

# Erillisyys ongelmana suun terveydenhuollossa

*Paula Alestalo & Eeva Widström*

## ABSTRACT

Administrative Isolation as a Problem in Oral Health Care

Chief municipal medical and dental officers and chairmen of social welfare committees in ten municipal health centres were interviewed using a pretested questionnaire. The aim was to analyse the leadership and management of oral health care services and the municipal dental managers' positions in the local municipal administrative hierarchy.

Municipal dental managers were shown to have a sovereign position within their own sector. They themselves emphasized the role of oral health care personnel when, for example, the extent of the services was decided. While the appointed chairmen of the local social welfare committees tended to highlight local municipal discussions and agreements the medical and dental professionals tended to be more open for outside influence from national social and health care authorities. Local politicians seemed to know less about oral health care than about general health care provision. The separate identity of the oral health care service hindered access to proper services by the local populations.

Key words: municipal health center, leadership and management of oral health care.

## JOHDANTO

Valtiohallan lupaaman ja kansalaisten sekä suun terveydenhuoltohenkilöstön hartaasti odotetun hammashuollon kokonaisuudistuksen toteuttamisesta päätettiin vihdoinkin joulukuussa vuonna 2000. Uudistusta oli 1990-luvulla lykätty moneen otteeseen lamaan vedoten, ja välillä se näytti unohtuvan kokonaan. Uudistuksen mukaan koko väestö voi halutessaan päästä terveyskeskuksen hammashoittoon viimeistään 1.12.2002

tai käyttäessään yksityisiä palveluja saada sairausvakuutuskorvaukset perushoidosta. Yllättävää kyllä uudistuksesta syksyllä 2000 käyty keskustelu herätti ristiriitaisia tunteita julkisesta hammashuollosta vastuussa olevissa henkilöissä. Vaatimukset uudistuksen kustannusneutraalista toteuttamistavasta ja hoidon tarpeen perusteella annettavasta hoidosta nostattivat ärtymystä. Terveyskeskuksissa pelättiin, ettei tarvittavia resursseja saataisi, ja että vastaanotot tukkeutuisivat särkypotilaista. Tällöin tärkeinä pidetyt ehkäisevän hoidon periaatteet olisivat vaarassa.

Etenkin 1990-luvulla kuntien väliin oli päässyt syntyään huomattavia eroja hammashoidon laajuudessa. Vaikka lasten ja nuorten hampaiden terveydentila oli radikaalisti parantunut, vain noin puolet terveyskeskuksista pystyi tarjoamaan palveluja koko väestölleen (Widström ym. 1998). Ei ehkä kyetty tarpeeksi irtautumaan perinteisestä järjestelmällisestä hammashoidosta, joka edellytti vuosittaisia hammaslääkärin tarkastuksia täysin tervehampaisillekin. Myös työnjako eli työtehtävien delegointi hammashuoltajille ja hammashoitajille kohtasi monesti kiivasta vastarintaa ja vaati johtajilta sisukkaita ponnisteluja. Näin ollen hammashoitopalvelujen laajentaminen oli edennyt monissa kunnissa hitaasti. Epäiltiin myös, että työlään etenemisen osasyynä saattoivat olla ongelmat johtamisessa niin hammashuollossa kuin terveydenhuollossa yleensäkin (Kitti 2001, 147).

Vuosien varrella julkisuudessa on puhuttu paljon työuupumuksesta ja lääkärin haluttomuudesta hakeutua terveyskeskuksen virkoihin. Tähänkin on esitetty mahdollisena syynä puutteita johtamisessa. Samaan asiaan on kiinnitetty huomiota muuallakin kuin Suomessa. Englannissa Richard Smith pohti artikkelissaan, miksi lääkärit olivat tyytymättömiä työoloihinsa. Ilmeisimpänä syynä hän piti sitä, että lääkäreillä teetettiin liikaa töitä eikä heitä tuettu tarpeeksi. Poliitikot antoivat katteettomia lupauksia, joita kentällä jouduttiin potilaille selittelemään (Smith 2001). Myöhemmin suuri joukko lääkäreitä vastasi hänelle, että tyytymättömyyteen saattoi vai-

kuttaa osaltaan johtamisen puute (Parsons ym. 2001). Mutta kuka sitten huolehtisi johtajista, kun hekin ovat uupumassa? Tähän kysymykseen oli yritetty löytää vastauksia maanpuolustuskurssilla (Salmenpohja 2000).

Syksyllä 1999 tehtiin Stakesin toimeksiantona selvitys kymmenen suun terveydenhuollon kehittämiprojektiin osallistuvan terveyskeskuksen hammashuollon johtamisesta (Alestalo ym. 2000). Johtavilta hammaslääkäreiltä kysyttiin käsityksiä heidän omasta johtajuudestaan ja asemastaan terveyskeskuksen hallinnossa.

Perinteisesti johtamistaidolla on ymmärretty niin yritystoiminnassa kuin julkishallinnossakin toiminnan johtamista (management) ja ihmisten johtamista (leadership). Päälliköt (manager) tekevät asioita oikein, kun taas johtajat (leader) tekevät oikeita asioita (Bennis ym., 22). Yleisesti johtajuudella ymmärretään tietyn henkilön, johtajan, vaikuttamista toiseen tai toisiin henkilöihin siten, että tämä tai nämä toimivat tietyn päämäärän hyväksi. Warren Bennisin mukaan hyvä johtaja on asioihin perehtynyt uneksija, jolla on omaperäinen mutta saavutettavissa oleva visio, jonka vuoksi hän on valmis panemaan itsensä "liikoon". Vaikka johtajat voivat olla luonteeltaan hyvinkin erilaisia, yhteisenä ominaisuutena heillä kaikilla on kullinkin käsillä olevan "sekasorron" hallinta. Hänen mielestään johtajaksi voi myös oppia, välttämättä johtajaksi ei tarvitse syntyä (Crainer 1998).

Edelleen Bennisin mukaan onnistuakseen henkilökunnan sitouttamisessa päämäärän kannalta tärkeisiin toimintamalleihin johtajalta edellytetään tiettyä asemaa sekä tietynlaisista käyttäytymistä, johtamistyyliä. Tähän tarvittavia henkilökohtaisia ominaisuuksia ovat terve itsetunto ja kyky hyväksyä ihmiset sellaisina kuin he ovat: eräänlainen emotionaalinen side, joka yhdistää alaiset ja johtajat. Johtajan valta on siis kykyä kääntää aikomus - visio - todellisuudeksi ja ylläpitää sitä. Näin ollen johtaminen on vallan viisasta käyttöä: transformatiivista eli muuttavaa johtamista (Bennis ym. 1986 18). Tämä ei enää nykyään voi perustua hierarkkisen aseman antamaan autoritaariseen vallankäyttöön, vaan haluan johtaa toisia ihmisiä vuoropuhelun keinoin. (Castren 2001, Salmimies, 67-77).

Erityisesti viime aikoina huomio on kiinnittynyt organisaatioiden hallittuun itseohjautuvuuteen sekä sisäisten ja ulkoisten sidosryhmien luomiseen eli verkostoitumiseen. Salmimiehen mukaan

muodissa oleva termi itseohjautuvista organisaatioista ei tarkoita sitä, etteikö johtajan ihmissuhdetaitoja tarvittaisi suotuisan ilmapiirin ja oppivan organisaation luomiseen. Tiimien ja työryhmien muodostaminen, niiden kannustaminen ja palautteen antaminen siten, että työntekijät tuntevat itsensä arvostetuksi myös kielteisistä kritiikkiä saadessaan, ovat edelleen johtajan koetinkiviä. Salmimies ja Bennis kiinnittävät huomiota myös toiseen tärkeään seikkaan: johtajalla pitää olla niin paljon itsetuntoa, ettei hän itse alaisiaan miellyttääkseen tyydytä kaikkia häneen kohdistettuja odotuksia, vaan tukien ja kannustaen edistää alaisensa itsenäisyyttä ja omaaloitteisuutta. Rohkaisevan johtamistyylin havaittiin olevan erityisen tärkeää myös Suomen terveyskeskuksissa, jotta henkilökunta tuntisi tekevänsä arvokasta työtä (Sihvonen ym. 1991).

Terveyskeskus on asiantuntija- ja palveluorganisaation yhdistelmä, jonka johtamisessa henkilöstöjohtamisesta ja yhteisten tavoitteiden sopimisesta on tullut hallinnointia tärkeämpää (Winblad 2000). Silti erityisesti suun terveydenhuollon hallintoon kohdistuneet tutkimukset ovat käsitelleet enimmäkseen talouden ja tuottavuuden arvioimista tai työilmapiirin ja henkilöstön työtyytyväisyyden kartoittamista.

Terveydenhuollon osalta on tutkittu muunmuassa terveyskeskuksen organisaatiokulttuuria (Kinnunen 1990), lääkärin asemaa terveydenhuollossa (Hermanson 1989), johtoryhmäyöskentelyä (Ylävaara 1993), terveyskeskuksen johtavien viranhaltijoiden käsityksiä johtamistehävistäään, johtoryhmäyöstään ja koulutustarpeistaan (Korhonen 1995) sekä terveyskeskusten johtamisjärjestelmiä (Kangas 1999). Viime vuosina johtamisaihetta on käsitelty useimmiten sairaalahallinnon näkökulmasta.

Keskustelu hammashuollon uudistuksesta oli kuumimmillaan syksyllä 2000. Tällöin selvitystä suun terveydenhuollon kehittämishankkeeseen osallistuneiden kuntien osalta päädyttiin jatkaamaan luotaamalla johtavien hammaslääkärien lähimpien esimiesten ja johtavien luottamushenkilöiden mielipiteitä kyseisistä asioista. Tavoitteena oli saada lisävalaistusta johtamisproblematiikkaan ja hammashuollon tilanteeseen sekä selvittää hammaslääkärien johtajan asemaa esimiesten ja luottamushenkilöiden näkökulmasta.

Ongelmakysymyksenä oli, miksi kyseisissä kunnissa lasten ja nuorten hampaiden terveyden parannuttua hoidon tarjonta aikuisväes-

tölle oli edennyt hitaasti. Oliko syynä pelkästään rahan puute, vai oliko kysymys myös kunnallisten luottamushenkilöiden ja hammaslääkäreiden esimiesten asenteista? Olisiko suun terveydenhuollon johtajilla itsellään pitänyt olla aktiivisempi rooli vastatessaan väestön terveyspalvelujen tarpeeseen (Madeck 1992)? Edellisessä tutkimuksessa selvitettiin johtavien hammaslääkärien omalle työlleen asettamia tavoitteita sekä heidän käyttämiään keinoja ja johtamistapoja, koettua onnistumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä (Alestalo ym. 2000). Näitä tutkimustuloksia ja johtajan asemaa tarkasteltiin nyt esimiehen ja kunnallispolitiikon näkökulmasta.

Lisäksi oli tarkoituksena oli selvittää, oliko syynä palvelujen tarjonnan laajentamisen hitautteen kenties myös näkymätön reviirijako ja ristiriidat julkisen ja yksityisen sektorin välillä.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

Johtavien hammaslääkärien esimiesten ja kuntien tai kuntayhtymien sosiaali- ja/tai terveyslautakuntien tai yhtymähallitusten puheenjohtajien näkemyksiä suun terveydenhuollon johtamisesta selvitettiin kirjallisella kyselyllä joulukuussa vuonna 2000. Kyselylomake oli samantyyppinen kuin edellisessä tutkimuksessa. Projektiin osallistuvat kunnat tai kuntayhtymät olivat: Hämeenlinna, Jyväskylä, Kokkola, Mikkeli, Posio, Seinäjoki, Sipoo, Uusikaupunki, Vaasa ja Vantaa. Vastauksia saatiin yhdeksästä terveyskeskuksesta seitsemältä esimieheltä ja seitsemältä luottamushenkilöltä. Vastausprosentiksi tuli täten 70. Joitakin tarkennuksia epäselviin kohtiin tehtiin puhelimitse. Virkanimikkeiden ja hallintomallien kirjavuudesta johtuen vastausten raportoinnissa haastatelluista käytetään nimityksiä "johtava hammaslääkäri", terveyslautakunnan tai yhtymähallituksen puheenjohtajista "luottamushenkilö" sekä esimiehistä "johtava lääkäri", koska esimies oli useimmiten juuri johtava lääkäri. Tustatietoja kartoitettiin kysymyksiin kuten nykyisessä virassa tai luottamustehtävässä toimittuun aikaan vastasi vain yhdeksän henkilöä. He olivat toimineet tehtävissään keskimäärin kahdeksan vuotta, pari vuotta johtavia hammaslääkäreitä vähemmän. Kaikista vastaajista kymmenen oli miehiä ja neljä naisia. Aineiston pienuuden takia mitään erityisiä tilastomenetelmiä ei käytetty.

## TULOKSET

### HALLINNOINTI JA ALAN SISÄLLÖLLINEN KEHITTÄMINEN

Johtavien lääkärien ja luottamushenkilöiden vastaukset johtavien hammaslääkärien tärkeimpiä tehtäviä koskevaan kysymykseen olivat paljolti samanlaisia kuin johtavien hammaslääkäreidenkin. Hammashuoltosektorin hallinnollinen johtaminen vuosittain laadittujen hallituksen tai valtuuston hyväksymien suunnitelmien mukaisesti katsottiin johtavan hammaslääkäriin tärkeimpiin toimiin kuuluvaksi. Näihin sisältyivät toiminnan puitteiden luominen, tavoitteiden suunnittelu ja seuranta yhdessä alaisten kanssa, mutta myös suun terveydenhuollon niveltäminen muuhun terveyskeskuksen toimintaan. Lautakunnan tai hallituksen puheenjohtajat korostivat esimiehiä useammin pysyttelemistä luottamushenkilöelinten päätösten rajoissa. Sektorinsa esimiehenä johtavan hammaslääkäriin tulisi antaa palautetta ja kannustaa alaisiaan pysymään tavoitteissa mutta myös rohkaista kestämaan siitä aiheutuvat paineet. Hänen piti huolehtia alaisistaan hyvin ja kohdella heitä tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti henkilöstöjohtajan ominaisuudessa.

Seuraavaksi tärkeimmäksi katsottiin alan sisällöllinen kehittäminen ja ammattitaidon ajantasallapito. Johtavan hammaslääkäriin tuli siis olla visionääri ja oman alansa asiantuntija, tehdä selvittelytyötä ja valottaa substanssiasioita sekä päättäjille että alaisilleen. Hänen piti myös huolehtia klinisen tietotaidon tason ylläpitämisestä niin henkilöstössä kuin itselläänkin. Johtavien hammaslääkärien omista vastauksissa ammatilliseen asiantuntijuuteen liittyvät seikat eivät painottuneet juuri ollenkaan, vaan he katsoivat sen sijaan tarvitsevansa strategisia ja visionäärisiä kykyjä pystyäkseen ottamaan vastuun toiminnan johtamisesta ja pitääkseen hammashuollon luontevana osana muuta terveydenhuoltoa. Etenkin luottamushenkilöt edellyttivät johtavan hammaslääkäriin toimivan tulosvastuullisesti ja sopeuttavan oman yksikkönsä toiminnan kuntayhtymän tavoitteisiin ja menot vähintäänkin keskimääräiselle valtakunnalliselle tasolle.

Johtoryhmän jäsenenä johtavan hammaslääkäriin katsottiin pystyvän osallistumaan koko terveyskeskuksen johtamiseen. Hänen asiantun-

temustaan omalla alallaan tarvittiin sekä johtoryhmätyöskentelyssä että lautakuntatyössä. Jotkut mainitsivat tärkeänä tehtävänä myös tiedottamisen toisaalta julkisuuteen ja toisaalta henkilölle.

Vain parissa vastauksessa johtavalta hammaslääkäriltä edellytettiin myös osallistumista kliiniseen hoitotyöhön ja päivystykseen. Edellisen selvityksen mukaan suurimpien terveyskeskusten johtavat hammaslääkärit eivät tehneet kliinistä työtä, mutta jo useimpien keskisuurten terveyskeskusten johtavat hammaslääkärit arvioivat tekevänsä kliinistä työtä jopa puolet tai kolmasosan kokonaistyöajasta. Pienimpien terveyskeskusten johtavat hammaslääkärit sen sijaan saattoivat tehdä kliinistä työtä yhtä paljon kuin alaisensa. Niinpä kliinisen työn osuus vaihteli lähinnä terveyskeskuksen koosta riippuen nolasta kolmeen kymmeneen tuntiin viikossa - siis täyteen terveyskeskushammaslääkäriin kliiniseen työaikaan. Jotkut hammaslääkärit kokivatkin tilanteensa turhauttavaksi, koska aikaa ei jäänyt tarpeeksi johtamiseen ja hallinnollisiin toimiin. Toisaalta kliinistä työtä ei voitu kokonaan jättääkään ammattitaidon ylläpitämisen takia.

### HAMMASHUOLLON PAIKALLISTEN TAVOITTEIDEN ASETTELUUN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Kysymykseen kuka tai mitkä asiat vaikuttavat hammashoidon yleisten tavoitteiden asetteluun (esimerkiksi hammashoidon laajuuteen) terveyskeskuksen hammashuollossa, tuli melkoisesti johtavien hammaslääkäreiden kyselystä poikkeavia näkemyksiä (kuviot 1-4). Kaikki kolme vastaajaryhmää olivat lähes yhtä mieltä siitä, että lait ja asetukset sekä johtava hammaslääkäri itse vaikuttivat eniten hammashuollon yleisten tavoitteiden asetteluun terveyskeskuksen tasolla. Johtavat hammaslääkärit arvioivat terveyslautakunnan tai yhtymähallituksen sekä hammashuollon henkilöstön vaikutuksen selvästi suuremmaksi kuin muut vastaajaryhmät. Hammashuollon johtamistyylit todettiin jo edellisessä tutkimuksessa henkilökuntapainotteiseksi. Edelleen johtavat hammaslääkärit arvioivat sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin vaikutuksen suuremmaksi kuin muut vastaajat. Johtoryhmän merkityksen tavoitteiden asettelussa johtavat hammaslääkärit sen sijaan näkivät selvästi vähä-

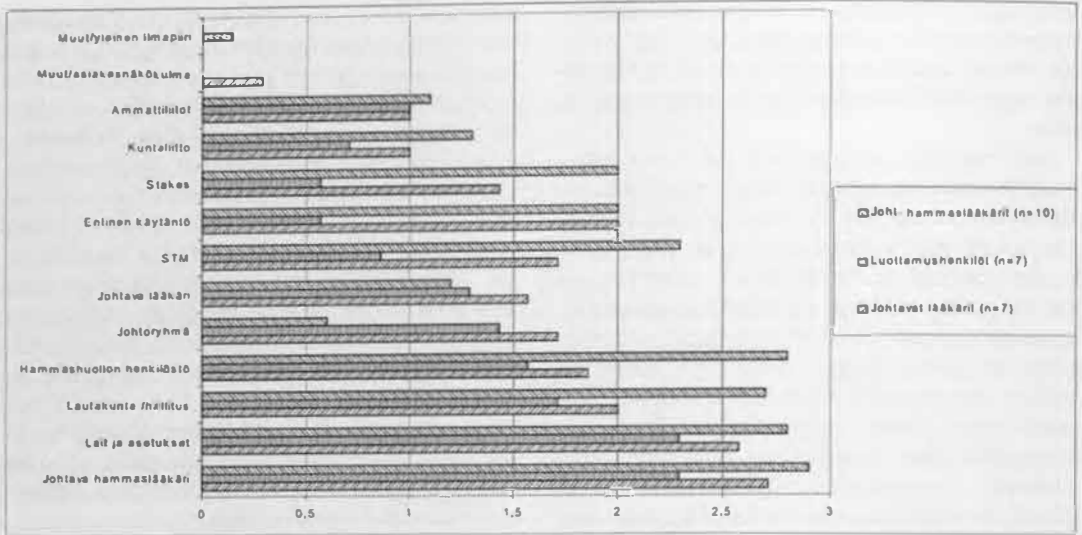
semmäksi kuin johtavat lääkärit ja luottamushenkilöt. He painottivat enemmän johtavan lääkärin osuutta, suurin piirtein saman verran kuin luottamushenkilöt mutta selvästi vähemmän kuin johtavat lääkärit itse. Mielenkiintoista oli havaita, että luottamushenkilöt arvioivat muista vastaajista poiketen entisen käytännön vaikuttavan vain vähän toimintaan ja tavoitteisiin. Kenties virkamiehet olivat tässä suhteessa realistisempia. Tämän lisäksi luottamushenkilöt pitivät sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin vaikutusta paljon vähäisempänä kuin muut vastaajat. Merkilepantavaa on, että monet luottamushenkilöt jättivät vastaamatta useisiin taulukon kohtiin. Ehkä heidän oli virkamiehiä vaikeampi hahmottaa terveyskeskuksen sisäistä toimintamallia, ja ehkä sellaiset ulkoiset vaikuttajatahot kuten Stakes olivat jääneet heille vieraaksi.

Noiin 30 % kaikista vastaajista katsoi ammattiliittojen vaikutusvallan myös yleisten tavoitteiden asettelussa aika suureksi. Epäilevimpiä tämän asian suhteen olivat johtavat lääkärit. Eräs luottamushenkilö olisi jopa toivonut ammattiliittojen edustajien pyrkivän vaikuttamaan nykyistä aktiivisemmin työympäristönsä.

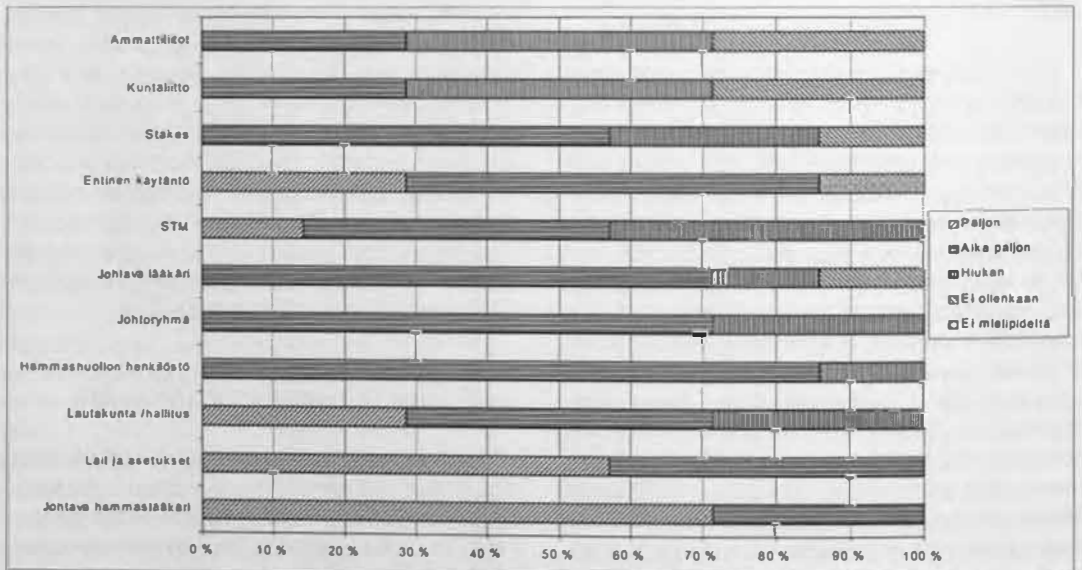
Kuvioihin 2 - 4 ei ole otettu mukaan kysymysvaihtoehtoja asiakasnäkökulma ja yleinen ilmapiiri, koska vain yksi henkilö kummastakin tämän kyselyn vastaajaryhmästä oli maininnut ne. Sen sijaan kuviossa 1 on näkyvissä erään johtavan lääkärin mainitsema asiakasnäkökulma - jonka hän arvioi vaikuttavan aika paljon - ja erään luottamushenkilön mainitsema yleinen ilmapiiri, jonka hän katsoi vaikuttavan hiukan. Kuten aikaisemmin jo mainittiin, asiakasnäkökulma ei nousut missään vaiheessa esille vuoden takaisessa johtavien hammaslääkärien mielipiteitä kartoittavassa kyselyssä. Yleisen ilmapiirin kerrottiin vaikuttavan lähinnä terveyskeskuksen ja yksityisen hammashuollon vastakkainasetteluna.

### TÄRKEIMMÄT YHTEISTYÖKUMPPANIT

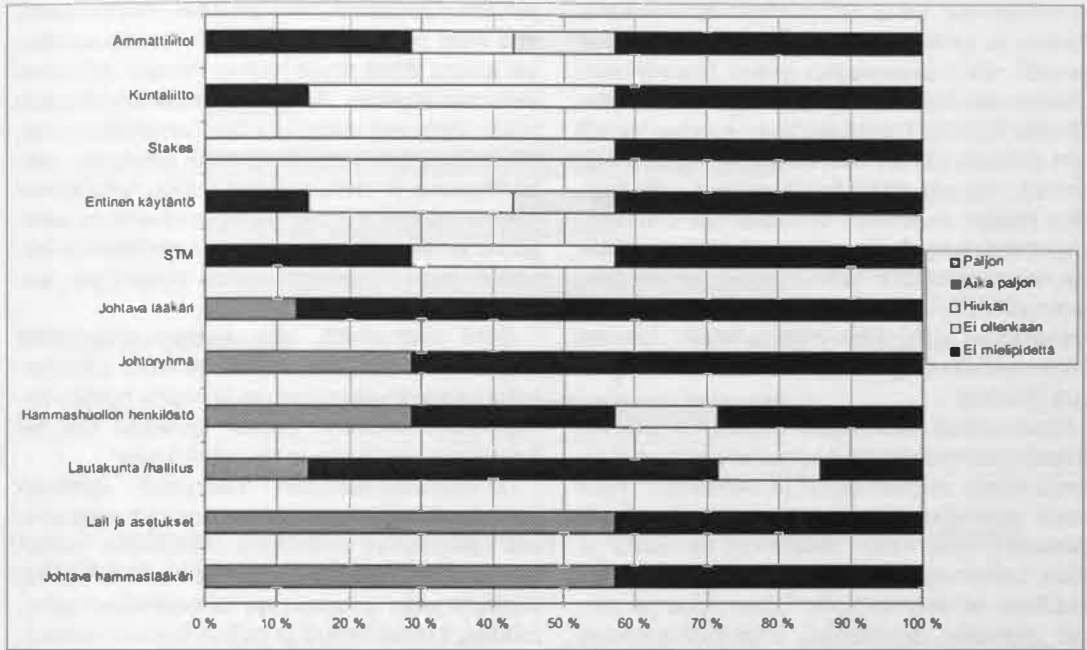
Tässä kysymyksessä pyydettiin luettelemaan tärkeysjärjestyksessä, keiden johtavien viranhaltijoiden kanssa haastatellut tekivät eniten yhteistyötä. Johtavilla lääkäreillä kaikkein tärkeimmäksi yhteistyökumppaniksi osoittautui talous- ja hallintosektorin johtaja, joka sai alun toistakymmentä pistettä enemmän kuin seuraavat, joita olivat aika tasaväkisinä johtava ylihoitaja, sosiaali- ja



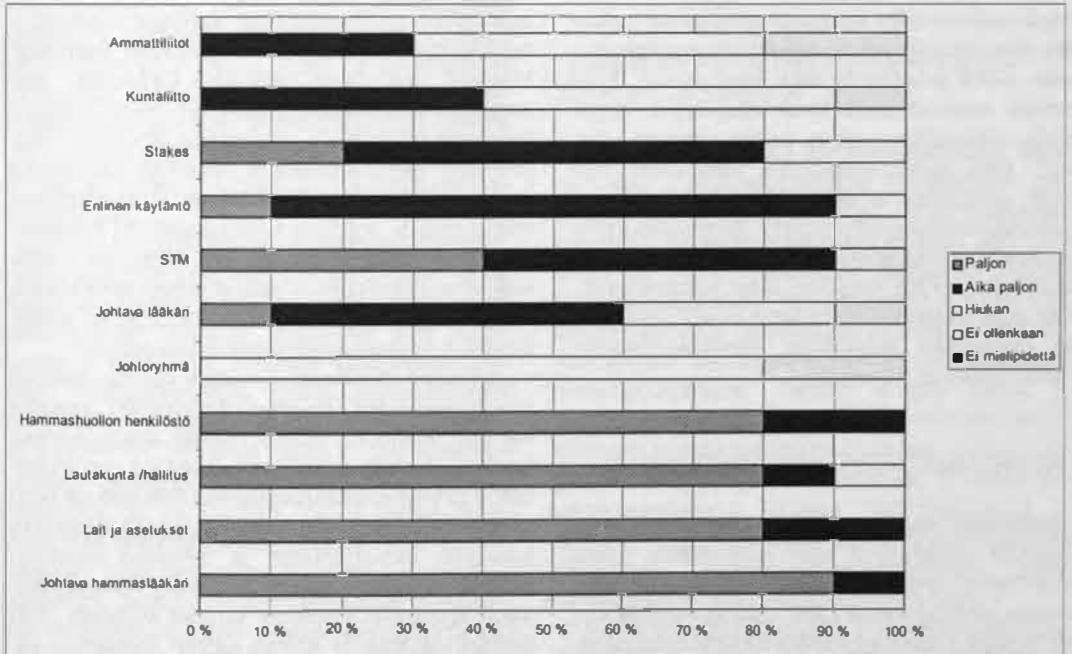
Kuvio 1. Hammashuollon paikallisten tavoitteiden asetteluun vaikuttavat tekijät johtavien lääkäreiden, luottamushenkilöiden ja johtavien hammaslääkäreiden arvioiden mukaan. Eri vastausvaihtoehtojen keskiarvot, kun pisteytys oli 0-3 (3 = vaikuttaa paljon, 2 = aika paljon, 1 = hiukan, 0 = ei ollenkaan).



Kuvio 2. Hammashuollon paikallisten tavoitteiden asetteluun vaikuttavat tekijät johtavien lääkäreiden (n=7) mukaan. Vaihtoehdon antaneiden prosenttiosuudet vastaajista.



Kuvio 3. Hammashuollon paikallisten tavoitteiden asetteluun vaikuttavat tekijät luottamushenkilöiden (n=7) mukaan. Vaihtoehdon antaneiden prosentiosuudet vastaajista.



Kuvio 4. Hammashuollon paikallisten tavoitteiden asetteluun vaikuttavat tekijät johtavien hammaslääkärien (n=10) mukaan. Eri vaihtoehdon antaneiden prosentiosuudet vastaajista.

terveysjohtaja, eri alojen johtavat tai vastaavat lääkärit ja johtava hammaslääkäri. Luottamushenkilöt olivat tekemisissä melko tasaväkisesti johtavan lääkärin, sosiaali- ja terveystoimen johtajan sekä hallinto- ja talusjohtajan kanssa. Heistä noin kolmasosapistemäärällä tulivat seuraaviksi johtava ylihammaslääkäri ja johtava ylihoitaja, joten heidän asemansa oli luottamushenkilönäkökulmasta katsottuna vähemmän tärkeä. Johtavan hammaslääkärin tärkein yhteistyökumppani hammashoidon ulkopuolella oli hänen lähin esimiehensä eli useimmiten johtava lääkäri, toiseksi tärkein talusjohtaja ja kolmanneksi tärkein johtava ylihoitaja.

Aikaisemman selvityksen mukaan yhdeksän johtavaa hammaslääkärinä kymmenestä tunti saavansa tukea esimieheltään ja seitsemän myös muilta terveyskeskuksen päättäjiltä. Tämä piti paikkansa, sillä kaikki seitsemän esimiestä ja jotkut luottamushenkilötkin kertoivat antavansa alaisilleen tai viranhaltijoille tukea. Apua ja neuvoja annettiin esimerkiksi ongelmatilanteissa henkilökohtaisten keskustelujen tai johtoryhmätyöskentelyn kautta. Palautetta sen sijaan katsottiin saatavan ja annettavan nihkeämmin. Eräskin hammaslääkäri totesi, että hän saattoi katsoa asioiden olevan hyvin, ellei palautetta tullut. Niinpä esimiehetkin kertoivat antavansa palautetta yleensä vain satunnaisesti; useimmiten kuitenkin sekä positiivista että negatiivista. Eräs esimies tunnusti antavansa etupäässä negatiivista palautetta jonkun asian "mentyä pieleen". Hän arveli antavansa yleensäkin liian vähän palautetta, koska säännöllisiä esimies/alaiskeskusteluja ei ollut pidetty. Varsinaisia kehittämiskeskusteluja kerrottiin käydyn kahdella paikkakunnalla, mutta sielläkin vain satunnaisesti. Useimpien luottamushenkilöiden osalta sekä tuen että palautteen antaminen henkilökohtaisesti viranhaltijoille oli harvinaista.

### JOHTORYHMÄTYÖSKENTELEN TÄRKEYS

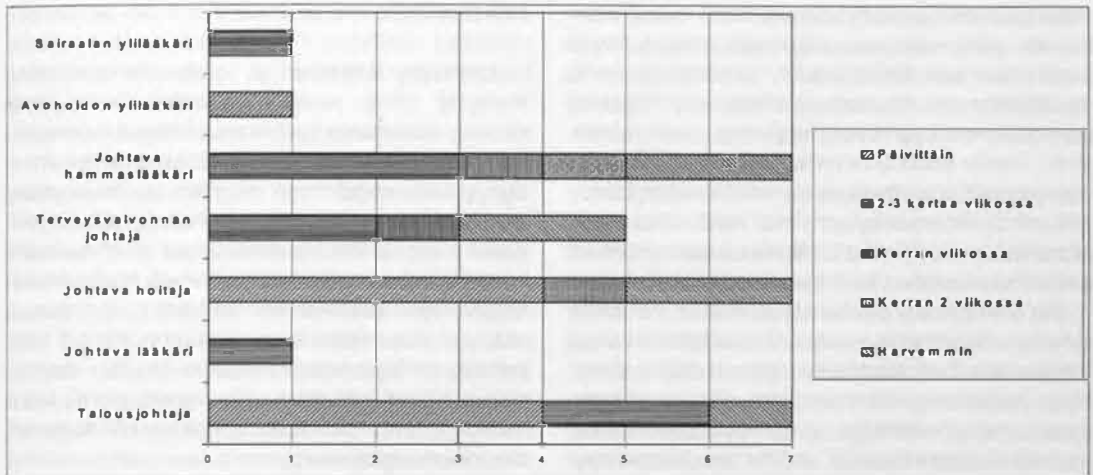
Vastausten mukaan seitsemässä terveyskeskuksessa yhdeksästä toimi johtoryhmä, johon myös hammaslääkäri kuului. Heidän lisäksi kaikissa johtoryhmissä toimi talusjohtaja ja johtava hoitaja. Yleensä johtoryhmä kokoontui säännöllisesti vähintään kolme kertaa kuukaudessa mutta useimmiten joka viikko. Kokouksista tehtiin muistio tai pöytäkirja kahta poikkeusta lukuunot-

tamatta. Esimiehet totesivat lähes yksimielisesti, että asiat puhuttiin yleensä halki, mutta saattoivat joskus jäädä myös hiukan "ilmaan" tai saivat vain osaratkaisun. Neljällä paikkakunnalla päätettiin myös esityksistä luottamushenkilöelimille. Yhdessä kunnassa johtoryhmä kokoontui vain tarvittaessa, ja siellä esittelijä tekikin ratkaisunsa itsenäisesti. Mutta niin hän kuin kaikki muutkin pitivät johtavan hammaslääkärin mielipidettä tärkeänä suun terveydenhuoltoa koskevissa asioissa.

Sekä esimiehiltä että luottamushenkilöiltä kysyttiin arviota siitä, kuinka tärkeää johtoryhmätyöskentely oli toiminnan kannalta heidän terveyskeskuksessaan. Erittäin tärkeänä sitä piti kaksitoista vastaajaa ja tärkeänä kaksi.

Luottamushenkilöiden käsitykset johtavan hammaslääkärin roolista luottamushenkilöelinten kokouksissa vaihtelivat melkoisesti. Johtavaa hammaslääkärinä kuultiin kolmen kunnan tai kuntayhtymän lautakunnan tai hallituksen kokouksissa säännöllisesti ja neljän kunnan kokouksissa satunnaisesti. Erään yksittäisen vastauksen mukaan johtavaa hammaslääkärinä kuultiin aina, kun se oli tarpeellista, kun taas toisen mukaan häntä kuultiin vain talousarvioon liittyvissä asioissa. Kaikki seitsemän lautakunnan tai hallituksen puheenjohtajaa sanoivat luottamushenkilöiden tietävän hyvin johtavan hammaslääkärin mielipiteen päätöksiä tehtäessä. Sen katsottiin vaikuttavan päätöksiin paljon viidessä terveyskeskuksessa. Kahdessa arvioitiin, ettei johtavan hammaslääkärin mielipide vaikuttanut juuri ollenkaan, etenkin jos se erosi esittelijän mielipiteestä. Johtava hammaslääkäri kuitenkin valmisteli asiat ja saattoi siis esittelijän kautta vaikuttaa ratkaisuihin. Vain yhdessä terveyskeskuksessa johtavalla hammaslääkärillä oli esitelyoikeus terveyslautakunnan kokouksissa.

Johtavilta lääkäreiltä kysyttiin, kuinka usein he olivat tekemisissä muiden johtoryhmän jäsenten kanssa (kuvio 5), koska heidän alaisuuteensa kuuluu yleensä koko terveyskeskus taloushallintoa ja ympäristöterveydenhuoltoa lukuun ottamatta. Neljä johtavaa lääkärinä tapasi työasioissa päivittäin talusjohtajan ja johtavan hoitajan. Kolme vastaajaa tapasi johtavan hammaslääkärin kahdesta kolmeen kertaan viikossa, yksi kerran viikossa ja kolme kerran kahdessa viikossa tai harvemmin.



**Kuvio 5. Johtavien lääkärien (n=7) yhteydenpito muihin johtoryhmän jäseniin Kuhunkin vaihtoehtoon vastanneiden lukumäärä.**

#### JOHTAVALLA HAMMASLÄÄKÄRILLÄ SUVE-REENI ASEMA OMALLA SEKTORILLAAN

Hammashuollon katsottiin olevan itsenäinen yksikkö, ja sen johtajalla oli laajat päätös- ja toimintavaltuudet niin henkilöstöä kuin talouttakin koskevilla asioilla. Hänellä katsottiin olevan myös erittäin suuri vastuu koko hammashuollon toiminnasta. Kysyttäessä oliko johtavalle hammaslääkärille delegoitu mahdollisuuksia itsenäiseen päätöksentekoon liian paljon, sopivasti vai liian vähän, kaikki yhtä lukuun ottamatta vastasivat sopivasti.

Johtavat hammaslääkärit itse olivat sitä mieltä, että he pystyivät vaikuttamaan toimintaan tai toiminnanmuutokseen parhaiten yhteistyöllä oman henkilökunnan kanssa. Esimiehet sen sijaan korostivat normaalin virkatien käyttämistä parhaana vaikutuskeinona. Lobbausta yksittäisiin poliittikkoihin ei pidetty suotavana. Esimiehen, siis useimmiten johtavan lääkärin, tuki katsottiin tärkeäksi asioiden valmistelussa. Sen jälkeen johtoryhmä oli se kanava, jonka kautta pitäisi pystyä vaikuttamaan terveyslautakuntaan tai hallitukseen, jotka ovat avainasemassa resurssien jaettaessa. Johtavan hammaslääkärin vaikutusvalta terveyskeskuksen yleisiin henkilökuntaa ja toimintaa koskeviin asioihin riippui paljolti hänen henkilökohtaisista ominaisuuksistaan. Hammashuollon johtajalta odotettiin omaa aktiivisuutta perusteltujen aloitteiden ja kokeilujen tekemi-

seen sekä erilaisiin projekteihin osallistumiseen. Siellä missä johtavalla hammaslääkärillä ei ollut kokouksissa esittely- tai läsnäolo-oikeutta, hänen katsottiin tapaavan luottamushenkilöitä liian harvoin.

#### TOIMINNAN KEHITTÄMISEN MAHDOLLISUUKSIA JA ESTEITÄ

Kysyttäessä kuinka terveyskeskuksen hammashoito pystyi täyttämään kuntalaisten palvelujen tarpeen ja odotukset, neljä vastaajaa kahdesta terveyskeskuksesta vastasi sen täyttävän ne "hyvin", kahdeksan vastaajaa viidestä terveyskeskuksesta "tydyttävästi" ja kaksi vastaajaa kahdesta terveyskeskuksesta "huonosti". Kahdeksan vastaajaa arvioi terveyskeskuksen hintalaatusuhteen olevan "erittäin hyvää" ja kuusi "tydyttävää". Mielenpito perustuivat vertailutietoon muista terveyskeskuksista mutta myös yleiseen mielipiteeseen kunnassa. Yhdessä terveyskeskuksessa johtava hammaslääkäri oli nimitetty laadunpäälliköksi koko terveyskeskusta koskevaan laadunkehittämisprosessiin, joten hänen asemansa katsottiin olevan hyvä.

Useimmat vastaajat korostivat odotetusti taloudellisten resurssien eli rahan puutetta kunnallisen hammashuollon kehittämisen esteenä, mutta monissa vastauksissa tuotiin esille myös hammashoidon työkuluttuurissa esiintyviä epäkohtia:



kaavamaisuus ja pinttyneet asenteet - kun ennenkin on tehty näin - haluttomuus työnjakoon ja saavutetut taloudelliset edut, ideoiden puute ja henkilökunnan muutosvastarinta: on helpompi katsoa terveitä suita kuin laajentaa uusiin ikäryhmiin. Parilla paikkakunnalla jatkuva kilpailu julkisen ja yksityissektorin välillä sekä eri ikäryhmien väliset SV-korvauskysymykset haittasivat hammashoidon kehittämistä. Nämä vastaukset olivat paljolti samanlaisia kuin hammaslääkärienkin.

Muuan vastaaja piti hammashuollon työnjakoa edelleen liian hammaslääkärikeskeisenä. Hänen mielestään henkilöstön työnjakoa olisi kehitettävä edelleen yleisterveydenhuollon suuntaan, jossa terveydenhoitaja on terveyskeskuslääkärin lisäksi tärkeä henkilö. Vaikka tarkoituksenmukainen työnjako yleisterveydenhuollon puolella onkin paljon pitemmällä kuin hammashuollossa, perusturvaministeri Lääkäripäivien avajaisissa ja Vantaan terveydenhuollon johtaja Mediutisissa (Vesantola 2001, 23) ottivat kantaa lääkärin tehtävien lisädelegointiin muulle hoitohenkilökunnalle - ja saivat ajatuksilleen Lääkäriiliitosta yhtä nuivan vastaanoton kuin Hammaslääkäriiliitostakin. Tämän kyselyn radikaalein uudistusten ehdottaja esitti, että hammashuoltohenkilöstö pitäisi "panna vähintään kaksivuorotyöhön, vähintään kuutena päivänä viikossa ja lisäksi tarvittavaan päivystykseen". Tämä koski koko terveydenhuoltosektoria, myös lääkäreitä. Hän perusteli kantaansa sillä, että päivähoitopalvelutkin ovat ympärivuorokautisia lasten vanhempien vuorotoiden takia. Hän piti myös väestövastuuseen perustuvaa virkaehtosopimusta parhaana. Sitä kokeiltiin kymmenkunta vuotta sitten myös terveyskeskushammaslääkäreihin kahdella paikkakunnalla, mutta ajatukselle ei silloin ollut "tilausta".

Ehdotettiin myös, että hammashuolto yksityistettäisiin: terveyskeskus tarjoaisi tilat, laitteet ja hammashoitajat, ja hammaslääkäri toimisi ammatinharjoittajana omahammaslääkäriperiaatteella tietyn vastuuväestön osalta. Toisenkin vastaaja ehdotti palvelujen ostamista. Tämä asia näyttäisi olevan taas tällä hetkellä ilmassa, sillä äskettäin Mediutisissa esitettiin täsmälleen samanlainen näkemys terveyskeskuslääkäreiden osalta. Tähän asti lääkäreiden ja hammaslääkäreiden toimiminen yksityisinä terveyskeskuksissa on kilpistynyt Kelan kielteiseen kantaan SV-korvausten suhteen.

## POHDINTA

Johtavien lääkärin ja luottamushenkilöiden mielestä viime vuosikymmenellä koettu lama ei ollut kovinkaan paljon vaikuttanut hammashuoltoon. Suurten terveyskeskusten tai kuntayhtymien ongelmana pidettiin epätasa-arvoa alueitten tai yksittäisten kuntien ja sitä myötä asukkaiden välillä. Maalaiskunnat olivat kaupunkikuntia halukkaampia turvaamaan hammashoitopalvelujen saatavuuden tai jopa parantamaan sitä ja myös maksamaan sen aiheuttamat kustannukset. Myönteisenä asiana lamasta mainittiin, että työn vaikuttavuuden tarkastelu oli tullut tavaksi, jolloin tehokkuus ja hoidon kohdentaminen olivat parantuneet.

Tämän kyselyn vastaajat tähdensivät hammashuollon johtajan merkitystä oman alansa kehittämisasioissa. Myös valtiovainministeriö korosti tuoreessa tiedotteessaan johdon sitoutumisen tärkeyttä julkisen sektorin laadun kehittämisessä (VVM 2000). Etenkin luottamushenkilöt edellyttivät johtavalta hammaslääkäriltä kykyä toimia tulostavasti. Paitsi vastuuta talouden suunnittelusta ja seurannasta hänen odotettiin sopeuttavan oman yksikkönsä toiminnan kuntayhtymän tavoitteisiin ja menot vähintäänkin keskimääräiselle valtakunnalliselle tasolle. Tämä olikin varsin varteenotettava näkökulma, sillä myös sosiaali- ja terveysministeriö kehotti vanhusten hoidon laatusuosituksessaan kuntia seuraamaan maan keskiarvoja, naapurikuntien hyviä käytäntöjä ja muiden pohjoismaiden mitoituksia (STM 2001). Lisäksi johtavalta hammaslääkäriltä odotettiin valmiuksia palvelujen tuotteistamiseen ja kilpailuttamiseen. Tämä saattaa osoittautua tärkeäksi, mikäli uuden lain edellyttämien palvelujen tuottaminen omana toimintana kangertelee, ja joudutaan aikaisempaa enemmän turvautumaan ostopalveluihin.

Suomalaisten johtajien helmasyntinä pidetään erityisesti kannustavan palautteen antamisen nihkeyttä. Tämäkin selvitys tuki vallitsevaa käsitystä. Johtavat hammaslääkärit kokivat kyllä saaneensa esimiehiltään tukea paljon mutta palautetta vähemmän. Ironisesti voitaisiin todeta, että tukeahan annetaan yleensä silloin, kun jokin on mennyt huonosti tai edessä on vaikeita ratkaisuja, mutta palautetta pitäisi antaa nimenomaan silloin, kun on onnistuttu. Kaikesta huolimatta johtavat hammaslääkärit viihtyivät erittäin hyvin työssään ja tunsivat saavansa arvostusta.

He pitivät yllä hyviä suhteita niin alaisiinsa kuin muihin työtovereihinsa ja kunnallisiin päättäjiin ja kokivat näin ollen johtamiensa työyhteisöjen ilmapiirin myönteiseksi.

Useimmissa terveyskeskuksissa hammashuollon katsottiin täyttävän kuntalaisten odotukset ja palvelujen tarpeen joko hyvin tai ainakin tyydyttävästi. Kahdella paikkakunnalla luottamushenkilöt katsoivat hammashuollon vastaavan näihin odotuksiin huonosti. Johtavien hammaslääkärien vastauksissa asiakkaiden tai kuntalaisten tarpeiden huomioonottaminen ei ollut noussut spontaanisti ollenkaan esille. He katsoivat kenties kunnallisen demokratian hoitavan tämän puolen tai olivat niin syrjässä kunnan toiminnasta! Kuntalehdessä aikoinaan esitettyjen mielipidekyselyjen mukaan kuntalaisten ja kunnallisten päättäjien sekä johtavien viranhaltijoiden mielipiteiden välillä oli huomattava ero palvelujen priorisoinnissa. Kuntalaiset asettivat terveydenhuollon hammashuolto mukaan lukien etusijalle moniin muihin teknisiin tai urheiluun liittyviin palveluihin verrattuna.

Terveyskeskuksen johtoryhmä katsottiin lähes yksimielisesti erittäin tärkeäksi toiminnan kannalta. Vaikka johtoryhmässä ei läheskään aina tehty lopullisia esityksiä, siellä käytävän keskustelun katsottiin tasoittavan eri ammattiryhmien välisiä mielipide-eroja ja selkiyttävän koko terveyskeskuksen ilmapiiriä, mikäli mahdollisia risiritatilanteita tai kiperiä kysymyksiä pystyttiin puimaan avoimesti. Luottamushenkilöt esittivät näkemyksensä, että he päätöksiksi tehdessään tiesivät johtavan hammaslääkäriin mielipiteen asioista hyvin, vaikka tämä ei olisikaan ollut kuultavana kokouksissa. Parhaana vaikuttamiskeinona niin oman sektorin kuin terveyskeskuksen yleisiin asioihin katsottiin olevan toimiminen johtoryhmässä ja vaikuttaminen päätöksentekoon johtavan lääkärin kautta, joka useimmiten toimi esittelijänä.

Johtavat lääkärit ja luottamushenkilöt olivat lähes yhtä mieltä siitä, että lait ja asetukset sekä johtava hammaslääkäri vaikuttivat eniten hammashuollon tavoitteiden asetteluun. Näin ollen johtava hammaslääkäri näyttäisi olleen ratkaisevassa asemassa päätettäessä siitä, kenelle ja millaisia hammashoitopalveluja kunnassa tai kuntayhtymässä oli järjestetty. He itsekin asettivat itsensä tässä suhteessa tärkeimmäksi tekijäksi tasavertaisena lakeihin ja asetuksiin sekä terveyslautakuntaan tai yhtymähallitukseen

verrattuna. Tätä taustaa vasten näyttää siltä, hammashoitopalvelujen laajentamisen hitaus aikuisväestöön on ollut sittenkin enemmän kiinni johtajista itsestään kuin kunnallisista päättäjistä. Kansanterveysasetuksen ikäräjathan olivat vain minimisuosituksia!

Hammaslääkärien johtajuutta koskevassa selvityksessä kävi ilmi myös henkilöstön suuri vaikutusvalta hammashuollon johtamiseen. On todennäköistä, että henkilöstön muutosvastarinta johtajien tärkeimpänä tavoitteenaan pitämää työjaon kehittämistä kohtaan sekä julkisen ja yksityisen sektorin välinen näkymätön "asiakasjako" etenkin suurilla paikkakunnilla ovat olleet osaltaan estämässä hammashoidon laajentamista työikäiseen väestöön. Toisaalta työelämän tutkijoiden mukaan johtajan rooli on muuttumassa entisestä hallitsevasta, etäisestä ja kaikkitietävästä auktoriteetista toimintojen koordinoijaksi ja henkilökunnan innostajaksi (Ylävaara 1993). Tällöin häneltä vaaditaan kyvykkyyttä tasapainoilussa kuntalaisten palvelujen tarpeen tyydyttämisen ja henkilökunnan mahdollisen muutosvastarinnan välillä.

Odotettavissa olevaa suun terveydenhuollon uudistusta ja hammashoitopalvelujen tarjonnan laajentamista kaikkien hoitoa tarvitsevien ulottuville valtaosa johtavista lääkäreistä ja luottamushenkilöistä piti tärkeänä. Tämä vaikuttaa kovin ilahduttavalta, koska olihan useimmilla hammashuollon ammattilaisilla, jotka 1970-luvulle tultaessa olivat sydänjuuriaan myöten kyllästyneet Sisifyoksen työhön eli "panemaan paikkaa paikan päälle" tai "repimään kaikki hampaat suusta", tulevaisuuden visiona (Miettinen 1998, 90-97) sellainen hammashoito, jossa pystyttäisiin aikaa myöten mahdollisimman kattavasti tarjoamaan laadukasta hammashoitoa kaikille tarvitseville. Tässäkin selvityksessä moni peräänkuulutti johtajilta luovuutta ja visiointikykyä alati muuttuvissa olosuhteissa. Kansanterveyslain voimaan tullessa valtakunnallisena visionäärinä toimi lääkintöhallitus. Väheksymättä lääkintöhallituksen roolia tiennäyttäjänä, sen aikakaudella kuitenkin totuttiin kuntatasolla noudattamaan annettuja normeja melko orjallisesti, koska keskitetty ohjausjärjestelmä oli omiaan näivettämään viranhaltijoiden omaa aloitteellisuutta ja itsenäistä ajattelukykyä. 1990-luvun alussa siirryttiin sitten toiseen äärimmäisyyteen, kun valtio siirtyi informaatio-ohjaukseen, ja kunnat saivat vapaat kädet muunmuassa terveyspalvelujen järjestämiseen.

Paikallistasolla ei useinkaan ollut valmiuksia hammashoitopalvelujen kehittämiseen karieksen radikaalin vähentymisen mahdollistamalla tavalla. Samanaikaisesti OECD:n mukaan koko terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta laskee seuranneesta nousukaudesta huolimatta kovin alhaiseksi verrattuna muihin kehittyneisiin maihin.

Toisaalta saattoi olla niin, ettei terveyskeskusten hammashuollon päämääränä ollutkaan julkisten palvelujen ulottaminen kaiken kansan ulottuville vaan utopia karieksen ja tukikudossairauksien täydellisestä nollaamisesta. Niin kauan kuin jonkin taudin poiskitkeminen on kiinni pelkästään yksilöiden valituneisuudesta ja käytäytymisestä, se lienee kutakuinkin mahdotonta, kuten esimerkiksi HIV-tartuntojen lisääntyminen Suomessa osoittaa. Vasta kun käytössä on esimerkiksi rokotteen kaltainen tehokas menetelmä, menestymisen mahdollisuudet ovat todella olemassa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä että, vaikka suun terveys on saatu paranemaan erityisesti nuorissa ikäryhmissä, hoidon tarvetta on yhä kaikenikäisillä, ja tarpeenmukaiset palvelut tulee pystyä järjestämään.

Hammashoitopalveluiden saatavuuden kannalta suun terveydenhuollon pitäminen erillään muusta terveydenhuollosta ei välttämättä ole ollut hyvä asia. Hammashuolto on säilynyt päättäjille etäisenä, ja toisaalta hammashuollon edustajille väestön toiveet ja näkemykset ovat jääneet vieraiksi. Tilanne on samantapainen kuin aikoinaan psykiatriassa, kun vuoden 1952 mielisairaslain mukaan luotu A- ja B-mielisairaalaverkosto pidettiin erotettuna yleissairaaloista. Tämän katsotaan jarruttaneen psykiatrian kehitystä maassamme ja estäneen sen integroitumisen muuhun lääketieteeseen (Achté 1999, 120). Terveyskeskusten hammashuollon erillisuus muusta terveydenhuollosta juontaa juurensa jo lääkäri- ja hammaslääkäriskoulutuksen eriytymisestä opiskelun varhaisessa vaiheessa ja sieltä peräisin olevista asenteista molempien ammattikuntien keskuudessa. Asiantila on heijastunut ympäröivään yhteiskuntaan, ja sekä valtiovallan että kunnallisten päättäjien on ollut helppo hyväksyä epätasa-arvo hammashuollon kehittämisessä.

## YHTEENVETO

Tutkimuksessa haastateltiin lomakkeella ja osin suullisesti johtavia hammaslääkäreitä, heidän esimiehiään johtavia lääkäreitä ja luottamushenkilöitä kymmenestä terveyskeskuksesta. Tarkoituksena oli selvittää hammashuollon johtamisen mahdollisuuksia mutta myös siinä esiintyviä ongelmia. Kaikki haastateltavat olivat lähes yhtä mieltä siitä, että johtavilla hammaslääkäreillä oli erittäin suuri päätäntävalta omaa sektoriaan koskevissa asioissa. Mutta eroavuuksiakin oli. Johtavat hammaslääkärit painottivat muita haastateltavia huomattavasti enemmän henkilökunnan tukea ja mielipiteitä johtamistyössään ja paikallisten tavoitteiden asettelussa. Luottamushenkilöistä poiketen sekä johtavat hammaslääkärit että lääkärit korostivat myös ulkopuolisten vaikuttajatahojen merkitystä, kun taas luottamushenkilöt arvostivat enemmän paikallista asiantuntemusta kuten johtoryhmätyöskentelyä. Johtavaa hammaslääkäriä kuultiin kolmen kunnan tai kuntayhtymän lautakunnan tai hallituksen kokouksissa säännöllisesti ja muiden kuntien kokouksissa satunnaisesti tai silloin, kun se katsottiin tarpeelliseksi. Johtavat hammaslääkärit itse olisivat toivoneet tiiviimpää yhteistyötä luottamushenkilöelinten kanssa. Suun terveydenhuolto oli jäänyt monille luottamushenkilöille muuta terveydenhuoltoa etäisemmäksi. Erillisyyden muusta terveydenhuollosta on ollut omiaan hidastamaan hammashoitopalvelujen saattamista koko väestön ulottuville.

## LÄHTEET

- Achté, Kalle: Optimistisen psykiatrin muistelmat. WSOY, Juva 1999, s. 120.
- Alestalo, Paula., Widström, Eeva., Mattelmäki, Ulla.: Johtajuus suun terveydenhuollossa. Selvityskymmenen kehittämissuunnitelmaan osallistuneen kunnan hammashuollon johtajuudesta. Stakes. Aiheita 8. Helsinki 2000.
- Bennis, Warren, Nanus, Burt: Johtajat ja johtajuus. Weilin & Göös, Tampere 1986, s 19, 22.
- Castren, Paavo (toim.): Viisas valta - johtamisen paradoksit. WSOY, Porvoo 2001, Salmimies, Pekka s. 67-77.
- Crainer, Stuart: Interview with Warren Bennis. Management Skills & Development March 1998, p. 24-25. <http://www.managementskills.co.uk./articles/ap98-bennis.htm>
- Hermanson, T: Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa. Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitos, Lääkintöhallituksen tutkimuksia 1989.
- Kangas, M.: Johtamisjärjestelmät terveyskeskuksissa. Kunnallislääkäri: vuosikirja - årsboken 1999: 99(2000), s.13-15.
- Kinnunen, Juha: Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopiston julkaisuja, yhteiskuntatieteet, alkuperäistutkimukset 4/1990.
- Kitti, P.: Lääkäripäivien avajaiset. Suomen Lääkärilehti 56(2001): 2, s. 147.
- Korhonen, Tellervo: Terveyskeskusten johtavien lääkäreiden, johtavien hoitajien ja taluspäälliköiden käsitykset johtamistehtävistään johtoryhmätyöstään ja näihin liittyvistä koulutustarpeista. Helsinki, 1994. Pro gradu-tutkielmat/Helsingin yliopisto, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos; 1995, 3.
- Miettinen, S.: Organisaation yhteinen visio; vision käsitteanalyttinen tarkastelu. Hallinnon Tutkimus, 18(1998): 2, s. 90-97.
- Parsons, Keith et al.: Lack of leadership may be a contributory cause. British Medical Journal vol.322 2June2001, p. 1361.
- Salmenpohja, Hanna: Kuka huolehtisi johtajasta? Suomen Lääkärilehti 55(2000):16, s. 1779-1780.
- Smith, Richard: Why are doctors so unhappy? British Medical Journal vol.322 5May 2001, p. 1073-1074.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Vanhusten hoidon ja palvelun yleinen laatusuositus kunnille 1.2. 2001.
- Sihvonen, M, Kekki, P.: Leadership for motivation in health care. World Health Forum. 12(2):212-6, 1991
- Valtionvarainministeriö tiedottaa: Johdon sitoutuminen suurin haaste julkisen hallinnon laatutyössä, 18.12.2000.
- Vesantola, S.: Hoitajien vastaanotosta haetaan pika-apua pahenevaan lääkäripulaan. Mediuutiset 4(2001): 2, s. 23.
- Widström E., Utriainen P., Pietilä I.: Suun terveydenhuollon palvelutarjonta terveyskeskuksissa vuonna 1997. Stakes. Aiheita 31. Helsinki 1998.
- Winblad, Ilkka: Terveyskeskuksen johtamisen peli ja pelaajat. Suomen Lääkärilehti 55(2000): 34, s.3361-3364.
- Vladeck, BC.: Health care leadership in the public interest. Frontiers of Health Services Management. 8(3):3-26, 42, 1992 Spring.
- Ylävaara Helena: Johtoryhmän tiimityöskentely ja verkostot: tutkimus yhden sosiaali- ja terveysviraston ja yhden terveyskeskuksen johtoryhmän kokouksista. Kuopio 1993. Opinnäyte / Kuopion yliopisto, Terveystalouden ja -talouden laitos.