kuuluminen, kuten kokemus itsestä suomalaisena, korkeakouluopiskelijana tai miehenä/naisena (Tajfel & Turner 1979). Vaikka sekä identiteettityötä, että rakentunutta identiteettiä, itseä jonakin, voi tarkastella sekä yksilöllisellä, yksilöiden välisellä että kollektiivisella tasolla (Epitropaki ym. 2017), usein suhteellisen ja kollektiivisen tason itset tai identiteetit fuusioituvat yhdeksi kokonaisuudeksi. Tällöin voidaan käyttää esimerkiksi nimityksiä suhteellinen/sosiaalinen itse/identiteetti. Kuitenkin identiteetin rakentamis- ja kehitysvaiheessa tarkastellaan sitä usein mainituilla kolmella tasolla eli yksilöllisellä, suhteellisella ja kollektiivisella (DeRue & Ashford 2010).

Johtajaidentiteetin jatkuvassa kehitysprosessissa ja jo valmiiksi kehittyneessä johtajaidentiteetissä on läsnä kolme ajallista ulottuvuutta: mennyt, nykyisyys ja tulevaisuus (Lord & Hall 2005; Oyserman, Elmore, & Smith 2012). Jo koetut tilanteet ja kertyneet kokemukset ovat muodostaneet johtajaidentiteetistä sellaisen, millainen kyseinen identiteetti on tällä hetkellä. Näin ollen mennyt ohjaa nykyisyydessä tapahtuvaa johtajaidentiteetin kehitystä tarjoamalla tietynlaisen kokemushistorian, jota vasten nykyisyyttä tarkastellaan. Toisaalta tässä hetkessä saadut kokemukset voivat haastaa menneisyydessä tapahtunutta havainnointia ja muodostuneita identiteettejä etenkin silloin, kun tässä hetkessä kokeminen on autenttista (ks. luku 2.3). Ajatus siitä, mitä voisi olla tulevaisuudessa, ohjaa johtajaidentiteetin kehitystä tässä hetkessä. Esimerkiksi itsen kuvittelu johtajaksi jo ennen johtamistyön aloittamista on olennainen osa johtajaidentiteetin kehitysprosessia (Ibarra & Petriglieri 2010).

Vaikka johtajaidentiteetin voi olettaa edellyttävän jonkinlaista yhteisymmärrystä ympärillä olevien ihmisten kanssa johtajuuden olemassaolosta ja yksilön hyväksymisestä johtajana (Steffens ym. 2014), tämä ei kuitenkaan tarkoita, että johtajaidentiteetti välttämättä edellyttäisi minkäänlaista virallista esimiesasemaa. Oma ymmärrykseni mukaan identiteetin kehittyminen pohjaa kokemuksiin. Nämä kokemukset voivat olla sidottuina vain yksilöllisesti koettuun todellisuuteen, johon kuuluvien piirteiden, oletusten, roolien ja hierarkioiden ei tarvitse olla objektiivisesti arvioituna virallisia. Kokemus itsestä johtajana voi kuitenkin olla todellinen kokijalle itselleen riippumatta muista. Mikäli yksilöllä on kokemus itsestään johtajana, myös johtajaidentiteetti on jollain tasolla omaksuttu. Esimerkiksi lääkärinä toimimiseen koetaan usein sisältyvän johtajuus myös ilman virallista esimiesasemaa (Gordon ym. 2015; Nugus, Greenfield, Travaglia, Westbrook, & Braithwaite 2010).

3.2 Katsaus johtajaidentiteettitutkimuksen lähestymistapoihin terveydenhuollossa

Tämän luvun tavoite on luoda kokonaiskuva aiemmin tehtyjen johtajaidentiteettitutkimusten teoreettisista ja käsitteellisistä valinnoista silloin, kun kontekstina on ollut terveydenhuolto. Käyn luvussa läpi aiempien johtajaidentiteettitutkimusten aiheet, teoreettiset lähestymistavat johtajaidentiteettiin, johtajaidentiteetistä tehdyt katsausartikkelit sekä teoreettiset artikkelit. Alkuperäistutkimusten menetelmällisiin valintoihin paneudun luvussa 4.2 ja tuloksiin luvussa 5.2.

Samoin kuin autenttisuustutkimuksen katsauksessa luvussa 2.2, olen tehnyt myös johtajaidentiteetistä terveydenhuollon kontekstissa järjestelmällisesti hakuja minulle saatavilla olevista tietokannoista. Tarkasteluun olen ottanut vain ne johtajaidentiteettitutkimukset, joissa johtajaidentiteetti on jollain tavalla tutkimuskohteena terveydenhuollon kontekstissa. Jos taas johtajaidentiteetti-käsite esiintyy esimerkiksi ensimmäisen kerran vasta tuloksissa tai johtopäätöksissä eikä johtajaidentiteetti ole ollut selkeästi tutkimuskohteena, en ole ottanut tutkimusta tarkasteluun mukaan.

Katsauksen tekemiseksi olen suorittanut hakuja monista tietokannoista⁶. Lisäksi olen tehnyt hakuja Suomen Lääkärilehden ja Hoitotiede-lehden jo luvussa 2.2 esittämilleni ehdoilla ja perustelemistani syistä. Johtajaidentiteettiin terveydenhuollossa sopivat hakusanat⁷ olen kohdistanut kansainvälisten aineistojen, Hoitotiede-lehden ja Lääkärilehden haussa rajausvaihtoehdoista riippuen asia-/avainsanoihin, abstraktiin ja otsikkoon, Arto-tietokannassa rajallisten vaihtoehtojen vuoksi otsikon lisäksi myös aiheeseen. Hakutulokset olen rajannut vain minulle saatavilla oleviin kokoteksteihin, joissa tutkitaan johtajaidentiteettiä terveydenhuollon kontekstissa. Näitä löytyi kaiken kaikkiaan 8 kappaletta. Kansainvälisten aineistojen osalta olen rajannut tulokset englanninkielisiin julkaisuihin. Näiden lisäksi hakutuloksiin lukeutuu omaan väitöstutkimukseeni kuuluva osajulkaisu ”Leader identity development in healthcare: an existential-phenomenological study”, jota en käsittele vielä tässä luvussa.

Johtajaidentiteettiin terveydenhuollon kontekstissa liittyvien väitöskirjojen haut olen tehnyt samoilla hakusanayhdistelmillä ja niiden kohdistamisella kuin artikkeleihin⁷. Väitöskirjahaussa valitsin kuitenkin tiedostotyyppiksi väitöskirjaa vastaavan tiedostomuodon, kuten ”Dissertations” tai ”Doctoral thesis”. Väitöskirjojen haussa

6 Tein tutkimushakuja tietokannoista CINAHL Full Text, Academic Source Elite, Business Source Elite, PubMed ja MEDLINE sekä LUC-Finna, johon kuuluvat tietokannat ABI/Inform Global (ProQuest), ScienceDirect (Elsevier), JSTOR I & IV, Emerald Journals, SpringerLink Journals, SAGE Journals ja ACM Digital Library. Suomalaisen tutkimusten haut tein LUC Finnan Arto-tietokannassa.

7 Suomalaisina hakusanoina olen käyttänyt ”johtajaidentit*” tai ”johtamisidentit*” ja lisäksi, Lääkärilehteä ja Hoitotiede-lehteä lukuunottamatta, jokin seuraavista: ”hoitaj*”, ”lääkär*”, ”terveydenhuol*”. Kansainvälisten aineistojen haussa olen käyttänyt hakusanoina yhdistelmää ”leader identity” tai ”leadership identity” ja jokin seuraavista: ”nurs/e/es/ing”, ”physician/s”, ”doctor/s”, ”medicine”, ”healthcare”.

olen käyttänyt lähteinä monia tietokantoja ja rajannut sekä käynyt läpi hakutuloksia kunkin tietokannan ehdoilla⁸. Väitöskirjoja, joissa tutkimuskohteena on johtajaidentiteetti terveydenhuollon kontekstissa, löytyi yhteensä kaksi (2) kappaletta.

Huomionarvoista on, että sisällöllisesti johtajaidentiteettitutkimuksen alle sopivia tutkimuksia löytyy todennäköisesti huomattavan paljon enemmän sekä väitöskirjoina että artikkeleina kuin vain tässä luvussa 3.2 löytämäni tutkimukset. Sisällöllisesti johtajaidentiteettitutkimuksen alle sopivissa tutkimuksissa ei välttämättä käytetä johtajaidentiteettiä keskeisenä käsitteenä, otsikossa, abstraktissa tai avain-/asiasanana, vaan voidaan puhua esimerkiksi johtamisen kehittymisestä, johtajuuden sisällöistä, johtamisroolista tai tiettyyn ammattikuntaan kytkeytyvästä käsitteestä, kuten hoitaja johtajuudesta, lääkärijohtamisesta tai lääkärin ammatti-identiteetistä. Käsitteellisesti kyseessä ei tällaisessa tapauksessa olisi täsmälleen johtajaidentiteettitutkimus, mutta sisällöllisesti tutkimus voi olla myös johtajaidentiteettitutkimus. Toisaalta esimerkiksi lääkärijohtajan ammatti-identiteettiä tutkiva artikkeli voi olla tarkoitettu ensisijaisesti kliinisen ammatti-identiteetin tutkimukseen, eikä niinkään johtajaidentiteetin tutkimukseen. Tiedostan hakukriteerieni sulkevan pois todennäköisesti monia hoitaja- ja lääkärijohtajien johtajaidentiteetin kannalta keskeisiä tutkimuksia. Sisällöllisesti johtajaidentiteettitutkimukseksi sopivien tutkimusten läpikäynti olisi mahdotonta, minkä vuoksi niiden haussa ja katsauksessa on käytettävä sopivia, mahdollisimman yksitulkintaisia käsitteellisiä rajauksia. Näin olen tässä yhteenvedo-osassa tehnyt. Taulukossa 2 esitän tutkimushaullani löytäneet johtajaidentiteettitutkimukset, minkä jälkeen kuvaan yksityiskohtaisesti tutkimusten aiheita ja teoreettisia lähtökohtia.

8 Suoritin väitöskirjojen haut tietokannoista BASE, Ebsco Open Dissertations, ProQuest ja OAIster. ProQuestin ABI/Inform Global -hakukentässä otin pois ”peer reviewed”-rajauksen. Tällöin tuloksiin tuli myös väitöskirjat ja tulokset vastasivat selkeästi hakukomentoja toisin kuin ProQuestin Open Dissertations -palvelussa. BASEssa suoritin haut kirjoittamalla ”Title”-kenttään ”leader identity” tai ”leadership identity” ja kävin tulokset otsikon perusteella. Suomalaisten väitöstutkimusten haun suoritin LUC Finassa Kirjastonkokoelmissa rajaamalla tulokset väitöskirjoihin.

Taulukko 2 Johtajaidentiteetti terveydenhuollossa, tutkimushakujen tulokset

| | Määrä (kpl) | Yleiset tutkimusteemat | Autenttisen johtamisen tutkimusmenetelmät |
|---|-------------|--|---|
| Katsausartikkelit | 2 | Johtajaidentiteetin kehittymisen edellytykset ja lähtökohdat | Nopea käsitteellinen katsaus, 1 kpl Katsaus, 1 kpl |
| Naisjohtajiin kohdistuvat alkuperäisartikkelit | 2 | Johtajaidentiteetin kehittymisen haasteet, hierarkkisuus | Kvalitatiivinen, 1 kpl Pääosin teoreettinen, 1 kpl |
| Lääkäreihin kohdistuvat alkuperäisartikkelit | 3 | Toimintaroolin sisältö ja toteutus, johtajaidentiteetin kehittyminen | Kvantitatiivinen, 2 kpl Kvalitatiivinen, 1 kpl |
| Hoitajiin kohdistuvat alkuperäisartikkelit | 1 | Identiteettikonflikti johtajaidentiteetin kehittyessä | Kvalitatiivinen, 1 kpl |
| Väitöskirjatutkimukset | 2 | Johtamiskoulutuksen vaikutus, kliininen johtaminen | Monimenetelmä, 2 kpl |

Katsausartikkelit

Katsausartikkeleita johtajaidentiteetistä terveydenhuollon kontekstissa löytyi kaksi, joista toisessa johtajaidentiteettiä tarkastellaan hoitajien ammattikunnassa (Miles & Scott 2019) ja toisessa lääkärien ammattikunnassa (Maile, McKimm & Till 2019). Milesin ja Scottin (2019) katsausartikkeli johtamisesta hoitajien ammattikunnassa ei ole varsinaisesti identiteettitutkimus, vaan ennemminkin johtajaidentiteetin kehittymistä edeltäviin ja edellyttämiin askeliin liittyvä tutkimus. Heidän tavoitteensa on varmentaa, että johtamistyön tunteminen ja sen tekeminen, johtajana oleminen ja johtamistyön konteksti ovat keskeisiä ulottuvuuksia hoitajajohtajuudessa ja sen kehittämisessä. Johtajaidentiteetin sisältöä tai lähestymistapaa sen kehittymiseen ei avata eikä eritellä kovinkaan kattavasti. Kuitenkin tuodaan esiin, että johtajaidentiteetti tarkoittaa itsen ymmärtämistä johtajana ja se on näin ollen välttämätön osa johtajuuden kehittymistä. Katsausartikkelinsa tuloksina he (emt.) esittävät hoitajajohtajuuden kehittymismallin, joka on suunnattu hoitajaopiskelijoiden johtamiskoulutuksen tueksi. Malli sisältää yhdeksän johtajuuden ja johtajaidentiteetin kehittymiselle keskeistä taitoa ja tehtävää, jotka edellyttävät sellaisten yksilöä, ryhmää ja yhteiskuntaa koskevien arvojen omaksumista, jotka kuuluvat hoitajuuteen ja hoitajajohtajuuteen. Näitä arvoja ovat esimerkiksi tietoisuus omista arvoista ja käyttäytymismalleista (yksilötaso), erilaisuuden hyväksyminen ja konfliktien ratkaisu dialogin avulla (ryhmätaso) sekä aktiivinen osallistuminen muutokseen ja kansalaisvelvollisuuksien täyttämiseen (yhteiskunnan taso). Arvojen kautta toteutettavia

johtamistehtäviä/-taitoja ovat muun muassa muiden työntekijöiden motivointi (ryhmätaso) sekä hoitajien ammattikunnan edustaminen terveyden ja terveydenhuoltojärjestelmän parantamisessa (yhteiskunnan taso). Johtajaidentiteetin kehittymismallissa vaikuttavat tietämisen, tekemisen, olemisen ja kontekstuaalisuuden ulottuvuudet (emt.).

Toinen katsausartikkeli (Maile ym. 2019) tarkastelee lääkärin johtajaidentiteettiä ja sen kehittymistä voimakkaasti ammatti-identiteettiin sidottuna. Artikkelissa tuodaan esille johtajuuden ja johtamistoimintojen kiinnittyminen lääkäriyteen siten, että johtaminen on yhä enenevässä määrin osa lääkärin työtä. Johtajaidentiteettiä Maile ym. (2019) lähestyvät lääketieteen näkökulmasta ja puhuvatkin omassa mallissaan lääketieteellisestä johtajaidentiteetistä (medical leader identity) ja sen kehittymisestä. Johtajaidentiteetin kehittyminen tapahtuu heidän tarkastelussaan samoin askelin ja lainalaisuuksin kuin kliinisen ammatti-identiteetin kehittyminen: jatkuvasti käynnissä olevana prosessina, jossa yksilö kehittää identiteettiään lääketieteellisenä johtajana oman maailmankatsomuksensa pohjalta. Maailmankatsomus vaikuttaa ja siihen vaikuttavat yksilön muut sosiaaliset ja yksilölliset identiteetit sekä avoimuus uusille kokemuksille ja kokemusten reflektointi. Kokemuksen käsitettä ei avata eikä käsitellä tarkemmin, mutta sen voi olettaa tarkoittavan kaikkia niitä ajatuksia, tunteita, mietteitä, joita lääkäri tai lääketieteellinen johtaja kohtaa. Oletuksena vaikuttaa olevan, että uudessa tilanteessa syntyy uusia kokemuksia, mikä taas mahdollistaa lääkärin kehittymisen kohti lääketieteellistä johtajuutta. Tämän vuoksi halu ja rohkeus mennä uusiin tilanteisiin ja altistaa itsensä epäonnistumiselle on sekä kliinisen ammatti-identiteetin että johtajaidentiteetin kehittämisessä ensiarvoisen tärkeää (emt.).

Naisjohtajiin kohdistuvat alkuperäisartikkelit

Naisiin kohdistuvia, johtajaidentiteettiä terveydenhuollossa koskevia tutkimuksia löytyi tutkimushaulla kaksi kappaletta (Ryan, Hammond, MacCurtain & Cross 2021; Sebrant 1998), joista toinen on alkuperäisartikkeli (Ryan ym. 2021) ja toinen pääpiirteittäin teoreettinen (Sebrant 1998). Rajaus nimenomaan sukupuolen mukaan on poikkeuksellinen terveydenhuollon johtajaidentiteettiä ja autenttista johtajuutta koskevassa tutkimuksessa. Ryanin ym. (2021) tutkimuskohteena on johtajaidentiteetin kehittymiseen liittyvät riskit naisjohtajien keskuudessa. Lähtökohtana on, että stereotyyppiset sukupuoleen ja johtamiseen liittyvät oletukset voivat aiheuttaa naisten johtajaidentiteetin kehittymiselle selkeästi enemmän haasteita ja koettuja riskejä kuin miesjohtajien keskuudessa. Tutkimuksen kontribuutio sijoittuu selkeästi sekä johtajaidentiteetin kehittymiseen että sukupuoleen liittyvään tutkimuskenttään. Johtajaidentiteetin kehittyminen hahmotetaan tutkimuksessa yhtä lailla sekä yksilöllisenä että sosiaalisena prosessina, jolloin siihen sisältyy paitsi johtajan yksilöllinen ihmisenä kehittyminen, myös sosiaalinen johtamiskäyttäytymisen eli johtamisen toteuttamisen kehittyminen. Ryan ym. (2021) tuovat esille

johtajan ja johtajuuden kehittymisen eron, jolloin johtajaidentiteetin kehittymisen voidaan arvioida olevan yksilöllisyyteen, ihmisen sisäisiin prosesseihin sidottua, kun taas johtajuuden kehittymisen katsottaisiin olevan väistämättä sosiaalinen prosessi. Kuitenkin he näkevät omassa tutkimuksessaan johtajaidentiteetin kehittymisen tarkastelun edellyttävän sekä yksilöllisten että sosiaalisten elementtien ja prosessien huomiointia (emt.). Johtajaidentiteetin kehittymisen erottaminen johtajuuden kehittymisestä olisikin lähestulkoon mahdotonta.

Sebrant (1998) soveltaa feminististä lähestymistapaa tutkimuksessaan, jonka tavoite on valottaa naisten työskentelyä hierarkkisissa, maskuliinisia arvoja ja piirteitä omaavissa organisaatioissa, joissa kuitenkin pääosa työntekijöistä on naisia. Luokittelun tutkimuksen pääosin teoreettiseksi, koska selkeää rajanvetoa kirjoittajan omiin tutkimustuloksiin ei tehdä. Johtajaidentiteettiä sivutaan tutkimuksessa tarkastelemalla sukupuolen ja organisaation naisvoittoisuuden vaikutusta johtajaidentiteetin sosiaaliseen rakentumiseen, mutta identiteettitutkimus ei kuitenkaan ole tutkimuksen selkeästi merkittävin kontribuutio. Ihmisten välisten suhteiden tarkasteluun valitaan teoreettinen kehikko, jonka mukaan ihmisten väliset suhteet ovat olemassa ja niitä voi tarkastella joko identiteettiin tai kiinnostuksen kohteisiin pohjautuen. Kuitenkin jää melko epäselväksi, mitä identiteetillä tarkalleen ottaen tarkoitetaan painotuksen ollessa enemmän sukupuolen suhteessa johtamiseen kuin johtajaidentiteetin sisällöllisten merkitysten tarkastelussa. Johtopäätöksenä esitetään sekä naisten että miesten keskuudessa vallitsevien hierarkkisten rakenteiden olevan itseään luovia ja ylläpitäviä. Ihmisten väliset suhteet, kommunikointi ja ajattelun holistisuus painottuvat työyhteisön toimintaa arvioitaessa (emt.).

Lääkäreihin kohdistuvat alkuperäisartikkelit

Lääkäreihin kohdistuvia alkuperäistutkimuksia löytyi yhteensä kolme (Li ym. 2020; Quinn & Cola 2020; Quinn & Perelli 2016). Prosentuaalisesti lääkäreiden ammattikunta on selkeästi vahvemmin edustettuna johtajaidentiteettitutkimuksessa kuin autenttiseen johtajuuteen liittyvässä tutkimuksessa. Li ym. (2020) tutkivat verkossa tapahtuvaa terveydenhuoltoa paneutumalla siihen, miten lääkärit voivat aloittaa ja vahvistaa omaa toimintarooliaan verkkoympäristössä yksilöllisen toiminnan näkökulmasta sekä lääketieteellisiin tiimeihin kuuluvien identiteettien näkökulmasta. Johtajaidentiteetti tulee tutkimuksessa esiin lähinnä sen tarkastelussa, että yhtenä palvelun tarjoamisen ja oman toiminnan ja näkyvyyden esiintuonnin kanavana on luoda oma lääketieteellinen tiimi, jonka edellytyksenä on johtajaidentiteetin kehittyminen. Johtajaidentiteetin rinnalla voi olla muihin lääketieteellisiin tiimeihin kuulumisen kautta niihin kytkeytyvä identiteetti. Tutkimuksessa identiteetti ymmärretään yksilötason tarkastelua painottavasta identiteettiteoriasta käsin, koska fokus on yksilöllisen tason toiminnoissa (emt.).

Quinn ja Cola (2020) pyrkivät selvittämään kvantitatiivisessa tutkimuksessaan tekijöitä, jotka helpottavat johtajaidentiteetin hyväksymistä ja omaksumista lääkäri-

en ammattikunnassa, ja jotka tukevat lääkärijohtajan halua ja valmiutta työskennellä korkealla hierarkiassa. Tutkimuksen kohteena on positiivisen organisaatioilmapiirin ja roolihyväksynnän (role endorsement) suora ja epäsuora vaikutus lääkärijohtajuuteen. Johtajuutta lähestytään väistämättä suhteissa syntyvänä ja suhteissa olemassa olevana ilmiönä. Lääkäriin ensisijaisen identiteetin, kliinisen ammatti-identiteetin, rinnalle kehittyvän toissijaisen identiteetin, johtajaidentiteetin, edellytyksenä oletetaan olevan johtajuuden kehittyminen kolmella, myös luvussa 3.1 läpikäydyltä tasolla: (1) johtajaidentiteetin hyväksyminen yksilötasolla, (2) suhteissa tapahtuva ja koettu johtajaidentiteetin tunnustaminen sekä (3) organisaation taholta saatu muodollinen lupa ja valta toteuttaa ja toimia johtajaidentiteettiin kuuluvassa johtajan roolissa (emt.; ks. DeRue & Ashford 2010).

Quinn ja Perelli (2016) määrittelevät kvalitatiivisen, lääkäreihin kohdistuvan johtajaidentiteettitutkimuksensa naturalistiseksi tutkimukseksi, jossa sovelletaan grounded theory -lähestymistapaa. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, miten lääkärijohtajat ymmärtävät ja toteuttavat omaa rooliaan. Lähestymistapa on näin ollen samankaltainen kuin omassa tutkimuksessani eli pyrkiä ymmärtämään johtajuutta johtajien näkökulmasta. Identiteetti määritellään kuitenkin eri tavalla. Omassa tutkimuksessani ymmärrän identiteetin kokemukseksi itsestä jonakin asettamatta sille muita kriteereitä. Quinnin ja Perellin (2016) tutkimuksessa identiteetin ymmärrykseen taas sovelletaan identiteettiteorian ja sosiaalisen identiteetin teorian yhdistelmää, jolloin identiteetin ymmärrys tapahtuu sekä yksilölliset että sosiaaliset tekijät ja niiden väliset suhteet huomioiden.

Hoitajiin kohdistuvat alkuperäisartikkelit

Hoitajiin kohdistuvia alkuperäistutkimuksia johtajaidentiteetistä löytyi vain yksi (Croft ym. 2015), jossa selvitettiin, miten emotionaalinen kiinnittyminen hoitajien ammattikuntaan ja kliiniseen ammatti-identiteettiin voi aiheuttaa identiteettikonfliktin johtajaidentiteetin kehittyessä. Lähtökohtana on, että vaikka aiempi tutkimus olettaa johtajaidentiteetin olevan yhteensopiva haluttujen ryhmäidentiteettien kanssa, vastaavaa yhteensopivuutta ei aina ole esimerkiksi hoitajien ammatti-identiteetin ja sen rinnalla kehittyvän johtajaidentiteetin suhteen. Siitä huolimatta, onnistuakseen johtamisessa, hoitajajohtajan pitäisi rakentaa ja viestittää hoitajien ammattikunnan jäsenille sekä haluttua johtajaidentiteettiä että hoitajien ammattikunnan ryhmäidentiteettiä, jonka siis myös johdettavat omaavat. Johtajaidentiteetin kehittyminen nähdään samankaltaisena prosessina kuin sosiaalisten ryhmäidentiteettien kehittyminen siinä mielessä, että sitä kehitetään ja vahvistetaan suhteissa niihin ihmisiin, jotka tunnistavat ja tunnustavat kyseisen identiteetin (emt.).

Väitöskirjatutkimukset

Johtajaidentiteettiä terveydenhuollon kontekstissa käsitteleviä väitöskirjoja löytyi kaksi kappaletta tämän luvun alussa kuvaamillani hakutavoilla.

Bushfieldin (2012) alkuperäinen tarkoitus on ollut tutkia kvalitatiivisia menetelmiä soveltavassa väitöskirjassaan, millaisen vaikutuksen terveydenhuollon kliinikot arvioivat johtamiskoulutuksella olleen heidän identiteettiinsä, kun arviointi suoritetaan henkisen ja sosiaalisen pääoman näkökulmista. Myös organisatoristen tekijöiden vaikutus näihin arviointeihin on tutkimuskohteena. Tutkimusprosessin edetessä alkuperäisen tutkimuskysymyksen rinnalle on kuitenkin syntynyt kaksi uutta kysymystä: Mikä rooli johtamiskoulutuksella on osallistujien johtajaidentiteettien muovaamisessa yksilöllisellä, suhteellisella ja kollektiivisella tasolla? Mitä kliinisellä johtajuudella ymmärretään ja miten kliinikkojohtajat rakentavat tätä ymmärrystä käytännön työssä? (emt., 6) Kyseisessä väitöstutkimuksessa johtajaidentiteetin kehityksen ja olemassaolon ymmärretään tapahtuvan yksilöllisellä, suhteellisella ja kollektiivisella tasolla, kuten myös monissa muissa identiteettitutkimuksissa (ks. luku 3.1).

Hieman käsitteellistä epäselvyyttä herätti Pattenin (2016) kliinisiin ravitsemusterapeutteihin kohdistunut väitöstutkimus, jonka tavoitteena oli kehittää näyttöön ja käytäntöön pohjautuva johtamiskäyttötymisen taksonomia. Johtajaidentiteetin määritelmää tutkimuksessa ei tuoda esille, eikä identiteetin käsite esiintynyt tutkimuksessa otsikon lisäksi kuin yhden kerran. Näin ollen jätän tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien tarkastelun tekemättä johtajaidentiteetin osalta.

Yhteenvedo johtajaidentiteettitutkimuksesta terveydenhuollossa

Terveydenhuollon kontekstissa tehdyissä johtajaidentiteettitutkimuksessa ei ole yhtä selkeästi edustettua valtavirtaa samoin kuin autenttisen johtamisen tutkimuksessa (ks. luku 2.2). Toisaalta johtajaidentiteetti ei ole myöskään yhtä yksiselitteisesti ja tarkkarajaisesti määriteltävissä kuin autenttinen johtajuus, erityisesti positiivinen autenttinen johtajuus, eikä näin ollen myöskään mitattavissa. Lähestymistavat ja painotukset vaihtelevat johtajaidentiteettitutkimuksessa. Kuitenkin yleisenä oletuksena on, että johtajaidentiteetti liittyy aina jotenkin siihen, millaiseksi johtaja kokee itsensä suhteessa muihin, millaisessa roolissa tuntee olevansa tai mitä omaan työrooliinsa ajattelee sisältyvän. Prosentuaalisesti lääkärin ammattikunnassa on tehty johtajaidentiteettitutkimusta enemmän kuin hoitajien ammattikunnassa, kun taas autenttisen johtamisen tutkimuksessa tilanne oli täysin päinvastainen.

3.3 Väitöstutkimuksen lähestymistapa johtajaidentiteettiin

Tutkimukseni kohteena ovat kaksoisroolissa toimivat lääkäri- ja hoitajajohtajat. Vaikka kliiniset ammatit ovat lääkäreillä ja hoitajilla erilaisia, johtajaidentiteetin kehittymisen kaksoisroolissa voi olettaa olevan samalla tavalla tutkittavissa oleva ilmiö molemmissa ammattikunnissa. Tutkimuskatsaukseni pohjalta (luku 3.2) vastaavaa kohdejoukon rajausta ei ole tehty aiemmassa terveydenhuollon johtajaidentiteettitutkimuksessa.

Toisin kuin johtajaidentiteettitutkimuksessa yleensä, käsitykseni johtajaidentiteetistä ei pohjautu identiteettiteorioihin, vaan eksistentiaalis-fenomenologisiin periaatteisiin olla, elää ja ymmärtää olemista. Kirjallisuudesta poiketen painotan merkittävänä erona myös sitä, millaiseksi prosessiksi identiteetin kehittyminen ymmärretään verrattuna siihen, millaiseksi identiteetti ymmärretään sen kehityttyä. Näkemykseni mukaan identiteetin kehittyminen on väistämättä sosiaalinen prosessi, koska itse on mahdotonta yhdistää mitään piirteitä tai kokea itseään jonkinlaiseksi ilman vuorovaikutusta ympäristön ja muiden ihmisten kanssa. Kehitysprosessin sosiaalinen luonne ei kuitenkaan välttämättä tarkoita sitä, että kehittyneellä identiteetillä olisi voimakasta sosiaalista luonnetta (III). Vaikka johtajaidentiteetti voidaan ymmärtää sosiaalisesti identiteetiksi ryhmään *johtajat* kuulumisen kautta, johtaja voi kokea oman itsensä johtajana myös hyvin yksilölliseksi ja irralliseksi muista johtajista. Mikäli johtaja kokee itsensä johtajana ennen kaikkea yksilönä eikä koe kuuluvansa johtajuuden kautta mihinkään sosiaaliseen ryhmään, hänellä oleva johtajaidentiteetti on näkemykseni mukaan ensisijaisesti yksilöllinen identiteetti, kun määrittelen identiteetin kokemukseksi itsestä jonakin.

Väitöstutkimuksessani lähestyn johtajaidentiteettiä johtajan kokemuksellisuuteen pohjaten. Tätä lähestymistapaa avaavat parhaiten yhteisjulkaisut, artikkelit I ja III. Lisäksi osajulkaisussa IV sivuamme johtajaidentiteettiä kaksoisroolijohtamisen tutkimuksen kautta. Käyn tässä luvussa läpi osajulkaisun III lähestymistapaa johtajaidentiteettiin ja teoreettisen artikkelin (I) sekä katsausartikkelin (IV) tuloksia Johdannossa perustelemistani syistä. Luvun lopuksi tiivistän, millaiseksi ilmiöksi ymmärrän lääkäri-/hoitajajohtajan johtajaidentiteetin eksistentiaalis-fenomenologisesta näkökulmasta.

Osajulkaisu I

Ymmärrämme osajulkaisussa I identiteetit kokemuksellisuuden ja kokemusten saamisen seurauksena rakentuneiksi, moniulotteisiksi filttereiksi, joiden läpi ja vaikutuksen alaisena itse (self) toimii kussakin tilanteessa. Kaksoisroolissa toimivan lääkäri-/hoitajajohtajan johtajaidentiteetin tarkastelua on miltei mahdotonta erottaa kliinisen ammatti-identiteetin tarkastelusta, koska toisen kehityspolun ja sisällön ymmärtäminen auttaa ymmärtämään myös toisen kehittymistä ja sisältöä (myös Maile ym. 2019). Sekä johtajaidentiteetti että kliininen ammatti-identiteetti kehittyvät ja muovautuvat samalla logiikalla siltä osin, että molemmat identiteetit pohjautuvat kokemuksellisuuteen. Kliiniset ammatti-identiteetit tulee kuitenkin analysoida tutkimuksemme (I) mukaan erikseen niiden ollessa sisällöllisesti hyvin erilaisia ja myös kehittyessä osittain eri polkua pitkin kuin johtajaidentiteetti. Johtajaidentiteetin analysoinnin katsomme sen sijaan olevan yhteinen tehtävä sekä hoitajien että lääkärin ammattikunnassa, koska ajattelemme johtajaidentiteetin tutkimisen ylittävän ammattikuntien rajat. Aiemmissa tutkimuksissa johtajaidentiteetin kehittymistä terveydenhuollossa on usein tutkittu vain joko hoitajien (esim. Croft

ym. 2015; Miles & Scott 2019) tai lääkärien (esim. Li ym. 2020; Quinn & Cola 2020) ammattikunnassa. Näemme kuitenkin omassa artikkelissamme (I; myös III) johtajaidentiteetin kehittymisen ja muovautumisen hoitajien ja lääkärien ammattikuntia yhdistävänä ilmiönä. Näin huomion keskiössä ei ole kliinisen ammattikunnan ja tietyn kliinisen ammatti-identiteetin ehdoilla tapahtuva johtajaidentiteetin kehittyminen, vaan ennemminkin se, miten johtajaidentiteetin kehittyminen voi tapahtua ja johtajaidentiteetti kehittyä kliinisten ammattikuntien rajojen yli.

Kliinisiin ammatti-identiteetteihin katsomme kuuluvaksi sellaiset kokemukset, jotka määrittävät ihmistä tiettyyn ammattikuntaan kuuluvana. Johtajaidentiteetin kehittymisen kaksoisroolissa, sen kehittymättä jäämisen ja kliinisen ammatti-identiteetin suhteen johtajaidentiteettiin arvioimme keskeisiksi kysymyksiksi lääkärin/hoitajan siirtyessä esimiesasemaan (I), kuten aiemmissakin tutkimuksissa on tehty (Li ym. 2020; Maile ym. 2019). Esitämme, että johtajaidentiteetin kehittymiselle on keskeistä, alkaako hoitaja/lääkäri ajatella itseään ja kokea itsensä johtajana. Näin olleen johtajaidentiteetin kehittyminen edellyttää myös halua olla johtaja, koska ilman halukkuutta olla johtaja itseään on hyvin vaikea kokea sellaiseksi. Tuomme kuitenkin myös esille sosiaalisen ulottuvuuden merkityksen lääkäri-/hoitajajohtajuudessa (I), jonka merkitystä ei voi sivuttaa johtajaidentiteettitutkimuksessa (Croft ym. 2015; Miles & Scott 2019). Toisaalta myöskään eksistentiaalistis-fenomenologinen ajattelu ei salli sitä, että suhteellisuutta ympäröivään maailmaan ei huomioitaisi.

Johtajaidentiteetin esitämme kehittyvän kokevan itsen (experiencing self) läsnäolon kautta ja saamien kokemusten pohjalta. Kliininen ammatti-identiteetti ei ohjaa kokemista, vaan kokeminen tapahtuu täysin avoimesti vain käynnissä olevan tilanteen ehdoilla. Tällainen tilanteessa läsnäolo mahdollistaa kliinisen ammatti-identiteetin rajoittavista tekijöistä irrallisen kokemisen, havainnoinnin ja sen kautta myös ammattikuntien rajat ylittävän johtajaidentiteetin kehittymisen (I). Kliinisestä ammatti-identiteetistä irrallisen, kussakin tilanteessa läsnäolevan kokemisen määrittelemme autenttiseksi kokemiseksi (ks. luku 2.3), joka on eksistentiaalistis-fenomenologisen lääkäri-/hoitajajohtajan johtajaidentiteetin kehittymisen edellytys ja mahdollistaja. Sen sijaan kliinisen ammatti-identiteetin arvioimme pohjautuvan epäautenttisuuteen (I). Eksistentiaalistis-fenomenologisen autenttisuuden ja epäautenttisuuden sisällön olen käsitellyt luvussa 2.3. Kyseisen luvun sisältö kytkeytyykin saumattomasti käsillä olevan lukuun, kun sekä johtajaidentiteetin että kliinisten ammatti-identiteettien kehittyminen ja sisältö määräytyy autenttisuuden ja epäautenttisuuden ymmärtämisen kautta.

Kun kliininen ammatti-identiteetti ei ole dominoiva identiteetti esimiesasemassa, johtamisen voi olettaa olevan tasapuolisempaa, jokaisen ammattikunnan ja yksilön merkityksen huomioivaa. Mikäli taas kliinisestä ammatti-identiteetistä riittävästi irrallista johtajaidentiteettiä ei pääse kehittymään, on riski, että johtamista toteutetaan ennemmin oman ammattikunnan edustajana ja asiantuntijana kuin johtajana (I).

Osajulkaisu III

Tutkimme osajulkaisussa III lääkäri- ja hoitajajohtajien johtajaidentiteetin kehittymistä eksistentiaalis-fenomenologisella menetelmällä (Perttula 1998; Rauhala 2005). Johtajaidentiteetin tärkeydestä huolimatta sen omaksuminen ei ole itsensänselvää jo olemassa olevien, vahvojen lääkärin (Quinn & Perelli 2016) ja hoitajan (Croft ym. 2015) ammatti-identiteettien vuoksi. Kliinisen ammatti-identiteetin ymmärrämme sosiaalisena identiteettinä, mutta johtajaidentiteetille emme tee rajausta yksilöllinen-sosiaalinen-akselilla (myös I). Johtajaidentiteetin kehittymisen oletetaan edellyttävän paitsi omaa kokemusta itsestä johtajana, myös kokemusta siitä, että muut pitävät itseä johtajana. On kuitenkin erityisen tärkeää huomata, että näiden edellytysten olemassaolo on riippuvainen viime kädessä vain havaitisijasta ja kokijasta, johtajasta itsestään. Tuommekin esiin, ettei johtajaidentiteetin kehittyminen edellytä muodollista esimiesasemaa, vaan kokemus itsestä johtajana voi olla kokijalle itselleen tosi muista riippumatta (III).

Johtajaidentiteetin kehittymistä haastavan lääkärin/hoitajan kliinisen ammatti-identiteetin vaikutus tulee ymmärrettäväksi emotionaalisen kiinnittymisen ja kliinisen työn merkityksellisyyden kautta. Kliinisen ammattikunnan jäsenten keskuudessa vallitseva yhteenkuuluvuuden tunne on herkästi tärkeämpi kuin tästä irralliseen johtajat-ryhmään kuulumisen ja sen myötä johtajaidentiteetin kehittyminen (DeRue & Ashford 2010; ks. myös Quinn & Perelli 2016). Samaan aikaan kliininen työ voi tuntua merkityksellisemmältä kuin johtamiseen liittyvät työt (Croft ym. 2015), mistä seuraa emotionaalinen kiinnittyminen myös kliiniseen työhön ammattikunnan lisäksi. Kliinisen työn merkityksellisyys on tullut lääkäri- ja hoitajajohtajien keskuudessa olemassa olevaksi ja vakiintuneeksi osaksi työarkea jo ennen johtamistyötä, minkä vuoksi johtamistyön merkitystä verrattuna kliiniseen työhön voi olla hankala havaita (III; myös I).

Tavoitteenamme on pysyä niin lojaalina eksistentiaalismin ja fenomenologian keskeisimmille merkityksille kuin mahdollista (III). Ajatuksen kanssa yhdenmukaisesti en ole määrittänyt johtajaidentiteetin kehittymistä ja sen sisältöjä ennen analyysin tekemistä. Sen sijaan olen antanut aineiston ilmentää johtajaidentiteetin kehittymisen siten kuin se aineiston mukaan ja ehdoilla on tapahtuakseen ilman, että ohjaan teoreettisilla valinnoilla ilmiön ilmenemistä. Johtajaidentiteetin kehittyminen voidaan siis ajatukseni mukaan kokea yksilöllisenä, sosiaalisena tai jonain muuna, mutta en tutki sitä yksilöllisenä, sosiaalisena tai millään muilla tarkoilla määreillä. Näin eksistentiaalis-fenomenologinen lähestymistapa tarjoaa mahdollisuuden löytää uusia näkökulmia ja sisältöjä johtajaidentiteetin kehittymiseen aiempaan tutkimukseen verrattuna. Koska eksistentiaalis-fenomenologinen menetelmä ymmärtää ilmiöt kokemusten kautta, tavoitteeni on tutkia johtajaidentiteetin kehittymistä koettuna ilmiönä. Yhdistämällä eksistentiaalistisen ja fenomenologisen lähestymistavan sallin sekä yksilöllisten että jaettujen kokemusten ilmenemisen tutkimusaineistosta (III).

Osajulkaisu IV

Käsitteenä johtajaidentiteetti tai sen sisältö ei ole suoraan osajulkaisun IV tutkimuksen kohteena, vaan ennemminkin kaksoisroolissa toimimisen merkitys johtamiselle. Tästä huolimatta sivuamme johtajaidentiteettiä ja käsittelemme sen merkitystä kaksoisroolijohtamisen kautta. Kaksoisroolissa toimimisen ymmärrämme juuri johtamistyön ja muun, substanssityöstä koostuvien tehtävien yhdistelmänä. Näin ollen johtajaidentiteetti ja ammatti-identiteetti ovat sisällöllisesti osajulkaisun keskiössä. Vaikka luvuissa 2.2 ja 3.2 en sisällyttänyt aiemman tutkimuksen katsaukseen tutkimuksia, joissa oli vain sisällöllinen vastaavuus ilmiöön muttei käsitteellistä, teen nyt käsillä olevassa 3.3 luvussa oman osajulkaisuni tarkastelun pelkästään sisällöllisen vastaavuuden perusteella. Aiempien tutkimusten katsaus ja haku samalla periaatteella olisi lähes mahdotonta tutkimusten valtavan määrän vuoksi. Lisäksi sisällöllinen vastaavuus pitäisi pystyä avaamaan ja perustelemaan erikseen jokaisen tutkimuksen osalta, mikäli käsitteellisesti vastaavuutta ei ole. Tämä olisi niin ikään lähes mahdotonta eikä kovin tarkoituksenmukaista pelkästään jokaisen tutkimuksen perusteluun vaadittavan sana- ja sivumäärän vuoksi.

Osajulkaisussa IV paneudumme siihen, mitä kaksoisroolissa toimiminen merkitsee johtamiselle kuntaorganisaation eri toimialoilla. Kaksoisroolissa toimiminen ja sen mahdollistuminen hahmottuvat tuloksissa neljän eri pääteeman kautta, joita ovat kaksoisroolissa toimivan johtajan ominaisuudet, kaksoisroolijohtamisen organisatoriset, toimintaympäristöä sekä professiota koskevat toteutumisen edellytykset. Seuraavissa kappaleissa suhteutan näitä tuloksia muihin tutkimuksiin.

Tulosten (IV) mukaan johtamisosaaminen pohjaa johtajan ominaisuuksiin eli ihmiseen persoonana ja asiantuntijana, koska onnistunut johtamistoiminta edellyttää oman työn merkityksen ymmärtämistä ja oman itsen merkityksen ymmärtämistä suhteessa työhön. Johtajuuteen kasvu tapahtuu aina suhteessa muihin ja vasta työn tekemisen myötä. Yksilöllinen ja sosiaalinen ulottuvuus huomioidaan lähes poikkeuksetta muissakin terveydenhuollossa tehdyissä johtajaidentiteettitutkimuksissa (Bushfield 2012; Li ym. 2020; Quinn & Perelli 2016). Johtajuuden kehitymisessä voidaan teoriassa erottaa yksilön kehittyminen johtajana ja johtajuustoiminnan kehittymisen edellytykset (IV; Ryan ym. 2021), joista jälkimmäinen on väistämättä aina sosiaalinen prosessi. Nämä muodostavat edellytykset johtajaidentiteetin kehittymiselle. Käytännössä johtajana ja johtajuuden kehittyminen tapahtuvat välttämättä yhtäaikaaisesti ja näin ollen myös johtajaidentiteetin kehitymisessä tulee huomioida sekä yksilölliset että sosiaaliset prosessit.

Kaksoisroolijohtamisen organisatoriset komponentit näyttäytyvät moninaisina. Esimerkiksi nimikkeiden, vastuualueiden ja työnkuvan sisältöjen epäselvyys on omiaan lisäämään professioiden tai johtajan ja alaisten välisiä jännitteitä ja näin vaikeuttamaan kaksoisroolijohtajuutta. Hankaluutta organisatoriset tekijät lisäävät myös siten, että yhtäältä suurissa asiantuntijaorganisaatioissa johtaminen vaatii

monitasoista toiminnan ymmärrystä, mutta toisaalta johtamisen rakenteet voivat korostaa yksittäisiä professioita (IV).

Tutkimuksemme mukaan substanssityön koettu tärkeys vahvistaa emotionaalista kiinnittymistä omaan ammattikuntaan ja emotionaalinen kiinnittyminen toisaalta vahvistaa ammattikuntaan kuulumisen tärkeyden kokemusta (IV; Croft ym. 2015). Tämä haastaa johtamistyön toteuttamista ammattikuntarajojen yli. Toisaalta substanssityöhön liittyvästä ammatti-identiteetistä irrallisen johtajaidentiteetin kehittäminen voi olla ratkaisu tilanteessa, jossa substanssityöhön liittyvästä ammatti-identiteetistä ei haluta luopua. Jos johtajaidentiteetti on ammatti-identiteetistä irrallinen, sekä johtaja- että ammatti-identiteetti voisivat olla olemassa yhtä aikaa (Maile ym. 2019). Ammatti-identiteetistä irrallisen johtajaidentiteetin kehittäminen vaikuttaa kuitenkin olevan hankalaa ja sen vuoksi identiteettikonfliktin riski on kaksoisroolijohtamisessa suuri (Croft ym. 2015). Tulostemme mukaan johtamisen ja johtajana kehittymistä voidaan tukea esimerkiksi johtamiskoulutuksilla (IV).

Vaikka muutosten ja kehittämisprojektien läpivienti edellyttäisi johtajaa ottamaan ammattikuntien rajat ylittävän, avoimuutta korostavan näkökulman, juuri kaaoksen keskellä parhaalta tuntuva toimintatapa voi olla vanhoissa toimintamalleissa pysyminen (IV). Kaksoisroolijohtamisen onnistuminen vaatiikin johtajalta rohkeutta omaksua ja toteuttaa perinteisistä toiminta- ja päätöksentekomalleista poikkeavia keinoja, sekä halua pohtia omaa toimintaa ja kokemuksia ammattikunnan lähtökohtien sijasta johtamisen lähtökohdista (Maile ym. 2019). Tarkoituksenmukaisten johtamistavoitteiden asettaminen tulee tutkimuksemme mukaan mahdolliseksi, kun kaksoisroolissa toimiva johtaja ymmärtää sekä johtamaansa työtä että sen tekijöitä (IV). Tästä näkökulmasta läheinen suhde substanssityöhön on äärimmäisen kannattavaa (Miles & Scott 2019), mutta toisaalta se voi viedä huomion pois johtamistyöstä. Yksiselitteistä, aukotonta näkemystä siitä, tulisiko johtajan olla kunnallisan alan kaksoisroolissa ennemmin substanssipuolen vai johtamisen asiantuntija, on lähes mahdotonta löytää ja käsitykset tästä vaihtelevat eri kunnallisaloiden ja työyhteisöjen välillä (IV). Yleensä substanssityön merkitys korostuu lähijohtamisessa. Myös työyhteisön koko vaikuttaa siten, että pienissä työyhteisöissä johtamistehtäviä voi kytkeä mutkattomammin muihin tehtäviin kuin isoissa. Kaksoisroolijohtajuuden tarpeellisuutta ja hyväksyttävyyttä määrittävät lisäksi vallitseva aika ja kulttuuri (myös Maile ym. 2019).

Eksistentiaalistis-fenomenologinen johtajaidentiteetti

Väitöstutkimuksessani ajattelen johtajaidentiteetin pohjautuvan kokemuksellisuuteen ja autenttisuuteen siten kuin ne eksistentiaalistis-fenomenologisista lähtökohdista (I; II; III) ymmärretään. Terveystieteiden vahvoista lääkäriin ja hoitajan kliinisistä ammatti-identiteeteistä johtuen oletan johtajaidentiteetin kehittymisen edellyttävän autenttisuutta kokemisessa, havaitsemisessa ja tilanteiden ymmärtämisessä (I). Vahvat kliiniset ammatti-identiteetit sitovat havainnoinnin usein

kyseisiin identiteetteihin kuuluviin ennako-oletuksiin ja merkityksiin. Näin kliiniset ammatti-identiteetit voivat estää johtajaidentiteetin kehittymisen johtamisen ollessa lääkärin ja hoitajien näkökulmasta usein toissijaista kliiniseen työhön verrattuna (I; III). Tässä kokonaisuudessa eksistentiaalistis-fenomenologinen autenttisuus (I) mahdollistaa johtajaidentiteetin kehittymisen havainnoinnin vapauden, ennako-oletuksista luopumisen ja tilanteessa läsnäolon kautta. Vaikka johtajaidentiteetti voidaan mieltää sosiaalisesti identiteetiksi, johtaja itse voi kokea oman itsensä johtajana hyvinkin yksilölliseksi ja irralliseksi muista johtajista. Käytännössä johtajaidentiteetti sisältää todennäköisesti sekä sosiaalista että yksilöllistä identiteettiä kuvastavia merkityksiä. Eksistentiaalistis-fenomenologiaan pohjautuvaan tutkimusasenteeseen kuuluu, etten sisällytä terveydenhuollon johtajaidentiteettiin tietynlaisia merkityksiä tai rajoituksia ennen alkuperäistutkimuksen aineiston analysointia (III). Pyrkimyksenäni siis on, että johtajaidentiteetti ja sen kehittyminen voivat ilmetä täysin tutkimusaineiston ehdoilla.

4 Autenttisen johtamisen ja johtajaidentiteetin alkuperäistutkimusten menetelmät terveydenhuollossa

4.1 Katsaus autenttisen johtamisen tutkimusmenetelmiin

Suurin osa luvussa 2.2 esittelemistäni autenttisen johtamisen alkuperäistutkimuksista terveydenhuollon kontekstissa on toteutettu kvantitatiivista menetelmää soveltaen, erityisesti positiiviseen psykologiaan ja humanismiin pohjaavaa autenttisen johtamisen neljää eri ulottuvuutta mittaavaa kyselylomaketta käyttäen (Avolio ym. 2007; Walumbwa ym. 2008). Käyn seuraavissa kappaleissa ensin läpi alkuperäistutkimuksen (luku 2.2) aineistonkeruumenetelmiä, jota seuraa analyysimenetelmien tarkastelu.

Autenttisen johtamisen alkuperäistutkimuksen menetelmä on terveydenhuollon alalla tehdyissä artikkeleissa ja väitöskirjoissa ollut useimmiten kvantitatiivinen. Autenttisen johtamisen/johdettavuuden mittarina on käytetty yleensä Walumbwan ym. (2008) validoimaa kyselylomaketta⁹. Useimmiten aineisto on kerätty yhtenä ajankohtana, mutta joissain tapauksissa myös eri ajankohtina (esim. Laschinger & Fida 2014b; Nelson ym. 2014). Kyselylomaketta (Avolio ym. 2007; Walumbwa ym. 2008) voidaan käyttää ja on käytetty mittaamaan autenttista johtamista itse arvioituna tai muokattu kysymysmuodot havaitun autenttisen johtamisen mittaamiseen sopiviksi. Lomakkeen pohjalta edelleen kehitettyä toista autenttisen johtamisen kyselylomaketta (Neider & Schriesheim 2011) on myös sovellettu joissakin autenttisen johtamisen tutkimuksissa (Coxen ym. 2016; Davidson 2017; Parchment 2015; Rahimnia & Sharifirad 2015; Sepeng ym. 2020; Stander ym. 2015) terveydenhuollon kontekstissa siten, että lomake on sisältänyt joko 14 tai 16 kysymystä.

Validoidun (Walumbwa ym. 2008) ja siitä johdetun (Neider & Schriesheim 2011) autenttisen johtamisen kyselylomakkeen lisäksi autenttista johtamista on muutamissa tapauksissa mitattu myös muilla keinoilla. Alshammari ym. (2020) käyttävät tutkimuksessaan Northousen (2010) esittämää autenttisen johtamisen kyselylomaketta. Lomake ei sisällä samoja kysymyksiä kuin Avolion ym. (2007) lomake, vaikkakin siinä on huomattavaa sisällöllistä vastaavuutta. Wong ja Cummings

9 Abdelwahid 2020; Alkaabi & Wong 2020; Alkharabsheh & Alias 2018; Bakari ym. 2019; Barbosa 2018; Beckman 2013; Bernardes ym. 2020; Carvalho ym. 2016; Chapman 2016; Du Plessis & Boshoff 2018; Dwyer ym. 2019; Fallatah & Laschinger 2016; Fallatah ym. 2017; Farnese ym. 2019; Giordano-Mulligan 2017; Haddad 2013; Hlongwane & Olivier 2017; Johnson 2015; Laschinger & Fida 2014a; Laschinger & Fida 2014b; Laschinger ym. 2015; Laschinger ym. 2012; Malik 2018; Malik & Dhar 2017; Malik ym. 2016; Mondini ym. 2020; Puni & Hilton 2020; Qureshi & Aleemi 2018; Stearns 2012; Wong ym. 2020; Yemi-Sofumade 2012; Yun & Kang 2018; Özer ym. 2019

(2009b) sisällyttävät poikkeuksellisesti autenttiseen johtamiseen neljän, vakiintuneen ulottuvuuden lisäksi johtajan osoittaman tuen/kannustuksen (supportiveness), luotettavuuden ja voimaannuttamisen. Vastaavaa autenttisen johtamisen määritelmän merkittävää laajennusta ei muissa autenttisen johtamisen tutkimuksissa terveydenhuollon kontekstissa ole tehty. Kvantitatiivista ja kvalitatiivista aineistoa yhdistäneet Stevens ym. (2014) käyttävät harvinaista autenttisen johtamisen mitaustapaa luomalla kysymykset Hardacren, Craggin, Shapiron, Spurgeonin ja Flanaganin (2010) työn pohjalta. Autenttisen johtamisen ymmärtämisessä sovelletaan kuitenkin tässäkin työssä Walumbwan ym. (2008) validoimaa rakennetta.

Dever ym. (2015) yhdistivät autenttisen johtamisen tutkimuksessaan kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineistonkeruumenetelmän tutkiessaan hoitajuuteen liittyvien arvojen ja autenttisen johtamisen kehittymistä. Autenttista johtamista mitataan valtavirran mukaisesti, mutta ammatillisesta hoitajan roolista ja kliinisestä työstä esitetään kaksi avointa kysymystä. Myös Luun ja Von (2020) tutkimuksessa osa aineistosta on laadullista ja osa määrällistä, mukaan lukien validoidun Autenttisen johtamisen kyselylomakkeella (ALQ) kerätty aineisto. Laadullinen aineisto on kerätty havainnoimalla sataa (100) osastokokousta ja videoimalla sata (100) kirurgista toimenpidettä (emt.). Niin ikään monimetodista aineistonkeruutapaa hyödyntävät Saxe-Braithwaite ja Gautreau (2020), joiden aineistonkeruusetelmaan kuuluu 20-tuntinen, itsenäisesti suoritettava opintokurssi. Heidän kohderyhmäänsä kuuluvat terveydenhuollon organisaatioiden toimitusjohtajat ja näiden suorat alaiset. Tutkimusaineisto koostuu teemahaastatteluilla kerätystä kvalitatiivisesta aineistosta sekä toimitusjohtajille tehdystä kyselystä, joka on suoritettu validoidulla autenttisen johtamisen kyselylomakkeella.

Waiten ym. (2014) monimenetelmällinen tutkimus autenttisen johtamisen opintokurssin annista on toteutettu kahtena ajankohtana, sekä ennen kurssille osallistumista että kurssin suorittamisen jälkeen. Molempina ajankohtina toteutettu kvantitatiivinen kysely sisältää 17 kysymystä koskien kurssin sisältämiä asioita, jotka on johdettu suoraan kurssille asetetuista tavoitteista. Kvalitatiivisella tutkimusosiolalla kerättiin tietoa esimerkiksi siitä, millä tavoin ymmärrys autenttisesta johtamisesta ja oma johtamistyö ovat muuttuneet kurssin suorittamisen jälkeen.

Myös väitöskirjoja autenttisesta johtamisesta terveydenhuollossa on tehty monimenetelmällisesti. Autenttisen johtamisen mittaamiseen käytetään kuitenkin, artikkelien tapaan, useimmiten Walumbwan ym. (2008) validoimaa kyselylomaketta. Kyseisen lomakkeen pohjalta on yhdessä väitöstutkimuksessa luotu myös havaitun autenttisen hoitajajohtamisen kyselylomake, jossa painotetaan juuri hoitajien ammattikunnalle ominaisia, tyypillisiä piirteitä (Giordano-Mulligan 2017). Sekä Bryanin (2019), McElrathin (2013) että Meyerin (2016) väitöstutkimusten aineistonkeruu sisältää kyselylomakkeiden tuottaman kvantitatiivisen tiedon lisäksi puolistrukturoiduin haastatteluin kerättyä aineistoa. Joissain väitöstutkimuksissa on käytetty myös tutkimuksen luotettavuutta ja aineistonkeruun onnistumista

parantavia menetelmiä, muun muassa kenttätestausta (Giordano-Mulligan 2017) ja pilottitestiä (Meyer 2016), ennen varsinaisen tutkimuksen suorittamista.

Yleisimmät tutkimusaineiston analyysiohjelmat ovat sekä artikkeleissa että väitöskirjoissa olleet SPSS (Statistical Program for Social Sciences)¹⁰, AMOS¹¹ ja MPlus¹². Lisäksi LISREL (Wong & Cummings 2009b), PASW (Predictive Analytic Software) (Mondini ym. 2020), SAS (Statistical Analysis System) (Haddad 2013), Microsoft Excel (Stearns 2012) ja JASP Team (Sepeng ym. 2020) nimetään analyysissä käytetyiksi ohjelmistoiksi. Analyysissä on sovellettu usein erilaisia faktori-, varianssi-, regressio- ja korrelaatioanalyyssejä, rakenneyhtälömallitekniikoita, bootstrap-menetelmää ja suurimman uskottavuuden menetelmiä¹³. Rakenneyhtälömallien arvioinnissa käytetään aina myös erilaisia yhteensopivuuslukuja (esim. Laschinger ym. 2015; Sepeng ym. 2020).

Kvalitatiivisen aineiston analyysiin on käytetty sisällönanalyysin ja temaattisen analyysin lisäksi joissain väitöskirjoissa myös grounded theory -menetelmää (McElrath 2013) sekä transsendentaaliseen fenomenologiaan pohjaavaa, Stevick-Colaizzi-Keen -analyysimenetelmää (Meyer 2016). Meyerin (2016) fenomenologisen menetelmän soveltamiseen sisältyy kolme keskeistä tutkimusprosessin elementtiä, jotka ovat läsnä analyysia tehdessä. Nämä kolme elementtiä ovat epoche-vaihe eli luonnollisesta asenteesta irtautuminen sulkeistamalla omat ilmiötä koskevat kokemukset ja ennako-oletukset, transsendentaalis-fenomenologinen reduktio sekä vapaa mielikuvatasolla tapahtuva muuntelu. Soveltamansa analyysimenetelmän Meyer esittelee viidestä vaiheesta koostuvana, joita ovat tiivistettynä (1) epoche-vaihe, (2) tutkimusilmiön kannalta merkittävien aineisto-osuuksien tai merkitysten tunnistaminen, (3) merkitysten ryhmittely ja kuvauksen muodostaminen siitä, mitä osallistujat kokevat ilmiöön liittyen, (4) kuvauksen muodostaminen siitä, miten osallistujat kokevat tutkittavan ilmiön, ja (5) yhtenevä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä,

10 Barbosa 2018; Beckman 2013; Bryan 2019; Davidson 2017; Du Plessis & Boshoff 2018; Farnese ym. 2019; Giordano-Mulligan 2017; Haddad 2013; Hlongwane & Olivier 2017; Johnson 2015; Laschinger & Fida 2014a; Laschinger & Fida 2014b; Laschinger ym. 2015; Laschinger ym. 2012; Malik 2018; Malik & Dhar 2017; Malik ym. 2016; McElrath 2013; Nelson ym. 2014; Parchment 2015; Puni & Hilton 2020; Qureshi & Aleemi 2018; Rahimnia & Sharifrad 2015; Saxe-Braithwaite & Gautreau 2020; Stearns 2012; Wong & Cummings 2009b; Wong ym. 2020; Yemi-Sofumade 2012; Yun & Kang 2018; Özer ym. 2019

11 Davidson 2017; Laschinger ym. 2015; Laschinger ym. 2012; Malik 2018; Malik & Dhar 2017; Malik ym. 2016; Nelson ym. 2014; Rahimnia & Sharifrad 2015; Yun & Kang 2018

12 Farnese ym. 2019; Laschinger & Fida 2014a; Laschinger & Fida 2014b; Sepeng ym. 2020; Stander ym. 2015

13 Näiden lisäksi tutkimuksissa nimettyjä menetelmiä ovat olleet monimuuttuja-analyysi, SPSS:n PROCESS-makrolla tehdyt analyysit (esim. mediaatioanalyysi ja polkuanalyysi), rakennevalidointi, luotettavuusanalyysi (muun muassa Cronbach alpha), t-testi, Mann-Whitneyn U-testi, Shapiro-Wilk-testi, Kruskal-Wallis H -testi, sisällönanalyysi, koodausmenetelmät, painotetun pienimmän neliösumman menetelmä, Fisherin tarkka testi, I-CVI (item content validity index), S-CVI (scale content validity index), khiin neliö -testi, pääakselifaktorointi, temaattinen analyysi sekä erilaiset tilastolliset jakaumat (esim. keskihajonta) ja analyysin pohjana käytetyt testit (Kaiser-Mayer-Olkinin ja Bartlettin testi).

jossa yhdistyvät vaiheiden kolme ja neljä tavoitteet. Huomionarvoista kuitenkin on, ettei hänen (emt.) tutkimuksensa fenomenologinen osuus kohdistu autenttisen johtamisen sisältöön, vaan ennemminkin sen vaikutuksiin. Näin fenomenologisen tutkimuksen aihe poikkeaa merkittävältä osin oman tutkimukseni aiheesta (ks. luku 4.3).

4.2 Katsaus johtajaidentiteetin tutkimusmenetelmiin

Johtajaidentiteettiä terveydenhuollossa koskevien tutkimusten aineistonkeruu ja -analyysimenetelmät ovat moninaisempia kuin autenttisen johtamisen tutkimuksessa, vaikka johtajaidentiteettitutkimuksia on lukumäärältään paljon vähemmän kuin autenttisen johtamisen tutkimuksia.

Johtajaidentiteettiin terveydenhuollossa liittyvien alkuperäistutkimusten aineistonkeruussa toistuvat johtamisen kehitysohjelmat (leadership development programme) tutkimuksen toteuttamispaikkana. Bushfield (2012) on toteuttanut interpretivismiin pohjautuvan, fenomenologiseksi tapaustutkimukseksi määrittelemässään väitöstutkimuksessaan aineiston keruun 18 kuukauden pituisen johtamisen kehitysohjelman puitteissa. Aineisto koostuu puolistrukturoiduista haastatteluista, osallistumisen kautta kerätyistä havainnoista ja aiheen kannalta keskeisistä dokumenteista, joihin lukeutuvat muun muassa kehitysohjelman aikana osallistujille jaetut materiaalit. Haastatteluaineiston analysointi tehdään yhdeksän vaiheen avulla, joita ovat 1) haastattelujen litterointi, 2) alustavien tiivistelmien kirjoitus ja keskeisten lainausten huomiointi, 3) avoin koodaus, jolloin pääteemat syntyvät tiivistelmien ja alan kirjallisuuden tuntemisen yhdistelmästä, 4) haastatteluosien kategorisointi ja sijoitus pääteemoihin, 5) aineiston uudelleenjärjestäminen kategorisoinnin pohjalta ja uusien tiivistelmien kirjoitus, 6) aksiaalinen koodaus, jonka aikana etsitään suhteita ja toistuvia kaavoja sekä tunnistetaan uusia teemoja uudelleenjärjestetyn kategorisoinnin pohjalta, 7) aineiston tulkinta syvemmän ymmärryksen ja merkitysten tavoittamiseksi, 8) tulkintojen testaaminen vaihtoehtoisia selityksiä etsimällä, ja lopuksi 9) merkitysten ja ilmenneiden teorioiden tarkastelu suhteessa aiempaan kirjallisuuteen. Analyysi toteutetaan induktiivisella otteella ja sillä tavalla aiempaa tietoa sulkeistaen, että aiempi tieto ja tutkimus eivät rajoittaisi aineistosta nousevien merkitysten ja tulosten ilmenemistä vaan ennemminkin auttaisivat merkitysten tunnistamisessa. Myös kirjalliset dokumentit käydään läpi induktiivisellä otteella ja niiden analysoinnissa hyödynnetään haastatteluaineiston analyysissa esiinnousseita teemoja. Havainnoinnin kautta saatu aineisto on kerätty osallistumalla koulutuspäiville, keskustelutilanteisiin ja muihin tapaamisiin. Kuten kirjalliset dokumentit, myös havainnointiaineisto koodataan, teemoitellaan ja suhteutetaan haastatteluaineiston löydöksiin. Luvussa 4.3 vertaan Bushfieldin (2012) fenomenologista menetelmää omaan eksistentiaalistis-fenomenologiseen menetelmääni.

Croft ym. (2015) ovat keränneet hoitajien ammattikuntaan kohdistuvassa narratiivisessa tutkimuksessaan tutkimusaineiston kahdelta johtamiskursilta, joissa on keskitytty johtamisen kehittämiseen silloin, kun hoitaja siirtyy sekä hoitajan että johtajan identiteettiä vaativaan johtamistehtävään. Tutkimusaineisto sisältää osallistujahavaintoja ja haastatteluaineistoa. Johtamiskursseille osallistumisen kautta kerättyjä ja saatuja havaintoja on 120 tunnin edestä. Nämä havainnot ja aiheeseen liittyvä kirjallisuus ovat toimineet pohjana teemojen kehittämislle puolistrukturoituja haastatteluja varten, jotka on toteuttanut hoitajataustainen tutkija. Haastatteluissa haastateltavia on kannustettu puhumaan täysin avoimesti identiteettiin liittyvistä seikoista, vaikka teemat ovat ohjanneet pääosin haastattelua. Haastatteluaineisto on analysoitu Straussin ja Corbinin induktiivisen koodauksen tekniikalla, jossa koodauksen rakenne koostuu neljästä koodaustasosta (emt.).

Myös Ryanin ym. (2021) tutkimuksen kontekstin luo terveydenhuollon työnteekijöille suunnattu, 18 kuukauden pituinen johtamisen kehitysohjelma. Aineisto sisältää yhteensä yli 50 tuntia tallenteita 25:stä haastattelusta ja seitsemästä työpajasta. Näiden lisäksi aineistoon kuuluu 194 kriittistä tapahtumaa kirjoitetussa muodossa, kehitysohjelman loppukyselyssä saatuja vastauksia avoimiin kysymyksiin sekä kehitysohjelman aikana tehtyjä osallistujahavaintoja. Aineiston analyysissa sovelletaan Glaserin ja Straussin jatkuvan vertailun menetelmää, joka on myös grounded theory-menetelmän keskeisimpiä osuuksia. Analyysimenetelmä koostuu kolmen, osittain päällekkäisen ja samaan aikaan käynnissä olevan aineiston prosessointitavasta (emt.).

Vaikka johtajaidentiteettiä terveydenhuollossa käsittelevien tutkimusten aineisto on useimmiten ainakin osittain laadullista, myös kvantitatiiviseen aineistoon pohjaavia tutkimuksia löytyi kaksi. Li ym. (2020) ovat keränneet lääkärin ammattikuntaan kohdistuvassa tutkimuksessaan tutkimusaineistonsa terveydenhuollon palveluita tarjoavasta verkkoympäristöstä, haodf.com -sivustolta. Kohdejoukkoon kuuluu yhteensä 875 lääketieteellistä tiimiä, joissa toimii yhteensä 3170 lääkäriä. Tutkimusaineisto sisältää jokaisen lääkärin työskentelyyn liittyvää vaivannäköä kuvaavia muuttujia, jotka ovat sisäänkirjautumistiheys verkkoympäristöön ja lääkärin kotisivuilta löytyvien julkaistujen artikkelien määrä. Tämän lisäksi tutkimusaineisto koostuu lääkärin antamien palveluiden määrästä ja muusta olennaisesta tiedosta, joiden pohjalta tarkastellaan konsultaatioiden vaikuttavuuskertoimia kolmen kuukauden tarkastelujaksolla. Aineiston analyysiin käytetään Stata-ohjelmaa ja analyysissa hyödynnetään muun muassa hierarkkista lineaarista regressioanalyysia ja pienimmän neliösumman menetelmää (emt.). Toisen johtajaidentiteettiä terveydenhuollossa koskevan kvantitatiivisen tutkimuksen (Quinn & Cola 2020) aineisto koostuu strukturoiduilla kyselyillä kerätystä aineistosta. Suurin osa kyselylomakkeen kysymyksistä on kehitetty jo validoitujen kyselylomakkeiden pohjalta mittaamaan sosiaalisen älykkyyden kompetenssia, positiivista psykologista ilmapiiriä ja ammatillista osallistumista. Roolipalvomisen mittaamiseksi on kehitetty kuitenkin

kin täysin uusi kyselylomake aiemman tutkimuskirjallisuuden pohjalta. Lomakkeen kysymyksiä on testattu ennen varsinaisen tutkimusaineiston keruuta ja kysymyksiin on tehty palautteen pohjalta tarkennuksia, minkä lisäksi on suoritettu pilottikysely. Analyysissa hyödynnetään osittaisen pienimmän neliösumman menetelmää sekä eksploratiivista ja konfirmatorista faktorianalyysia. Rakennetyhdyntämallia arvioidaan bootstrap-menetelmällä ja testataan polkukertoimilla sekä korrelaatiokertoimilla (emt.).

Quinnin ja Perellin (2016) grounded theory -menetelmää soveltavan tutkimuksen tutkimusaineisto koostuu puolistrukturoiduin haastatteluin kerätystä aineistosta. Haastatteluissa käytetään kriittisten tapahtumien haastattelutekniikkaa, jolloin haastateltavat antavat narratiivisia vastauksia avoimiin kysymyksiin. Aineiston analyysi alkaa haastattelujen kuuntelemisella ja litteroitujen haastattelujen lukemisella. Tätä seuraa kolmivaiheinen analyysi, jonka lopuksi tutkimuksessa muodostetaan kolme keskeistä tulosta lääkärin johtajaidentiteetistä.

Pattenin (2016) eksploratiivisen, ravitsemusterapeutteihin (Registered Dietitian Nutritionists) kohdistuvan väitöstutkimuksen aineisto on kerätty kyselylomakkeella, joka sisältää strukturoitujen kysymysten lisäksi myös avoimia kysymyksiä. Vaikka kyselylomake pohjautuu aiemmin esitettyyn johtamiskäyttäytymisen taksonomiaan, sitä on muokattu soveltumaan juuri kliiniseen ravitsemustieteeseen (clinical dietetics) ja muokatun kyselylomakkeen validointiin on käytetty kliinisistä ravitsemusjohtajista (clinical nutrition managers) koostuvaa asiantuntijapaneelia. Kvalitatiiviselle aineistolle Patten (2016) ei ole tehnyt varsinaista analyysia, vaan avoimilla kysymyksillä kerätyn aineiston keskeinen sisältö käydään tutkimustuloksissa läpi sellaisenaan ilman analyysia. Kvantitatiivinen aineisto on analysoitu SPSS-ohjelmalla. Kuvailevilla tilastoinneilla ja frekvensseillä aineistosta on muodostettu kokonaiskuva ja analyysissa on hyödynnetty muun muassavarianssianalyysia (ANOVA) sekä konfirmatorista ja eksploratiivista faktorianalyysia.

4.3 Väitöstutkimuksen menetelmälliset valinnat

Avaan tässä luvussa väitöstutkimukseni menetelmällisiä valintoja ja aineiston analyysia osajulkaisun III kautta sen ollessa väitöstyöni ainoa alkuperäistutkimus. Kyseisen yhteisjulkaisun haastatteluaineiston keruun ja analyysin olen suorittanut itsenäisesti.

Ymmärrän eksistentiaalistis-fenomenologisen lähestymistavan nimenomaan lähestymistapana koko tutkimukseen, ei vain aineiston analyysiin. Lähestymistapana se juontaa juurensa Edmund Husserlin ja Martin Heideggerin töihin, joita suomalainen filosofi, psykologi Lauri Rauhala on kehittänyt edelleen yhdistämällä ajatuksen kokemuksen rakentumisesta ja ihmisen olemassaolosta maailmassa (Lehtovaara 1994). Fenomenologisen tutkimuksen keskeisiin periaatteisiin kuuluu sulkeis-

taminen, mutta eksistentialistisessä fenomenologiassa sulkeistaminen ei koske tutkijan ihmiskäsitystä. Tutkimuksessa omaksun Rauhalan holistisen ihmiskäsityksen, jonka mukaan ihmisen olemassaolo koostuu tajunnallisuudesta, kehollisuudesta ja situationaalisuudesta (Rauhala 2005). Ilmiötä on eksistentialistis-fenomenologisen ajattelusuuntauksen mukaisesti tutkittava sen pohjalta, mihin olemassaolon muotoon tutkittava ilmiö kuuluu (Perttula 1998) eli koettua johtajaidentiteettiä tutkin tajunnallisuuteen kuuluvana ilmiönä.

En määrittele johtajaidentiteetin kehittymistä tietynlaiseksi ennen analyysin tekoa. Näin en myöskään tutki johtajaidentiteettiä tietynlaisena ja siten rajaa pois aineistosta mahdollisesti nousevia, määrittelyn ulkopuolella olevia merkityksiä. Eksistentialistis-fenomenologisessa kokemuksen tutkimuksessa keskeistä onkin, että aineiston merkitysten annetaan ilmetä sellaisina kuin ne ovat. Esimerkiksi hypoteesien asettaminen olisi ajatuksen kanssa ristiriidassa, koska hypoteesien myötä myös aineiston tarkastelu rajautuu. Väitöstyöni alkuperäistutkimuksen (III) menetelmää lähimpänä menetelmällisesti ovat jo aiemmissa luvuissa (2.2; 3.2; 4.1; 4.2) esitellyt kaksi tutkimusta. Näistä kuitenkin vain toisessa tutkitaan johtajaidentiteettiä (Bushfield 2012), toisessa taas autenttista johtajuutta (Meyer 2016), fenomenologisella menetelmällä.

Väitöstutkimukseni aineiston olen kerännyt 13 lääkärijohtajan ja 12 hoitajajohtajan avoimilla haastatteluilla, mikä on eksistentialistis-fenomenologisen tutkimusotteen mukaista. Aineiston analyysin olen suorittanut yhteensä 24:lle lääkäri- ja hoitajajohtajalle (perustelut osajulkaisussa III). Lääkärijohtajista (N=13), jotka kaikki olivat erikoislääkäreitä, valtaosa kuului keskijohtoon ja hoitajajohtajat (N=11) kuuluivat lähijohtoon. Haastattelijana pyrin olemaan fenomenologisen kokemuksen tutkimuksen ohjenuoran (Perttula 1995) mukaisesti täysin tietämätön kaikesta ja tutustumaan haastateltavan kokemuksiin hänen kertomansa pohjalta, enkä esimerkiksi aiempaan tutkimuskirjallisuuteen nojaten. Bushfield (2012) viittaa omassa tutkimuksessaan sovelletun interpretivistisen fenomenologisen lähestymistavan keskittyvän yksilöön ja subjektiivisiin kokemuksiin. Oman, deskriptiivisyyttä painottavan eksistentialistis-fenomenologisen lähestymistapani perimmäinen tavoite on löytää yleinen kokemus yksilöllisten kokemusten kautta (Giorgi, Giorgi & Morley 2017; Perttula 1998). Näin ollen yksilölliset kokemukset ovat vain askel matkalla kohti lopullista päämääräni. Kuitenkin eksistentialistinen ote omassa menetelmässäni mahdollistaa sen, että mikäli kokemus osoittautuu yksilölliseksi tai siinä on yksilöllisiä piirteitä, tämä näkyy tuloksissa. Fokukseni on kuitenkin kokemuksessa, ei yksilössä, toisin kuin Bushfieldillä (2012).

Eksistentialistis-fenomenologisen analyysimenetelmän tarkat askeleet olen muodostanut aiempien, tieteenfilosofisesti tutkimukseni kannalta olennaisten fenomenologisten analyysimetodien ja periaatteiden (Giorgi 1985; Giorgi ym. 2017; Perttula 1998, 2008) pohjalta. Erityisesti Juha Perttulan kehittämä, Amedeo Giorgin työhön nojaava, deskriptiivisen fenomenologisen psykologian analyysimenetelmä

(Perttula 1998) toimii eksistentiaalis-fenomenologisen analyysimenetelmäni perustana. Perttulan (1998) menetelmä sisältää deskriptiivisen otteen lisäksi piirteitä myös yksilöllisemmästä, tulkitsevasta fenomenologisesta menetelmästä (ks. esim. Aagaard 2017). Yleisen ja yksilöllisen tason painotukset tulevat Perttulan menetelmässä esille yksilöllisen ja yleisen analyysitason kautta, jotka molemmat koostuvat seitsemästä askeleesta. Hänen pyrkimyksenä on näin kuvata yksilöllinen kokemus ennen yleisen tason tarkastelua. Vaikka lopullinen tavoite on deskriptiivisen fenomenologian mukaisesti saada kuvattua yleinen kokemus, sitä ei tehdä kokemuksen yksilöllisyyden kustannuksella. Väitöstutkimukseni analyysimenetelmä noudattaa tätä ajatusta. Tavoitteenani on kuvata kokemus sellaisena kuin se tutkimusaineiston valossa näyttäytyy. Tällöin otan huomioon sekä kokemuksen yksilölliset että yleiset piirteet ja lopullisena tavoitteenani on mahdollisimman yleisen kuvauksen luominen (III).

Bushfieldin (2012) fenomenologinen menetelmä poikkeaa pääpiirteiltään voimakkaasti omasta tutkimuksestani. Hänen (emt.) analyysinsa askeleet painottavat teemoittelua, kategorisointia ja tiivistämistä, kun oman tutkimukseni ytimenä on ilmiötä koskevien ydinmerkitysten löytäminen sellaisena kuin ne aineistosta ilmenevät. Sulkeistaminen koskee analyysissäni kaikkea muuta paitsi ihmiskäsitystäni (vrt. emt.). Tällä tavalla pyrin kokemuksen puhtaaseen kuvaukseen (ks. Perttula 1998). Vaikka ymmärrän fenomenologiaan olennaisesti kuuluvan aiemman tiedon sulkeistamisen olevan absoluuttisessa mielessä mahdotonta, oma pyrkimykseni siihen on analyysin aikana selkeä. Bushfield (2012, 127) sen sijaan, interpretivististä lähestymistapaa seuraten, huomioi myös aiemman tutkimuksen ja ilmiöstä tiedetyn omassa aineiston analyysissään tavoitteenaan aineiston mahdollisimman laaja, syvälinen ymmärrys. Omassa eksistentiaalis-fenomenologisessa analyysissäni annan aineistosta nousevien kokemusten näyttäytyä ja ilmetä minulle sellaisina kuin ne ovat enkä osallista aiempaa tutkimuskirjallisuutta millään tavalla aineiston analyysiin (III; vrt. emt.).

Analyysimenetelmäni (III) sisältää yhteensä kahdeksan askelta, joista viisi muodostaa analyysin yksilöllisen osan ja kolme yleisen osan. Analyysin edetessä kohti yleistä kokemuksen kuvausta jokaisesta haastatteluaineistosta muodostuu yleinen merkitysverkostoehdotelma. Tämä ehdotelma on koherentti kuvaus tutkittavasta ilmiöstä kokonaisuutena, jota varten olen terävöittänyt, tarkentanut ja selkeyttänyt ydinmerkityksiä entisestään. Analyysin lopullisena tuloksena muodostuu yleinen merkitysverkosto, joka pohjautuu kaikkiin 24:ään ehdotelmaan ja sisältää johtajaidentiteetin kehittymiseen liittyvät ydinkokemukset. Yleistä merkitysverkostoa rakentaessani ehdotelmista nousi esiin toistuvia merkityskategorioita, jotka jäsenivät yleisiä kokemuksia ja niiden välisiä suhteita. Merkityskategorian arvioin yleiseksi eli yleiseen merkitysverkostoon kuuluvaksi, kun se esiintyi vähintään 80%:ssa ehdotelmia.

Meyerin (2016) soveltama fenomenologinen analyysimenetelmä on ydinpiirteiltään samankaltainen oman analyysimenetelmäni kanssa. Alkuperäistutkimuksen

aihe on kuitenkin eri. Meyer tutkii fenomenologisessa alkuperäistutkimuksessaan autenttisten johtajien johdettavien työhyvinvointia ja minä tutkin johtajaidentiteettiä. Väitöstutkimukseni käsitteellinen (I; II) osuus paneutuu merkittävässä määrin autenttiseen johtamiseen, mutta fenomenologisen tutkimuksen kohde on tällöinkin hyvin erilainen kuin Meyerin tutkimuksessa. Väitöstutkimuksessani tutkin autenttisen johtamisen käsitettä, autenttisen johtamisen sisältöä ja tämän sisällön rakentumisen eksistentiaalistis-fenomenologisia lähtökohtia (I; II). Meyer sen sijaan ei tutki fenomenologisesti autenttisuutta eikä autenttisen johtamisen käsitettä tai sisältöä, vaan hän tutkii johdettavien kokemuksia autenttisesti johtamisesta, työhyvinvoinnista ja autenttisen johtamisen vaikutuksista työhyvinvointiin. Autenttinen johtaminen määritellään kuitenkin valtavirran mukaisesti, positiivisen autenttisen johtamisen teoriasta käsin ja autenttista johtamista myös mitataan validoidulla, positiivisen autenttisen johtamisen kyselylomakkeella (Avolio ym. 2007). Fenomenologisen tutkimuksen kohteen poiketessa näin merkittävästi sekä omista teoreettisista julkaisuistani (I; II) että alkuperäistutkimuksestani (III), en näe tarkoituksenmukaisena verrata yksityiskohtaisesti Meyerin (2016) fenomenologista menetelmää omaan eksistentiaalistis-fenomenologiseen menetelmääni.

5 Autenttisen johtamisen ja johtajaidentiteetin alkuperäistutkimusten tulokset

5.1 Katsaus aiempiin autenttisen johtamisen tutkimustuloksiin terveydenhuollossa

Autenttisen johtamisen tutkimustulokset terveydenhuollon kontekstissa ovat pääosin kvantitatiivisin menetelmin löydettyjä vaikutussuhteita. Vaikutussuhteet koskevat autenttisen johtamisen suhdetta muun muassa työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen liittyviin muuttujiin, kuten luottamukseen, työn imuun, työuupumukseen ja irtisanoutumisaikomuksiin. Autenttisella johtamisella tai jollain autenttisen johtamisen ulottuvuudella todetaan lähes poikkeuksetta jonkinasteisia myönteisiä vaikutuksia. Vain harvoissa tapauksissa vaikutussuhteita ei löydetä.

Ammattikuntien rajat ylittävät ja johtajiin yleisesti kohdistuvat tutkimukset

Ammattikuntarajat ylittävissä alkuperäistutkimuksissa autenttisen johtamisen todetaan olevan yhteydessä johtajan uskottavuuteen (McElrath 2013), organisaatioon sitoutumiseen (Hlongwane & Olivier 2017) sekä muutokseen sitoutumiseen muutosta kohtaan koetun kyynisyyden säätelemänä (Bakari ym. 2019). Autenttisella johtamisella on löydetty merkittävä positiivinen yhteys myös työpaikalla koettuun luottamukseen (Coxen ym. 2016; McElrath 2013; Stander ym. 2015) ja optimismiin, jotka taas säätelevät autenttisen johtamisen vaikutusta työn imuun (Standar ym. 2015). Organisaatiokulttuurin on todettu tukevan autenttista johtamiskäyttäytymistä muiden toivottavien käyttäytymispiirteiden (esim. välittäminen, kunnioitus, avoimuus, rehellisyys) lisäksi, mikä taas vahvistaa johtajaan ja organisaatioon sitoutumista, organisaatiokansalaisuutta sekä työhyvinvointia (Meyer 2016). Toisinaan eri tutkimusten tulokset ovat ristiriidassa keskenään. Esimerkiksi Coxen ym. (2016) eivät löydä autenttisella johtamisella suoraa vaikutusta johdettavien organisaatiokansalaisuuteen (organisational citizenship behavior), kun taas Sepeng ym. (2020) kyseisen vaikutussuhteen löytävät.

Työhyvinvointiin liittyen autenttisen johtamisen on havaittu ehkäisevän työpäivän vaihtamisaikomuksia (Sepeng ym. 2020) sekä turvatonta kiintymyssuhdetta esimieheen. Turvaton kiintymyssuhde taas vaikuttaa osittain autenttisen johtamisen ja työtyytyväisyyden väliseen yhteyteen ja säätelee täysin autenttisen johtamisen yhteyttä stressiin ja stressioireisiin (Rahimnia & Sharifrad 2015). Stevens ym. (2014) ovat löytäneet yllättäen heikon negatiivisen vaikutussuhteen autenttisen johtamisen ja potilasturvallisuuteen liittyvän työkäytännön välillä, kun työkäytäntöä mitataan viiden (5) askeleen käsihygienian toteuttamisella. Joskus autenttisen johtamisen

tutkimuksissa vaikutussuhteita ei löydy lainkaan tietyissä ammattiryhmissä. Esimerkiksi Wongin ja Cummingsin (2009b) mukaan autenttisella johtamisella ja työuupumuksella on yhteys ei-kliinistä työtä tekevien keskuudessa, mutta kliinistä työtä tekevien keskuudessa autenttisen johtamisen merkittäviä vaikutussuhteita ei löydetty lainkaan siltä osin kuin se ymmärretään neljästä ulottuvuudesta koostuvana rakenteena (ks. Walumbwa ym. 2008).

Tutkimuksissa, joissa kohdejoukkona ovat olleet yleisesti terveydenhuollon johtajat, autenttisella johtamisella on havaittu samankaltaisia vaikutussuhteita kuin muissakin kohderyhmissä. Muihin kuin kliinisiin ammattikuntiin kuuluvien joukossa autenttisella johtamisella on esimerkiksi havaittu positiivinen suhde työn imuun psykologisen pääoman säädellässä osittain tätä suhdetta (Du Plessis & Boshoff 2018) ja autenttisen johtamisen opintokurssien avartavan ja kehittävän johtamisajattelua (Saxe-Braithwaite & Gautreau 2020).

Lääkäreihin kohdistuvat tutkimukset

Lääkäriopettajien ja lääkäriksi opiskelevien keskuudessa autenttisen johtamisen on havaittu vaikuttavan positiivisesti opiskelutehtävien kehittämiseen kytkeytyvään käyttäytymiseen resurssien/tiedon ja haasteiden etsimisen osalta. Näitä vaikutussuhteita voimistaa edelleen taipumus asettaa tavoitteita tietojen ja taitojen kehittymiseen tähtäävällä tavalla (promotion focus) (Luu & Vo 2020). Autenttisella johtamisella on todettu positiivinen vaikutus myös organisaatiokansalaisuuteen ja työsuoritukseen, joiden välistä suhdetta voimaantuminen säätelee osittain, kun taas työtyytyväisyyden ja autenttisen johtamisen välistä suhdetta voimaantuminen säätelee täysin (Irshad ym. 2019).

Hoitajiin kohdistuvat tutkimukset

Samoin kuin ammattikuntarajat ylittävissä tutkimuksissa, myös hoitajien ammattikunnassa autenttisen johtamisen ja työpaikalla koetun luottamuksen välillä on havaittu merkittävä positiivinen vaikutussuhde (Abdelwahid 2020; Alkaabi & Wong 2020) ja molempien muuttujien on todettu ehkäisevän työpaikkakiusaamista (Abdelwahid 2020; Davidson 2017; Parchment 2015). Mitä autenttisemmaksi johtajat arvioidaan, sitä epätodennäköisemmin johdettavat kokevat emotionaalista väsymyksestä ja kyynisyydestä koostuvaa työuupumusta (Laschinger & Fida 2014a, 2014b), työpaikkakiusaamista (Laschinger & Fida 2014b), työpaikan vaihto- tai irtisanoutumisaikomuksia (Alkharabsheh & Alias 2018; Laschinger & Fida 2014b; Qureshi & Aleemi 2018; Yemi-Sofumade 2012), liiallista työn vaativuutta (Parchment 2015) ja epäasiallista kohtelua (Alkaabi & Wong 2020). Työuupumus taas säätelee autenttisen johtamisen suhdetta psyykkisiin terveysongelmiin ja työtyytyväisyyteen (Laschinger & Fida 2014a). Usein autenttisen johtamisen suhteet jaksamiseen liittyviin tekijöihin ovat hoitajien ammattikunnassa ainakin osittain välillisiä: autenttisen johtamisen on todettu vaikuttavan työuupumukseen työelämän

kuuden osa-alueen (työn määrä, työn kontrolli, työstä saadut palkkiot, työyhteisön ilmapiiri, reiluus sekä yksilön omien arvojen yhteneväisyys työyhteisön arvojen kanssa) ja ammatillisen minäpystyvyyden kautta (Laschinger ym. 2015), emotionaaliseen väsymykseen työpaikkakiusaamisen kautta, työpaikan vaihto- tai irtisanoutumisaikomuksiin työtyytyväisyyden (Laschinger ym. 2012; Qureshi & Aleemi 2018), organisaatioon samaistumisen, ammatillisen minäpystyvyyden (Fallatah ym. 2017) ja työn imun (Qureshi & Aleemi 2018) kautta sekä työtyytyväisyyteen emotionaalisen väsymyksen (Laschinger ym. 2012; Wong ym. 2020), työpaikkakiusaamisen (Laschinger ym. 2012) ja työelämän kuuden osa-alueen (Wong ym. 2020) kautta.

Autenttinen johtaminen vahvistaa omaan työhön liittyvää kontrollin tunnetta (Parchment 2015) sekä vaikuttaa positiivisesti hoitajien työtyytyväisyyteen (Bryan 2019; Stearns 2012), luovuuteen (Malik ym. 2016) ja stressitasoon autenttisen johtamisen ulottuvuuksien parantaessa työtyytyväisyyttä ja laskiessa stressiä (Barbosa 2018). Toisaalta Chapmanin (2016) mukaan vain autenttisen johtamisen itsetietoisuus-ulottuvuudella on suora yhteys johdettavien työtyytyväisyyteen. Autenttinen johdettavuus taas säätelee osittain autenttisen johtamisen ja työtyytyväisyyden välistä suhdetta siten, että johtajan sisäistetyllä moraalilla on merkittävä vaikutus johdettavien itsetietoisuuteen, joka taas vaikuttaa työtyytyväisyyteen (emt.).

Giordano-Mulliganin (2017) kehittämä, hoitajien ammatin piirteet huomioiva autenttisen hoitajajohtajuuden kyselylomake on todettu luotettavaksi, validiksi, Walumbwan ym. (2008) kyselylomaketta osuvammaksi ja sopivammaksi lomakkeeksi mittamaan autenttista johtamista juuri hoitajien ammattikunnassa. Giordano-Mulliganin (2017) tutkimuksen mukaan autenttisella hoitajajohtamisella on positiivinen vaikutus johdettavien työelämän osa-alueisiin sekä työn imuun. Positiivisten vaikutusten valtavirrasta poiketen autenttisella johtamisella ei joissain hoitajien ammattikunnassa toteutetuissa tutkimuksissa löydetä suoraa yhteyttä työuupumukseen (Dwyer ym. 2019), irtisanoutumisaikomuksiin (Dwyer ym. 2019; Özer ym. 2019), työpaikkakiusaamiseen (Yun & Kang 2018) eikä potilastyytyväisyyteen (Johnson 2015). Kuitenkin näissäkin tutkimuksissa löytyy yhteisvaikutuksia. Vaikkeivat esimerkiksi Dwyer ym. (2019) löydä autenttisella johtamisella yksistään positiivisia vaikutuksia, rakenteellisen voimaantumisen, psykologisen pääoman ja autenttisen johtamisen yhteisvaikutuksella on heidän tutkimuksensa mukaan merkittävä yhteys sekä työuupumukseen että irtisanoutumisaikomuksiin.

Hoitajien ammattikunnassa autenttisella johtamisella on lisäksi todettu positiivinen vaikutus psykologiseen pääomaan ja ihmissuhdekeskeiseen organisaatiokulttuuriin (Yun & Kang 2018), työilmapiiriin sen säädelläessä autenttisen johtamisen ja psykologisen hyvinvoinnin välistä suhdetta (Nelson ym. 2014) sekä johtajaan ja organisaatioon samaistumiseen (Fallatah ym. 2017). Työskentelyä ja ammatillista osaamista tukeva ympäristö (Fallatah & Laschinger 2016) sekä johtajan epäasiallinen käytös (Haddad 2013) säätelevät joskus myös autenttisen johtamisen ja työtyytyväisyyden välistä suhdetta. Autenttisen johtamisen ja voimaantumisen välillä

on useita vaikutussuhteita autenttisen johtamisen ollessa positiivisesti yhteydessä rakenteelliseen voimaantumiseen (Johnson 2015), voimaantumisen vaikuttaessa positiivisesti autenttisen johtamisen havaitsemiseen ja autenttisen johtamisen säädellässä voimaantumisen vaikutusta työtyytyväisyyteen (Haddad 2013).

Itsearvioitu autenttisen johtamisen voimistuminen tai kehittyminen opiskeluaikana hoitajien ammattikunnassa ei saa tutkimuksista tukea (Dever ym. 2015). Itsearvioituna autenttinen johtajuus arvioidaan joidenkin tutkimusten mukaan kuitenkin voimakkaammaksi kuin alaiset sen arvioivat sekä hoitajien ammattikunnassa (Bernardes ym. 2020; Carvalho ym. 2016) että muihin kuin klinisiin ammattikuntiin kuuluvien terveydenhuollon johtajien joukossa (Saxe-Braithwaite & Gautreau 2020). Aina itsearvioituna ja johdettavien arvioiman autenttisen johtamiskäyttäytymisen välillä ei kuitenkaan löydy vahvoja vaikutussuhteita ammattikuntien rajat ylittävissä tutkimuksissa (Beckman 2013) eikä hoitajiin kohdistuvissa tutkimuksissa (Stearns 2012).

Waiten ym. (2014) tutkimuksen tulosten vertaaminen muihin autenttisen johtamisen tutkimuksiin on hieman haastavaa, koska heidän kuvaamansa autenttisen johtamisen opintokurssin sisältöä ei ole johdettu suoraan yleisesti käytetyistä autenttisen johtamisen malleista (esim. Avolio ym. 2004; Walumbwa ym. 2008) eikä näin ollen autenttisenä johtajana kehittymistäkään mitata yleisesti käytetyllä autenttisen johtamisen kyselylomakkeella (Walumbwa ym. 2008). Waiten ym. (2014) työssä kuvatussa autenttisen johtamisen opintokurssin suorittaneet hoitajaopiskelijat kuitenkin kehittivät itsetietoisuudessa, henkilökohtaisten arvojen ymmärtämisessä ja itsensä tarkoituksenmukaisessa haastamisessa. Lisäksi kurssin suorittaneet hoitajaopiskelijat huomasivat, ettei johtajana kehittyminen ole mahdollista ilman nykyisten, vakiintuneiden käsitysten muuttamista ja kriittistä ajattelua. Tässä muutoksessa ja kehittämisessä tunnustetaan kollegoiden tuen merkitys.

Alshammarin ym. (2020) tutkimus antaa viitteitä siitä, että autenttista johtamiskäyttäytymistä itsearvioituna voitaisiin ennustaa tunneälykkyyden pohjalta. Kuitenkin Bernardesin ym. (2020) tutkimuksen tulokset kertovat päinvastaista siten, että oma arvio autenttisesta johtamisesta ei ole muiden muuttujien säätelämä. Alaisten arvioimaan autenttiseen johtamiseen vaikuttaa sen sijaan heidän (emt.) mukaansa organisaatiokulttuurin joustavuus ja akkreditoinnin kautta tapahtuva laadun parantaminen. Autenttinen johtaminen vahvistaa virheistä oppimista ja virheiden käsittelyyn ja hallintaan keskittyvää työympäristöä, mikä taas ennaltaehkäisee virheiden syntyä (Farnese ym. 2019). Työn laatuun (Puni & Hilton 2020) ja työsuoritukseen autenttinen johtaminen vaikuttaa paitsi suorasti (Özer ym. 2019) myös psykologisen pääoman kautta lisäämällä kontekstuaalista työssä suoriutumista (Malik 2018) sekä kontekstuaalista suoriutumista lähellä olevaa ekstraroolin mukaista käyttäytymistä (Malik & Dhar 2017). Kvantitatiivisesti arvioitujen suorien vaikutussuhteiden puuttuminen ei välttämättä tarkoita, etteikö autenttinen johtaminen olisi kokonaisuutta arvioitaessa kannattavaa. Esimerkiksi Bryanin (2019) tutkimuksen mukaan

hoitajajohdettavat pyrkivät suorittamaan työnsä hyvin johtajasta tai ohjaajasta riippumatta, eikä autenttisella johtamisella tämän vuoksi ole lainkaan suoraa yhteyttä johdettavien työsuoritukseen, mutta minäpystyvyyden säätely vaikutusuhde sen sijaan löytyy.

Hyvän ohjaajan katsotaan omaavan autenttisen johtamisen ulottuvuuksien mukaisia piirteitä ja ominaisuuksia (Bryan 2019) mutta autenttisen johtamisen teorian tunteminen ei ole autenttisen johtamisen toteuttamisen edellytys. Kuitenkin esimiesasema ja ammatillinen lisäkouluttautuminen ovat positiivisessa yhteydessä itsearvoituun autenttiseen johtamiseen (Mondini ym. 2020). Alshammarin ym. (2020) tutkimuksen mukaan miesjohtajat arvioivat itsensä autenttisemmiksi kuin naisjohtajat ja itsearvioitu autenttinen johtajuus voimistuu iän ja työkokemuksen karttuessa.

5.2 Katsaus aiempiin johtajaidentiteetin tutkimustuloksiin terveydenhuollossa

Kuten terveydenhuollossa tehdyn johtajaidentiteettitutkimusten menetelmälliset valinnat, myös tulokset ovat moninaisia. Vaikka selkeitä kausaalisia suhteitakin johtajaidentiteettitutkimusten tuloksista löytyy, autenttisen johtamisen tutkimuksessa niitä on huomattavasti enemmän johtuen kausaalisten suhteiden tutkimiseen tarkoitetuista menetelmävalinnoista. Johtajaidentiteettitutkimuksen ollessa usein kvalitatiivista, myös tulokset ovat sisällöllisesti moninaisempia ja kuvailevampia kuin useimmiten kvantitatiivisilla menetelmillä suoritetuissa autenttisen johtamisen tutkimuksissa.

Ammattikuntien rajat ylittävä tutkimus

Bushfieldin (2012) tutkimuksen mukaan johtajaidentiteetti rakentuu sosiaalisessa kontekstissa ja kehittyy ja muokkautuu ajan kuluessa sekä yksilöllisistä kokemuksista että ympäristön muutoksista johtuen. Johtamiskoulutukset ovat hänen mukaansa yksi keskeinen johtajaidentiteetin rakentumisen ohjaaja niiden tarjotessa käytäntöjä, kokemuksia ja toimintamalleja johtamisen kehittymisen tueksi. Organisaatorinen tuki ja vapaus toteuttaa johtamista omannäköisesti on keskeistä johtajaidentiteetin kehittymiselle (emt.). Croft ym. (2015) ovat esittäneet johtajana toimimisen ja johtajaidentiteetin kehittymisen edellytykseksi kliiniseen ammattikuntaa kytkeytyvän emotionaalisen siteen katkaisemisen. Sen sijaan Bushfieldin (2012) tutkimustulosten mukaan työn onnistumisen kannalta on tärkeää omata ammatillinen kaksoisidentiteetti, joka sallii ja yhdistää kliinikkona ja kliinisenä johtajana toimimisen. Tällaisen kaksoisidentiteetin kehittyminen on haastava prosessi sen kyseenalaisuudessa ja haastaessa olemassa olevan kliinisen ammatti-identiteetin merkitykset, ja edellyttäessä siihen sisältyvistä oletuksista ja käyttäytymismalleista poisoppimisen

uuden kaksoisidentiteetin omaksumiseksi. Kliinisestä ammatti-identiteetistä ei siis pidä Bushfieldin (2012) mukaan välttämättä luopua, vaan ennemminkin rakentaa se uudelleenlaiseksi.

Naisjohtajiin kohdistuva tutkimus

Ryan ym. (2021) määrittelevät tutkimustuloksina neljä limittäistä, yhtäaikaista johtajaidentiteetin kehittämiseen vaikuttavaa riskinhallinta ja -käsittelyprosessia naisjohtajien keskuudessa, jotka jaetaan rakenteellisiin ja yksilön toimijuuteen liittyviin elementteihin. Rakenteellisiin elementteihin kuuluvat ympäristön asettamat, riskien havaitsemiseen ja tunnistamiseen liittyvät tekijät sekä havaittujen riskien hallinta ja niiden merkityksen heikentäminen. Johtajaidentiteetin kehittymiseen liittyviä riskejä synnyttää muun muassa organisatorisen tuen puuttuminen ja havaittuja riskejä saadaan heikennettyä muun muassa johtajuuteen liittyvien kokemusten jakamisen kautta. Yksilön toimijuuteen liittyviin elementteihin taas kuuluu toimijuuden kehittäminen johtajana ja tähän liittyvien riskien hyväksyminen ja hallinta. Toimijuuden kehittyminen johtajana tapahtuu muun muassa juuri johtajaidentiteetin kehittymisen ja voimistuneen minäpystyvyyden kautta. Tällöin myös riskien hyväksyminen ja hallinta tulee mahdolliseksi käytännössä saatujen johtamiskokemusten kautta, jotka vahvistavat edelleen oman johtajuuden kehittymistä, kasvattavat luottamusta itseän johtajana ja vahvistavat halukkuutta hyväksyä johtajuuteen kuuluvat riskit (emt.).

Ravitsemusterapeutteihin kohdistuva tutkimus

Pattenin (2016) ravitsemusterapeutteja koskevan tutkimuksen tulosten mukaan suurin osa ravitsemusterapeuteista arvioi itsensä kliiniseksi johtajaksi, kokee johtamisen olevan merkityksellistä päivittäiselle, kliiniselle työlle ja kokee nauttivansa työstä, kun siihen kuuluu johtamista. Sillä, kuinka vahvaa ja aktiivista johtamiskäyttäytymistä on, on merkittävä yhteys ammatilliseen osallistumiseen (professional involvement) sekä johtamiskoulutuksiin osallistumiseen. Kaksiosaisen tutkimuksen (emt.) toisessa osassa on tutkittu johtamisen taksonomiaa laillistettujen ravitsemusterapeuttien keskuudessa. Tulosten mukaan johtaminen koostuu viidestä osatekiestä, joita ovat (1) muutoksen johtaminen, (2) potilaskeskeinen johtaminen, (3) itsensä ja oman toiminnan johtaminen työssä, (4) tekninen, tiedon ja tiedolla johtaminen sekä (5) suhteisiin keskittyvä johtaminen. Tutkimustulokset (emt.) ovat merkittävältä osin erilaisia kuin muissa terveydenhuollon johtajaidentiteettiä koskevissa tutkimuksissa siltä osin, että tutkimuksen kohderyhmässä johtamisesta nautitaan ja johtamisrooli omaksutaan selkeästi useammin kuin terveydenhuollon johtajaidentiteettitutkimuksessa yleensä. Syynä on todennäköisesti se, että tutkimuksen (emt.) kohderyhmänä ovat laillistetut ravitsemusterapeutit, kun taas useimmiten terveydenhuollon johtajaidentiteettitutkimuksen kohderyhmänä ovat olleet lääkärit tai hoitajat. Lääkäreillä ja hoitajilla kliininen ammatti-identiteetti vaikuttaakin olevan selvästi vahvempi kuin laillistetuilla ravitsemusterapeuteilla.

Lääkäreihin kohdistuvat tutkimukset

Lin ym. (2020) tutkimus poikkeaa muista tutkimuksista sen osalta, ettei tutkimuksen kohteena ole niinkään johtajaidentiteetti mitattavana tai elävänä ja muuttavana ominaisuutena, vaan lääkärijohtajan roolin yhteydet muihin muuttujiin. Tutkimuksessa omaksuttu identiteettiteoriaan pohjaava lähestymistapa ymmärtää johtajaidentiteetin kehittyvän johtajan tehtävän/roolin myötä ja näin ollen johtajaidentiteetin olemassaoloa myös mitataan sillä, toimivatko tutkimukseen osallistuneet kliinikot johtamistehtävässä vai eivät. Tutkimustulosten (emt.) mukaan sekä johtajaidentiteetillä että ammatillisella ryhmäidentiteetillä on merkittävä positiivinen vaikutus annettujen palveluiden määrään, kun palveluihin sisältyivät lääkärin tekemät kirjalliset konsultaatiot ja puhelinkonsultaatiot. Kuitenkin vaikutussuhteissa on yksityiskohtaisemmin tarkasteltuna eroja, eikä johtajaidentiteetin vaikutussuhde muihin muuttujiin ole aina positiivinen.

Quinnin ja Perellin (2016) niin ikään lääkäreitä koskevassa tutkimuksessa kliinisen ammatti-identiteetin todetaan olevan erittäin keskeinen oman itsen määrittelyssä työntekijänä riippumatta siitä, kuinka paljon johtajan roolissa toimimista työ edellyttää. Tutkimuksessa tarkastellaan täysipäiväisesti lääkärin työtä tekeviä sekä osa-aikaisesti ja täysipäiväisesti johtamistyötä tekeviä lääkäreitä. Tulokset kertovat, ettei osa-aikainen johtajan rooli saa lääkäreitä omaksumaan tai edes haluamaan johtajaidentiteettiä. Sen sijaan täysipäiväisesti johtamistyötä tekevä, lääkärin koulutuksen ja työhistorian omaava lääkärijohtaja omaksuu sekä lääkärin että johtajan minäkäsityksen. Nämä täysipäiväisesti johtamistyötä tekevät kokevat muiden työntekijöiden näkevän johtajan roolinsa positiivisena ja arvostettavana asiana ja heiltä odotettavan myös johtajan käytöstä – ei kliinikon. Vastaavaa eivät koe vain osa-aikaisessa johtajan roolissa toimivat lääkärit (emt.). Mielenkiintoista on, että muutama vuosi myöhemmin tehdyssä, myöskin lääkärijohtajuutta koskevassa tutkimuksessa (Quinn & Cola 2020) ei löydetä vastaavaa yhteyttä johtajaidentiteetin omaksumisen ja johtajana/kliinikkona työskentelyn osa-aikaisuudessa/täysipäiväisyydessä. Sen sijaan johtajaidentiteetin omaksumisen edellytyksenä lääkärin ammattikunnassa voidaan Quinnin ja Colan (2020) tutkimustulosten mukaan pitää sitä, että lääkärijohtaja kokee itse olevansa ja haluavansa olla johtaja. Tämän lisäksi lääkärin johtajaidentiteetin omaksumista tukee se, että organisaation muut työntekijöiden ja toiminnot olettavat johtajuutta ja näin tukevat lääkärijohtajan käsitystä itsestään johtajana (emt.).

Hoitajiin kohdistuva tutkimus

Croftin ym. (2015) tutkimuksen mukaan erilaiset identiteettityön muodot voivat lievittää kaksoisroolissa työskentelevän hoitajajohtajan kokemaa identiteettikonfliktia, joka aiheutuu hoitajan ja johtajan roolin sisällöllisistä ristiriitaisuuksista. Usein kliiniseen ammattikuntaan kuulumiseen yhdistyy selvästi positiivisempia tunteita kuin johtajan rooliin. Kuitenkin johtajana emotionaalinen ahdistus on läsnä niin pitkään kuin kliiniseen ammattikuntaan on emotionaalinen side. Ahdistus johtuu

halutun ja tavoitellun kliinisen ammatti-identiteetin menettämisestä ja kliiniseen ammattiryhmään kuulumisen myötä tulleiden vaikutusmahdollisuuksien heikentymisestä johtajan roolin myötä. Tästä negatiivisesta kokemuksesta eroon pääseminen on mahdollista vain, jos johtaja etäännyttää itsensä kliiniseen ammattiryhmään kuuluvasta ammatti-identiteetistä. Tällöin emotionaalinen side ja kiinnittyminen kliiniseen ammattikuntaan katkeaa eikä kliiniseen ammatti-identiteettiin kuuluvia merkityksiä, oletuksia, odotuksia tai vaatimuksia ja niistä johtuvaa emotionaalista ahdistusta enää koeta (emt.). Kuitenkin tulee huomioida, että kliiniseen ammattikuntaan kuulutaan lähes aina ennen johtajan roolin ottamista. Näin ollen jo vakiintunut kliininen ammatti-identiteetti täytyy kyseenalaistaa tai uudelleen muotoilla johtamisen onnistumiseksi, mikä on haastava tehtävä ja voi jo itsessään herättää epäuskavuutta.

5.3 Väitöstutkimuksen tulokset autenttisuudesta ja johtajaidentiteetistä julkisrahoitteisessa terveydenhuollossa

Autenttisen johtamisen osalta väitöstutkimukseni ei sisällä alkuperäistutkimusta, jossa olisi käytetty tarkkaa, systemaattista analyysimenetelmää. Kuitenkin osajulkaisu II sisältää monia väitöstutkimukseni haastatteluaineistosta nousseita alustavia tuloksia, jotka joko selittävät, risteävät, tarjoavat konkretiaa tai auttavat ymmärtämään autenttisen johtamisen teorioita sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä. Osajulkaisun II alustavia tuloksia autenttisuudesta ei ole tarkoituksenmukaista käsitellä tässä luvussa yksityiskohtaisesti, koska alustavat tulokset eivät ole tieteellisen analyysin lopputulemana varmennettuja.

Täsmällisen tieteellisen analyysin sisältävä alkuperäistutkimukseni koskee johtajaidentiteettiä terveydenhuollossa ja se esitetään osajulkaisussa III. Näin ollen tässä 5.3 luvussa väitöstutkimukseni tulosten tarkastelu keskittyy johtajaidentiteettiin. Vertaan alkuperäistutkimukseni tuloksia (III) luvussa 5.2 esittelemiini terveydenhuollon johtajaidentiteettiä koskeviin aiempiin tutkimustuloksiin. Vertausta aiempien tutkimusten tuloksiin olen tehnyt myös osajulkaisussa III, mutta siinä vertailu ei ole pohjautunut systemaattiseen tutkimuskatsaukseen. Tässä yhteenvedo-osassa tulokset asettuvat uuteen valoon, kun vertailussa käyttämäni tutkimus on merkittävältä osin uudempaa kuin alkuperäistutkimuksen julkaisun aikaan. Kuvaan ensin muutamia huomioita osajulkaisusta II, minkä jälkeen siirryn alkuperäistutkimuksen (III) tuloksiin.

Osajulkaisu II

Alustavien tulosten mukaan kaksoisrooleissa toimivien hoitaja- ja lääkärijohtajien työstä löytyy sekä positiivisen autenttisen johtamisen että eksistentialistisen autenttisen johtamisen (Algera & Lips-Wiersma 2012) piirteitä. Kaksoisroolijohtaminen

näyttää olevan alustavien tulosten mukaan moniulotteinen kokonaisuus, jota ei voi typistää yhteen teoriaan. Sen sijaan autenttisen johtamisen erilaiset lähestymistavat toimivat toisiaan täydentävinä ja käytännön johtamistoimintaa selittävinä. Positiivisen autenttisen johtamisen neljä ulottuvuutta (itsetietoisuus, tasapuolinen tiedon prosessointi, suhteiden läpinäkyvyys, sisäistetty moraalit) koetaan tärkeiksi johtamistyössä ja niiden toteuttamiseen pyritään, vaikkakaan kaikkia positiivisen autenttisen johtamisen teorian taustalla vaikuttavia oletuksia ei johtamistyössä tunnusteta. Samaan aikaan eksistentiaalisen autenttisen johtamisen periaatteet ja piirteet (Algera & Lips-Wiersma 2012) näkyvät kaksoisroolissa toimivien johtajien työssä. Osittain risteävienkin autenttisen johtamisen teoreettisten oletusten esiintyminen johtajan työssä on alustavien tulosten (II) mukaan mahdollista ja jopa väistämätöntä, koska johtamistilanteiden kirjo on moninainen. Tällöin yksi teoreettinen lähestymistapa ei voi selittää johtamista tyhjentävästi ja soveltua kaikkiin tilanteisiin.

Osajulkaisu III

Tutkimukseni tulosten mukaan johtajaidentiteetin kehittymiseen vaikuttavat johtajan yksilöllisyys ja kokemus siitä, että johtajana saa toteuttaa omia arvoja ja omaa itseään. Tämä antaa viitteitä positiivisen autenttisen johtamiskäyttäytymisen tärkeydestä johtajaidentiteetin kehittämisessä. Kuitenkin tulokset (III) myös kertovat, että työn tekeminen ja erilaisten kokemusten saaminen muovaa itseä, omia tavoitteita ja näkökulmia työyhteisön tilanteisiin. Näin ollen itsen (self) ei voi ajatella olevan muuttumaton, vaan sekä johtajaidentiteetin että itsen elävän vuorovaikutussuhteessa ympäristön kanssa. Tältä osin eksistentiaalisen fenomenologin ymmärrys itsestä ja autenttisuudesta (I) näyttäisi kokonaisuudessaan istuvan paremmin terveydenhuollon kaksoisroolissa toimivien johtajien olemisen ja johtajaidentiteettien kehittymisen selittämiseen kuin positiivisen autenttisen johtamisen teoria ja sen sisältämä, humanismiin pohjaava ymmärrys itsestä.

Johtajaidentiteetin kehittyminen on tutkimustulosteni (III) mukaan moniulotteinen prosessi. Voimakkaimmin johtajaidentiteetin kehittymiseen vaikuttavat (1) kliininen työ ja siihen sisältyvät merkitykset ja (2) alaisten ominaisuudet ja esimies-alaisuudet, joista molemmat ovat kytköksissä toisiinsa. Näiden lisäksi johtajaidentiteetin kehittymiseen vaikuttavat suoraan ja mainittujen tekijöiden kautta (3) johtajan yksilöllisyys, (4) yhteiskunta, aikakausi, organisaation kulttuuri ja johtamisjärjestelmä, (5) reflektointipinnat, ja (6) työhistoria. Käyn seuraavaksi läpi näitä tuloksia vertaillen niiden sisältöjä tuoreimpiin terveydenhuollon johtajaidentiteettitutkimusten tuloksiin (luku 5.2).

Kliininen työ, sen tärkeys ja potilashoidon henkinen palkitsevuus ovat tärkeitä kaksoisroolijohtajalle, koska ne antavat merkityksen ja syyn johtamistyölle (III). Koska kliininen työ koetaan tärkeimmäksi (myös Croft ym. 2015), kliinisen työn vaatima panos ja aika priorisoidaan usein korkeammalle kuin johtamistyön tarvitsema aika ja työpanos. Koska johtajana oleminen on väistämättä kiinnittynyt sairaalan

ydintehtävään eli potilashoittoon, kliinisen työn ja työn luonteen tunteminen tukevat johtamista (III). Vaikka Croftin ym. (2015) tutkimuksen mukaan kaksoisroolin ongelmat voivat ratketa vain etääntymällä emotionaalisesti hoitajien/lääkärien ammattikunnasta, omien tulosteni mukaan kaksoisroolissa toimivat johtajat eivät koe sitä edes vaihtoehtona. Identiteetti hoitajana/lääkärinä halutaan välttämättä säilyttää sen kokonaisvaltaisen merkityksellisyyden vuoksi (myös Quinn & Perelli 2016). Kaksoisroolissa toimimisessa on tulosteni mukaan toisaalta kyse siitä, että johtaja haluaa hyödyntää vuosien varrella karttunutta kliinistä osaamistaan johtamistyössä. Toisaalta on kyse resurssien rajallisuudesta. Tällöin kaksoisroolissa ollaan, koska sen tunnetaan olevan välttämätöntä hyvän potilashoidon ja riittävien henkilöstövoimavarojen takaamiseksi eikä niinkään siksi, että johtamistyöstä nautittaisiin (vrt. Patten 2016).

Kliininen työ kytkee kaksoisroolissa toimivan johtajan paitsi tärkeänä pitämäänsä potilastyöhön, myös alaisiin kliinisten ammatti-identiteettien ja yhteisen pääta-voitteen, laadukkaan potilashoidon, kautta. Näin ollen työhön liittyvät kliiniset ammatti-identiteetit ovat keskeisiä johtajaidentiteetin kehittymiselle ja oman itsen määrittelylle (III; Quinn & Perelli 2016). Kaksoisroolissa toimiva johtaja voi kokea itsensä kliinikoksi johtajatehtävästä huolimatta tai hän voi tuntea kliinisen osaamisen olevan edellytys alaisten luottamukselle ja kunnioitukselle, joita molempia tarvitaan johtamistyössä. Tunnetta kliinikkona työskentelyn ehdottomasta ensisijaisuudesta johtamiseen nähden voi olettaa ylläpitävän juuri se, etteivät tutkimukseeni osallistuneet lääkäri- ja hoitajajohtajat tehneet johtamistyötä täysipäiväisesti (ks. Quinn & Perelli 2016). Johtamistehtävän täytyy mahdollistaa kliinikkona toimiminen, mutta kliinisen työn ei tarvitse kokemuksen tasolla mahdollistaa johtajana toimimista silloin, kun työskennellään kaksoisroolissa. Kliininen työ on näin ollen johtamista tärkeämpää, joskin johtajana ja kliinikkona toimimisessa yhtäaikaaisesti nähdään myös paljon hyvää (III). Kliinikon ja johtajan työ tukevat toinen toistaan ja mahdollistavat nimenomaan kliinisen työn ja kliinikkojen johtamisen (myös Bushfield 2012). Tutkimustulosteni mukaan erityisesti lääkärijohtajat kokevat kliinisen asiantuntijuuden olevan johtamisen onnistumisen edellytys. Näin kliinisen työn merkitys korostuu enemmän lääkärijohtamisessa kuin hoitajajohtamisessa.

Alaisten piirteet ja esimies-alaissuhteet vaikuttavat voimakkaasti johtajan itsensä kehittämiseen, koska johtajuutta pyritään kehittämään ja halutaan kehittää sen mukaan, miten alaisten johtaminen ja laadukkaan potilashoidon takaaminen onnistuvat parhaiten. Työskentely yhtenä kliinikkona kollegoiden kanssa koetaan erittäin keskeisenä tekijänä johtamisen toteuttamisessa (III; Bushfield 2012). Kun ollaan lähellä kliinistä työtä ja sen tekijöitä, työympäristön kehittämiseen osallistuminen ja muutostarpeiden huomaaminen onnistuvat tutkimukseni mukaan paremmin kuin silloin, kun johdettavasta työstä ja työntekijöistä ollaan fyysisesti tai psyykkisesti etäällä. Alaiset odottavatkin yhtäaikaisesti sekä johtajan että kliinikon roolia, painotuksen ollessa kuitenkin kliinisen työn ja kliinikkona toimimisen merkityksissä.

Quinnin ja Perellin (2016) mukaan tämä tukee kaksoisroolissa toimivan johtajan halua olla ensisijaisesti klinikko.

Johtajan yksilöllisyys on yksi keskeinen johtajaidentiteetin kehittämiseen vaikuttava tekijä. Vaikka muissakin tutkimuksissa (Bushfield 2012) yksilöllisten ominaisuuksien on todettu vaikuttavan johtajaidentiteettiin, yhtä merkittävää painoarvoa sillä ei ole vaikuttanut olevan kuin omassa tutkimuksessani. Kaksoisroolijohtajan omien arvojen ja tavoitteiden toteuttaminen onnistuu paremmin ja vaivattomammin kliinisessä työssä kuin johtamistyössä, vaikkakin se on johtamistyössäkin mahdollista. Koettu vapaus, lupa olla yksilö ja toteuttaa johtamista omannäköisesti ovat keskeisiä johtajaidentiteetin kehittymiselle. Johtamishalukkuutta taas määrittää motivaatio kehittää itseä ja kliinistä työtä. Tämän motivaation keskeisimpiin syihin ei kuitenkaan ole tulosteni mukaan aina mahdollista vaikuttaa, jos motivaatio pohjautuu pitkälti esimerkiksi siihen, kuinka hyvät valtuudet ja vaikutusmahdollisuudet kliinisen työn kehittämiseen on (III).

Muutosorientoituneet kehityssuunnat terveydenhuollossa ja yleinen työkuultuuri vaikuttavat paitsi organisaatioon, myös kaksoisroolissa toimivaan johtajaan yksilötasolla. Lisäksi sairaalaorganisaation kompleksisuus, hierarkiat ja jäykkyys hankaloittavat osaltaan johtajana toimimista (III), kun taas muiden työntekijöiden ja organisaation tuki voivat vahvistaa kokemusta itsestä johtajana (Bushfield 2012; Quinn & Perelli 2016; Quinn & Cola 2020). Yleisesti organisaatioon ja ympäristöön liittyvät tekijät ovat keskeisiä vaikuttajia johtajuuden kehittämisessä (III; Ryan ym. 2021). Esimerkiksi arvot, säännöt ja oletukset johtajuudesta luovat potentiaalisia riskejä johtajaidentiteetin kehittymiselle. Ryanin ym. (2021) tutkimuksessa johtajuuden kehittymistä sävyttävänä tekijänä on kuuluminen tiettyyn sukupuoli-ryhmään, naisiin tai miehiin. Omassa tutkimuksessani johtamista määrittävänä tekijänä on sen sijaan kuuluminen tiettyyn ammattiryhmään, lääkäreihin tai hoitajiin. Esimerkiksi lääkäreiden ja hoitajien arvohierarkiaa voivat ylläpitää lähinnä traditiot, joiden olemassaoloa vahvistaa lääkärin laillinen päävastuu potilaan hoidosta. Kuitenkin hierarkioiden olemassaolo ja vahvuus on aina riippuvainen kokijasta ja näin ollen myös kokijan ohjailtavissa – yksi ei välttämättä tunnista arvohierarkiaa itsensä ja toisen välillä, jonka toinen kuitenkin kokee (III).

Kuten muissakin tutkimuksissa on todettu (esim. Ryan ym. 2021), ympäristö ohjaa johtajaidentiteetin sisältöjen kehittymistä tarjoamalla monia peili- ja reflektiopintoja, joiden kautta omaa johtamista on mahdollista arvioida ja saada tukea johtajana kehittymiselle. Tutkimustulokseni kertovat, että esimerkiksi alaisten hyvinvointi ja työyksikön tavoitteiden täyttyminen luovat onnistumisen kokemuksia ja kannustavat jatkamaan itsen kehittämistä johtajana. Koulutukset ja kurssit johtamisesta ja omasta erikoisalasta taas vahvistavat johtajaidentiteetin kehittymistä antamalla konkreettisia ohjeita, kollegiaalista tukea johtajana toimimiseen ja näkökulmia johtajana olemisesta (III; Bushfield 2012; Croft ym. 2015; Ryan ym. 2021) kliinikkona toimimisen lisäksi. Se tapa, jolla johtaja reagoi ja havaitsee ympäris-

töään, kumpuaa sekä klinisen työn että johtamistyön kokemuksista ja siitä, minkä kaksoisroolijohtaja kokee tärkeäksi johtamisessa ja klinisessä työssä (III).

Työkokemus vaikuttaakin johtajaidentiteetin kehittymiseen ja muovaa sitä jatkuvasti. On lähes mahdotonta tietää etukäteen, haluaako lääkäri/hoitaja toimia johtajana vai ei, ennen kuin hänellä on ollut riittävästi mahdollisuuksia tehdä johtamistyötä ja kokeilla johtajaidentiteetin sopimista (III). Linjassa tämän tuloksen kanssa Ryanin ym. (2021) tutkimustulokset kertovat, että johtamistyöhön liittyvien kokemusten kerääminen, niiden reflektointi ja oman johtajuuden kokeilu käytännössä edistävät johtajuuden ja johtajaidentiteetin kehittymistä. Saman löydöksen on tehnyt Bushfield (2012). Johtajaidentiteetin kokeileminen vaatii aikaa ja se voidaan sivuuttaa pelkästään siksi, ettei aikaa tai tilaa johtajaidentiteetin kokeilemiseen ole (III). Johtamiskoulutukset tarjoavat hyvän mahdollisuuden johtajuuden kokeiluun (Bushfield 2012; Ryan ym. 2021) antamalla tilan, ajan ja myös tuen johtajaidentiteetin testaamiseen. Johtajaidentiteetin omaksumisen edellytyksenä on, että johtaja kokee itse olevansa johtaja ja ympäristön tukevan tätä kokemusta (Quinn & Cola 2020). Tutkimustulosteni mukaan työkokemuksen merkitys johtajuuden kehittymisessä tulee myös siitä, että sen avulla kaksoisroolijohtaja osaa sijoittaa itsensä työyhteisöön sopivalla tavalla. Työkokemuksen myötä hänelle on ehtinyt kertyä tietoa muiden osaamisesta, asiantuntijuudesta, vastuualueista ja johdettavien luonteesta. Näin ollen kokemukset työssä voivat joko heikentää tai vahvistaa johtajuuden ja johtajaidentiteetin sisällön kehittymistä sen tapahtuessa suhteessa muihin. Kyse ei ole niinkään siitä, tukevatko muut työntekijät omaa käsitystä itsestä johtajana (vrt. Quinn & Cola 2020), vaan ennemminkin siitä, millaista johtajuutta työntekijöiden koetaan haluavan (III).

6 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa olen käsitellyt johtajuutta ja johtajuuden kehittymistä julkisen terveydenhuollon kaksoisroolissa. Kaksoisroolilla olen viitannut tilanteeseen, jossa lääkäri-/hoitajajohtaja tekee kliinisen työn lisäksi myös johtamistyötä. Koska kaksoisrooli haastaa merkittävästi johtamistyötä ja johtajuuden kehittymistä lääkärien ja hoitajien ammattikunnissa, johtamisen tutkimukselle juuri tässä kontekstissa on ollut tilausta.

Tutkimuksessani olen soveltanut eksistentiaalistis-fenomenologista lähestymistapa, joka on toiminut sekä analyysimenetelmänä että tutkimukseni pääkäsitteiden, autenttisuuden ja johtajaidentiteetin, ymmärryskehikkona. Eksistentiaalistis-fenomenologisen ajattelun mukaisesti olen lähestynyt aihetta kokemuksellisuuden kautta ja kokemuksista käsin. Lähestymistapa sekä haastaa positiivisen psykologian tradition mukaista autenttisen johtamisen teoriaa että antaa uuden näkökulman kaksoisroolissa toimivan lääkäri-/hoitajajohtajan johtajaidentiteetin tarkasteluun. Tässä luvussa erittelen ensin artikkeliväitöskirjani osajulkaisujen kontribuutiot käsitteelliseen ja käytännönläheiseen tutkimuskysymykseen, minkä jälkeen esitän kontribuutioihin pohjautuvat johtopäätökset. Lopuksi arvioin tutkimukseni luotettavuutta ja esitän jatkotutkimusehdotuksia.

6.1 Osajulkaisujen kontribuutiot

Taulukossa 3 kuvaan kolmen tutkimukseeni kuuluvan osajulkaisun kontribuutiot käsitteelliseen ja käytännönläheiseen tutkimuskysymykseen. Käsitteellisiin kontribuutioihin paneudun yksityiskohtaisesti luvussa 6.2 ja käytännönläheisiin luvussa 6.3. Osajulkaisun IV kontribuution kuvaan välittömästi taulukon jälkeen. Johtopäätösten pohjana olevien tulosten vertaamista ja suhteuttamista aiempaan tutkimukseen sekä aiempien tutkimusten katsausta olen tehnyt luvuissa 2-5. Tämän pohjalta esitän taulukossa 3, mikä johtopäätös vahvistaa jo aiemmissa tutkimuksissa todettua ja mikä taas on uusi tutkimustulos.

*Taulukko 3 Osajulkaisujen kontribuutiot tutkimuskysymyksiin (*uusi tutkimustulos, **vahvistaa osittain tai täysin aiempien tutkimusten tuloksia)*

| | <i>Mitä eksistentialistis-fenomenologinen lähestymistapa merkitsee autenttisuuden ja johtajaidenteetin käsitteelliselle jäsentämiselle terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisessa?</i> | <i>Mitä eksistentialistis-fenomenologinen lähestymistapa autenttisuuteen ja johtajaidenteettiin antaa terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisen käytäntöjen kehittämiseksi?</i> |
|------------|--|--|
| I | <ul style="list-style-type: none"> • Autenttisuuden määrittely kokemuksellisenä ilmiönä * • Kokemusperäisen autenttisuuden hyödyntäminen johtajaidenteetin kehittämisen perustana* | <ul style="list-style-type: none"> • Pohjan luominen ammattikuntia yhdistävälle johtamiselle ja johtamistyön toteuttamiselle ensisijaisesti johtajana, ei klinikkona* |
| II | <ul style="list-style-type: none"> • Kokemuksellisuuden eri puolien hahmottaminen** | <ul style="list-style-type: none"> • Itsen ja muiden kokemuksen huomiointi* |
| III | <ul style="list-style-type: none"> • Johtajaidenteetin tutkimus merkitysverkostona* | <ul style="list-style-type: none"> • Johtamisulottuvuuden tukemisen lähtökohdat kaksoisroolissa erityisesti lääkärijohtajien keskuudessa** |

Osajulkaisu IV poikkeaa menetelmällisten valintojen ja kontekstin osalta (ks. luvut 1.4 & 3.3) muista osajulkaisuista. Se tuottaa soveltavia johtopäätöksiä erityisesti osajulkaisun III tulosten merkityksestä, laajentaen kaksoisroolijohtamisen tutkimusta terveydenhuollosta koko kunnallisalalle. Osajulkaisu IV osoittaa, että eri kunnallisalojen kaksoisroolijohtamisella on monia yhtymäpintoja eksistentialistis-fenomenologisesti tutkittuun (III) terveydenhuollon kaksoisroolijohtamiseen. Erityisesti ammatillisen profession merkitys kaksoisroolijohtamisen määrittäjänä ja sisällön tuottajana korostuu osajulkaisussa IV. Tämä on täysin linjassa terveydenhuollon kaksoisroolijohtajien johtajuuden kehittämisen kanssa. Kuitenkin tutkimustulosteni perusteella lääkäri- ja hoitajajohtajien työssä ammatillinen professio näyttää olevan voimakkaampi kaksoisroolijohtamisen määrittäjä kuin kunnallisalalla yleensä. Tästä kertoo se, että terveydenhuollon johtamisessa klininen työ ja ammatti-identiteetti nähdään automaattisesti tärkeämpänä kuin johtaminen.

Keskijohto (lääkärijohtajat) on tutkimustulosteni mukaan jopa vahvemmin kiinnittynyt ammatilliseen professioon kuin lähijohtajat (hoitajajohtajat) (III). Sen sijaan kunnallisalalla substanssityön merkitys korostuu lähijohtamisessa. Muutoin tilanne ei ole itsestäänselvä, vaan eri aloilla on vaihtelevia käsityksiä siitä, pitäisikö kaksoisroolijohtajan olla enemmän johtamisen vai substanssityön asiantuntija (IV). Osajulkaisujen III ja IV pohjalta on perusteltua esittää, että kunnallisalan kaksoisroolijohtaminen koostuu ja kehittyy samankaltaisista tekijöistä alasta riippumatta, mutta painotuksissa voi olla huomattavaakin eroa eri ammateissa.

6.2 Käsitteelliset johtopäätökset

Eksistentiaalis-fenomenologisesta näkökulmasta autenttisuus ja johtajaidentiteetti pohjautuvat läsnäolevaan kokemuksellisuuteen terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisessa. Eksistentiaalis-fenomenologinen ajattelusuuntaus antaa näin autenttisuuden ja johtajaidentiteetin määrittelylle aiemmista tutkimuksista poikkeavan lähestymistavan ja sisällön (I; II). Kokemuksellisuuden käsittely osana johtajaidentiteettiä ja autenttisuutta koskee sitä, mikä osuus kussakin hetkessä saaduista kokemuksista on aidosti kyseisen hetken ehdoilla muodostuneita kokemuksia ja mikä osuus taas aiempien kokemusten määräämää ja ohjaamaa. Autenttisuuden ja johtajaidentiteetin ymmärryksen pohjana ei ole niinkään mikään tietty autenttisuuden tai johtajaidentiteetin teoria. Ymmärryksen pohjautuu sen sijaan kokemuksellisuuteen yhtenä ihmisenä olemisen peruseriaatteena (II).

Soveltamastani eksistentiaalis-fenomenologisesta näkökulmasta itseä ja autenttisuutta/epäautenttisuutta ei voi määritellä sisällöllisesti hyväksi tai huonoiksi, vaan kokemukselliseksi, tilanteissa eläväksi ja toteutuviksi ilmiöiksi. Silloin, kun aiemmat kokemukset eli kokemushistoria ohjaa kokemista nykyhetkessä (II), kyseessä on eksistentiaalis-fenomenologisesta lähtökohdasta epäautenttinen kokeminen. Silloin, kun kokeminen ja havaitseminen taas on vapaata, ennako-oletuksetonta ja aiemmista kokemuksista riippumatonta, se on eksistentiaalis-fenomenologisesta lähtökohdasta autenttista (I). Näin eksistentiaalis-fenomenologinen lähestymistapa (I; II) haastaa positiivisen autenttisen johtamisen teorian näkemystä itsestä ja autenttisuudesta tietynsisältöisinä, myönteisiä merkityksiä omaavina rakenteina. Positiivisen autenttisen johtamisen teoriaa on haastettu aiemminkin eksistentiaalisella otteella (Algera & Lips-Wiersma 2012). Kuitenkaan soveltamaani lähestymistapaa tai esittämäni autenttisuuden ja itsen ymmärtämiskehikkoa (I) ei ole esitetty aiemmissa tutkimuksissa.

Positiiviseen psykologiaan pohjaava, valtavirran mukainen autenttisen johtamisen teoria lähestyy autenttisuutta sisällöllisesti hyvänä (I). Teorian ihmiskäsitykseen sisältyy oletus johtajan itsen (self) merkityssisältöjen pysyvyydestä, korkeasta moraalista ja eettisyydestä. Positiivisen autenttisen johtamisen teorian ihmiskäsitys

vaikuttaa näin pohjautuvan paitsi humanismiin, osittain myös essentialismiin. Tällöin johtajan autenttisuus on aitoa ja hyvää, epäautenttisuus taas jollain tavalla epärehellistä, valheellista tai epäeettistä. Omaksumani eksistentiaalistis-fenomenologinen näkökulma poikkeaa merkittävästi positiivisen autenttisen johtamisen ihmiskäsityksestä. Eksistentiaalistis-fenomenologisesta näkökulmasta olemassaolo tulee väistämättä ennen mitään muuta. Näin ollen oman itsen (self) hyvyttä ei voi arvioida ennen kuin se on olemassa. Toisaalta en oleta myöskään autenttisuuden mahdollistavalle kokevalle itselle (I) mitään tiettyä sisältöä, jota vasten sen hyvyttä olisi edes mahdollista arvioida.

Autenttisen johtamisen tutkimuksen heikkous on ollut autenttisuuden ja autenttisen johtamisen tarkastelun yksipuolisuus. Teorian kehityksen alkumetreillä 2000-luvun alussa kuultiin monia, valtavirrasta poikkeavia, vaihtoehtoisia tapoja autenttisuuden ymmärtämiseen. Kriittiset näkökulmat ja autenttisen johtamisen teorian haastaminen muilla lähestymistavoilla unohtuivat kuitenkin melko pian positiivisen autenttisen johtamisen teorian vakiinnuttua vuonna 2008. Toisaalta positiivisen autenttisen johtamisen rakennetta on tutkittu niin laajasti, että rakenteen hyväksyminen ja haastamisen lopettaminen joitain poikkeuksia lukuun ottamatta (esim. Algera & Lips-Wiersma 2012) on ollut perusteltua. Autenttisen johtamisen rakenteen luotettavuutta onkin testattu monen eri tutkijan toimesta, ja pääpiirteissään rakenne on säilynyt sellaisena, millaisena se vuonna 2008 esitettiin (Gardner & Karama 2021). Eksistentiaalistis-fenomenologisen menetelmän soveltaminen teoreettisena viitekehysenä täydentää tuoreella tavalla autenttisen johtamisen tutkimuskenttää.

Autenttisuudella on tutkimukseni mukaan merkittävä yhteys johtajaidentiteetin kehittymiseen. Kaksoisroolissa toimivan lääkäri-/hoitajajohtajan johtajaidentiteetin kehittyminen tulee mahdolliseksi, kun kliinisestä näkökulmasta päästään ainakin joiltain osin irti. Tämä edellyttää eksistentiaalistis-fenomenologista autenttisuutta eli ennakko-oletuksettomuutta ympäristöä kohtaan kokemuksen saamisen hetkellä (I). Absoluuttisessa mielessä ennakko-oletuksettomuus on mahdotonta, mutta siihen pyrkiminen on mahdollista ja erityisesti muutostilanteissa toivottavaa (II). Käytännössä kyseessä on merkittävältä osin myös ennakko-oletusten tunnistaminen. Ne määrittävät, halutaanko itseä kokea johtajaksi eli onko johtajaidentiteetin kehittyminen siltä osin edes mahdollista.

Tutkimustulokseni kertovat, että lääkäri- ja hoitajajohtajat kokevat ympäristöönsä pääosin kliinikkoina (III). Johtamistyö on tällöin eksistentiaalistis-fenomenologisesta näkökulmasta epäautenttista, koska kokeminen tapahtuu aiemmin hankittujen kokemusten pohjalta ja ehdoilla. Johtajaidentiteetin ja johtajan näkökulman kehittyminen estyy, mikäli tutusta kliinikon näkökulmasta irtautuminen ja ennakko-oletukseton, eli autenttinen, kokeminen eivät onnistu. Kun päästään tilanteeseen, jossa kliinikon näkökulma ja kliininen ammatti-identiteetti eivät määrää tai rajoita kokemista ja havainnointia, uuden, johtajan näkökulman löytyminen on mahdollista (I;

ks. myös II). Johtajan näkökulman ei ole tarkoitus syrjäyttää kliinikon näkökulmaa eikä johtajaidentiteetin kliinistä ammatti-identiteettiä. Sen sijaan johtajaidentiteetin on tarkoitus toimia kliinisen ammatti-identiteetin rinnalla kaksoisroolijohtamisessa.

Suomessa fenomenologisessa ja yleensäkin aineistolähtöisessä johtajaidentiteettitutkimuksessa on selkeä tyhjiö, ja myös kansainvälisesti aineistolähtöisten terveydenhuollon johtajaidentiteettitutkimusten määrä on alhainen (luku 3.2). Eksistentiaalis-fenomenologinen väitöstutkimukseni täydentää tätä puutteellista johtajaidentiteetin tutkimusaluetta (III). Aineistolähtöisen tutkimuksen, oma työni mukaan lukien, arvon näen johtajaidentiteetin aiempaa syvällisemmässä, paremmassa ymmärtämisessä. Tutkimuksessani esitän lääkäri-/hoitajajohtajan johtajaidentiteetin kehittymisen kokemuksista rakentuneena merkitysverkostona, joka kokoa johtajaidentiteetin kehittymisen kannalta olennaiset kokemussisällöt yhdeksi kokonaisuudeksi. Merkitysverkostossa huomioin sekä yksilölliset että jaetut kokemukset ja niiden yhteydet. Jaettu kokemus ei oman näkemykseni mukaan tarkoita, että kyseinen kokemus pitäisi olla absoluuttisesti yhteinen ja jokaisen osallistujan täsmällisesti jakama. Eksistentiaalis-fenomenologisesti rakennettu merkitysverkosto antaaakin tilaa kokemuksen liikkumiselle yleinen-yksilöllinen-akselilla painotuksen pysyessä kuitenkin kokemusten mahdollisimman yleisen tason kuvauksessa (III).

6.3 Käytännön johtopäätökset

Tutkimustulosteni mukaan terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisessa korostuvat taito olla, kokea ja havaita avoimesti, aiemmista kokemuksista riippumatta (I), mutta myös jo kertynyt tieto, taito, osaaminen ja asiantuntemus kliinisessä työssä. Yhtäältä kaksoisroolijohtajan aiempien, esimerkiksi potilashoitoon liittyvien kokemusten on toivottavaa antaa vaikuttaa työympäristössä esiintyvien asioiden havaitsemiseen, toimimiseen ja päätöksentekoon. Toisaalta nämä aiemmat kokemukset ja jo olemassa olevat vahvat kliiniset ammatti-identiteetit vaikeuttavat ja rajoittavat lääkäri-/hoitajajohtajan kehittymistä johtajana. Kliininen työ ja asiantuntemus ovat ehdottoman tärkeitä terveydenhuollon johtamisessa (II; III). Silti liian tiukka kiinnittyminen omaan kliiniseen ammattikuntaan estää ammattikuntien rajat ylittävän johtamisen, jossa fokuksena on yhteistyö ja johtaminen kaikkien ammattikuntien näkökulmat huomioiden. Tutkimukseni mukaan uusien näkökulmien havaitseminen ja kokemisen avoimuus tukevat ammattikuntien sekä kliinisten ammatti-identiteettien rajat ylittävän johtamisen kehittymistä (I). Tähän mennessä lääkäri- ja hoitajajohtamisen on mitä ilmeisimmin oletettu olevan vain kuhunkin ammattikuntaan kiinnittyvää toimintaa, mistä kertoo muun muassa johtajaidentiteetin tutkiminen lähes aina vain joko lääkäreiden tai hoitajien ammattikunnassa (luku 3.2). Vaikka on tärkeää tunnistaa eri ammattikuntien johtamisen yksilölliset erityispiirteet, vähintään yhtä tärkeää yhteistyön kannalta on löytää yhdistäviä piirteitä (II). Tutkimukseni mukaan pyrkimys

kokemisen avoimuuteen on yksi keskeinen, niin lääkäri- kuin hoitajajohtajuuteen sisältyvä piirre, jolla voidaan tukea ammattikuntien rajat ylittävää ja eri ammattikuntia yhdistävää johtamista.

Tutkimustulosteni mukaan terveydenhuollon kaksoisroolijohtajien työssä johtaminen on alisteista kliiniselle työlle. Kliinisessä työssä viihdytään, se koetaan merkityksellisemmäksi kuin johtaminen ja myös priorisoidaan johtamista korkeammalle. Lääkäri- ja hoitajajohtajat kokevat itsensä ensisijaisesti lääkäreiksi ja hoitajiksi, eivät johtajiksi (III). Tällöin johtajaidentiteetin kehittämislle ei koeta suoraa tarvetta eikä halua. Sen sijaan kliinisen ammatti-identiteetin kehittyminen lääkärinä tai hoitajana koetaan tarpeelliseksi ja se koetaan mahdolliseksi muun muassa johtajuuden kehittämisen kautta. Johtaminen siis kiinnostaa ja sitä on mielekästä tehdä kliinisen työn ehdoilla.

Kliinisen työn ja kliinisen ammatti-identiteetin keskeisyys kaksoisroolijohtamisessa korostuu tutkimustulosteni mukaan enemmän lääkärijohtajien kuin hoitajajohtajien keskuudessa (III). Näin on siitakin huolimatta, että tutkimukseeni osallistuneista hoitajajohtajista kaikki kuuluivat lähijohtoon, lääkärijohtajista taas valtaosa keskijohtoon. Vaikka lääkäreillä on johtamistyötä kohtaan huomattavaakin kiinnostusta ja motivaatiota (myös Sosiaali- ja terveysministeriö 2019), motivaatio työhön sijoittuu tutkimukseni mukaan pitkälti lääkärin ammattikunnan rajojen sisälle, mikä haastaa johtajaidentiteetin kehittämistä johtajan näkökulmasta käsin. Kliinisen osaamisen ensisijaisuus johtamiseen päteväntekijänä on lääkärijohtajien keskuudessa lähes itsestäänselvyys. Kaksoisroolijohtamisen kehittämisen lähtökohdat saattavatkin olla hoitajien ammattikunnassa joustavampia kuin lääkärin ammattikunnassa. Tämä ei tarkoita, etteikö johtamisen tavoite voisi ja pitäisikin olla suurimmaksi osaksi yhteinen. Kyse on vain siitä, millaisilla toimenpiteillä ja kehittämisaskeleilla yhteisiin johtamistavoitteisiin päästään. Nämä kehittämisaskeleet voivat poiketa merkittävästikin eri ammattikunnissa. Jotta eri ammattikuntien yhtymäpintoja ja toisaalta eroavaisuuksia johtamisen kehittämisen kannalta saadaan yhä paremmin esille, tarvitaan lisää tutkimusta, jossa kohdejoukkona on molempien ammattikuntien edustajia.

Suomessa Lääkäriliitto on linjannut, että kliinistä työtä tekevien lääkärin esimiehenä tulee olla lääkäri (Lääkäriliitto 2014) ja myös niin kansallisen kuin kansainvälisen tutkimuksen mukaan lääkärin johtaminen pohjautuu vahvasti juuri kliiniseen asiantuntijuuteen (Huikko-Tarvainen, Sajasalo & Auvinen 2019; Quinn & Perelli 2016). Erikoislääkärin koulutuksen kehittämistä, jonka keskeisenä osana myös johtamiskoulutuksen kehittämistä sekä johtamistyön asemaa osana erikoislääkärin työtä, on tarkasteltu Suomessa aktiivisesti jo lähes 20 vuoden ajan (esim. Halava 2017; Sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutustyöryhmä 2004). Kaikille erikoislääkäri- tai erikoishammaslääkärikoulutuksessa oleville, jotka ovat saaneet opinto-oikeuden 1.8.2009 tai sen jälkeen, kuuluu pakollisena vain kymmenen opintopisteen (10 op) laajuiset johtamisopinnot (Lääketieteelliset.fi 2022; ks. myös

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 56/2015, muutettu 55/2020). Lääkärijohtaminen (Huikko-Tarvainen, Juuti, Auvinen & Sajasalo 2022; Huikko-Tarvainen ym. 2019) sekä lääkärien johtamisopintojen laajuus ja sisältö (NLY 2016, 2021) ovatkin herättäneet keskustelua viime vuosien aikana. Nuorten Lääkärien Yhdistys olisi kannattanut 30 opintopisteen laajuista pakollista lähijohtamiskoulutusta kaikkiin yliopistoihin (NLY 2016). Kuitenkin vain Helsingin yliopisto toteutti pakolliset lähijohtamisopinnot aluksi 30 opintopisteen laajuudessa, mutta laski laajuuden muiden yliopistojen tasolle, 10 opintopisteeseen, vuonna 2018 (Helsingin yliopisto 2017). Näitä pakollisia opintoja voi halutessaan laajentaa lähijohtajapätevyyden tarjoamaksi koulutukseksi (30 op) (Helsingin yliopisto 2022). Erikoistumisen jälkeen voi lisäksi suorittaa täydennyskoulutuksena esimerkiksi Lääkäriliiton järjestämän Erikoislääkärien johtamiskoulutuksen (ELJ, 30 op), joka antaa valmiudet keskijohdon tehtäviin (Lääkäriliitto 2021).

Lääkärijohtajien johtajaidentiteetin kehittymiseen liittyvien ongelmien syytä voi paikallistaa muun muassa johtamiskoulutuksen toteuttamiseen ja sisältöön. Syksyllä 2021 Nuorten Lääkärien Yhdistys julkaisi kannanoton lääkärikoulutuksen johtamisopintojen heikosta toteutuksesta ja selkeän puutteellisesta sisällöstä (NLY 2021). Johtamisopintojen merkitys on erityisen tärkeää lääkärien ammattikunnassa, koska johtamiseen liittyviä tavoitteita asetetaan jo vastavalmistuneelle lääkärille (Helsingin yliopisto 2020). Tutkimukseni kuitenkin kertoo, ettei johtajuus kehity helposti. Onkin perustelua esittää, että johtamisopinnot olisivat selkeästi läsnä jo lääkärin perusopetuksessa ja toisaalta, että erikoistumisvaiheessa olisi paitsi enemmän johtamisen opetusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019), myös yhdenmukaisuutta johtamiskoulutuksen toteutuksen osalta eri yliopistojen välillä (NLY 2021). Kliininen erityisasiantuntijuus ja vankka työkokemus ovat kliinikoiden johtamisen keskiössä, mutta johtamistaitojen, -osaamisen ja johtajaidentiteetin merkitystä ei voi silti tutkimukseni mukaan sivuuttaa.

Sairaalaorganisaatioiden ja johtamisen rakenteet sekä johtotehtävien kelpoisuusvaatimukset muuttuvat ja kehittyvät jatkuvasti, tavoitteena aiempaa toimivampi kokonaisuus. Toisaalta myös johtamiskoulutuksen tulee kehittyä terveydenhuollon johtamistarpeita vastaavaksi (NLY 2021). Mitä korkeamman tason johtamisesta puhutaan, sitä merkittävämpi rooli johtajuudella yleensä on suhteessa kliiniseen työhön (vrt. III). Vaikka jo lääkärien perusopetuksen ja erikoistumisvaiheen johtamisopintojen toteutuksessa tunnistetaan useita kehittämistarpeita (emt.; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019), viimeistään erikoislääkäreille suunnatun johtamiskoulutuksen olisi syytä tarjota vankka pohja johtajaidentiteetin kehittymiselle. Tutkimukseni tulosten mukaan johtajaidentiteetin ja sen myötä johtajana kehittymiseen ei kuitenkaan ole nykyisellään riittävästi työkaluja, jolloin johtamistyö jää kliinisen työn jalkoihin (III). Kehittyminen johtajaksi ja itsen kokeminen johtajana tulisi olla koko johtamistyön perusta, jonka päälle johtamistyön substanssia voi rakentaa. Jos kokemus itsestä johtajana on puutteellinen, johtamistyön substanssi kärsii. Huikko-Tarvainen ym. (2022)

toteavat tuoreessa, laajalle kohdejoukolle tehdyssä tutkimuksessaan, että lääkärijohtamisessa ilmenee useita huonon johtamisen piirteitä. Näistä piirteistä monet liittyvät ihmisten johtamiseen ja toisaalta ihmisenä johtamiseen, siis johtamisen psykologian ytimeen. Eksistentiaalis-fenomenologinen lähestymistapa tarjoaa perustellun lähtökohdan sellaisen johtamisosaamisen kehittämiseksi, joka rakentuu oman johtajuuskokemuksen pohjalle johtamisen psykologian teemoista (I; II; III) käsin.

Tutkimustuloksiini pohjautuen esitän, että erikoislääkäreille suunnattu johtamiskoulutus keskittyisi nykyistä enemmän johtajaidentiteetin ja johtajuuden kehittämisen teemoihin. Tämän lisäksi perusopetuksen sekä erikoistumisopinon olisi syytä tarjota nykyistä vahvempaa johtamisen opetusta (esim. NLY 2021; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019). Hyödylliset uudet koulutussisällöt koskisivat tutkimukseni mukaan ihmisenä johtamisen ja ihmisten johtamisen näkökulmista muun muassa

- (1) johtajan omaa ihmiskäsitystä ja kokemuksellisuutta,
- (2) johtamistyön ja kliinisen työn välisiä kytköksiä, toisaalta myös eroja,
- (3) sekä yksilöllisten että yhteisten tavoitteiden ja ominaisuuksien tunnistamista ja huomiointia,
- (4) itseen ja toisiin liittyviä oletuksia, odotuksia ja ajatuksia kliinisen työn ja/tai johtamistyön tekijöinä,
- (5) näiden oletusten ja odotusten hyödyllisyyttä, haitallisuutta ja vaikutusta sekä itsen, johdettavien että muiden ammattikuntien edustajien työskentelyyn,
- (6) omaa käyttäytymistä johtajana ja käytöksen vaikutuksia muihin,
- (7) oman toiminnan, ajattelun ja havainnoinnin taustalla vaikuttavia tekijöitä, sekä
- (8) kykyä ymmärtää ja huomata itselle uusia näkökulmia työyhteisön toiminnassa ja ihmisissä.

Tällaiset koulutussisällöt tukisivat nykyistä vahvemmin johtajaidentiteetin kehittämistä, ihmisten johtamisen taitoja ja vastaisivat sekä tässä että muissa tutkimuksissa (esim. Huikko-Tarvainen ym. 2022; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019) tunnistettuihin lääkärijohtamisen ongelmiin ja tarpeisiin.

Johtamisen kehittämistä ja toteuttamista arvioitaessa merkittäviksi tekijöiksi nousevat saatavilla olevien johtamiskoulutusten sisältöjen lisäksi niiden pakollisuus, esimerkiksi opintoihin kuulumisen kautta, sekä johtamistehtävien kelpoisuusehdot. Johtamiskoulutuksen sisällön muokkauksella voi olla vaikutuksia käytännön johtamistyöhön vain, jos kyseinen koulutus on suoritettu. Täydennyskoulutuksena suoritettavat johtamisopinnot voivat kuitenkin olla hyvin hintavia, mikä asettaa kouluttautumiselle ymmärrettäviä rajoituksia siitäkin huolimatta, että koulutuksella on keskeinen vaikutus johtajuuden kehittämiseen.

Tutkimukseni tulosten mukaan paljon on kiinni siitä, mitä johtamisella tarkoitetaan ja sen vuoksi huomio on kiinnitettävä erityisesti terveydenhuollon johtamiskoulutuksen sisältöön, ei pelkästään määrään. Oletus johtamisesta tietynlaisena toimintana määrittää sitä ja toisaalta määrittäytyy siitä, millainen sisältö johtamiskoulutuksella ja johtajan työllä on. Laajemmassa kuvassa vaikuttaa myös se, miten johtamisen ja

johtajaidentiteetin kehittymistä lähestytään ja mitä siitä oletetaan terveydenhuollon alalla yleisesti ottaen. Lopuksi vallitseva työ- ja organisaatiokulttuuri ohjaavat voimakkaasti sitä, millainen merkitys ja arvo johtamisella nähdään olevan. Tutkimukseni mukaan johtamistyön arvo on sekä lääkärien että hoitajien ammattikunnissa selkeästi pienempi kuin kliinisen työn arvo (myös Huikko-Tarvainen, Sajasalo & Auvinen 2020). Toisaalta, jos johtamiskoulutus ei tue riittävästi johtajuuden kehittymistä tai jos johtamiskoulutuksella ei ole merkittävää roolia johtamistehtävän pätevyysvaatimuksissa, onko oikein odottaakaan, että lääkäri- tai hoitajajohtaja omaksuisi johtajaidentiteetin tai pitäisi johtamistyötä aidosti arvokkaana ja merkityksellisenä? Johtamisen arvon (myös Lääkäriliitto 2014) ja johtamiskokemuksen vahvistamisessa sekä kulttuurin muovaamisessa on perusteltua paneutua johtamiskoulutuksen sisältöön ja siihen, millaiset lähtökohdat koulutus luo johtamiselle.

Vaikka tutkimukseni mukaan johtaminen on hoitajien ammattikunnassa irrallisempaa kliinisestä työstä kuin lääkärien ammattikunnassa, johtajaidentiteetin kehittymistä voidaan tukea ja vahvistaa esittämälläni koulutusteemoilla myös hoitajajohtajien keskuudessa. Huomionarvoista on, että vaikka tutkimukseeni (III) osallistuneet hoitajajohtajat olivat lähijohtajia, johtajuuden kehittyminen ei ollut siltikään yhtä sidottua kliiniseen työhön kuin keskijohtoon kuuluvien lääkärijohtajien. Syyinä voi olla se, että hoitajuus ei sellaisenaan tarkoita johtavaa asemaa, joten esimiesasemaan siirryttäessä johtamisosaamisen kartuttamiseen syntyy selkeä tarve. Lääkärin keskuudessa tilanne on täysin eri. Lääkärinä olemiseen yhdistyy usein automaattisesti johtamisasema, päättäjänä toimiminen ja viime käden vastuu esimerkiksi potilaan hoitopäätöksiä tehtäessä. Jo vastavalmistuneen lääkärin yhtenä osaa-mistavoitteena on ymmärtää roolinsa terveyspalvelujen johtamisessa ja hallinnossa (Helsingin yliopisto 2020). Koska lääkärinä toimiminen tarkoittaa joissain määrin jo sellaisenaan johtamisroolia ja päävastuun kantamista, johtajaidentiteetin kehittämiseen muodolliseen johtamisasemaan siirryttäessä ei välttämättä koeta tarvetta. Johtaminen sijoittuu herkästi vain oman kliinisen ammattikunnan sisälle ja ehdoilla tapahtuvaksi toiminnaksi, mikä vaikeuttaa johtajuuden ymmärtämistä ja opettelua lääkärin työstä osittainkaan erillisenä, ammattikuntarajat ylittävänä työnä.

Kuten olen tuonut esille, johtamisen kytkeytyminen kliiniseen hoitajan ja lääkärin työhön on monelta kannalta hyvin toivottavaa ja kannattavaa. Se asettaa kuitenkin kaksoisroolijohtamisen toteuttamiselle ja johtajaidentiteetin kehittymiselle haasteita, joiden ratkomiseen olen esittänyt kehittämistoimenpiteitä koulutuksen osalta.

6.4 Tutkimuksen luotettavuus ja jatkotutkimus

Väitöstutkimukseni luotettavuuden arviointi koostuu yhtäältä osajulkaisujen luotettavuuden arvioinnista, toisaalta osajulkaisujen yhteensopivuudesta ja yhteen-veto-osion koherenssista. Osajulkaisujen luotettavuuden arviointia on tehty joissain

määrin jo osajulkaisuissa. Avaan tässä luvussa pääosin niitä luotettavuuden kannalta keskeisiä asioita, joita osajulkaisuissa ei ole tarkasteltu. Luotettavuuden tarkastelun yhteydessä esitän myös jatkotutkimustarpeita.

Osajulkaisun I luotettavuus perustuu ontologisten oletusten, niiden perusteiden ja päättelyketjujen näkyväksi tekemiseen. Osajulkaisuissa loimme uuden, käsitteellisen viitekehyksen johtajaidentiteetin ja autenttisuuden välisistä suhteista terveydenhuollon kaksoisroolijohtamisessa. Onnistuimme mielestäni hyvin viitekehyksen tarpeen perustelussa sekä sen merkityssisältöjen avaamisessa. Kuten johtamisteorioiden, -viitekehysten ja -mallien kehittämisessä yleensä, mekin pyrimme osajulkaisuissa I mahdollisimman yksiselitteiseen ilmaisuun, teoreettisen viitekehyksen tarkkaan rajaukseen ja erojen osoittamiseen aiempiin malleihin verrattuna. Riskinä tällöin kuitenkin on, että viitekehyksestä tulee liikaa ilmiötä yksinkertaistava ja mutkia suoriksi vetävä. Joissain määrin yksinkertaistus on tarpeen, jotta mallin ydinsanoma saadaan tuotua esille. Myös lukijan kannalta on selkeää, että näkökulman rajaus tehdään yksiselitteisesti eikä tarkastella kaikkia enemmän ja vähemmän relevantteja näkökulmia yhtä aikaa. Keskeinen ydinsanomamme osajulkaisuissa I oli, että eksistentiaalis-fenomenologinen autenttisuus on kaksoisroolijohtajan johtajaidentiteetin kehittymisen edellytys. Esittämämme mallin luotettavuutta olisi voinut mielestäni parantaa tarkastelemalla vielä tarkemmin eksistentiaalis-fenomenologisen autenttisuuden mahdollisuutta ja tärkeyttä kaikissa niissä lukuisissa tilanteissa, joita työyhteisössä voi tulla vastaan. Tähän liittyen myös epäautenttisuuden merkityksen ja tärkeyden erittely erilaisissa tilanteissa olisi tarkentanut esitystämme entisestään. Kuten jo aiemmin toin esille, tällöin riskinä olisi ollut, että ydinsanomamme olisi hukkunut näkökulmien monipolvisuuden syövereihin. Osajulkaisu I tarjoaa teoriapohjan kokemukselliselle autenttisuudelle, mutta alkuperäistutkimusta aiheesta ei ole vielä saatavilla. Tulevaisuuden autenttisen johtamisen tutkimuksen olisikin hyödyllistä keskittyä tämän tutkimusaukon täyttämiseen.

Osajulkaisun II luotettavuuden arviointi kietoutuu tutkimusaineiston käsittelyyn ja tulosten esittämiseen. Osajulkaisuissa II esitin otteita ja yksityiskohtia niistä alustavista tuloksista, joita pystyin sillä hetkellä olevan analyysivaiheen pohjalta kuvaamaan. Suoritin haastatteluaineiston analyysia eksistentiaalis-fenomenologisella menetelmällä, jossa lähestymistavan mukaisesti merkitsevät sekä yksilölliset että yleiset kokemukset. Merkittävin ero alustavan eksistentiaalis-fenomenologisen analyysin ja lopullisen analyysin (ks. III) tuloksien välillä onkin se, että keskeneräisessä analyysissa painottuu selvästi kokemusten yksilöllisyys yleisyyden sijaan. Sekä alustavat että lopulliset tulokset ovat kuitenkin yhtä tiukasti aineistolähtöisiä ja toisaalta analyysin tekijään sidottuja. Koska tulosten saumaton yhteys aineistoon ei muutu analyysin edetessä, pystyin esittelemään myös keskeneräisen analyysin pohjalta hahmottuvia tuloksia. Alustavien tulosten heikkous oli kuitenkin siinä, etten pystynyt osajulkaisuissa II erittelemään tarkasti, kuinka yleisiä tai yksilöllisiä mitkäkin tulokset olivat. Toisaalta tämä ei haitannut osajulkaisun luonteen vuoksi. Osajulkaisun II tavoitteena

oli muodostaa kokonaiskuvaa erilaisista teorian ja käytännön välisistä kytköksistä ja näiden kytköksen moninaisuudesta. Tämä erilaisten kytköksen osoittaminen onnistui myös yksilöllisyyttä painottavien alustavien tulosten avulla. Toisaalta, vaikka analyysi oli keskeneräinen, hahmotin selkeästi alustavista tuloksista, mitkä kokemukset olivat enemmän yleisiä kuin yksilöllisiä. Tämän pystyin tuomaan esille myös osajulkaisussa II. Osajulkaisussa II esiintuomiani alustavia tuloksia en kuitenkaan ole voinut esittää alkuperäistutkimukseni varsinaisina tuloksina.

Väitöstutkimukseni ainoa alkuperäistutkimus on osajulkaisu III, jossa olen toteuttanut haastatteluaineiston analyysin eksistentiaalistis-fenomenologisella menetelmällä. Väitöstutkimukseni luotettavuustarkastelun ydin sijoittuu tähän osajulkaisuun. Analyysimenetelmäni pohjautuu pitkälti Perttulan (1998) kehittämään deskriptiivisesti orientoituneeseen hermeneuttisen psykologian analyysimenetelmään. Tämän vuoksi teen myös luotettavuustarkastelua soveltuvilta osin Perttulan (1998) esittämien luotettavuustekijöiden pohjalta. Tutkimusprosessin koherenssi on luotettavuuskriteeri (emt.), jonka osajulkaisu III täyttää ja pitääkin täyttää. Osajulkaisussa III tutkittavan ilmiön, tutkimusaineiston keruun, teoreettisten lähestymistapojen, analyysimenetelmän ja tutkimustulosten raportoinnin välillä on looginen yhteys. Eksistentiaalistis-fenomenologinen lähestymistapani toimii yhteyksien luoja ja linkittää tutkimuksen eri osat yhteen yhdeksi kokonaisuudeksi.

Toisena luotettavuuskriteerinä tarkastelen tutkimusprosessin ja erityisesti analyysin etenemisen kuvaamista lukijalle (Perttula 1998). Vaikka olen osajulkaisussa III pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksen ja analyysin etenemisen mahdollisimman tarkasti, tämän luotettavuuskriteerin täytyminen jää hieman vaillinaiseksi. Vaillinaisuus tulee isolta osin siitä, että tutkimusprosessin ja analyysin tarkka, yksityiskohtainen kuvaus olisi vaatinut huomattavan paljon tilaa eli konkreettisesti todella paljon sanoja ja sivuja. Tutkimusprosessin kuvaukseen ei ollut kuitenkaan mahdollista käyttää rajatonta sivumäärää osajulkaisussa III, joka oli vertaisarvioitu tutkimusartikkeli. Toisaalta myöskään vertaisarvioijat eivät katsoneet tarvetta tutkimusprosessin tarkempaan kuvaukseen, jolloin oletan sen vastanneen tieteellisiä käytäntöjä.

Osajulkaisun III luotettavuuden kannalta tärkein tekijä liittyy mielestäni tutkimusprosessin aineistolähtöisyyteen ja tutkijan subjektiivisuuteen (ks. Perttula 1998). Aineistolähtöisyydessä olen oman arvioni mukaan onnistunut melko hyvin, mutta inhimillisyys ja ihmisyyset asettavat tietyt rajat tutkimuksen aineistolähtöisyydelle. En voi esimerkiksi sulkea omia ajatuksiani ja oletuksiani ikinä absoluuttisessa mielessä tutkimuksen ulkopuolelle, vaan pienissä määrin omat ajatukseni ohjaavat väistämättä tulosten muotoutumista. Aineistolähtöisyys ei voikaan olla ikinä sataprosenttista, koska tutkimusaineiston analyysi ei voi tapahtua tyhjiössä. Tutkijan eli minun subjektiivisuus on ollut välttämättä läsnä tutkimusprosessissa ja analyysin tekemisessä.

Subjektiivisuuden välttämätön vaikutus (Perttula 1998) korostuu erityisesti eksistentiaalistisessä fenomenologisessa tutkimuksessa, jollainen osajulkaisu

III on. Tässä subjektiivisuus ei ole ongelma, vaan asiaan kuuluvaa. Onhan tutkijakin vain ihminen. Tutkijan subjektiivisuus on syy siihen, ettei eksistentiaalis-fenomenologista tutkimusta voi toistaa identtisenä toisen tutkijan toimesta, vaan tutkimusaineiston keruu ja analyysin tekeminen ovat aina tekijäänsä sidottuja. Kuitenkin olen pyrkinyt osajulkaisussa III siihen, etten antaisi omien ajatusteni ohjata tutkimusaineiston ilmenemistä minulle, vaikkakin omat ajatukseni tutkimusilmiöstä ohjaavat pakosta ja niiden kuuluukin ohjata esimerkiksi sitä, miten kuvaan minulle ilmenneet kokemukset sopivimmalla tavalla. Arvioin, että olin välillä liiankin varovainen tutkittavien kokemusten kuvaamisessa ja mielikuvatasolla tapahtuvassa muuntelussa, etten vain tekisi tulkintaa kuvauksen sijasta (ks. emt.). Tulkitsemisen ja kuvaamisen raja on häilyvä ja usein epäselvä.

Katsausartikkelini eli osajulkaisun IV luotettavuus muodostuu erityisesti tutkimushakurajauksiin liittyvistä tekijöistä (esim. Malila ym. 2018). Suoritin hakuja erilaisilla kriteereillä kartoittaakseni aiempaa tutkimusta osajulkaisua IV varten. Tavoitteenani oli löytää suomalaiset, kunnallisalan kaksoisroolijohtamista käsittelevät tutkimukset. Hakusanojen käyttämisen, muut hakuihin liittyvät rajaukset ja löytyneet tulokset olen kuvannut osajulkaisussa IV. Rajausten tekeminen on välttämätöntä luotettavan tutkimuksen tekemiseksi. Toisaalta, rajaamalla esimerkiksi hakusanoja tai hakutietokantaa, en mitä todennäköisimmin löydä kaikkea tutkimusaiheen kannalta olennaista tietoa. Tämä luo katsauksien luotettavuudelle haasteen, eikä katsausartikkeliä voikaan pitää aukottomana katsauksena (myös emt.). Tutkimushakuihin liittyvää luotettavuusproblematiikkaa esiintyy myös tämän väitöstutkimukseni yhteenvedon osan katsausluvuissa. Tätä problematiikkaa olen kuvannut luvussa 3.2.

Väitöstutkimuksessa soveltamani eksistentiaalis-fenomenologisen lähestymistavan luotettavuutta on haastavaa arvioida, kun keskityn siihen, millaisia rajoja tai oletuksia eksistentiaalis-fenomenologinen lähestymistapa laittaa tutkittavalle ilmiölle ja ihmisille. Tällöin fokus ei ole itse tutkimuksen suorittamisessa, vaan eksistentiaalis-fenomenologisessa ajattelutavassa yleisesti. Ajattelutavan luotettavuuspohdinta toteutuu minulla liitana kysymyksiä, joihin ei ole välttämättä löydettävissä yksioikoista vastausta. Lähestymistapaa soveltaessani olen tasapainoillut yksilöllisen ja yleisen välillä, toisaalta myös teorian ja käytännön välillä. Mikä osuus kokemuksista on yksilöllistä, mikä yleistä, missä menee raja? Jos ajattelen, että ihminen on absoluuttisessa mielessä välttämättä aina yksilöllinen, onko oikein tutkia kokemuksia yleisinä? Vaikka kokemukseen vaikuttaa välttämättä se, mitä on tässä ja nyt, onko aiempien kokemusten pakko ohjata tässä hetkessä kokemista käytännössä? Miksi ihminen kokee siten kuin kokee? Eksistentiaalis-fenomenologisen väitöstutkimukseni osajulkaisuissa olen pyrkinyt antamaan vastauksia näihin kysymyksiin, toisaalta myös avaamaan erilaisia lähestymistapoja niihin. Tyhjentävien vastausten antamisessa tuskin olen onnistunut, mutta sitä olisi kenties kohtuutonta vaatiakaan. Osajulkaisujen yhteensovittamisessa olen onnistunut mielestäni hyvin. Jokainen

osajulkaisu tuo oman panoksensa väitöstutkimukseeni ja avaa kukin omalla tavallaan tutkimukseni näkökulmia ja käsitteitä. Vaikkei osajulkaisu IV kontribuoi suoraan eksistentiaalistis-fenomenologiseen lähestymistapaan eikä rajaudu terveydenhuoltoon, se tarjoaa tärkeän, laajemman kontekstin tutkimukseni kohteena olleelle kaksoisroolijohtamiselle. Osajulkaisun IV tulosten pohjalta voin esittää alkuperäistutkimukseni tulosten olevan joiltain osin sovellettavissa muillekin kunnallisaloille.

Väitöstutkimukseni kontekstina on ollut kaksoisroolijohtajuus julkisrahoitteisessa terveydenhuollossa. Alkuperäistutkimuksen tulokset (III) ovat sovellettavissa lähinnä vain tämän kontekstin rajoissa, lääkäreiden ja hoitajien ammattikunnassa. Olen kuitenkin esittänyt jo aiemmin (I), että teoreettista autenttisuuden ja johtajaidentiteetin eksistentiaalistis-fenomenologista tarkastelua voi tehdä yleisestikin sellaisissa ammattiryhmissä, joissa vallitsee vahvoja ammatti-identiteettejä. Kaksoisroolissa toimivien lääkäri- ja hoitajajohtajien johtajaidentiteetin kehittyminen on ollut väitöstutkimukseni keskiössä, koska johtajuuden kehittyminen on haasteellista juuri kaksoisroolin ja vahvojen kliinisten ammatti-identiteettien vuoksi. Samalla logiikalla voi olettaa, että johtajaidentiteetin kehittyminen on haasteellista myös muilla samat kriteerit täyttävillä aloilla. Myös osajulkaisun IV tulosten mukaan substanssityöllä ja -asiantuntijuudella on keskeinen asema kunnallisalan kaksoisroolijohtamisessa, ei vain terveydenhuollossa. Väitöstutkimukseni alkuperäistutkimuksen tuloksia johtajaidentiteetin kehittymisestä ei voi kuitenkaan yleistää varauksetta muille aloille, koska tutkimukseni koski johtajaidentiteetin kehittymisen osalta vain lääkäri- ja hoitajajohtajia. Johtajuuden ja johtajaidentiteetin kehittymisestä tarvitaan jatkossakin sellaista tutkimusta, jossa on mukana eri alojen kaksoisroolijohtajia. Jos eri aloja tai ammattiryhmiä tutkitaan vain toisistaan erillään, aloja yhdistävät yleiset kokemukset ja muut yhtymäpinnat jäävät herkästi pimentoon. Tämän vuoksi on hyödyllistä ottaa lähestymistavaksi yleisten kokemusten tavoittaminen samalla kun myös yksilölliset kokemukset huomioidaan. Eksistentiaalistis-fenomenologinen menetelmä soveltuu tähän tavoitteeseen myös jatkotutkimuksessa.

Lähteet

- Aagaard, J. (2017). Introducing postphenomenological research: a brief and selective sketch of phenomenological research methods. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 30(6), 519-533. <https://doi.org/10.1080/09518398.2016.1263884>
- Abdelwahid, A.E.-E.A. (2020). Workplace Trust and Authentic Leadership as Predictors of Work-related Bullying among Staff Nurses. *International Journal of Nursing Education*, 12(1), 90-95. <https://doi.org/10.37506/ijone.v12i1.3700>
- Algera, P. M. & Lips-Wiersma, M. (2012). Radical authentic leadership: Co-creating the conditions under which all members of the organization can be authentic. *The Leadership Quarterly*, 23(1), 118-131. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2011.11.010>
- Alilyyani, B., Wong, C.A. & Cummings, G. (2018). Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* (83), 34-64. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.001>
- Alkaabi, O. & Wong, C. (2020). Relationships among authentic leadership, manager incivility and trust in the manager. *Leadership in Health Services*, 33(1), 27-42. <https://doi.org/10.1108/LHS-06-2019-0030>
- Alkharabsheh, O.H. & Alias, R.S. (2018). The Mediating Effect of Organisation Culture on the Relationship between Authentic Leadership and Turnover Intention in Jordanian Public Hospitals. *Journal of Economic & Management Perspectives*, 12(3), 19-35.
- Alshammari, F., Pasay-an, E., Gonzales, F. & Torres, S. (2020). Emotional intelligence and authentic leadership among Saudi nursing leaders in the Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Professional Nursing*, 36(6), 503-509. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.04.003>
- Avolio, B. J. & Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 315-338. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.001>
- Avolio, B.J., Gardner, W.L. & Walumbwa, F.O. (2007). *The Authentic Leadership Questionnaire (ALQ)*. Mind Garden. Ostettavissa 30.5.2021 sivulta <https://www.mindgarden.com/69-authentic-leadership-questionnaire>
- Avolio, B.J., Gardner, W.L., Walumbwa, F.O., Luthans, F. & May, D.R. (2004). Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. *The Leadership Quarterly*, 15(6), 801-823. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2004.09.003>
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 421-449. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163621>
- Bakari, H., Hunjra, A.I., Jaros, S. & Khoso, I. (2019). Moderating role of cynicism about organizational change between authentic leadership and commitment to change in Pakistani public sector hospitals. *Leadership in Health Services*, 32(3), 387-404. <https://doi.org/10.1108/LHS-01-2018-0006>
- Barbosa, M. (2018). *Authentic Leadership Behaviors and Job Satisfaction and Stress among ICU Staff Nurses*. University of Phoenix. ProQuest Dissertations Publishing, 13426920. Haettu 1.12.2021 sivulta <https://www-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/2178455259/74B6AE44AC734A7FPQ/1?accountid=11989>

- Beckman, B.M. (2013). *Building excellence: A study of authentic leadership in health care organizations in northern Saskatchewan*. Capella University. ProQuest Dissertations Publishing, 3593123. Haettu 2.12.2021 sivulta <https://www-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/1438178712/E7C26E1DBC5B4DEBPQ/1?accountid=11989>
- Bernardes, A., Gabriel, C.S., Cummings, G.G., Zanetti, A.C.B., Leoneti, A.B., Caldana, G. & Maziero, V.G. (2020). Organizational culture, authentic leadership and quality improvement in Canadian healthcare facilities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5). <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0732>
- Bryan, V.D. (2019). *Student Nurses' Perception of Preceptors' Authentic Leadership Effect on Self-Efficacy*. University of Calgary, Calgary, AB. Doctoral thesis. Haettu 1.12.2021 sivulta https://prism.ucalgary.ca/bitstream/handle/1880/110758/ucalgary_2019_bryan_venise.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Bushfield, S.J. (2012). *Evaluating human capital investments in public services: the case of clinical leadership development in NHS Scotland*. PhD thesis. University of Glasgow. Haettu 2.11.2021 sivulta <https://theses.gla.ac.uk/3618/1/2012BushfieldPhD.pdf>
- Carpenter, J. & Dickinson, H. (2016). *Interprofessional Education and Training, 2nd Edition*. Iso-Britannia: Policy Press.
- Carvalho, A.G., Cunha, I.C.K.O., Balsanelli, A.P. & Bernardes, A. (2016). Authentic leadership and the personal and professional profile of nurses. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(6), 618-25. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600087>
- Chapman, T.R.III. (2016). *Authentic Leadership and Job Satisfaction: A Quantitative Examination of the Mediating Effects of Authentic Followership in the US Registered Nursing Community*. Capella University. ProQuest Dissertations Publishing, 10246474. Haettu 1.9.2021 sivulta <https://www-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/1861666544/49F01A764A204DEDQP/15?accountid=11989>
- Cloud Hospital. (2022). *Inside Middle East healthcare structure, facts, statistics, and why people seek medical treatment abroad*. Haettu 19.7.2022 sivulta <https://icloudhospital.com/articles/inside-middle-east-healthcare-structure-facts-statistics-and-why-people-seek-medical-treatment-abroad>
- Cooper, D. E. (1990). *Existentialism: A reconstruction*. Oxford, UK: Blackwell.
- Cooper, C. D., Scandura, T. A. & Schriesheim, C. A. (2005). Looking forward but learning from our past: Potential challenges to developing authentic leadership theory and authentic leaders. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 475-493. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.008>
- Coxen, L., van der Vaart, L. & Stander, M.W. (2016). Authentic leadership and organisational citizenship behaviour in the public health care sector: The role of workplace trust. *SA Journal of Industrial Psychology*, 42(1), a1364. <https://dx.doi.org/10.4102/sajip.v42i1.1364>
- Croft, C., Currie, G. & Lockett, A. (2015). The impact of emotionally important social identities on the construction of a managerial leader identity: A challenge for nurses in the English National Health Service. *Organization Studies*, 36(1), 113-131. <https://doi.org/10.1177/0170840614556915>
- Davidson, E.S. (2017). *Presence of Authentic Leadership and Bullying in the Nursing Workplace: A Correlational Study*. University of Arkansas for Medical Sciences. ProQuest Dissertations Publishing, 10271829. Haettu 1.10.2021 sivulta <https://www-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/1927930869/A97F338A6DBA40E0PQ/1?accountid=11989>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. Teoksessa M. H. Kernis (Toim.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (s. 31–49). New York: Plenum Press.
- DeRue, D.S. & Ashford, S.J. (2010). Who will lead and who will follow? A social process of leadership identity construction in organizations. *Academy of Management Review*, 35(4), 627-647.

- Dever, K.H., Roman, T.C., Smith, C.M., Bowllan, N.M., Dollinger, M.L. & Blaine, B.E. (2015). Comparing Professional Values and Authentic Leadership Dimensions in Baccalaureate Nursing Students: A Longitudinal Study. *Journal of Nursing Education*, 54(6), 339-342. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150515-05>
- Du Plessis, M. (2014). *The relationship between authentic leadership, psychological capital, followership and work engagement*. University of the Western Cape. Haettu 1.9.2021 sivulta http://etd.uwc.ac.za/xmlui/bitstream/handle/11394/3903/Du%20Plessis_PHD_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Du Plessis, M. & Boshoff, A.B. (2018). The role of psychological capital in the relationship between authentic leadership and work engagement. *SA Journal of Human Resource Management*, 16(0), a 1007. <https://doi.org/10.4102/sajhrm.v16i0.1007>
- Dwyer, P.A., Revell, S.M.H., Sethares, K.A. & Ayotte, B.J. (2019). The influence of psychological capital, authentic leadership in preceptors, and structural empowerment on new graduate nurse burnout and turnover intent. *Applied Nursing Research*, 48(8), 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.04.005>
- Epitropaki, O., Kark, R., Mainemelis, C. & Lord, R.G. (2017). Leadership and followership identity processes: A multilevel review. *The Leadership Quarterly*, 28(1), 104-129. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2016.10.003>
- EU-terveydenhoito.fi. (2021). *Yhdysvallat*. Haettu 8.10.2021 sivulta <https://www.eu-terveydenhoito.fi/terveyspalvelut-ulkomailla/maakohtaista-tietoa-terveyspalveluista/amerikan-yhdysvallat/>
- Fallatah, F. & Laschinger, H.K.S. (2016). The influence of authentic leadership and supportive professional practice environments on new graduate nurses' job satisfaction. *Journal of Research in Nursing*, 21(2), 125-136. <https://doi.org/10.1177/1744987115624135>
- Fallatah, F., Laschinger, H.K.S. & Read, E.A. (2017). The effects of authentic leadership, organizational identification, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada. *Nursing Outlook*, 65(2), 172-183. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.11.020>
- Farnese, M.L., Zaghini, F., Caruso, R., Fida, R., Romagnoli, M. & Alessandro Sili, A. (2019). Managing care errors in the wards: The contribution of authentic leadership and error management culture. *Leadership & Organization Development Journal*, 40(1), 17-30. <https://doi.org/10.1108/LODJ-04-2018-0152>
- Gardner, W. L., Avolio, B. J., Luthans, F., May, D. R. & Walumbwa, F. (2005). Can you see the real me?" A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 343-372. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.003>
- Gardner, W.L. & Karama, L. (2021). Letter 3, Seeking common ground and acknowledging divergent perspectives on authentic leadership. In "Gardner, W.L., Karama, E.P., Alvesson, M. & Einola, K. (2021). Authentic leadership theory: The case for and against" *The Leadership Quarterly*, 32(6). <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2021.101495>
- George, B., Sims, P., McLean, A. N. & Mayer, D. (2007). Discovering your authentic leadership. *Harvard Business Review*, 85(2), 129-138.
- George, B. (2003). *Authentic leadership: Rediscovering the secrets to creating lasting value*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Giordano-Mulligan, M. (2017). *Developing and Validating an Instrument to Measure Perceived Authentic Nurse Leadership*. Adelphi University. ProQuest Dissertations Publishing, 10610420. Haettu 2.9.2021 sivulta <https://www-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/1905782554/71F1D6AF10484BE9PQ/1?accountid=11989>

- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A., Giorgi, B. & Morley, J. (2017). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. Teoksessa C. Willig & W.S. Rogers (Toim.), *The Sage Handbook of Qualitative Research In Psychology, 2nd edition* (s. 176-192). Sage Publications Ltd.
- Gordon, L.J., Rees, C.E., Ker, J.S. & Cleland, J. (2015). Dimensions, discourses and differences: trainees conceptualising health care leadership and followership. *Medical Education*, 49(12), 1248- 1262. <https://doi.org/10.1111/medu.12832>
- Government of Canada. *Canada's health care system*. Haettu 8.8.2021 sivulta <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html#a1>
- Haddad, L.M. (2013). *Generational Differences in Empowerment, Professional Practice Environment, Incivility, Authentic Leadership, Job Satisfaction, Engagement and Intent to Leave in Acute Care Nurses*. PhD Diss, University of Tennessee. Haettu 1.6.2021 sivulta https://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2896&context=utk_graddiss
- Halava, H. (2017). *Erikoislääkärikoulutukseen kuuluvat johtamisopinnot : selvitys kevään 2017 tilanteesta ja ajatuksia tulevasta*. Turun yliopisto. Haettu 1.12.2021 sivulta https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144989/halava2017johtamisopinnot_erikoisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rikoulutus.pdf?sequence=1
- Hardacre, J., Cragg, R., Shapiro, J., Spurgeon, P. & Flanagan, H. (2010). Exploring links between NHS leadership and improvement. *The International Journal of Leadership in Public Services*, 6(3), 26-38. <https://doi.org/10.5042/ijlps.2010.0515>
- Heidegger, M. (1962). *Being and time [Sein und zeit]*. (Kään. J. Macquarrie & E. Robinson) London, UK: SCM Press.
- Helsingin yliopisto. (2017). *Erikoislääkärikoulutuksen opinto-opas*. Voimassa 1.8.2017 alkaen, päivitetty 7.2.2019. Haettu 1.6.2022 sivulta <https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/EL%20OPINTO-OPAS%202017-2020%20HY.pdf>
- Helsingin yliopisto. (2020). *Valmistuvan lääkärin osaamistavoitteet, 10.6.2020*. Haettu 9.6.2022 sivulta https://www.helsinki.fi/assets/drupal/2021-06/valmistuvan_laakarin_osaamistavoitteet.pdf
- Helsingin yliopisto. (2022). *Johtamisopinnot erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksessa*. Haettu 9.6.2022 sivulta <https://studies.helsinki.fi/ohjeet/artikkeli/johtamisopinnot-erikoislaakari-ja-erikoishammaslaakarikoulutuksessa>
- Hlongwane, V. & Olivier, B. (2017). Authentic leadership influences on organisational commitment in a South African state hospital. *Journal of Psychology in Africa*, 27(5), 400-404. <https://doi.org/10.1080/14330237.2017.1375204>
- Huikko-Tarvainen, S., Juuti, P., Auvinen, T. & Sajasalo, P. (2022). Huono johtaminen lääkärikontekstissa. *Hallinnon tutkimus*, 41(2), 118-132. <https://doi.org/10.37450/ht.109675>
- Huikko-Tarvainen, S., Sajasalo, P. & Auvinen, T. (2019). Mistä on lääkärijohtajat tehty? *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*, 24(1), 40-49. Haettu 3.6.2022 sivulta http://ejbo.jyu.fi/pdf/ejbo_vol24_no1_pages_40-49.pdf
- Huikko-Tarvainen, S., Sajasalo, P. & Auvinen, T. (2020). Lääkärijohtajan johtamisroolit. *Suomen Lääkärilehti*, 75(48), 2607-2611. Haettu 3.6.2022 sivulta <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/laakarijohtajan-johtamisroolitlaadullinen-tutkimus/>
- Husserl, E. (1995). *Fenomenologian idea: viisi luentoa* (Suom. J. Himanka, J. Hämäläinen & H. Sivenius). Helsinki: Loki-Kirjat.
- Ibarra, H. & Petriglieri, J. L. (2010). Identity work and play. *Journal of Organizational Change Management*, 23(1), 10-25. <https://doi.org/10.1108/09534811011017180>

- Ibarra, H., Wittman, S., Petriglieri, G. & Day, D. (2014). Leadership and identity: An examination of three theories and new research directions. Teoksessa D.V. Day (Toim.), *The Oxford Handbook of Leadership and Organizations* (s. 285-300). Oxford University Press.
- Ilies, R., Morgeson, F. P. & Nahrgang, J. D. (2005). Authentic leadership and eudaemonic well-being: Understanding leader–follower outcomes. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 373-394. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.002>
- International Insurance. (2022). *Understanding How India's Healthcare System Works*. Haettu 20.7.2022 sivulta <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/india.php>
- Irshad, P., Ahmad, W. & Rashid, M.U. (2019). The Effect of Authentic Leadership on Employee Work outcome in Public Hospitals of Peshawar: Mediating Role of Employee Empowerment. *City University Research Journal*, 9(2), 306-317.
- Johnson, S.H. (2015). *The Influence of Authentic Leadership and Structural Empowerment on Staff Nurse Decisional Involvement and Patient Quality Outcomes*. Boston College William F. Connell School of Nursing. Boston College University Libraries. Pysyvä linkki: <http://hdl.handle.net/2345/bc-ir:104884>
- Johnson, S.L. (2019). Authentic Leadership Theory and Practical Applications in Nuclear Medicine. *Journal of Nuclear Medicine Technology*, 47(3), 181-188. <https://doi.org/10.2967/jnmt.118.222851>
- Kansaneläkelaitos. (2021). *Sairaanhoitokorvaukset*. Haettu 1.12.2021 sivulta <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-terveydenhuolto-sairaanhoitokorvaukset>
- Kernis, M. H. 2003. Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26. <http://www.jstor.org/stable/1449033>
- Kernis, M. H. & Goldman, B. M. (2006). A multicomponent conceptualization of authenticity: Theory and research. In: M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 283–357.
- Kwok, N., Hanig, S., Brown, D.J. & Shen, W. (2018). How leader role identity influences the process of leader emergence: A social network analysis. *The Leadership Quarterly*, 29(6), 648-662. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2018.04.003>
- Kwok, N., Shen, W. & Brown, D.J. (2021). I can, I am: Differential predictors of leader efficacy and identity trajectories in leader development. *The Leadership Quarterly*, 32(5), 101422. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2020.101422>
- Ladkin, D. & Taylor, S. S. (2010). Enacting the 'true self': Towards a theory of embodied authentic leadership. *The Leadership Quarterly*, 21(1), 64-74. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2009.10.005>
- Laschinger, H.K.S., Borgogni, L., Consiglio, C. & Read, E. (2015). The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1080-1089. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.002>
- Laschinger, H.K.S. & Fida, R. (2014a). New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. *Burnout Research*, 1(1), 19-28. <https://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.002>
- Laschinger, H.K.S. & Fida, R. (2014b). A time-lagged analysis of the effect of authentic leadership on workplace bullying, burnout, and occupational turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(5), 739-753. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2013.804646>

- Laschinger, H.K.S., Wong, C.A. & Grau, A.L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1266-1276. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.012>
- Lehtovaara, M. (1994). Lauri Rauhalaan suorittaman ihmisen ongelman merkitys psykologialle. Teoksessa J. Perttula (Toim.) *Ihmisen jäljillä – Lauri Rauhala psykologian urauurtaja* (s. 27-49). Helsinki: Snellman-korkeakoulu.
- Li, J., Deng, Z., Evans, R.D., Liu, S. & Wu, H. (2020). How doctors take initiatives in online healthcare communities. *Industrial Management & Data Systems*, 120(7), 1401-1420. <https://doi.org/10.1108/IMDS-12-2019-0684>
- Long, T. (2020). Effect of authentic leadership on newly qualified nurses: a scoping review. *Nursing Management*, 27(3), 28-34. <https://doi.org/10.7748/nm.2020.e1901>
- Lord, R. G. & Brown, D. J. (2001). Leadership, values, and subordinate self-concepts. *The Leadership Quarterly*, 12(2), 133-152.
- Lord, R. G. & Hall, R. J. (2005). Identity, deep structure and the development of leadership skill. *The Leadership Quarterly*, 16(4), 591-615. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.06.003>
- Luthans, F. & Avolio, B. J. (2003). Authentic leadership development. Teoksessa K. S. Cameron, J. E. Dutton & R. E. Quinn (Toim.), *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (s. 241-258). San Francisco: Barlett-Koehler.
- Luu, T.T. & Vo, T.T. (2020). Crafting study tasks among medical students: the role of authentic leadership. *BMC Medical Education*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02337-5>
- Lääketieteelliset.fi. (2022). *Lääketieteellinen ammatillinen jatkokoulutus, Johtamisopinnot*. Haettu 7.6.2022 sivulta <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattillinen-jatkokoulutus/johtamisopinnot>
- Lääkäriliitto. (2014). *Lääkärin asema terveydenhuollossa ja terveydenhuollon johtaminen*. Hyväksytty Lääkäriliiton hallituksen kokouksessa 22.8.2014. Haettu 1.6.2022 sivulta https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5249/1_k_rin_asema_terveydenhuollossa_ja_terveydenhuollon_johtaminen_muistio_hyv_ksytty_140822.pdf
- Lääkäriliitto. (2021). *Erikoislääkärien johtamiskoulutus*. Haettu 11.11.2021 sivulta <https://www.laakariliitto.fi/palvelut/koulutukset/erikoislaakarien-johtamiskoulutus/>
- Maile, E., McKimm, J. & Till, A. (2019). Exploring medical leader identity and its formation. *Leadership in Health Services*, 32(4), 584-599. <https://doi.org/10.1108/LHS-12-2018-0066>
- Malik, N. (2018). Authentic leadership – an antecedent for contextual performance of Indian nurses. *Personnel Review*, 47(6), 1248-1264. <https://doi.org/10.1108/PR-07-2016-0168>
- Malik, N. & Dhar, R.L. (2017). Authentic leadership and its impact on extra role behaviour of nurses, The mediating role of psychological capital and the moderating role of autonomy. *Personnel Review*, 46(2), 277-296. <https://doi.org/10.1108/PR-05-2015-0140>
- Malik, N., Dhar, R.L. & Handa, S.C. (2016) Authentic leadership and its impact on creativity of nursing staff: A cross sectional questionnaire survey of Indian nurses and their supervisors. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 28-36. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.004>
- Malila, N., Lunkka, N. & Suhonen, M. (2018). Authentic leadership in healthcare: a scoping review. *Leadership in Health Services*, 31(1), 129-146. <https://doi.org/10.1108/LHS-02-2017-0007>
- Maslow, A. H. (1993). *The farther reaches of human nature*. Arkana: Penguin Books.
- May, D. R., Chan, A., Hodges, T. & Avolio, B. J. (2003). Developing the moral component of authentic leadership. *Organizational Dynamics*, 32(3), 247-260. [https://doi.org/10.1016/S0090-2616\(03\)00032-9](https://doi.org/10.1016/S0090-2616(03)00032-9)

- Maziero, V.G., Bernardes, A., Righetti, E.A.V., Spiri, W.C. & Gabriel, C.S. (2020). Positive aspects of authentic leadership in nursing work: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6). <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0118>
- McElrath, M. (2013). *The influence of authentic leadership attributes on credibility: How administrative leaders in an academic medical center build, maintain or lose credibility*. University of Southern California. ProQuest Dissertations Publishing, 3563949. Haettu 1.6.2022 sivulta <https://www.proquest.com/docview/1400475726?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Meyer, N.R. (2016). *A phenomenological exploration of followers' well-being as influenced by their authentic leaders*. Capella University. ProQuest Dissertations Publishing, 10164298. Haettu 1.6.2021 sivulta <https://www-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/1845002111/558A28EF374D4B7APQ/1?accountid=11989>
- Miles, J.M. & Scott, E.S. (2019). A New Leadership Development Model for Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*, 35(1), 5-11. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.09.009>
- Mondini, C.C.S.D., Cunha, I.C.K.O., Trettene, A.S., Fontes, C.M.B., Bachega, M.I. & Cintra, F.M.R. (2020). Authentic leadership among nursing professionals: knowledge and profile. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4). <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>
- Neider, L.L. & Schriesheim, C.A. (2011). The Authentic Leadership Inventory (ALI): Development and empirical tests. *The Leadership Quarterly*, 22(6), 1146-1164. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2011.09.008>
- Nelson, K., Boudrias, J.-S., Brunet, L., Morin, D., Civita, M.D., Savoie, A. & Alderson, M. (2014). Authentic leadership and psychological well-being at work of nurses: The mediating role of work climate at the individual level of analysis. *Burnout Research*, 1(2), 90-101. <https://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2014.08.001>
- NLY. (2016). Nuorten Lääkärien Yhdistys. *Johtamiskoulutus – hyötyä vai haittaa?* Julkaistu 30.12.2016. Haettu 2.6.2022 sivulta <https://www.nly.fi/lahijohtrajakoulutus-hyotya-vai-haittaa/>
- NLY. (2021). Nuorten Lääkärien Yhdistys. *Kannanotto: Lääkärikoulutuksen johtamisopintoja on uudistettava vastaamaan todellisia tarpeita*. Julkaistu 23.9.2021. Haettu 2.6.2022 sivulta <https://www.nly.fi/kannanotto-laakarikoulutuksen-johtamisopintoja-on-uudistettava-vastaamaan-todellisia-tarpeita/>
- Northouse, P. G. (2010). *Leadership: Theory and Practice*, (5th edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Westbrook, J. & Braithwaite, B. (2010). How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Social Science & Medicine*, 71(5), 898-909. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.029>
- O'Connell, P. K. (2014). A simplified framework for 21st century leader development. *The Leadership Quarterly*, 25(2), 183-20. <https://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2013.06.001>
- OECD/European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Oyserman, D., Elmore, K. & Smith, G. (2012). Self, self-concept, and identity. Teoksessa M. R. Leary & J. P. Tangney (Toim.), *Handbook of self and identity* 2nd edn. (s. 69-104). New York, NY: Guilford Press.
- Parchment, J. (2015). *Nurse Managers, Work Environment Factors and Workplace Bullying*. University of Central Florida. Electronic Theses and Dissertations, 2004-2019, 1465. STARS Citation. Haettu 1.6.2021 sivulta <https://stars.library.ucf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2464&context=etd>

- Patten, E.V. (2016). *The dietetics leadership identity project: leadership taxonomy in clinical dietetics*. Department of Hospitality Management and Dietetics, College of Human Ecology. Kansas State University. Manhattan, Kansas. Haettu 3.6.2021 sivulta <https://krex.k-state.edu/dspace/bitstream/handle/2097/32555/EmilyPatten2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Perttula, J. (1995). *Kokemus psykologisena tutkimuskobteena: johdatus fenomenologiseen psykologiaan*. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti: Tampereen yliopiston kirjasto.
- Perttula, J. (1998). *The Experienced Life-Fabrics of Young Men*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Perttula, J. (2008). Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa J. Perttula & T. Latomaa (Toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen* (s. 115-162). Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Prestia, A.S. (2014). *Chief nursing officer sustainment in the continued practice of nursing leadership: A phenomenological inquiry*. Florida Atlantic University. Boca Raton, Florida.
- Puni, A. & Hilton, S.M. (2020). Dimensions of authentic leadership and patient care quality. *Leadership in Health Services*, 33(4), 365-383. <https://doi.org/10.1108/LHS-11-2019-0071>
- Quinn, J.F. & Cola, P.A. (2020). Understanding physician leadership: the mediating effects of positive organizational climate and relational role endorsement. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 35(10), 1491-1503. <https://doi.org/10.1108/JBIM-01-2019-0032>
- Quinn, J.F. & Perelli, S. (2016). First and foremost, physicians: the clinical versus leadership identities of physician leaders. *Journal of Health Organization and Management*, 30(4), 711-728. <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2015-0079>
- Qureshi, M.A. & Aleemi, A.R. (2018). Authentic Leadership and Turnover Intention: Mediating role of Work Engagement and Job Satisfaction in the Healthcare Sector of Pakistan. *Abasyn Journal of Social Sciences*, 11(2), 400-418.
- Rahimnia, F. & Sharifrad, M.S. (2015). Authentic Leadership and Employee Well-Being: The Mediating Role of Attachment Insecurity. *Journal of Business Ethics*, 132(2), 363-377. <https://doi.org/10.1007/s10551-014-2318-1>
- Rauhala, L. (2005). *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Ryan, N.F., Hammond, M., MacCurtain, S. & Cross, C. (2021). Overcoming risk for women in leader identity development. *Journal of Managerial Psychology*, 36(1), 75-88. <https://doi.org/10.1108/JMP-03-2019-0178>
- Saifman, H.P. (2017). Millennial nurse manager perspectives on their leadership roles in the hospital setting: A phenomenological inquiry. Florida Atlantic University. ProQuest Dissertations Publishing, 10681701. Haettu 8.6.2021 sivulta <https://www-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/2020844249/4B9470C7550B4ECCPQ/1?accountid=11989>
- Saxe-Braithwaite, M. & Gautreau, S. (2020). Authentic leadership in healthcare organizations: A study of 14 chief executive officers and 70 direct reports. *Healthcare Management Forum*, 33(3), 140-144. <https://doi.org/10.1177/0840470419890634>
- Sebrant, U. (1998). Being female in a health care hierarchy. On the social construction of gender and identity in a work organization having a predominance of women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 153-158.
- Sepeng, W., Stander, M.W., van der Vaart, L. & Coxen, L. (2020). Authentic leadership, organisational citizenship behaviour and intention to leave: The role of psychological capital. *SA Journal of Industrial Psychology*, 46(0). <https://doi.org/10.4102/sajip.v46i0.1802>
- Shamir, B. & Eilam, G. (2005). "What's your story?" A life-stories approach to authentic leadership development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 395-417. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.005>

- Shirey, M.R. (2006). Authentic Leadership, Organizational Culture, and Healthy Work Environments. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(3), 189-98.
- Sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutustyöryhmä. (2004). *Sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30*. Opetusministeriö, Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. Haettu 15.11.2021 sivulta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80419/tr30.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). *Lääkäri 2018, Kyselytutkimus vuosina 2007–2016 valmistuneille lääkäreille*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:69. Haettu 28.11.2021 sivulta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4128-1>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 56/2015, muutettu 55/2020. *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttamisesta*. Haettu 11.12.2021 sivulta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2020/20200055>
- Sote-uudistus. (2022a). *Uudistus lyhyesti*. Haettu 9.6.2022 sivulta <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->
- Sote-uudistus. (2022b). *Yleisiä kysymyksiä ja vastauksia sote-uudistuksesta*. Haettu 9.6.2022 sivulta <https://soteuudistus.fi/yleisia-kysymyksia-ja-vastauksia-sote-uudistuksesta>
- Sparrowe, R. T. (2005). Authentic leadership and the narrative self. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 419-439. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.004>
- Stander, F.W., De Beer, L.T. & Stander, M.W. (2015). Authentic leadership as a source of optimism, trust in the organisation and work engagement in the public health care sector. *SA Journal of Human Resource Management*, 13(1). <https://dx.doi.org/10.4102/sajhrm.v13i1.675>
- Stearns, M. (2012). *The Relationship of Leadership Behaviors to Staff RN Job Satisfaction and Retention*. Grand Canyon University. ProQuest Dissertations Publishing, 3523913. Haettu 15.6.2021 sivulta <https://www-proquest-com.ezproxy.ulapland.fi/docview/1038375468/1F6EDB51CD7A4083PQ/1?accountid=11989>
- Steffens, N.K., Haslam, S.A., Peters, K. & Quiggin, J. (2020). Identity economics meets identity leadership: Exploring the consequences of elevated CEO pay. *The Leadership Quarterly*, 31(3), 101296. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2018.10.001>
- Steffens, N.K., Haslam, S.A., Reicher, S.D., Platow, M.J., Fransen, K., Yang, J., Ryan, M.K., Jetten, J., Peters, K. & Boen, F. (2014). Leadership as social identity management: introducing the Identity Leadership Inventory (ILI) to assess and validate a four-dimensional model. *The Leadership Quarterly*, 25(5), 1001-1024. <https://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2014.05.002>
- Stevens, S.C., Hemmings, L., Scott, C., Lawler, A. & White, C. (2014). Clinical leadership style and hand hygiene compliance. *Leadership in Health Services*, 27(1), 20-30. <https://doi.org/10.1108/LHS-09-2012-0029>
- Syväjärvi, A. & Pietiläinen, V. (toim.) (2016). *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Tampere: Tampere University Press.
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *The Social Psychology of Intergroup Relations*, 33(47), 74.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Haettu 1.6.2022 sivulta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021). *Keskusteleva tekoäly sotessa*. Haettu 24.11.2021 sivulta <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/hyvinvoinnin-tekoaly-ja-robotiikka-ohjelma-hyteairo-/keskusteleva-tekoaly-sotessa>
- Valtiovarainministeriö. (2021). *Kansallinen tekoälyohjelma Aurora AI*. Haettu 24.11.2021 sivulta <https://vm.fi/tekoalyohjelma-auroraai>

- van Knippenberg, D., van Knippenberg, B., De Cremer, D. & Hogg, M.A. (2004). Leadership, self, and identity: A review and research agenda. *The Leadership Quarterly*, 15(6), 825-856.
- Verohallinto. (2022). *Työnantajan ja vakuutetun sairausvakuutusmaksu*. Haettu 2.6.2022 sivulta <https://www.vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/48793/ty%C3%B6nantajan-ja-vakuutetun-sairausvakuutusmaksu/>
- Virtanen, J.V. (2010). *Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskihoitoon ja ylimpään hoitoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja A 2:2010. Turku: Uniprint.
- Waite, R., McKinney, N., Smith-Glasgow, M.E. & Meloy, F.A. (2014). The Embodiment of Authentic Leadership. *Journal of Professional Nursing*, 30(4), 282-291. <https://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.11.004>
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S. & Peterson, S. J. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34(1), 89–126. <https://doi.org/10.1177/0149206307308913>
- Wong, C. & Cummings, G. (2009a). Authentic leadership: a new theory for nursing or back to basics? *Journal of Health Organization and Management*, 23(5), 522-538. <https://doi.org/10.1108/14777260910984014>
- Wong, C. & Cummings, G. (2009b). The influence of authentic leadership behaviors on trust and work outcomes of health care staff. *Journal of Leadership Studies*, 3(2), 6-23. <https://doi.org/10.1002/jls.20104>
- Wong, C., Walsh, E.J., Basacco, K.N., Domingues, M.C.M. & Pye, D.R.H. (2020). Authentic leadership and job satisfaction among long-term care nurses. *Leadership in Health Services*, 33(3), 247-263. <https://doi.org/10.1108/LHS-09-2019-0056>
- Yemi-Sofumade, H.B. (2012). *The relationship between ethical and authentic nurse leadership and the turnover intentions of staff nurses*. Capella University. ProQuest Dissertations Publishing, 3509122. Haettu 12.6.2021 sivulta <https://www-proquest-com.ezproxy.ulpland.fi/docview/1019234370/2A161E404ED9458CPQ/2?accountid=11989>
- Yun, S. & Kang, J. (2018). Influencing Factors and Consequences of Workplace Bullying among Nurses: A Structural Equation Modeling. *Asian Nursing Research*, 12(1), 26-33. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.01.004>
- Özer, Ö., Uğurluoğlu, Ö., Sungur, C. & Çiraklı, Ü. (2019). The Relationship Between Authentic Leadership, Performance and Intention to Quit the Job of Nurses. *Hospital Topics*, 97(3), 73-79. <https://doi.org/10.1080/00185868.2019.1614893>