

# Kuka saa johtaa terveydenhuoltoa?

## Lääkäri- ja sairaanhoitajajärjestöjen intressejä

ANNE LAIHO & TARITA RIIKONEN

Lääkärien ja sairaanhoitajien asema terveydenhuollon hallinnossa on herättänyt runsaasti keskustelua, kun julkisen sektorin johtamismalleja on uudistettu. Millaisia professionaalisia intressejä lääkäri- ja sairaanhoitajakunnalla on hallintoon ja siihen pätevöittävään koulutukseen?

.....

### Johdanto

Lääkäreitä irtisanoutui keväällä 2014 Tampereen yliopistosairaalassa. Protestin syynä oli ylihoitajan nimittäminen toimialuejohtajan sijaiseksi lääkärin sijaan. Tehy paheksui ja Lääkäri-liitto puolusti irtisanoutumisia. Julkisuudessa on tuotu esiin, että nimittämisprosessissa ei toimittu hyvän hallintotavan mukaisesti. Tehy puolestaan julisti kuluvana syksynä hakukiellon Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Toimenpiteen syynä oli uudistus, jossa etujärjestön mukaan hoitotyön johtamiselta on organisaation ylimmässä johdossa viety resurssit ja toimintaedellytykset. Molemmat tapahtumat ovat ajankohtaisia esimerkkejä toimivaltakamppailuista terveydenhuollon hallinnossa.<sup>1</sup>

Ammattiryhmät ovat intressiryhmiä, jotka kilpailevat sosiaalisesta statuksesta yhteiskunnan eri areenoilla. Kamppailun juuret juontavat historiaan. Lääkäri- ja sairaanhoitajakunnan suhde terveydenhuollon hallinnossa on vaihdellut vuosikymmenten saatossa. Ennen 1950-lukua sairaaloita johdettiin Lääkintöhallituksesta käsin. Ylihoitajat saivat tehdä melko itsenäisesti hoitotyön suunnitelmat, mutta heidän vahvasta asemastaan huolimatta ylilääkäri oli sairaalan

kiistaton yksinvaltiainen. Kun sairaalatoiminta 1950-luvulla siirtyi kuntien vastuulle, ylihoitajien asema heikkeni. Ylilääkäri toimi esittelijänä myös ylihoitajan toimialueeseen kuuluvissa asioissa. (Laakso 2012, 80–81.)

1970-luvulla hallintokysymykset nousivat esille, kun terveydenhuollon organisaatiot uusivat johtosäätöjään. 1980-luvun alussa uudistustyössä syntyi kiistoja. Lääkäriliiton kanta oli, että säilytetään perinteinen kaksijakoinen hallintokäytäntö, jossa ylintä valtaa käyttivät lääkärit ja talousjohto. Sairaanhoitajaliitto ja Ylihoitajayhdistys vaativat hoitotyön hallinnollista erottamista muusta sairaanhoidosta ja ylihoitajan johtaman hoitolinjan perustamista. (Hermanson 1989, 62–63.) Vuonna 1982 Lääkäriliitto hyväksyi hoitotyön toimialan perustamisen sairaaloihin. Myös Sairaalaliitto oli valmis hyväksymään sairaanhoitajajohdon ja sen esittelyoikeuden. Kunnallispolitiikkojen käsitykset johtosäännöistä vaihtelivat kuitenkin huomattavasti eri puolilla maata ja johtosäätökiistat jatkuivat vielä 1980-luvun jälkipuoliskollakin.

1990-luvulla erikoissairaanhoitolain uudistus ja tulosjohtamisperiaatteen sisään ajaminen terveydenhuoltoon aiheuttivat jälleen muutoksia johtosäätöihin. Valtaa keskitettiin lääkäreille ja ylihoitajille kuulunutta valtaa delegoitiin alas päin. (Laakso 2012, 84–87, 172–174; Sinkkonen & Kinnunen 1994.)

Ammattiryhmien työhön onkin viimeisen 30 vuoden aikana kohdistunut kasvavia vaatimuk-

<sup>1</sup> *Terveydenhuollon hallinto viittaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden toimintaprosesseihin ja niiden johtamiseen, arviointiin, suunnitteluun ja kehittämiseen. Terveydenhuollon hallinto on siis johtamista laajempi käsite.*

sia tilivelvollisuuteen ja tehokkuuteen. Pyrkimys on realisoitunut käsitteen uusi julkisjohtaminen (*New Public Management*) nimissä. Sen keskeisenä ilmentymänä on managerialistinen johtaminen tai johtoismi, joka edustaa uutta hallinnan logiikkaa ja ilmenee muun muassa erilaisten johtaja-asemien vahvana esiinmarssina. Managerialismi on jännitteisessä suhteessa professionalismin eli ammattiryhmien autonomiaa ja ammatillisuutta korostavan ideologian kanssa. (Jylhäsaari 2009, 56; Räsänen & Trux 2012, 128–129.)

Lääkäri- ja sairaanhoitajaprofession välillä vallitsee selvä hierarkia ja tehtäväjako, joka perustuu ammattien tietoperustan eroihin. Profiitot toimivat kuitenkin rinnakkain työelämässä ja niiden tehtävissä, eettisissä kysymyksissä ja myös tietoperustassa on monia yhtäläisyyksiä. (Kirkpatrick & al. 2011; Smeby & Vågan 2008.) Ammattiryhmä on aina osa laajempaa ammattien toimintakenttää, joka on jatkuvan uudelleen määrittelyn ja neuvottelun kohteena (Abbot 1988; Andrews & Waerness 2011; Fournier 1999).

Vaikka lääkärin ja sairaanhoitajan ammatit ja koulutus ovat olleet vilkkaan tutkimuksen kohteena (esim. Laiho & Ruoholinna 2008; 2013; Saari- nen 2010; Sarkio 2007), ammattiryhmiä on harvoin tarkasteltu rinnakkain. Myös ammattiryhmien väliset ristiriidat ovat olleet hyvin vähän esillä terveydenhuollon johtamistutkimuksissa (Grönroos & Perälä 2004, 22–23). Tässä artikkelissa kysymme, millaisia intressejä lääkäri- ja sairaanhoitajakunnalla on 2000-luvulla terveydenhuollon hallintoon ja johtamiseen sekä millaisiin puheta- poihin ammattiryhmien näkemykset johtamisesta nojaavat. Artikkelin pohjautuu laajempaan tutkimukseen terveysalan koulutuksen ohjauksesta sekä työelämän ja koulutuksen kohtaannosta.

## Professionalismi vs. managerialismi

Lääkärien ja sairaanhoitajien ammattikulttuuriin olennaisena kuuluvaa *professionalismia* voidaan lähestyä ammatillisena arvona, ideologiana tai puhetapana (Evetts 2011; Freidson 2001). Professionalismi ammatillisena arvona korostaa jaettavaa, yhteistä ammatti-identiteettiä, joka perustuu koulutuksen tuomalle osaamiselle ja socialisaatioprosessille. Ammatilliset suhteet nähdään kollegiaalisina ja yhteisöllisinä. Lisäksi luottamus kuvaa ammatinharjoittajan suhdetta asiakkaaseen sekä työnantajaan. (Evetts 2011, 409–

410; 2013, 8.) Professionalismi merkitsee yksinkertaista ”hyvää kohtelua”, esimerkiksi lääkärin työssä oikean diagnoosin ja hoitotoimenpiteiden tekemistä (Noordegraaf 2011, 472). Tätä tulkintaa voidaan pitää idealistisena. Kriittinen tulkinta puolestaan näkee professionalismin ideologiana, joka ohjaa ammattiryhmiä tavoittelemaan ammatillista sulkeumaa ja monopolia työn kontrollista. Professionalismi edistää näin ammatinharjoittajien omia intressejä kuten valta- asemaa ja palkkaa. Tällöin professioiden toimintaa tarkastellaan Max Weberin ajatuksiin nojaavasta konflikti- ja valtanäkökulmasta käsin. (Evetts 2011, 410; 2013, 8–9; Macdonald 1999, 27.)

Professionalismia voidaan lähestyä myös puhetapana ammatillisesta muutoksesta ja kontrollista organisaatioissa – uutena, organisatorisena professionalismina – missä sitä hyödynnetään myös johdon toimesta. Managerialismin mukaiset vaatimukset tavoitteen asetteluun, suoritusperustaiseen arviointiin ja laadunhallintaan voidaan tulkita professionalismin edistämisenä. Tämä tulkinta yhdistää kaksi edeltävää: se palauttaa professionalismin ammatilliseksi arvoksi, mutta siinä professionalismi on ideologista ja sitä käytetään välineenä ammatinharjoittajan kontrolliin. (Evetts 2011, 410; 2013, 9; Fournier 1999.)

Myös managerialismi on moniulotteinen käsite (Deem & Brehony 2005; O’Reilly & Reed 2010). Johtamista erikoissairanhoidossa tutkinut Kaarina Torppa on kiteyttänyt, että managerialismi on uudistuksia korostava *ideologia*, jonka tavoitteena on palvelutoiminnan tuottavuuden kasvu ja hyvä johtaminen. *Reformina* managerialismi tarkoittaa palvelurakenteiden uudistamista hajauttamisen, tulosorientaation ja markkinaohjautuvuuden kautta. *Johtamisparadigman* muutoksena managerialismi merkitsee byrokraattisen ja professionaalisen vallan murtamista sekä johtamisen muuttamista resurssikeskeisestä tuloskeskeiseksi. (Torppa 2007, 199.)

Uusi julkisjohtaminen on ottanut profiitot kritiikin kohteeksi (Julkunen 2008). Managerialismin näkökulmasta järjestäytyminen ja professionaalisuus ovat ongelmallisia, sillä ne estävät ”tehokkaiden” sosiaalisten markkinoiden toteuttamisen (Ball 1997). Managerialismin on väitetty heikentävän professioiden asemaa erilaisten hallintateknologioiden välityksellä, joiden myötä ammattiryhmien valta ja mahdollisuudet professionaalisista lähtökohdista tehtävään työhön ovat kaventuneet (Andrews & Waerness 2011; Casey

1995; Kirkpatrick & al. 2011). Tosin professoiden kurjistumisteesi on saanut myös vasta-argumentteja (esim. Fournier 1999).

Managerialisoitumisen myötä johtamisen osaamisesta onkin tullut uudenlainen ja aiempaa vaativampi haaste lääkäreille ja sairaanhoitajille. Johtamista käytetään kontrolliin, mutta myös ammattijärjestöt ja ammatillaiset hyödyntävät johtamista jäsentensä uran edistämiseksi sekä parantaakseen ryhmän statusta ja arvostusta (Evetts 2011, 417; Noordegraaf 2011, 466, 468). Ammattiryhmät yrittävät laajentaa kognitiivista kontrolliaan käyttämällä hyväksi abstraktia tietoa, jotta ne voivat ottaa haltuunsa uusia alueita ja määritellä ne työhönsä kuuluviksi (Abbot 1988, 102). Ammattiryhmät eivät enää rakenna omia erityisidentiteettejä vaan synnyttävät monimuotoista asiantuntijuutta eli hybridiprofession. Ammattiryhmästä rakentuu tiedon, menetelmien ja toimintakulttuurien yhdistelmien kautta uudenlainen professio. (Miller & al. 2008.)

Pohjoismaissa ja Manner-Euroopassa valtio on toiminut aloitteentekijänä, kouluttajana, suojelijana ja työnantajana monille ammattiryhmille. Valtio voi vaikuttaa myös silloin, kun se ei toimi lainkaan professoiden suuntaan. Valtiollinen ja paikallinen konteksti ovatkin keskeisessä roolissa siinä, miten uudet vaatimukset vaikuttavat ammattiryhmien työhön (Leicht & al. 2009, 598).

Esimerkiksi Liisa Kurunmäki (2004) on todennut, että lääkärinkunta on Suomessa ollut halukas omaksumaan laskentatoimien tekniikoita uuden julkisjohtamisen kontekstissa. Hänen analyysinsä mukaan lääketieteellinen asiantuntijuus hybridisoitui 1990-luvun loppuun mennessä, kun taas esimerkiksi Isossa-Britanniassa lääkärinkunta on vastustanut näiden tekniikoiden tunkeutumista lääketieteen alueelle. (Kurunmäki 2004, 340; ks. myös Ackroyd & al. 2007.)

## **Terveysalan koulutus ja etujärjestöjen toiminta**

Ammattiryhmän tietoperustalla ja koulutuksella on keskeinen rooli professionalismissa ja professionaalisen vallan rakentumisessa. Koulutus on resurssi, joka tuottaa sisältöä (tietoja, taitoja, normeja, rituaaleja, subjektiviteetteja) ja toimintaa (valintoja, valtuutuksia, sulkemismekanismeja, symboleja) professionaalistumiseen. (Noordegraaf 2011, 470.)

Taistelu toimivallasta terveydenhuollon hallinnossa kytkeytyy ammattiryhmien johtamiskoulutukseen. 1960-luvulla medikonomikomitea totesi, että hallinnon koulutus muodosti suhteellisesti suuremman osan sairaanhoitajien kuin lääkäreiden peruskoulutuksesta. 1970-luvun lopulla sairaanhoitajien hallinnon koulutus vahvistui hoitotieteen institutionalisoitumisen ja terveydenhuollon kandidaattikoulutuksen (THK-koulutus) aloittamisen myötä. Oma tieteenala ja ylihoitajakoulutuksen siirtyminen yliopistoon antoivat sairaanhoitajakunnalle tukea johtosääntökiistassa (Hermanson 1989; Laiho 2005; Laakso 2012, 83). Lääkärikunta pelkäsi oman asemansa horjumista, sillä periaatteessa THK-tutkinnon suorittaneet sairaanhoitajat olivat oikeutettuja kilpailemaan terveydenhuollon hallinnosta lääkäreiden ja ammattijohtajien rinnalla. Lääkärien oma hallinnollinen koulutus on institutionalisoitunut suhteellisen myöhään. Se lähti liikkeelle täydennyskoulutuksena, ja vähitellen 1970-luvun lopulta lähtien se alkoi vakiintua. Tuolloin hallinnon jakso sisällytettiin erikoislääkärikoulutukseen. Lisäksi vuonna 1978 erikoislääkärit saivat mahdollisuuden suorittaa hallinnon pätevyyden – niin sanotun suppean erikoisalan – joka kuitenkin päättyi vuonna 2007. (Hermanson 1989, 36–40; STM 2008, 14–15.)

Seuraavaan taulukkoon on tiivistetty terveysalan ammatillisille tarkoitetut sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoon ja johtamiseen suuntaavat koulutukset. Sairanhoitajilla on mahdollisuus hakeutua hoitotyön hallintoon ja johtamiseen suuntaaviin maisteriopintoihin, jotka on nimetty eri tavoin eri yliopistoissa. Lisäksi sairaanhoitajat voivat suorittaa ammattikorkeakouluissa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman (90 op) tai johtamiseen ja hallintoon suuntaavat erikoistumisopinnot (30–60 op). Molemmille ammattiryhmille tarkoitettua moniammatillista (10–60 op) sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutusta tarjoaa viisi yliopistoa. (STM 2008, 14–15.) Tampereen yliopiston ja Tampereen teknillisen yliopiston *Executive Master of Business Administration (eMBA)* -jatkokoulutusta on myös suunnattu sosiaali- ja terveydenhuollon ylimmille johtajille. (Taulukko 1.) Myös yleisen korkeakoulukelpoisuuden omaavat voivat opiskella Vaasan, Itä-Suomen ja Oulun yliopistoissa terveyshallinto- ja/tai terveystaloustiedettä. ”Ammattijohtajille” on siis tarjolla terveydenhuollon hallintoon suuntaavaa joh-

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen suuntaavat koulutukset yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa vuonna 2014.

Kohderyhmä	Yliopisto	Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajat	<b>Itä-Suomen, Tampereen, Turun, Oulun yliopistot sekä Åbo Akademi:</b> Terveystieteiden maisteriopinnot • suuntautuminen hoitotyön hallintoon ja johtamiseen	<b>Ammattikorkeakoulut:</b> Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulu-tutkinto (90 op) Erikoistumisopinnot (30–60 op)
Terveys- ja sosiaalialan ammattilaiset • sairaanhoitajat ja lääkärit	<b>Helsingin, Itä-Suomen, Tampereen, Turun, Oulun yliopistot:</b> Moniammatillinen sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutus (10–60 op)	
Terveys ja sosiaalialan ammattilaiset • sosiaali- ja terveydenhuollon ylin johto	<b>Tampereen yliopisto + Tampereen teknillinen yliopisto:</b> sosiaali- ja terveysjohtamisen eMBA-opinnot (80 op)	

tamiskoulutusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon professioihin kuuluvat johtajat ovat osallistuneet myös yliopistojen liikkeenjohdon koulutusohjelmiin (ns. JOKO- ja MBA-täydennyskoulutusohjelmiin) tai suorittaneet johtamisen erikoisammattitutkintoja (JET).

Ammatillisten etujärjestöjen keskeinen tehtävä on alan koulutukseen vaikuttaminen. Jo olemassaolonsa ensimmäisten vuosikymmenien aikana lääkäreitä ja sairaanhoitajia edustaneet järjestöt pyrkivät vaikuttamaan koulutuksensa edistämiseen, ja niillä on ollut ja on edelleen suoria koulutukseen liittyviä tehtäviä (Laiho 2005; Nyström 2010). Esimerkiksi Akavaan kuuluva Suomen Lääkäriliitto myönsi erikoisoikeuksia 1960-luvulle saakka. Vuonna 1993 järjestö perusti oman erityispätevyysjärjestelmän ja alkoi myöntää erityispätevyyksiä. Järjestelmä täydentää asetuksella säädettyä erikoislääkärikoulutusta ja tiedekuntien erikoislääkäreiden lisäkoulutusjärjestelmää. (Nyström 2010, 45–46; Suomen Lääkäriliitto 2013.)

Sairaanhoitajia edustava Tehy ry on perustettu vuonna 1982. Se kokosi kuusi<sup>2</sup> terveydenhuoltoalan ammattiliittoa yhteen. (Laakso 2012.) STTK:n jäsenliitto Tehy edustaa laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmiä. Yksi Tehyn keskeisimmistä yhteistyöjäsenjärjestöistä on Sairaanhoitajaliitto. Tehy on tasapainoillut kutsumukselle rakentuvan ammatillisen perinnön ja ammattiyhdistysstrategioiden välillä (Henriksson 1998).

Etujärjestöjen on toimittava suhteessa entistä heterogeenisempään ammattiryhmään ja toimintaympäristöön. Uudet työn muodot, yksityissektorin vahvistuminen palveluntuottajana sekä kulttuurinen moninaistuminen ovat vaikuttaneet lääkäri- ja sairaanhoitajakunnan sisäisiin jakoihin. (Aalto 2010, 152; THL 2014). Myös terveydenhuollon palvelujärjestelmän paikallisten organisatoristen ratkaisujen vaihtelu tarkoittaa, ettei etujärjestöllä ole enää ajettavanaan yhtenäisessä ympäristössä toimivan ammattiryhmän etuja.

Edunvalvonnan näkökulmasta lääkärikunta on sairaanhoitajakuntaa yhtenäisempi. Lääkäreiden järjestäytymisaste on koko järjestön historian ajan ollut vähintään 90 prosenttia (Nyström 2010, 27). Vaikka lääkärikunnassa on omat ryhmittymänsä, Lääkäriliittoon kuuluvat niin esimiesasemassa olevat lääkärit kuin ”rivilääkärit” ja eri erikoisaloja edustavat lääkärit. (Aalto 2010, 154–155.)

Sairaanhoitajakunta on huomattavasti suurempi ammattiryhmä ja sen koulutustausta on hajanaisempi.<sup>3</sup> Ammattiin tullaan lukiotauastalla, mutta yhtäläillä toisen asteen ammatillisen perustutkinnon pohjalta tai aikuiskoulutusryhmässä opiskellen. Lisäksi useimmilla esimiesasemassa olevilla sairaanhoitajilla on nykyisin terveystieteiden maisteritutkinto, ja he kuuluvat eri etujärjestöön kuin ”rivisairaanhoitajat”. Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat (ent. Ylihoitajayhdistys) kerää akateemisen tutkinnon suorittaneet sairaanhoitajat saman katon alle, mikä osaltaan hajauttaa ammattiryhmää.

2 Suomen sairaanhoitajaliitto, Suomen Lastenhoitajaliitto, Suomen Hammashoitajaliitto, Suomen Lääkintävaimistelijaliitto, Suomen Kättilöliitto ja Suomen Laboratoriohoitajayhdistys.

3 Vuonna 2011 työllisiä lääkäreitä oli 20 820 ja sairaanhoitajia 59 000 (THL 2014).

## Tutkimusasetelma

Tässä artikkelissa kysymme, millaisia professionaalaisia intressejä lääkäri- ja sairaanhoitajakunnalla on terveydenhuollon hallintaan ja johtamiseen sekä siihen päteväntävään koulutukseen. Kriittinen professiotulkinta nostaa itse-intressin keskeiseksi profession ominaisuudeksi. Artikkelissa käytämmekin käsitettä *professionaalinen intressi* tässä merkityksessä. Olemme myös kiinnostuneita siitä, miten ammattiryhmät näkevät terveydenhuollon johtamisen sekä millaisiin argumentteihin ja puhetapoihin ne kiinnittyvät näkemyksissään.

Tutkimusprojektin aineisto muodostuu Suomen Lääkäriliiton ja Tehy ry:n koulutusta ja ammatin tietoperustaa käsittelevistä julkilausumista ja kannanotoista vuosilta 2002–2012. Aineistoon on sisällytetty samalta ajanjaksolta *Suomen Lääkärilehden* pääkirjoitukset sekä *Tehy*-lehden pääkirjoitukset ja puheenjohtajan palsta, joissa käsitellään edellä mainittuja teemoja (taulukko 2). Lisäksi hyödynnämme ammattiryhmien koulutukseen liittyviä politiikkadokumentteja (OPM 2004; Puolijoki & Tuulonen 2007; STM 2011) sekä etujärjestöjen julkaisuja ja tutkimuksia (Suomen Lääkäriliitto 2013; Suonsivu 2004; Tehy 2009; 2010).

Johtamiseen liittyvät kysymykset toistuivat aineistossa usein. Tässä artikkelissa käytämme aineiston<sup>4</sup> osia, joissa puhutaan terveydenhuollon johtamisesta, sen tietoperustasta ja johtamiskoulutuksesta.

Taulukko 2. Tutkimuksen aineisto.

	<b>Vuodet 2002–2012</b>
	Pääkirjoitukset Lääkärilehti ja Tehy-lehti
	Puheenjohtajan palsta Tehy-lehti
<b>Suomen lääkärilehti</b>	117
<b>Tehy-lehti</b>	46
<b>yht.</b>	163
	Lausunnot ja kannanotot
<b>Suomen Lääkäriliitto</b>	41
<b>Tehy ry</b>	103
<b>yht.</b>	144

4 Viittaamme aineistoon seuraavasti: Lääkäriliitto/Tehy sekä dokumentin päivämäärä (mikäli se käy ilmi dokumentista) tai vuosi. Ammattilehtien pääkirjoituksiin viittaamme puolestaan seuraavasti: Lääkärilehti/Tehy-lehti sekä lehden numero ja ilmestymisvuosi.

Viikoittain ilmestyvä *Suomen Lääkärilehti* on lääkärikunnan koulutus- ja ammattijärjestölehti. Liitossa on keskusteltu, ovatko pääkirjoitukset virallisia kannanottoja vai onko jäsenistöllä lehdesä ilmaisunvapaus omiin mielipiteisiin. Pääkirjoituksia on myös saatettu arvioida hallituksessa ennen julkaisua.<sup>5</sup> Pääkirjoitusten voidaan ajatella ensisijaisesti olevan henkilökohtaisia mielipiteitä, mutta niiden odotetaan kuitenkin seuraavan järjestön näkemyksiä. (Nyström 2010, 43–44.)

*Tehy*-lehti ilmestyy 16 kertaa vuodessa. Lehden toimitusneuvosto lakkautettiin vuonna 1997, ja toimitus on sen jälkeen vastannut julkaisun sisällön tasapuolisuudesta eri ammattiryhmien näkökulmasta. (Laakso 2012, 27.) Aineiston analyysissä on huomioitava, että Tehy edustaa laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmiä. Julkilausumia, kannanottoja ja pääkirjoituksia lukiessa onkin kysyttävä, kenen ääni kuuluu. Aineiston yhteismitallisuuden näkökulmasta keskeistä kuitenkin on, että Tehyn ja Lääkäriliiton edunvalvonta-asema voidaan rinnastaa toisin kuin esimerkiksi Sairaanhoidajaliiton asema suhteessa lääkärijärjestöön.

Ammattijärjestön johdon kirjoittamien tekstien voidaan ajatella edustavan ammattiryhmän harjoittamaa politiikkaa – ja siis myös intressejä. Aineistomme edustaa julkista areenaa ja kertoo siitä, mitkä ovat ammattikunnan mielestä keskeisiä suuntaviivoja terveydenhuollon johtamisen sekä johtamiskoulutuksen kehittämisessä ja siten myös professionalismin edistämässä. Julkilausumat ja kannanotot kohdentuvat usein valtiollisiin toimielimiin ja erityisesti niiden valmistelutyöhön. Internetissä julkaistavat tekstit ovat myös mukana muokkaamassa yleistä mielipidettä ammattiryhmästä. Lisäksi aineistomme ilmentää ammattijärjestön käyttämiä kognitiivisia ja symbolisia mekanismeja, joilla ne pyrkivät vaikuttamaan jäsenistöön. Ammatilliset julkaisut edustavat kognitiivisia mekanismeja konferenssien, koulutuksen ja kirjojen ohella. Symbolisilla mekanismeilla tarkoitetaan ammattijärjestöjen eettisiä ohjeita, palveluidealeja ja ammattiryhmän päämääriä. (Noordegraaf 2011, 469–470.)

Aineiston ensimmäisessä lähiluvussa jäsensimme dokumentteja aineistolähtöisellä temaattisel-

5 Esimerkiksi 1990-luvulla päätoimittaja Taito Pekkari kirjoitti lääkäriyhtömyyteen liittyen, että Tampereen lääketieteellisen tiedekunnan lakkauttaminen olisi ratkaisu työttömyyteen. Kirjoitus aiheutti kohua, ja Lääkäriliitto selvensi, että kyseessä ei ollut sen virallinen kant.

la sisällönanalyysilla. Toisessa lähiluvun vaiheessa luimme dokumentteja teoriaohjatun sisällönanalyysin periaattein (Tuomi & Sarajärvi 2009). Analyysin yksikköinä olivat tutkimuskysymysten kannalta relevantit ajatuskokonaisuudet. Analyysia ohjasi profессиoteoreettinen jäsenyys. Tee-moittelimme lausumat kategorioihin: johtamisen tietoperusta, toimivalta ja rajat lähiammatteihin johtamisessa sekä johtamiskoulutus. Lisäksi luentaamme viitoittivat diskurssitutkimuksen periaatteet, jotka lähestyvät retorista diskursianalyysia (Jokinen 1999). Kiinnitimme huomiota siihen, millaisin argumentein ammattiryhmät legitimoivat toimivaltaansa terveydenhuollon johtamisessa: miten ne oikeuttavat johtamista, miten ne kritisoivat johtamista sekä millaisiin sanastoihin tai laajempiin puhetapoihin ne kiinnittyivät johtamista koskevissa näkemyksissään. Dokumenttien lausumat liitettiin ajalliseen ja yhteiskunnalliseen kontekstiinsa.

## Professionaaliset intressit

### Hoitohenkilöstön tasavertainen asema tavoitteena

1970-luvulta alkaen sairaanhoitajakunta on pyrkinyt hoitolinjan vakiinnuttamiseen. Tavoitteena on ollut, että sairaanhoitajaa johtaa sairaanhoitaja ja sairaanhoitajakunnalla on tasavertainen asema lääkärinkunnan rinnalla terveydenhuollon hallinnossa. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että tulosjohtamisperiaatteen omaksuminen terveydenhuoltoon on heikentänyt ylihoitajien asemaa, mutta osastonhoitajien toimivalta ja itsenäisyys ovat lisääntyneet. Lääkärien asema ja taloudellinen valta sen sijaan ovat vahvistuneet. (Laakso 2012, 172–174; Sinkkonen & Kinnunen 1994.) 1970-luvulla julkaistu intressi – tasavertainen asema johtamisessa lääkärinkunnan kanssa – näkyy vahvana myös 2000-luvun aineistossamme.

Tehy pitää voimakkaita ammattikuntarajoja ja kaksiportaista johtajuusjärjestelmää tulppana alan kehittämiselle ja vaatii terveydenhuollon johtamisen uudistamista. Etujärjestön intressinä on, että hoitotyön johtajien itsenäinen päätätvalta ja tehtävät määritellään hallintosäännöissä. Liitto peräänkuuluttaa selkeää vastuun määrittelyä sekä omaa valmistelu- ja esittelyoikeutta hoitohenkilöstön johdolle. (Tehy-lehti 5/2003; Tehy 9.4.2002; 3.3.2004; 16.11.2004; 17.3.2008; 1.3.2009; 16.5.2012; 7.6.2012.)

Tehyn mukaan eri portailla toimivan johdon tehtävät tulisi erottaa toisistaan. Liitto kritisoisi sitä, että lähiesimiehille on siirretty hoitotyön johdon tehtäviä. Etujärjestön mielestä tällainen toimintamalli ei tue vaan heikentää lähiesimiehille kuuluvaa vastuuta yksikkönsä henkilöstön ja sen osaamisen johtamisesta. Lisäksi etujärjestö korostaa, että johtajuuden ja sille kuuluvan arvostuksen tulisi näkyä palkkauksessa. (Tehy 17.3.2008.)

Terveydenhuoltolakia uudistettiin vuonna 2010. Lain valmisteluprosessissa Tehy toimi yhteisrintamassa eri hoitotyön ammattilaisia edustavien liittojen kanssa. Liitot esittivät lakiin kirjattavaksi, että terveydenhuollon organisaatioissa tulee olla riittävä määrä toimivaltaisia hoitotyön johtajia, jotka vastaavat hoitotyön käytännöstä, kehittämisestä, koulutuksesta ja tutkimuksesta. Aloitteessa kritisoitiin, että hoitotyön johtajia on jatkuvasti vähennetty etenkin keski- ja ylimmästä johdosta. Tämän todettiin olevan ristiriidassa hoitotyölle asetettujen vaatimusten kanssa. (Tehy 9.4.2002; 30.10.2003; 28.1.2004; 3.4.2008; 24.11.2008; 1.3.2009.) Johtamisen ”keventäminen” on tarkoittanut sitä, että hallinnolliset työt ovat siirtyneet sairaanhoitajien tehtäväksi oman työn ohella ja osa töistä on jätetty tekemättä (Tehy-lehti 5/2010). Terveydenhuoltolakiin (SA 2010/1326) ei kuitenkaan saatu etujärjestön ajama kirjausta.

Sairaanhoitajakunnan pyrkimykset tasavertaiseen asemaan hallinnossa lääkäreiden kanssa eivät ole vain suomalainen ilmiö. Tanskassa maakunnat päätyivät 1980-luvulla ns. troikkamalliin sairaaloiden ylimmässä johdossa lääkärin, sairaanhoitajan ja yleisjohtajan välillä. Yksiköiden, klinikoiden ja osastojen tasolla hallinnosta kiisteltiin. Sairaanhoitajat pitivät yhteishallintomallia hyvänä ja lobbasivat asiassa ministeriötä ja maakuntien liittoa, joiden viralliseksi kannaksi muodostui, ettei mikään ammattiryhmä voi monopolisoida hallintotyötä. Lääkärit taas kannattivat jakamatonta hallintovastuuta klinikkatasolla ja vastustivat yhteistä johtajuutta. (Kirkpatrick & al. 2011, 497–498.)

### Rajanvetoja

Tehy tekee johtamisessa rajanvetoa lääkärinkuntaan toteamalla, että lääketieteellisessä toiminnassa lääkäri on ammatillinen esimies: ”Potilaan diagnostiikan ja siihen liittyvän tutkimuksen ja hoidon määrää lääkäri.” (Tehy 2009, 11.) Hoitotyötä sen sijaan johtaa esimiesasemassa oleva

hoitaja, jolla on itsenäinen hallinnollinen vastuu. Tehy argumentoi, että henkilöstö tarvitsee tuekseen työn sisällön tuntevia johtajia (Tehy 9.4.2002; 1.3.2009). Liitto on korostanut, ettei henkilöstö- ja kehittämispalveluiden keskittäminen omaan osastoonsa saa vaarantaa substanssitoiminnan johtamista (esim. Tehy 28.1.2004; 11.8.2005; 16.5.2012).

Tehylle on tärkeää turvata johtajuus paitsi suhteessa lääkärikuntaan myös sosiaalialan ammatillisiin sektoreilla, joissa töiden rajapinnat ovat hämärtyneet. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä on pidetty tärkeänä; on muodostettu yhteisiä toiminnallisia tiimejä ja yhdistetty hallintoa. Uudistuksissa on törmätty myös ongelmiin johtamisessa. (Heikka 2008, 29.) Professoien edustajilla on taipumus tarkastella johtajuutta subjektiivisesti, mikä käy ilmi myös Maud Lindholmin ja kumppaneiden (1999) tutkimuksesta. Kukin ammattiala arvioi hoitotyön johtajan kyvykkyyttä sen mukaan, kuinka hyvin tämä hallitsee arvioijan edustaman tieteenalan.

Sosiaalialan kehittämissuunnitelman loppuraportissa esitettiin vanhusten hoivan kokonaisvastuun siirtämistä sosiaalitoimelle. Kelpoisuuslakiin ehdotettiin säädöstä, jonka mukaan sosiaalihuollon ja sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollisiin johtamistehtäviin on kelpoinen henkilö, jolla on sosiaalityöntekijän kelpoisuus tai tehtävään soveltuva muu ylempi korkeakoulututkinto, alan tuntemusta ja riittävä johtajakoulutus. Tehy korosti, ettei vanhustenhuoltoa tule määritellä vain sosiaalihuollon toiminnoksi ja piti tärkeänä ”että vanhustenhuollon hallinnollisissa tehtävissä toimivilla on terveydenhuollon ammattitutkinto, ylempi korkeakoulututkinto sekä alan kokemusta” (Tehy 2003). Myös muissa kannanotoissaan liitto on esittänyt, että vanhustyön organisaatioissa tarvitaan sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ammatillisia ja johtamisosaamista (Tehy 12.4.2006; 12.9.2006; 30.8.2007; 24.11.2008).

Nykyisen lain (SA 272/2005) mukaan kelpoisuusvaatimus sosiaalihuollon tai sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollisiin johtotehtäviin on sosiaalityöntekijän kelpoisuus tai tehtävään soveltuva ylempi korkeakoulututkinto ja alan tuntemus sekä niiden lisäksi riittävä johtamistaito. Työnantaja siis ratkaisee johdettavan toimintayksikön tai -alueen luonteen perusteella, mikä on johtamistehtävään parhaiten soveltuva ylempi korkeakoulututkinto.

Myös lääkärin rajanvedot liittyvät terveydenhuollon rakenteiden uudistuksiin, joissa terveydenhuoltoa ja sosiaalitoimintaa on yhdistetty. Tämä on tarkoittanut sitä, että osavastuualueiden johtoon on tullut muita kuin lääkäreitä (Lääkärilehti 9/2008). Lääkäriliiton mukaan on tärkeää ja johdonmukaista, että kliinistä työtä tekevää lääkäreitä johtaa lääkäri (Lääkärilehti 12/2009). Liiton hallitus korosti, että sen keskeisiä tavoitteita ovat lääkärin ammatillinen autonomia ja oikeus lääkärintyön sisällön tuntevaan, johtamiskoulutuksen saaneeseen esimieheen (Lääkäriliiton toimintakertomus 2010). Rajanvetoa tehdään siis suhteessa ammattijohtajiin sekä muihin profesioihin.

### **Omaa johtamiskoulutusta lääkäreille ja sairaanhoitajien johtamisosaamisen laajempaa huomiointia**

Lääkäriliiton puheenjohtaja Olli Meretoja kritisoi sitä, että lääkäreitä syrjitään johtamisasemasta heidän koulutuksensa vuoksi. Terveydenhuollon tulokset kuitenkin puoltavat vanhaa mallia, jossa alan ammatillaiset johtavat perusterveydenhuoltoa asianmukaisen johtamiskoulutuksen saatuaan. (Lääkäriliitto 6.1.2008; Lääkärilehti 4/2008.)

Etujärjestön intressinä onkin, että ”jo peruskoulutuksessa<sup>6</sup> saadaan enemmän oppia siitä, miten johtaa omaa työtään ja toimia sekä alaisena että tiimissä. Erikoislääkärikoulutuksen pitäisi antaa valmiudet lähijohtajaksi ja yliopistojen lisäkoulutusohjelman vielä vaativampiin johdon tehtäviin” (Lääkärilehti 4/2008; 12/2009; 3/2011; Lääkäriliitto 6.1.2008).

Tehy puolestaan muistuttaa, että hoitohenkilöstön hallinnollista osaamista ja koulutusta tulisi hyödyntää enemmän, sillä hoitotyön johtajien koulutus on ollut jo pitkään korkeatasoista ja systemaattista (Tehy 17.3.2008; 3.4.2008). Etujärjestö peräänkuuluttaa hoitohenkilöstön osaamista tarvittavan niin strategisessa johdossa, johdon yhteistoiminnassa kuin keskijohdossakin. (Tehy 9.4.2002; 1.3.2009; 16.5.2012; 7.6.2012.) Etujärjestö on ajanut johtamiskoulutuksen tason määrittelyä ja kirjaamista terveydenhuolto-

<sup>6</sup> Eri yliopistojen lääketieteen perustutkinnon opetussuunnitelmien läpikäynti paljastaa, että terveydenhuollon hallintoon tai johtamiseen liittyviksi nimettyjä opintojaksoja löytyy 1–3 opintopisteen laajuisina kahdesta lääkäreitä kouluttavasta tiedekunnasta.

lakiin. Linjauksen mukaan hoitotyössä lähijohdon ja keskijohdon kelpoisuusvaatimuksena tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö sekä terveystieteiden maisterin tutkinto. Ylimmän johdon Tehy näkee professiovapaina, jolla on vähintään ylempi korkeakoulututkinto sekä hallinto- ja johtamiskoulutusta. (Tehy 9.4.2002; 30.10.2003; 3.4.2008.)

2000-luvun alussa kansallinen terveysprojekti esitti moniammatillista johtamiskoulutusta terveysalalle. Koulutuksen laajuudeksi ehdotettiin erikoislääkäritutkinnon suorittaneille 40 opintoviikkoa ja sama opintoviikkomäärä sisältyisi osaksi terveystieteiden maisterikoulutusta. (STM 2008.)

Tehy toivotti moniammatillisen johtamiskoulutuksen tervetulleeksi (Tehy 9.4.2002; 15.5.2003; 16.6.2004; Tehy-lehti 8/2002): ”Lähi- ja keskijohdon tehtäviin hakeutuvien moniammatillinen johtajakoulutus laittaa terveystieteiden maisterit ja lääkärit luomaan yhdessä johtajuuden pelisääntöjä ja ymmärrystä yhteisestä työalueesta.” Tämän nähtiin luovan toivoa myös käskyttävän ja hierarkkisen työkuultuurin murtumisesta. (Tehy-lehti 8/2002.)

Lääkärilehdessä koulutuspäällikkö Hannu Halila sen sijaan kirjoitti, että koulutus voi olla vain osittain moniammatillista, ja totesi liiton ja tiedekuntien kannan olevan sen, että lääkärit tarvitsevat jatkossakin oman johtamispevytyden. Lääkäreiden mielestä johtamiskoulutuksen laajuus tulee suhteuttaa pohjakoulutukseen. Närrää herätti se, että terveystieteiden maisterit saisivat johtamispevytyden osana teoreettisia opintojaan, mutta pitkälle koulutetut klinikat pantaisiin laajaan moniammatilliseen koulutukseen. (Lääkärilehti 7/2002.)

Valtioneuvosto teki periaatepäätöksen moniammatillisen johtamiskoulutusohjelman aloittamisesta. Opetusministeriön vuonna 2003 asettama työryhmä esitti 20 opintoviikkoa johtamisen ja moniammatillisen johtamisen perusteita kaikkiin sosiaali- ja terveysalan perustutkintoihin, mikä tarkoitti yhtäläisiä opintoja sairaanhoitaja- ja lääkäritutkintoa suorittaville. (OPM 2004; STM 2008.)

Lääkäriliitto suhtautui työryhmän ehdotuksiin Tehyä varauksellisemmin (Lääkärilehti 7/2002; 20/2006; 38/2007). Etujärjestö kaipasi omaa johtamispevytyttä ja piti ristiriitaisena sitä, että työryhmä esitti ammattikorkeakoulujen jatkotutkintojärjestelmään luotavaksi johtamisen ammattitutkintoa: ”Näin ollen esimerkiksi sairaanhoitajilla (AMK) olisi mahdollisuus suorittaa tutkinto-

muotoinen, osallistujille maksuton johtamiskoulutus, mutta lääkäreillä ei.” Liitto ja tiedekunnat pitivät tärkeänä, että lääkäreille olisi tarjolla korkeamman tason johtamispevytyys erikoislääkäritutkinnon jälkeen. Toinen vaihtoehto olisi Lääkäriliiton oman erityispevytyysjärjestelmän hyödyntäminen. (Lääkärilehti 20/2006; 38/2007.)

Erikoislääkärien hallinnon pevytyys lakkautettiin vuonna 1998. Tosin mahdollisuutta suorittaa pevytyys jatkettiin aina vuoteen 2007 asti. Erikoislääkärikoulutukseen on kuitenkin syksystä 2009 alkaen sisältynyt pakollinen 10–30 opintopisteen johtamiskoulutus. Taustalla vaikutti vuonna 2007 toteutettu erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi, jossa ehdotettiin 10 opintopisteen johtamiskoulutusta sekä lisäksi 20 opintopisteen lähijohtajapevytyteen johtavaa koulutusta. (Lääkäriliiton toimintakertomus 2011; Puolijoki & Tuulonen 2007.) Esimerkiksi Turun yliopistossa erikoislääkärien tutkintoon sisältyy 10 opintopistettä moniammatillista johtamiskoulutusta, jonka toteuttaa Medi-Merc. Yksikkö tarjoaa Turun yliopiston ja Turun kauppakorkeakoulun yhteistyönä yliopistollista johtamiskoulutusta ja -tutkimusta terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohella myös muille sosiaali- ja terveydenhuollon esimiestehtävissä työskenteleville. Helsingin yliopistossa sen sijaan erikoistumiskoulutukseen on sisällytetty lähijohtajapevytyden antava koulutus (30 op), joka antaa valmiudet toimia lähijohtajana sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Lääkäriliiton tavoitteena on, että tiedekunnat pääsisivät yhteiseen 30 opintopisteen malliin (Lääkäriliiton toimintakertomus 2011; Puolijoki & Tuulonen 2007).

Etujärjestöt ovat myös aktiivisesti toimineet johtamiskoulutuksen saralla. Tehy on järjestänyt esimiespäiviä (Tehy-lehti 5/2010). Lääkäriliitto käynnisti vuonna 2009 yhdessä Fennomedin (nykyisin Lääkärikompassi Oy) kanssa erikoislääkärien johtamiskoulutusohjelman (30 op), jonka tavoitteena on antaa valmiudet keskijohdon tehtäviin. Hakijoilta edellytetään Lääkäriliiton jäsenyyttä ja sitoutumista koulutusohjelmaan. (Lääkäriliiton toimintakertomus 2009.)

Sairaanhoitajien hallintoon ja johtamiseen suuntaava koulutus on lääkäreiden koulutusta vahvemmin institutionalisoitunut valtiolliseen koulutusjärjestelmään. Osastonhoitajaksi tai ylihoitajaksi eteneminen on ollut tärkeä uramahdollisuus sairaanhoitajille. Lääkäreille terveydenhuollon hallinto ei ole ollut niitä houkuttelevam-



pia aineita niin perusopetusvaiheessa kuin erikoistumisvaiheessakaan, kuten myös etujärjestö tuo esiin (Lääkärilehti 17/2012).

Niin kansalliset kuin kansainvälisetkin tutkimukset kertovat siitä, että lääkärit ovat heikosti valmentautuneita hallinnon ja johtamisen kysymyksiin (esim. Heikkilä & al. 2009; Noordegraaf 2011).

## Johtamisretoriikka

### Tiedeperustaista ja substanssipohjaista johtamista

Tehy korostaa lausunnoissaan, että johtamisosaamisen tietoperustana on hoito- ja terveystiede: ”Tehyläisten johtajien toiminta perustuu tutkittuun tietoon, joka on perusta johtamiskäytännöille, päätöksenteolle ja muutosten toteuttamiselle” (Tehy 2009, 12). Sairaanhoidajien ammattikorkeakoulusukupolven tietoperusta onkin virallisesti kiinnitetty hoitotieteeseen (Laiho & Ruoholinna 2013). Hoitotieteen institutionalisoituminen yliopistoihin kytkeytyy vahvasti hoitotyön johtamiseen; esimerkiksi Kuopion yliopistossa ensimmäiset koulutukseen valitut olivat ylihoitajia ja koulutusta annettiin terveydenhuollon hallinnon suuntautumisvaihtoehdon nimellä 1990-luvulle asti (Laiho 2005, 225, 233). Kaikissa yliopistoissa on edelleen tarjolla terveydenhuollon hallintoon ja johtamiseen suuntaavat vaihtoehdot, jotka on nimetty hieman eri tavoin (ks. taulukko 1).

Ammatillisen hoivan retoriikkaa tutkinut Paula Nieminen (2008) toteaa, että vaatimus tieteellisestä tiedosta professionaalisen käytännön perustana on löytänyt muodollisen ilmauksensa evidenssiin perustuvasta hoidosta ja parhaista käytännöistä agendana. Agenda on luettavissa Tehyn dokumenteista: ”Näyttöön perustuvan toiminnan avulla hoitotyö voi vahvistaa asemaansa. Kauan vierastettu hoitotiede saanee näytön myötä aseman muiden tieteiden rinnalla. Muutosvaiheessa hoitotyön johtajat ovat paljon vartijoina. Tiedekorkeakoulujen kasvatit saavat haasteen tutkitun tiedon soveltamisessa ja henkilöstön ohjaamisessa uusiin toimintamalleihin.” (Tehy-lehti 7/2002; ks. myös Tehy-lehti 11/2009.) Samaisessa pääkirjoituksessa kritisoidaan myös lääkärin yksin laatimia näyttöön perustuvia erikoissairaanhoidokeskeisiä hoitosuosituksia, vaikka työtä tehdään yhdessä (Tehy-lehti 7/2002).

Berit Karseth ja Monika Nerland (2007, 341–

342) ovat puolestaan tutkineet, miten norjalaiset ammattijärjestöt käyttävät tietoon liittyvää puhetapaa professionalismin edistämässä. Tutkijat toteavat, että sairaanhoitajajärjestön päästrategiana – puhetapana – sairaanhoitajien professionaalisen projektin edistämässä on ammatillisen toiminnan perustaminen tieteelliseen tietoon, erityisesti hoitotieteeseen.

Uusliberalistisessa kritiikissä julkisten palvelujen hallinnosta on korostettu, että managerialismin mukaan tavoitteenasettelu on johtajien tehtävä ja oikeutus. Johtajat eivät toimi poliittisesti vaan rationaalisen neutraalisti, kun taas työntekijät ajavat omia etujaan (esim. Räsänen & Trux 2012, 128–129). Terveystieteiden hallinnon kiistellyimpiä kysymyksiä on, mikä tulisi olla substanssiosaamisen määrä ja rooli sairaanhoidon käytännön johtamisessa ja erityisesti sen yleishallinnossa.

Lääkäriliitto on ottanut voimakkaasti kantaa esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) uudistuksiin. Liitto on esittänyt vakavia epäilyjä valituista toimintatavoista, perusteiden kestävydestä sekä ratkaisujen järkevyydestä. Lääkärilehden päätoimittaja Taito Pekkarinen kirjoitti: ”Uuden strategian kahdeksasta suuntalinjasta vain yhdessä keksitään erikoissairaanhoidon olevan HUS:n ydintoimintaa, seitsemän muuta käsittelee hallinnon, talouden ja palvelujen pääosin teknisiä järjestämiskysymyksiä.” Tehtyjen virka- ja johtoryhmäjäjestelyjen seurauksena sekä lääkärin että hoitohenkilöstön asiantuntemus ylimmässä johdossa ohenee merkittävästi. Substanssiosaamisen väheksymisen nähdään johtavan ikäviin seurauksiin (Lääkärilehti 37/2007; 20/2010). Myös toiminnanjohtaja Heikki Pälve kritisoi nykykäsitystä, jonka mukaan sairaala tarvitsee managerialismia, joka edellyttää talousosaamisen ja toimintatalouden hallintaa, johon ei ajatella lääkärin kykenevän (Lääkärilehti 9/2008).

HUS-konsernin uudessa johtamismallissa palvelujohtaja-ylilääkärit korvaavat nykyiset ylilääkärit. Palvelujohtajat päättävät potilaiden sairaalaan ottamisesta ja hoitamisesta, mutta eivät henkilöstöstä, tiloista eivätkä välineistä. Niistä vastaavat resurssihoitajat. Palvelujohtajien ja resurssihoitajien välillä toimisi tilaaja-tuottajamalli. Etujärjestön kanta on yksiselitteinen: kun on vastuu hoidosta, tulee olla myös valtaa päättää sen vaatimista resursseista. Liitto pitää ongelmallisena myös sitä, että palvelujohtajien ei tarvit-

se edustaa johtamansa palvelualan spesialiteettia: ”On vaarallista erottaa asiantuntemus johtamisesta.” (Lääkärilehti 41/2008.)

Pälven sanoin etujärjestön on ”mahdotonta ymmärtää politiikkaa, jolla terveydenhuoltoa nyt ’uudistetaan’ sysäten lääkäriasiantuntijat johtamasta kehitystä ja nakertamalla lääkärin työn professionaalisia edellytyksiä” (Lääkärilehti 14/2008).

### **Tuloksellista toimintaa potilaan parhaaksi**

Lääkäriliitto korostaakin saavutettuja tuloksia puolustaessaan lääkärijohtajien toimivaltaa ja substanssin merkitystä. Etujärjestön mukaan on olemassa vahva näyttö siitä, miten hyviä tuloksia sekä kokonaiskustannusten, hoitotulosten että ehkäisevän terveydenhuollon alalla on saatu sillä, että lääketieteellistä päätöksentekoa johtaa alan ammattilainen. Lääketieteellinen huippuosaaminen ja tuloksekas hallinnointi ovat olleet sekä lääkärin että lääkärijohtajien käsissä. Lääkärijohtoinen terveydenhuoltomme on maailmanlaajuisesti vertailtaessa edullinen ja korkeatasoinen. ”Terveydenhuollon ammattilainen ei ole vain potilashoidon spesialisti vaan tarvittaessa myös tuloksellisen toiminnan taitava johtaja.” (Lääkäriliitto 6.1.2008; 5.1.2009; Lääkärilehti 4/2008; 14/2008; 24/2012.)

Lääkäriliiton kannanotoissa vedotaan myös ”potilaan parhaaseen” ja ”hyvään hoitoon” (Lääkäriliitto 9.9.2008). Etujärjestö toteaa, että jos terveydenhuolto-organisaatioiden tärkeimmäksi tehtäväksi muodostuu talouden tasapainottaminen, uhkaa se hyvän hoidon toteuttamisen päämääriä (Lääkärilehti 37/2007; 9/2008). Jos uhkakuva toteutuu, on lääkärin poistuminen keskeisistä hallintotehtävistä hyvin todennäköistä myös tämän kehityskulun seurauksena. Samaan suuntaan voi johtaa sekin, että lääkärin johtamiskoulutus on keskeytetty valtiovallan päätöksiin uutta aloittamatta (Lääkärilehti 9/2008).

Lääkäriliitto kritisoi erilaisia organisaatioita läpäiseviä yhdenmukaisia managerioppeja ja peräänkuuluttaa, että terveydenhuollon asiantuntijoiden johtamisessa täytyisi pikaisesti miettiä uusia tapoja: ”Terveydenhuollossa perustuotanto tapahtuu usein lääkäri-hoitaja -työparin tai erilaisten tiimien toimesta. Tällä tavalla toteutetussa perustuotannossa lyhyimmän koulutuksenkin saanut ihminen on saanut ammattikorkeakoulututkinnon. (...) Heidän johtamiseensa yritetään soveltaa samoja johtamisen menetelmiä kuin ko-

neilla tehtävässä perustuotannossa.” (Lääkäriliitto 9.1.2012; 10.2.2012.)

Päätoimittaja Hannu Ollikainen ruotiikin suomalaisen johtamiseen tarttunutta harhaa, että on tehokasta karsia pois kaikki tukitoiminnasta huolehtiva henkilöstö, koska silloin ”organisaatioiden omistajat ja asiakkaat saavat asiantuntijalta entistä vähemmän asiantuntijuutta”. Sen sijaan asiantuntija käyttää jatkuvasti enemmän aikaa epäpätevyysalueelleen kuuluvissa tehtävissä, joihin oikea henkilö olisi ammattitaitoinen assistentti. (Lääkärilehti 48/2009.)

Myös hoitotyön johtamista puolustettiin tuloksellisuusargumentein ja potilaan parhaalla. Tehy uskoi moniammatillisen johtamiskoulutuksen haastavan terveydenhuollon hierarkiaa, mikä koituisi myös viime kädessä potilaan parhaaksi (Tehy-lehti 8/2002). Tehy korosti, että kun terveys- ja sosiaalialan työvoimatarve kasvaa väestörakenteen muutosten myötä, ”tämä edellyttää työmenetelmien kehittämistä, tutkimusta sekä vahvaa johtajuutta toiminnan vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden saavuttamiseksi” (Tehy 30.8.2006). Tehyn puheenjohtaja Jaana Laitinen-Pesola kritisoi hoitotyön johtamisen vähentämistä: ”Tällaisella lyhytnäköisellä toiminnalla vesitetään kansallisissa hankkeissa tavoitteeksi asetettua tuloksellisuutta. (...) Jos halutaan jatkossakin tuloksellista toimintaa, on hoitohenkilöstön johtaminen järjestettävä nykyistä vankemmalle pohjalta.” (Tehy-lehti 19–20/2005; 5/2008.)

Managerialistinen sanasto ja johtamiskäsitteistö toistuivat Tehyn näkemyksissä Lääkäriliiton retoriikkaa vahvemmin. Sanastoa edustavat myös lausunnoissa ja kannanotoissa toistuvat laatujärjestelmien hallintaan ja implementointiin liittyvät johtamisosaamisen vaateet (esim. Tehy 1.3.2009). Toisaalta Tehy myös kritisoi siirtymistä perinteisistä johtamisnimikkeistä managerialismin viljelemiin kehittämisspäällikkö ja johtaja tyyppisiin nimikkeisiin. Vanhat nimikkeet ”kertovat potilaille että toimintaa johtaa henkilö, joka haluaa potilaan parasta ja pystyy arvioimaan toiminnan sisältöjä ja järjestämistapoja myös potilaan kannalta” (Tehy 2009, 8–9). Arvostelua Tehyltä saa myös sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen erityisvaatimusten – esimerkiksi intiimit potilas- ja asiakaskontaktit, potilaan itsemääräämisoikeus – huomiotta jättäminen johtamiskoulutustyöryhmän (OPM 2004) muistiossa (Tehy 24.2.2005).

## Yhteenveto ja pohdinta

Olemme artikkelissa puhuneet ammattiryhmistä niiden etujärjestöjen äänellä. Profiottutkimus voi kuitenkin homogenisoida ammattiryhmiä (Freidson 1986). Tuloksia tulkittaessa onkin muistettava, että profiottot eivät ole yhtenäisiä, vaan ne koostuvat erilaisista toimijoista ja professionaalisen eliitin pyrkimykset – joita käyttämämme aineisto edustaa – voivat olla myös vastakkaisia rivijäsenten näkemyksiin nähden.

Lääkärien etujärjestö ottaa kantaa johtamiskysymyksiin ja -koulutukseen Tehy haastavamminkin. Tämä kertoo siitä, että vanhat profiottot ovat vastustuskykyisempiä organisatoriselle kontrollille ja muutoksille (Evetts 2011, 415; Kirkpatrick & al. 2011, 491). Korkea professionaalinen auktoriteetti, jonka perustana on erityisosaaminen, lisää profession kykyä kyseenalaistaa managerialistisen johdon asemaa (Jylhäsaari 2009, 30). Erot tavassa ilmaista näkemyksiään kertovat myös liittojen erilaisesta etujärjestöasemasta. Lääkäriliitto ajaa yhden ammattiryhmän etua, kun taas Tehy joutuu tasapainoilemaan laajasti edustamiensa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien välillä.

Tehyn intressinä on hoitotyön johtajuuden tasavertainen asema ja johtamisosaamisen huomiointi terveydenhuollon organisaatioissa. Johtamisessa tehdään rajanvetoa suhteessa lääkärikuntaan ja sosiaalialan ammattilaisiin. Lääketieteellisissä kysymyksissä lääkäreiden esimiesasema tunnustetaan. Dokumenteissa ei kuitenkaan pohdita hoitotyön ja lääketieteellisen toiminnan rajanvedon ongelmallisuutta. Tehy on ajanut kirjausta hoitotyön johtamisesta ja hoitohenkilöstön esimiehenä toimivien johtajien koulutuksesta terveydenhuoltolakiin. Tätä voidaan pitää perinteisenä professionaalisen strategiana, pyrkimyksenä ammatilliseen sulkeumaan, jonka valtio legitimoit lainsäädännössä.

Managerialismi määrittää uudelleen profiottoiden välisiä valtasuhteita ja vaikuttaa niiden sisäisiin suhteisiin (Kirkpatrick 2011, 490–493). 2000-luvun aineistossamme näkyy Tehyn huoli jo 1990-luvulla esiin tuodusta sairaanhoitajakunnan aseman heikentymisestä ja profession sisäisten jakojen uudelleenmäärittämisestä hallintoreformeissa. Ylihoitajien historiallinen asema on liudentunut. Myös osastonhoitajilta on siirretty paljon tehtäviä ”rivisairaanhoitajille”. Vaikka sairaanhoitajien hallintoon ja johtamiseen suun-

taava koulutus on vahvasti institutionalisoitunut osaksi virallista koulutusjärjestelmää aina tohtoritutkintoon asti, se ei näytä takaavan sairaanhoitajille toimivaltaa hoitotyön johtamisessa.

Lääkäriliiton intressinä on turvata lääkäreiden asema ensisijaisesti suhteessa ammattijohtajiin. Lääkärit eivät halua erottaa klinikon ja johtajan roolia toisistaan, kuten ei myöskään strategisen johtajan ja talousjohtajan rooleja (ks. myös Grönroos & Perälä 2004, 20). Etujärjestö uskoo myös yleisen näkemyksen kääntyvän tähän suuntaan, kun johtamismallien uudistamisessa tehtyjen virheiden seuraukset näkyvät. Sen sijaan lääkäriprofession valta-asema suhteessa sairaanhoitajakuntaan on ilmeinen, sillä kysymys ei tule esille Lääkäriliiton näkemyksissä. Vaikka kamppailu hallinto- ja johtosäännöistä paikallisella tasolla edelleen jatkuu, 1980-luvun kaltaista johtosääntökiistaa (Hermanson 1989; Laiho 2005; Laakso 2012), jota käytiin lääkäri- ja sairaanhoitajakunnan välillä hoitolinjasta, ei ole luettavissa dokumenteista.

Ammattiryhmät voivat myös käyttää managerialismia ja organisatorisia muutoksia professionalismin edistämiseksi. Ammattijärjestöt voivat pyrkiä vaikuttamaan koulutusohjelmiin, niin, että organisaatioon liittyvät kysymykset esimerkiksi johtamisesta ja talousjärjestelmistä tulevat enemmän esille opetussuunnitelmissa. (Noordegraaf 2011, 466–468.) Näin Lääkäriliitto ja Tehy ovat toimineet. Johtamisen ja ohjauksen muutos ei ole vain uhka, vaan myös potentiaalinen resurssi, jossa ammattiryhmät voivat etsiä mahdollisuuksia parantaa asemaansa profiottoiden järjestelmässä. (Kirkpatrick 2011, 490–493.)

Lääkärikunnan erityisenä intressinä on oman, ”valtiollisen” johtamiskoulutuksen vakiinnuttaminen. Lääkäriliitto on myös pystyttänyt oman koulutusohjelman, jolla se on halunnut varmistaa jäsentensä osaamisen ja mahdollisuuden kilpailla asemastaan terveydenhuollon hallinnossa. Toimintatapaa voidaan pitää uutena strategiana managerialistisessa toimintaympäristössä. Lääkäriliiton suuntana on siis entistä vahvempi hybridiprofio (ks. myös Kurunmäki 2004).

Kritiikissä julkisen sektorin muutoksista on tuotu esiin organisaatioissa elävä tietoinen johtamispuhe ja -usko, joilla edistetään johtajuutta uuden julkisjohtamisen teknologiana. Johtajat esitetään välttämättömänä osana organisaation uudistamista. Johtamista ja sen kautta saavutettavaa taloudellisten tai muiden mitattavi-

en tavoitteiden täyttämistä korostetaan yli muun toiminnan. Toisin sanoen managerialismi pyrkii oikeuttamaan ja laajentamaan johtajien oikeutta johtaa. (Esim. Ball 1997; Deem & Brehony 2005; O'Reilly & Reed 2010.) Molemmat etujärjestöt nojaavat managerialistiseen puhetapaan ja sanastoihin. Johtaminen liitetään kaikkialle – uusien teknologioiden implementointiin, muutoksen hallintaan, potilaan parhaaseen, työvoiman saatavuuteen, työhyvinvointiin. Samaan aikaan managerialismi on myös etujärjestöjen kritiikin kohteena. Ammattiryhmät esimerkiksi korostavat terveydenhuollon erityistä johtamisosaamista, substanssin tuntemista. Vastapuhe tulee näkyväksi erityisesti Lääkäriliiton dokumenteissa, kun etujärjestö tekee rajatyötä suhteessa ammattijohtajiin. Etujärjestöt eivät kuitenkaan ole konkretisoineet, mitä niiden korostama terveydenhuollon erityinen johtamisosaaminen ja siihen suuntaava koulutus sisällöllisesti olisi. Eri-laiset johtamiskoulutukset kaipaavatkin kriittistä analyysia.

Etujärjestöjen ilmentämä managerialismiretoriikka voidaan tulkita uudeksi, organisatoriseksi professionalismiksi. Eliot Freidson (2001; 1994) on kuvannut professionalismia käsitteellä ”kolmas logiikka” erotuksena markkinoiden ja organisaatioiden logiikasta. Hän on peräänkuullut professioiden riittävää autonomiaa korkeatasoisten palveluiden takaamiseksi markkina- ja organisaatiologiikan rinnalla. Organisatorisen professionalismin omaksumiseen sisältyykin haaste, sillä silloin professionalismi ei enää ole ”kolmas logiikka”, vaan se kytkeytyy organisaation logiikkaan, managerialismiin, markkinoihin ja kaupallisuuteen (Evetts 2011, 412). Ammattijärjestöt joutuvat kuitenkin turvautumaan ristiriitaisiin puhetapoihin pyrkiessään edistämään professio-

nalismia (Karseth & Nerland 2007). Puhetavat kertovat professioiden ulkoisten ja sisäisten vaatimusten ristipaineesta. Tämä on haaste etujärjestöjen itseymmärrykselle ja toimintatavoille: miten luovia profession sisältä (arvot ja moraalinen järjestys) ja ulkoa (toimintaympäristöstä) tulevien vaatimusten välillä.

Analyysimme terveydenhuollon johtamisesta kohdistuu lääkäri- ja sairaanhoitajakuntaan. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhdistettyjen organisaatioiden yleistymisen tuo keskusteluun myös sosiaalialan ja kunnallishallinnon professiot. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoon suuntaavat maisteritasoiset johtamiskoulutukset avaavat ”johtajuuden kentän” terveydenhuollon hallinnossa entistä laajemmaksi. Myös nämä näkökulmat tulee sisällyttää tuleviin tutkimuksiin.

Kuten artikkelin alussa totesimme, lääkäri- ja sairaanhoitajakunnan työn tavoitteissa on huomattavia yhtäläisyyksiä ja ryhmät toimivat tiiviisti rinnakkain työelämässä. Myös tulevaisuuden linjauksissa terveydenhuollon organisaatioiden odotetaan kehittyvän moniammatillisiksi työyhteisöiksi, joissa hierarkiat ovat matalia ja ammattiryhmien väliset raja-aidat lähes huomaamattomia (STM 2001; TuV 2004; 2006;). Karseth ja Nerland (2007) toteavat, että heidän tutkimansa ammattijärjestöt ovat konservatiivisia entiteettejä yrittäessään pitää yllä ja suojella reviiriään sekä sosiaalistaessaan ammatilaisia omaan heimoonsa. Tulostemme valossa raja-aitojen madaltuminen terveydenhuollossa ei näytä todennäköiseltä, sillä etujärjestöjen harjoittama perinteinen, ulosulkeva professionalismi on edelleen voimissaan, vaikka rinnalla on tunnistettavissa myös uusia strategioita.

Saapunut 26.6.2014  
Hyväksytty 10.11.2014

## KIRJALLISUUS

- Aalto, Samu: ”Ilman kollegialisuutta ei ole lääkäreitä” – Lääkäriyhteisö ja ammattikunnan kulttuuriin kasvaminen. S. 52–157. Teoksessa Nyström, Samu (toim.): Vapaus, terveys, toveruus. Lääkärit Suomessa 1919–2010. Suomen Lääkäriliitto, 2010.
- Abbot, Andrew: System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago: University

- of Chicago Press, 1988.
- Acroyd, Stephen, Kirkpatrick, Ian. & Walker, Richard M.: Public Management Reform in the UK and its Consequences for Professional Organization: A Comparative Analysis. Public Administration 85 (2007): 1, 9–26.
- Andrews, Therese M. & Wærness, Kari: Deprofessionalization of a female occupation: Challenges for

- the sociology of profession. *Current Sociology* 59 (2011): 1, 42–58.
- Ball, Stephen: *Policy Sociology and Critical Social Research: A Personal Review of Recent Education Policy and Policy Research*. *British Educational Research Journal*. 23 (1997): 3, 257–274.
- Casey, Catherine: *Work, Self and Society after Industrialism*. London: Routledge, 1995.
- Deem, Rosemary. & Brehony, Kevin J.: The Case of 'New Managerialism' in Higher Education. *Oxford Review of Education* 31(2005): 2, 217–235.
- Evetts, Julia: A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology* 59 (2011): 4, 406–422.
- Evetts, Julia: Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology*. 61 (2013): 5–6, 778–796.
- Fournier, Valerie: The appeal to 'professionalism' as a disciplinary mechanism. *Social Review* 47 (1999): 2, 280–307.
- Freidson, Eliot: *Professional Powers. A Study of Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1986.
- Freidson, Eliot: *Professionalism reborn: theory, prophecy and policy*. Cambridge: Polity Press, 1994.
- Freidson, Eliot: *Professionalism: the third logic*. London: Polity Press, 2001.
- Grönfors, Eija & Perälä, Marja-Leena: Johtamistutkimus terveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus. *Stakes*. Aiheita 22/2004, 2004.
- Heikka, Helena: Sosiaali- ja terveystoimintajärjestelmän sisällön ja kompetenssin. *Universitat Ouluensis D Medica* 968, 2008.
- Heikkilä, Teppo & Vänskä, Jukka & Hyppölä, Harri & Halila, Hannu. & Virjo, Irma. & Mattila Kari. & Kujala, Santero & Isokoski, Mauri: LÄÄKÄRI 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille. Helsinki: Sosiaali- ja terveystoimintajärjestelmän julkaisuja 2009:19, 2009.
- Henriksson, Lea: *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka*. Helsinki: Stakes, 1998.
- Hermanson, Terhi: *Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa*. Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen laitos. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 49, 1989.
- Julkunen, Raija: *Uuden työn paradoksit*. Keskusteluja 2000-luvun työprosessista. Tampere: Vastapaino, 2008.
- Jylhäsaari, Jussi: *Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa*. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? *Universitas Wasensis* no 212. *Hallintotiede* 13, 2009.
- Karseth, Berit & Nerland, Monika: Building professionalism in a knowledge society: examining discourses of knowledge in four professional associations. *Journal of Education and Work* 20 (2007): 4, 335–355.
- Kirkpatrick, Ian, Dent, Mike & Jespersen Peter: The contested terrain of hospital management: Professional projects and healthcare reforms in Denmark. *Current Sociology* 59 (2011): 4, 489–506.
- Kurunmäki, Liisa: A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical profession. *Accounting, Organizations and Society* 29 (2004): 3–4, 327–347.
- Laakso, Mikko: *Tahdon asia*. Tehy 1982–2012. Tehy ry: Helsinki: Otava, 2012.
- Laiho, Anne: ”Sisar tieteen saloissa” – sairaanhoitajien akatemisoimisprojekti Pohjoismaissa 1900-luvulla. *Turun yliopiston julkaisuja*. Sarja C osa 232, 2005.
- Laiho, Anne & Ruoholinna, Tarita: Terveystoimintajärjestelmän koulutuspuhe: erontekoa, nostalgialla sekä koulutuksen ja työn epäsuhtaa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (2008): 1, 36–51.
- Laiho, Anne & Ruoholinna, Tarita: The relationship between practitioners and academics: anti-academic discourse voiced by Finnish nurses. *Journal of Vocational Education and Training* 65 (2013): 3, 333–350.
- Leicht, Keith T. & Walter, Tony & Davies, Scott: New Public Management and New Professionalism across Nations and Contexts. *Current Sociology* 57 (2009): 4, 581–605.
- Lindholm Maud & Uden, Giggi & Råstam L.: Management from four different perspectives. *Journal of Nursing Management* 7 (1999): 2, 101–111.
- Lääkäriliiton toimintakertomus 2009. <http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/2731/toimintakertomus2009.pdf> (luettu 4.4.2014)
- Lääkäriliiton toimintakertomus 2010. [http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/2731/2010\\_toimintakertomus.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/2731/2010_toimintakertomus.pdf) (luettu 4.4.2014)
- Lääkäriliiton toimintakertomus 2011. [http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/2731/2011\\_toimintakertomus.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/2731/2011_toimintakertomus.pdf) luettu 4.4.2014
- Macdonald, Keith M.: *The Sociology of the Professions*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 1999.
- Miller, Peter, Kurunmäki, Liisa & O’Leary, Ted: Accounting, hybrids and the management of risk. *Accounting, Organizations and Society* 33 (2008): 7–8, 942–967.
- Nieminen, Paula: Caught in the science trap? A case study of the relationship between nurses and “their” science. S. 127–141. *Teoksessa Välimä, Jussi & Ylijoki, Oili-Helena (toim.): Cultural perspectives on higher education*. New York: Springer, 2008.
- Noordegraaf, Mirko: Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations. *Current Sociology* 59 (2011): 4, 465–488.
- Nyström, Samu: Suomen Lääkäriliitto sata vuotta. S.16–51. *Teoksessa Nyström, Samu (toim.) Vapaus, terveys, toveruus*. Lääkärit Suomessa 1919–2010. Suomen Lääkäriliitto, 2010.
- OPM, 2004. Sosiaali- ja terveystoimintajärjestelmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30.
- O’Reilly, Dermot & Reed, Mike. 'Leaderism': An evolution of managerialism in UK public service reform. *Public Administration* 88 (4), 960–978.
- Puolijoki, Hannu & Tuulonen, Anja: Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi. So-

- siaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:47. Helsinki, 2007.
- Räsänen, Keijo & Trux, Marja-Leena: Työkirja. Ammatillaisen paluu. Helsinki: Kansanvalistusseura, 2012.
- SA 272/2005: Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista.
- SA 628/1997: Asetus terveystieteiden tutkinnoista.
- SA 2010/1326: Terveydenhuoltolaki.
- Saarinen, Arttu: Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksia 114. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 2010.
- Sarkio, Maria: Sairaanhoidtajaksi kasvattaminen. Sairaanhoidtajakoulutus ja siinä käytetyt oppikirjat Suomessa vuoteen 1967 asti. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 208, Helsingin yliopisto, 2007.
- Sinkkonen, Sirkka & Kinnunen, Juha: Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22. Terveyshallinnon ja -talouden laitos. Kuopio, 1994.
- Smeby, Jens-Christian & Vågan André: Recontextualising professional knowledge – newly qualified nurses and physicians. *Journal of Education and Work* 21 (2008): 2, 159–173.
- STM: Arviointiselvitys vuosina 2002–2007 toteutusta Kansallisesta terveyshankkeesta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:22. Helsinki, 2008.
- STM: Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:17. Helsinki, 2011.
- Suomen Lääkäriliitto: Lääkäriliiton koulutuspoliittinen ohjelma. Helsinki, 2013. [http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5073/koulutuspol\\_ohjelma2013.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5073/koulutuspol_ohjelma2013.pdf) luettu 29.4.2014
- Suonsivu, Kaija: Puun ja kuoren välissä. Hoitotyön johtajan tehtävät ja asema. Tehyn julkaisusarja A: tutkimuksia 1/2004.
- Taja: Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntija ry. <http://www.taja.fi> (luettu 12.01.2014)
- Tehy tilastoina, 2013: [http://www.tehy.fi/@Bin/25201537/Tehy\\_tilastoina\\_2013.pdf](http://www.tehy.fi/@Bin/25201537/Tehy_tilastoina_2013.pdf) (luettu 10.3.2014)
- Tehy: Johtaminen avainasemassa muutoksessa. Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveysalan johtamisesta. Tehyn julkaisusarja F: 2/2009. Helsinki, 2009. <http://www.tehy.fi/@Bin/45463/Johtaminen+avainasemassa.pdf> (luettu 20.1.2014)
- Tehy: Tehyn koulutuspoliittiset teesit 2009–2013. Tehyn julkaisusarja F: 1/2010. Helsinki, 2010. <http://www.tehy.fi/@Bin/45482/Koulutuspoliittiset+teesit.pdf> (luettu 10.1.2014)
- Terveysportti 2002: Lääkärien täydennyskoulutukselle arviointineuvosto. [http://www.duo-decim.fi/terveysportti/uutissorvi\\_uusi.lue\\_abstrakti?iid=2285&iprint=3&p\\_hakusana=](http://www.duo-decim.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.lue_abstrakti?iid=2285&iprint=3&p_hakusana=) (luettu 23.5.2014)
- THL: Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö 2011. Tilastoraportti 8/2014. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2014. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116033/Kokonaisraportti.pdf?sequence=3> (luettu 8.5.2014)
- Torppa, Kaarina: Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoidopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. *Acta Universitatis Oulu D* 951, 2007.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli: Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi, 2009.
- TuV: Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi, esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta, 2004.
- TuV: Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon, 2006.

## ENGLISH SUMMARY

*Anne Laiho & Tarita Riikonen: Who's to run health care? Exploring the interests of doctors' and nurses' unions (Kuka saa johtaa terveydenhuoltoa? Lääkäri- ja sairaanhoitajajärjestöjen intressejä)*

The role of doctors and nurses in health care administration has received much focus and attention in the reform of public sector management. The changes introduced in this reform have involved conflicts of jurisdiction both within and between occupational groups. At the same time, work in these occupational groups has been subjected to increasing demands of accountability and efficiency. The ambitions have been realized in the concept of New Public Management. The principal manifestation of NPM is managerialism, which stands in a strained relationship with the ideology of professionalism. With the general trend towards managerialisation, management competences and skills as well as management training have emerged as a new challenge for doctors and nurses.

This article explores doctors' and nurses' professional interests in health care administration and management as well as in education and training that provides the relevant qualifications. Furthermore, the article looks at how the two occupational groups perceive health care management, and examines the discourses they apply in their argumentation. The research material consists of declarations issued by the Finnish Medical Association and the Union of Health and Social Care Professionals Tehy; and editorials and Chairman's Column articles published in the Finnish Medical Journal and in the Tehy journal in 2002–2012. Furthermore, the material includes policy documents related to medical and nursing education as well as various publications and studies from the relevant interest organisations. These materials were analysed by theory-driven content analysis, and the reading was informed by rhetorical discourse analysis.

Tehy's interest is to achieve a position of equality in management of nursing care and to achieve wider recognition for the role of management skills and competences in health care organisations. Management involves drawing a line of demarcation vis-à-vis the medical profession and social welfare professionals. Tehy has advocated the inclusion of nursing care management and management training in the Health Care Act. This can be regarded as a traditional

professional strategy. Tehy is concerned about the position of the nursing profession and about the re-drawing of boundary lines within the profession in connection with the administrative reforms. Although training programmes for nursing administration and management are well institutionalised all the way to the doctoral degree, it seems that this is not enough to guarantee nurses the necessary jurisdiction in the management of nursing care.

The Finnish Medical Association's interest is to safeguard the position of doctors, above all, vis-à-vis professional managers. Doctors do not want to separate the roles of clinician and manager, nor the roles of strategic manager and financial manager. The medical profession's position of dominance over the nursing profession, on the other hand, is clear and obvious, as the FMA makes no mention of the issue in its statements. The medical profession has a specific interest in establishing a separate, "state-run" management training programme. The FMA has also set up its own training programme to ensure its members have the necessary skills and opportunities to compete for their position in health care administration. Its approach can be regarded as a new strategy in the current managerialist environment.

Both interest organisations employ a managerialist discourse and vocabularies. Management is associated and integrated with everything: the implementation of new technologies, the management of change, the patient's best interests, the availability of labour, well-being in the workplace. At the same time, the interest organisations are keen to criticise managerialism. For instance, the occupational groups emphasise the importance of specific managerial expertise in the field of health care.

In their advocacy of professionalism, trade unions have to resort to contradictory discourses. These discourses clearly reflect the conflicting pressures from external and internal demands. This presents a challenge for the self-understanding of interest organisations and for the ways in which they operate: they need to navigate through the conflicting demands coming from within the profession (values and moral order) and from the outside (operating environment).

**Keywords:** trade unions, management education, professionalism, health care administration.