

Työtä ja työyhteisöä kuvaavien tekijöiden yhteydet perusterveydenhuollon työyhteisöjen toimivuuteen

Esimerkkiaineistona 21 terveyskeskusta entisessä Vaasan läänissä

Kimmo Pakkala, Sami Pakkala, Pekka Utriainen ja Pekka Laippala

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the employees' opinions of the community health care concerning their work and working community and to assess which factors would be characteristic to both well and poorly working working communities of the community health care. The number of the material was 1745 persons where 1593 (92 %) were females, 139 (8 %) were males, and 13 (0.78 %) persons didn't let the sex to be known.

The comparison according the sex showed that the females experienced their work more client-centralized than the males; challenges of work, possibility to have an influence on contents of work, work-mastering experience, possibilities to advance the professional skills, co-operating between bounded groups, feedback received from superiors, feedback given to superiors, managing empathy, that the principles and the practise of managing were so convergent, a possibility to take a part in decision making, handling the disagreements and clarity of working community's prospect for the future were emphasized stronger in males' opinions on their work and working community compared with females.

People working in superior's tasks had statistically significantly higher means in all of the 24 assessments than those which worked in employee level. The comparison showed also significant differences between the professional groups. The best assessments of the work and working communities were given by the preventive nurses, dentists and physicians.

According the logistic regression model the following factors described the well-working working community: there was made an agreement responsible tasks in the working community, its was easy to give feedback to superior, the employees were able to face the changes concerning the work, the employee's possibilities to take part in the working community's decision making were favourable and the values concerning the work were realizable.

Correspondingly the working community's inability to handle disagreements, no possibility for the employee to take part in working community's decision making, ineffective and nearly unproductive meetings, difficulty to give a feedback to superior,

fragile possibilities to advance the professional skills, work which doesn't bring any challenges, inability to face the changes concerning the work, unclearness in responsibility question and blurring of responsibility were the characteristics of poorly-working work communities.

JOHDANTO

Terveyspalveluja on maassamme aina viime vuosiin saakka kehitetty voimavaroja lisäämällä, kun taas nykyisin kuntien ja valtion tiukkeneva talous edellyttää, että myös terveydenhuollon on kyettävä tuottamaan palvelunsa entistä tehokkaammin ja taloudellisemmin. Kasvatavat tehokkuus- ja tulosvaatimukset edellyttävät terveydenhuollon henkilöstöltä korkeatasoisia työsuorituksia ja yhteistyökykyä sekä esimiesasemassa työskenteviltä alaisia motivoivaa johtamistaitoa. Julkisen hallinnon organisaatiota, joita terveydenhuoltokin edustaa, on pidetty hierarkisina ja byrokraattisina (Vartola 1986, Nakari 1992, Nikkilä 1992), ja niitä luennehtii sosiaalisen tuen puute ja työntekijöiden keskinäisen kannustuksen vähäisyys (Kolu 1992, Lehto 1992) sekä profiiliton johtamistyyli (Nakari 1992). Eipä ihme, että henkilöjohtamisen ja työelämän laadulliset puutteet koetaan vakavaksi ongelmaksi tätä nykyä maassamme (Valtioneuvoston kanslian asiantuntijatyöryhmä 1995).

Terveydenhuollon organisaatioiden erityispiirteenä on ammatillisuuden korostaminen, jolla on omat vaikutuksensa toimintakulttuuriin ja ilmapiiriin (Sinkkonen 1978, Hermanson 1989, Kinnunen 1990, Harisalo 1991). Sihvosen (1991) mukaan hoitoyhteisöt ovat ajatus- ja toimintamalleiltaan jäykkiä, ja niiden ilmapiiri on persoonaton. Voisikin ajatella, että tällaiset lähtökohdat ovat omiaan synnyttämään jännitteitä ja ristiriitoja terveydenhuollon työyhteisöissä.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollon työntekijöiden käsityksiä työstään ja työyhteisöstään sukupuolen ja esimies- ja työntekijäaseman mukaan sekä ammattiryhmittäin. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, mitkä työhön ja työyhteisöön liittyvät tekijät olisivat ominaisia sekä hyvin että huonosti toimiville perusterveydenhuollon työyhteisöille.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksen kohteena oli Vaasan läänin 21:n terveyskeskuksen (kuuden kuntayhtymän ja viidentoista kuntien ylläpitämän terveyskeskuksen) henkilöstö. Koko aineiston suuruus oli 1745 henkilöä, joista naisia oli 1593 (92.0 %) ja miehiä 139 (8 %), 13 henkilöä (0.74 %) ei ilmoittanut sukupuoltaan.

Tiedot kerättiin kyselylomakkeistolla, jolla kerättiin tutkimukseen osallistuneiden koko organisaation ja oman työyhteisön organisaatiokultuuria, lähimmän esimiehen esimiestoimintaa, työhön ja työyhteisöön liittyviä seikkoja ja elämäntilannetta. Jokainen tutkimukseen osallistuneista täytti lomakkeet itsenäisesti ja nimettömänä ja laittoi lomakkeet ne täytettyään mukaan liitettyyn kirjekuoreen. Niiden terveyskeskusten henkilöstöstä, jotka olivat mukana tutkimuksessa, 65.8 % osallistui kyselyyn. Tarkasteltaessa osallistumista henkilöstöryhmittäin kävi ilmi, että lääkäreistä 60.6 %, hammaslääkäreistä 62.8 %, terveydenhoitajista ja sairaanhoitajista 67 %, perushoitajista 80.3 % ja muista ammattiryhmistä 34.5 % täytti kyselylomakkeet. Niistä, jotka ilmoittivat asemansa organisaatiossa (N=1678), esimiestehtävissä ilmoitti työskentelevänsä 190 (12.2 %) ja työntekijätasolla 1488 (88.8 %) henkilöä.

Kyselylomake sisälsi 10 taustamuuttujakysymystä ja 24 työtä ja työyhteisöä kuvaavaa 7 -luokasta väittämää, jotka on esitetty taulukossa 1. yksittäisten vastausten keskiarvo- ja keskihajontatietoineen.

Aikaisemmassa työssämme olemme kuvanneet, mitkä inhimilliset tekijät selittivät sekä onnistunutta että epäonnistunutta tulosjohtamisprosessia erikoissairanhoidossa (Pahkala ym. 1996). Tulosjohtamisprosessin onnistuneisuutta kuvasi portaikko, jossa ensimmäinen porras merkitsi jäämistä matalimmalle kypsyystasolle ja viides korkeimman kypsyystason saavuttamista. Tulosjohtamiskoulutukseen osallistuneiden kehitysprosessia pidettiin onnistuneena, jos siihen

osallistuneet saavuttivat vähintään 4. portaan, jota kuvaamaan valittiin 32:n kyselylomakkeen muuttujan joukosta seuraavat 11 väittämää: työn hallinnan kokeminen, vaikutusmahdollisuudet työn sisältöön, työntekijöiden osallistuminen työyhteisön kehittämiseen, esimieheltä saatu palaute, johtamisen periaatteiden ja käytännön yhteneväisyys, vuorovaikutuksen avoimuus työyhteisössä, arvio kehitystyön hyödyllisyydestä työyhteisössä, tieto tulosyksikön strategioista, tulosjohtamisprosessin eteneminen työyhteisössä ja työyhteisön jäsenten sitoutuminen tavoitteisiin ja tulosjohtamiseen.

Seuraavassa vaiheessa näistä 11:sta väittämästä, joista kunkin vastausmahdollisuuden vaihteluväli oli 1–7, muodostettiin summamuuttuja. Se jaettiin väittämien määrällä eli luvulla 11, jolloin arvot 5–7 kuvasivat korkean kypsyystason saavuttamista ja arvot <4 sitä, että tätä tavoiteltua ei oltu saavutettu. Edellä kuvattu onnistunut tulosjohtamisprosessi tai sen heikko toteutuminen muodostivat logistisessa regressiomallissa riippuvan (selitettävän) muuttujan (Pahkala ym. 1996).

Tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään edellä kuvattuja samoja muuttujia selitettävänä muuttujana paitsi 4 viimeistä edellä lueteltua pelkästään tulosjohtamista kuvaavaa muuttujaa (jotka eivät olleet mukana perusterveydenhuollon kyselyssä) poistettiin ja jäljelle jääneet 7 muodostivat selitettävän muuttujan. Muuttujiksi selittämään joko toimivaa tai huonosti toimivaa työyhteisöä asetettiin loput 17 muuttujaa. Regressiomalleja varten muuttujat jaettiin kaksiluokkaisiksi siten, että toimivaa työyhteisöä kuvaavassa mallissa luokan nolla muodostivat kunkin 7 -luokaisen väittämän arvot 1–4 ja luokan 1 arvot 5–7. Vastaavasti heikosti toimivaa työyhteisöä kuvaavassa mallissa luokan nolla muodostivat väittämien arvot 4–7 ja luokan 1 arvot 1–3. Mallit muodostettiin askeltavalla analyysillä käyttäen Waldin testisuuretta.

Lopulliseen hyvin toimivaa työyhteisöä kuvaavaan malliin valikoitui 5 (Taulukko 4) ja huonosti toimivaan 8 selittäjää (Taulukko 5).

TULOKSET

Taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 41.8 ± 8.2, naisten 41.7 ± 8.1 ja miesten 43.0 ± 8.8 vuotta. Ammattiryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja iän suhteen.

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kävi ilmi, että

niistä tutkimukseen osallistuneista, jotka olivat ilmoittaneet ammattinsa (N = 1476, 84.6 %), huollon ja taloushallinnon työntekijöistä oli naisia 71 (81.6 %), keittiön, siivoustoimen ja vastaavien sektoreiden työntekijöistä 210 (98.1 %), perushoitajista 553 (98.6 %), sairaan- ja terveydenhoitajista 513 (97.7 %) ja lääkäreistä 46 (46 %), hammaslääkäreistä 48 (64 %) ja eläinlääkäreistä 2 (33 %). Miesten vastaavat luvut olivat 16 (18.4 %), 4 (1.9 %), 8 (1.4 %), 12 (2.3 %), 54 (54 %), 27 (36 %) ja 4 (66.7 %).

Nykyisen työnantajan palveluksessa työntekijät olivat työskennelleet keskimäärin 12.8 ± 7.6 vuotta; ääripäinä huollon ja taloushallinnon työntekijät keskimäärin 14 ± 7.2 ja eläinlääkärit 9.2 ± 7.6 sekä lääkärit 9.7 ± 7.6 vuotta.

Esimiesasemassa ilmoitti työskentelevänsä 140 naista ja 50 miestä.

Työtä ja työyhteisöä kuvaavien tekijöiden vertailu sukupuolen ja esimiesaseman mukaan

Vertailu sukupuolen mukaan osoitti, että naisten vastausten keskiarvot olivat kahta lukuunottamatta matalammat kuin miesten (Taulukko 1). Naiset kokivat työnsä asiakaskeskeisemmäksi kuin miehet ($p=0.045$). Myös väittämän »aika-
taulukujen pitäminen» keskiarvo oli naisilla hieman korkeampi kuin miehillä, vaikkakaan ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Miesten vastausten keskiarvot olivat tilastollisesti merkitsevästi korkeammat kuin naisten seuraavissa väittämässä: työn haasteellisuus, vaikutusmahdollisuus työn sisältöön, työn hallinnan kokeminen, mahdollisuudet kehittää ammattitaitoa, yhteistyö sidosryhmien kanssa, esimieheltä saatu palaute, esimiehelle annettu palaute, johtamisen empaattisuus, johtamisen periaatteiden ja käytännön yhteneväisyys, mahdollisuus osallistua päätöksentekoon, ristiriitojen käsittely ja työyhteisön tulevaisuudenkuvan selkeys.

Esimiestehtävissä työskentelevillä kaikkien väittämien keskiarvot olivat tilastollisesti merkitsevästi korkeammat kuin työntekijätasolla. Erityisen suuri keskiarvojen ero näiden kahden ryhmän välillä oli seuraavissa väittämässä: työn haasteellisuus, vaikutusmahdollisuus työn sisältöön, mahdollisuudet kehittää ammattitaitoa, työyhteisön kehittäminen, mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja työyhteisön tulevaisuudenkuvan selkeys (Taulukko 1).

Työtä ja työyhteisöä kuvaavien tekijöiden vertailu ammattiryhmittäin

Vertailu ammattiryhmittäin osoitti, että lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja terveydenhoitajien välillä ei ollut tilastollisia eroja yhdessäkään väittämässä. (Taulukot 2–3). Seuraavaksi esitellään keskeisimmät erot eri ammattiryhmien välillä.

Terveydenhoitajien vastausten keskiarvot olivat peräti 9:ssä väittämässä tilastollisesti merkitsevästi korkeammat kuin perushoitajien. Terveydenhoitajat kokivat työnsä haasteellisemmaksi ja arvioivat pystyvänsä vaikuttamaan enemmän työnsä sisältöön kuin huollon ja taloushallinnon sekä keittiön ja muun välittömän tuen työntekijät, perushoitajat, hammashoitajat ja sairaanhoitajat. Lisäksi terveydenhoitajien käsitys työn vastuun selkeydestä oli vahvempi kuin edellä kuvattujen ammattiryhmien.

Hammaslääkärit kokivat työnsä haasteellisempänä sekä arvioivat pystyvänsä kehittämään ammattitaitoaan paremmin kuin perushoitajat, sairaanhoitajat ja hammashoitajat. Hammaslääkärien työn hallinnan kokemus oli vahvempaa kuin edellä mainittujen ammattiryhmien, ja lisäksi heidän arvionsa työn vastuun selkeydestä ja vaikutusmahdollisuuksista työn sisältöön olivat vahvemmat kuin perushoitajien ja sairaanhoitajien. Lisäksi hammaslääkärit kokivat työyhteisön tulevaisuuden kuvan selkeämpänä kuin perushoitajat.

Myös lääkärit kokivat työnsä haasteellisemmaksi sekä arvioivat pystyvänsä kehittämään ammattitaitoaan paremmin kuin perushoitajat ja hammashoitajat ja vaikuttamaan työhönsä enemmän kuin perushoitajat, joille työyhteisön tulevaisuuden kuva ei ollut yhtä selkeä kuin lääkäreille. Vertailtaessa lääkäreitä ja sairaanhoitajia keskenään kävi ilmi, että nämä ryhmät poikkesivat vain yhdessä väittämässä toisistaan: lääkärit pitivät työtään haasteellisempänä kuin sairaanhoitajat.

On pantava merkille, että hammashoitajat kokivat vaikutusmahdollisuudet työnsä sisältöön kaikista ammattiryhmistä heikommaksi; ero tässä suhteessa hammashoitajien ja jopa keittiön ja muun välittömän tuen työntekijöiden sekä perushoitajien välillä oli tilastollisesti merkitsevä.

Työyhteisön toimivuus logistisen regressiomallin mukaan

Logistisessa regressiomallissa seuraavat tekijät selittivät hyvin toimivaa työyhteisöä: (1) työntekijät pystyivät kokemaan, että työyhteisön vas-

Taulukko 1. Työtä ja työyhteisöä kuvaavien tekijöiden keskiarvot ja niiden keskihajonnat (SD) sukupuolen ja esimiesaseman mukaan.

Muuttuja	Naiset (n=1593)		p-arvo	Esimiestehtävissä työkentelevät (n=190)		p-arvo
	keskiarvo (SD*)	Miehet (n=139) keskiarvo (SD*)		keskiarvo (SD*)	Työntekijät (n=1488) keskiarvo (SD*)	
1. Työn haasteellisuus	5.4 (1.6)*	5.9 (1.3)*	0.000	6.2 (1.1)*	5.3 (1.6)*	0.000
2. Vastuun selkeys	5.1 (1.5)	5.3 (1.4)	n.s.	5.6 (1.3)	5.0 (1.5)	0.000
3. Vaikuttamismahdollisuudet työn sisältöön	4.9 (1.6)	5.5 (1.4)	0.000	6.0 (1.1)	4.9 (1.6)	0.000
4. Työn hallinnan kokeminen	4.0 (1.5)	4.3 (1.4)	0.022	4.3 (1.3)	4.0 (1.5)	0.006
5. Mahdollisuudet kehittää ammattitaitoa	4.2 (1.6)	4.8 (1.6)	0.000	5.0 (1.4)	4.1 (1.6)	0.000
6. Työyhteisön kehittäminen	4.0 (1.6)	4.2 (1.4)	n.s.	4.7 (1.5)	3.9 (1.6)	0.000
7. Oman työn tärkeys	6.1 (1.0)	6.2 (1.0)	n.s.	6.5 (0.8)	6.1 (1.0)	0.000
8. Turhien rutiinien karsiminen	4.7 (1.6)	4.7 (1.4)	n.s.	5.2 (1.2)	4.7 (1.6)	0.000
9. Rohkeus kohdata omaan työhön liittyviä muutoksia	4.8 (1.4)	4.8 (1.3)	n.s.	5.2 (1.2)	4.7 (1.5)	0.000
10. Yhteistyö sidosryhmien kanssa	4.3 (1.3)	4.8 (1.3)	0.021	4.8 (1.2)	4.3 (1.3)	0.000
11. Asiakaskeskeisyys	5.7 (1.1)	5.5 (1.0)	0.045	5.9 (0.9)	5.6 (1.1)	0.000
12. Esimieheltä saatu palaute	4.0 (1.8)	4.3 (1.8)	0.042	4.3 (1.7)	4.0 (1.8)	0.006
13. Esimiehelle annettu palaute	4.3 (1.6)	4.9 (1.5)	0.000	5.0 (1.4)	4.3 (1.7)	0.000
14. Johtamisen empaattisuus	5.0 (1.4)	5.4 (1.3)	0.005	5.5 (1.1)	5.0 (1.4)	0.000
15. Johtamisen periaatteiden ja käytännön yhteneväisyys	4.2 (1.2)	4.5 (1.3)	0.003	4.5 (1.2)	4.2 (1.2)	0.000
16. Mahdollisuus osallistua työyhteisön päätöksentekoon	4.6 (1.6)	5.0 (1.5)	0.004	5.6 (1.1)	4.5 (1.6)	0.000
17. Työhön liittyvien arvojen tiedostaminen	4.4 (1.4)	4.5 (1.4)	n.s.	4.9 (1.2)	4.3 (1.4)	0.000
18. Vuorovaikutuksen avoimuus työyhteisössä	4.8 (1.6)	5.0 (1.6)	n.s.	5.4 (1.3)	4.7 (1.6)	0.000
19. Ristiriitojen käsittely	4.3 (1.6)	4.6 (1.5)	0.009	5.0 (1.3)	4.2 (1.6)	0.000
20. Kehittämismyönteisyys	5.0 (1.4)	5.1 (1.3)	n.s.	5.4 (1.2)	4.9 (1.4)	0.000
21. Aikataulujen pitäminen	5.2 (1.4)	5.1 (1.2)	n.s.	5.4 (1.2)	5.2 (1.4)	0.014
22. Kokousten tehokkuus ja tuloksellisuus	4.2 (1.5)	4.4 (1.5)	n.s.	4.8 (1.2)	4.2 (1.5)	0.000
23. Kehittämisen hyödyllisyys	4.6 (1.3)	4.6 (1.2)	n.s.	5.2 (1.1)	4.5 (1.3)	0.000
24. Työyhteisön tulevaisuudenkuvan selkeys	4.8 (1.5)	5.2 (1.4)	0.001	5.6 (1.2)	4.7 (1.4)	0.000

* keskihajonta

Taulukko 2. Työtä ja työyhteisöä kuvaavien tekijöiden keskiarvot ammattiryhmittäin (muuttujat kts. taulukko 1.).

Muuttuja	Taloushallinnon ja huollon työntekijät n=87	Keittiö, keskus, siivous, ym. n=214	Perush- oitajat n=488	Hammas- hoitajat n=74	Sairaan- hoitajat n=254	Terveys- hoitajat n=197	Hammas- lääkärit n=75	Lääkärit n=87	Kaikki yhteensä n=1476
1	4.9	5.0	5.0	4.8	5.3	6.3	6.3	6.2	5.4
2	4.9	4.9	4.9	4.6	4.9	5.8	5.8	5.5	5.1
3	4.6	4.9	4.6	3.8	4.6	5.9	5.3	5.2	5.0
4	4.1	4.2	3.8	3.5	3.8	4.2	4.7	3.9	4.0
5	4.0	4.2	4.0	3.6	4.0	4.5	5.2	4.7	4.2
6	3.5	3.9	4.0	3.5	3.8	4.2	4.2	4.3	4.0
7	5.9	6.0	6.1	5.9	6.1	6.4	6.1	6.3	6.1
8	4.7	4.7	4.6	4.4	4.8	5.2	5.0	4.7	4.8
9	4.9	4.6	4.6	4.5	4.7	5.0	4.7	4.9	4.8
10	4.3	4.2	4.2	4.0	4.5	4.7	4.4	4.7	4.4
11	5.4	5.7	5.6	5.3	5.6	5.9	5.7	5.6	5.7
12	4.0	4.1	4.1	4.2	3.9	3.7	4.4	4.3	4.0
13	4.6	4.5	4.1	4.3	4.1	4.5	4.6	4.8	4.3
14	4.9	5.1	4.9	4.9	5.1	5.1	5.5	5.4	5.1
15	4.1	4.3	4.2	4.3	4.0	4.1	4.5	4.4	4.2
16	4.0	4.4	4.5	4.4	4.7	4.9	5.2	4.9	4.7
17	3.9	4.2	4.4	4.3	4.4	4.6	4.4	4.5	4.4
18	4.6	4.6	4.7	4.2	4.9	5.2	5.0	5.2	4.8
19	4.1	4.2	4.2	3.9	4.2	4.6	4.2	4.8	4.3
20	4.6	4.8	4.9	4.7	5.0	5.2	5.0	5.3	5.0
21	5.2	5.5	5.2	4.9	5.0	5.3	5.6	5.0	5.2
22	4.0	4.3	4.2	3.9	4.2	4.5	4.3	4.3	4.3
23	4.0	4.4	4.6	4.5	4.6	4.6	4.5	4.7	4.6
24	4.7	4.7	4.5	4.6	4.8	5.1	5.2	5.2	4.8

Taulukko 3. Työtä ja työyhteisöä kuvaavien tekijöiden ammattiryhmittäinen vartailu, jossa on esitetty ryhmien väliset tilastolliset erot

	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2					21*			
3	23*			3***				
4				3*				
5	23*							
6	7*,17*,23* 2**,16** 1***3***	7*,10*,18*	5*,7*,10* 8**,13**,24**	2*,5*,10* 7**				
7	16** 1***5***	2* 5**	24* 2**,4**	4* 1***3***5***	3* 2**,4**			
8	16* 1***	1***	5**,24**	5** 1***3***	1***			

1 = Huollon ja taloushallinnon työntekijät
 2 = Keittiön, keskuksen, siivouksen ym. välittömän tuen työntekijät
 3 = Perushoitajat
 4 = Hammashoitajat

5 = Sairaanhoidajat
 6 = Terveystenhoitajat
 7 = Hammaslääkärit
 8 = Lääkärit

* = (0.05)
 ** = (0.01)
 *** = (0.001)

tuotehtävistä oli sovittu, (2) esimiehelle voi antaa palutetta, (3) kyvykkyys kohdata omaan työhön liittyviä muutoksia siten, että muutokset ahdistivat, mutta niistä kyettiin keskustelemaan, (4) työntekijöiden osallistumismahdollisuudet työyhteisön päätöksentekoon olivat hyvät ja (5) työhön liittyvät arvot kyettiin tiedostamaan (Taulukko 4, Kuvio 1). Vastaavasti (1) työyhteisön kyvyttömyys käsitellä ristiriitoja tai niiden torjuminen ja ratkaisematta jättäminen, (2) heikot osallistumismahdollisuudet työyhteisön päätöksentekoon, (3) tehottomat ja tuloksiltaan heikot kokoukset, (4) vaikeus antaa esimiehelle palautetta (5) ammattitaidon heikot kehittämismahdollisuudet, (6) haasteeton työ, (7) kyvyttömyys kohdata työhön liittyviä muutoksia siten, että muutosahdistusta ja -vastarintaa ei työyhteisössä kyetty käsittelemään ja (8) epäselvät vastuukysymykset ja vastuun hämärtyminen selittivät heikosti toimivia työyhteisöjä (Taulukko 5, Kuvio 2).

POHDINTA

Tämän tutkimuksen perusteella sellaista (teoreettista ideaali-) henkilöä, joka koki työkentelevänsä hyvin toimivassa työyhteisössä, voisi kuvata seuraavasti: Hän työskenteli avohoidossa ehkäisevän terveydenhuollon esimiestehtävässä tai huollon tehtävissä tai lääkärinä tai hammaslääkärinä kuntayhtymän palveluksessa. Hänen työssään oli viimeisen viiden vuoden aikana tapahtunut merkittäviä muutoksia, jotka hän koki myönteisenä. Hän arvioi hallitsevansa työnsä ja pystyvänsä vaikuttamaan sen sisältöön sekä kykeni osallistumaan aktiivisesti työyhteisönsä päätöksentekoon ja kehittämiseen ja piti kehittämistyötä hyödyllisenä. Vuorovaikutus hänen työyhteisössään oli avointa, sen ilmapiiri oli myönteinen, ja se kykeni hallitsemaan ristiriitoja. Esimiestään hän saattoi lähestyä vaikeissakin asioissa ja piti lähimmän esimiehen johtamistapaa ihmis-

Taulukko 4. Hyvin toimivaa työyhteisöä selittävien tekijöiden regressiokertoimet (B), kertoimen keskivirheet (SE), ristitulosuhteet (OR) ja luottamusvälit (95 % CI) logistisessa regressiomallissa.

	B	SE	OR	95 % CI
Mahdollisuus antaa esimiehelle palautetta	2.27	0.24	9.68	6.00 – 15.60
Osallistumismahdollisuudet työyhteisön päätöksentekoon	2.01	0.25	7.49	4.54 – 12.34
Työhön liittyvien arvojen tiedostaminen	1.68	0.21	5.38	3.83 – 8.58
Vastuualueiden selkeys	2.35	0.30	10.45	5.79 – 15.74
Rohkeus kohdata työhön liittyviä muutoksia	2.22	0.27	9.25	5.43 – 15.74

p = 0.999

Taulukko 5. Huonosti toimivaa työyhteisöä selittävien tekijöiden regressiokertoimet (B), kertoimen keskivirheet (SE), ristitulosuhteet (OR) ja luottamusvälit (95 % CI) logistisessa regressiomallissa.

	B	SE	OR	95 % CI
Vastuualueet epäselvät	1.09	0.44	2.97	1.26 – 7.01
Tehottomat ja tuloksiltaan heikot kokoukset	2.00	0.32	7.42	3.97 – 13.88
Kyvyttömyys käsitellä ristiriitoja työyhteisössä	2.88	0.33	17.78	9.24 – 34.22
Osallistumismahdollisuuksien puute työyhteisön päätöksentekoon	2.16	0.39	8.66	4.05 – 18.51
Vaikeus antaa esimiehelle palautetta	1.95	0.29	7.03	3.95 – 12.51
Haasteeton työ	1.49	0.39	4.42	2.04 – 9.54
Ammattitaidon kehittämismahdollisuuksien puute	1.71	0.28	5.52	3.21 – 9.49
Kyvyttömyys kohdata työhön liittyviä muutoksia	1.47	0.45	4.36	1.81 – 10.49

p = 0.999

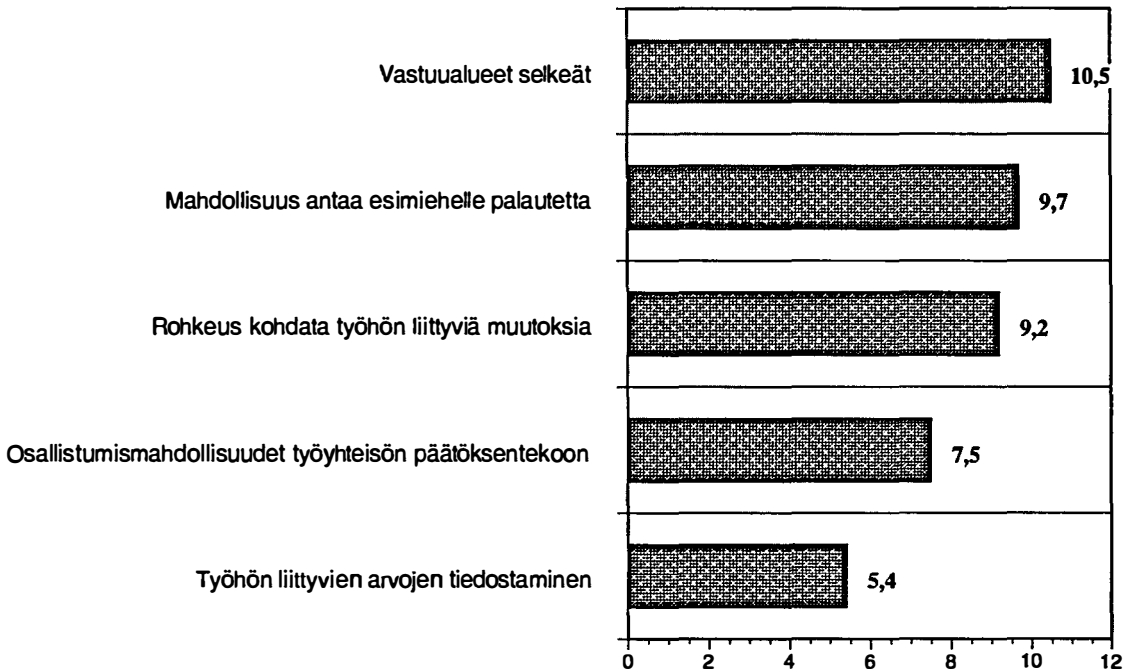
keskeisenä. Toisin sanoen tällä ideaalihenkilöllä oli vahva professionaalinen asiantuntemus ja työn hallinta, vaikutusmahdollisuudet työyhteisön asioihin ja omaan haasteelliseksi koettuun työhön, joka oli sisäisesti ja sosiaalisesti palkitsevaa.

Miehet kokivat työnsä haasteellisempänä sekä arvioivat pystyvänsä vaikuttamaan työn sisältöön ja kehittämään ammattitaitoaan paremmin kuin naiset. Miehillä työn hallinnan kokemus oli vahvempaa kuin naisilla, ja lisäksi he kokivat pystyvänsä vaikuttamaan työyhteisön päätöksentekoon paremmin kuin naiset. Miehet pystyivät antamaan esimiehelleen palautetta helpommin kuin naiset ja kokivat myös saavansa esimieheiltään palautetta paremmin kuin naiset. Miehet kokivat työyhteisön johtaminen empaattisempänä ja johtamisen periaatteiden ja käytännön kohtaavan toisensa sekä työyhteisön ristiriitojen käsittelyn sujuvan paremmin kuin naiset. Lisäksi miehille työyhteisön tulevaisuuden kuva oli selkeämpi kuin naisille, jotka taas pitivät työtään asiakaskeisempänä kuin miehet.

Yhtenä selityksenä edellä kuvatuille naisten ja miesten käsitysten eroille lienee se, että naisista vain 9 % ja miehistä peräti 37 % työskenteli esimiehenä, jolla on yleensä korkeampi koulutustaso ja vaativampi asema työyhteisössä kuin työntekijöillä. Varsin merkittävä ero naisten ja mies-

ten välillä oli suhtautumisessa esimieheen. Näyttää siltä, että miesten oli helpompi kommunikoida esimiehensä kanssa kuin naisten. Tätä käsitystä tukee myös se, että miehet pitivät työyhteisönsä johtamista empaattisempänä kuin naiset eivät, ja lisäksi miehet pystyivät kohtaamaan työyhteisön ristiriitoja helpommin kuin naiset. Onkin mahdollista, että miesten esimies on perusterveydenhuollossa useimmiten samaa sukupuolta. Voikin olettaa, että esimiesasemassa työskentelevien miesten alaiset olivat tyytyväisempiä työhönsä ja työyhteisöönsä kuin vastaavasti naisiesimiehen alaiset.

Ammattiryhmien välinen vertailu osoitti selviä eroja niiden välillä. Parhaimmat arviot työhön ja työyhteisöön antoivat terveydenhoitajat, hammaslääkärit ja lääkärit. Pidettäessä terveydenhoitajien arviointeja lähtökohtana suurimmat erot olivat hammashoitajiin, perushoitajiin, huollon ja taloushallinnon sekä keittiön ja muun välittömän tuen työntekijöihin sekä sairaanhoitajiin nähden. Keskeisimpiä eroja terveydenhoitajien, hammaslääkärien ja lääkärien ja muiden ammattiryhmien välillä olivat käsitykset työn haasteellisuudesta, vastuun selkeydestä ja vaikutusmahdollisuuksista työn sisältöön. Terveydenhoitajat, hammaslääkä-



Kuvio 1. Työtä ja työyhteisöä kuvaavat tekijät, jotka selittävät perusterveydenhuollon hyvin toimivaa työyhteisöä logistisen regressiomallin mukaan (mallissa on ilmoitettu todennäköisyyskertoimet eli OR-arvot)

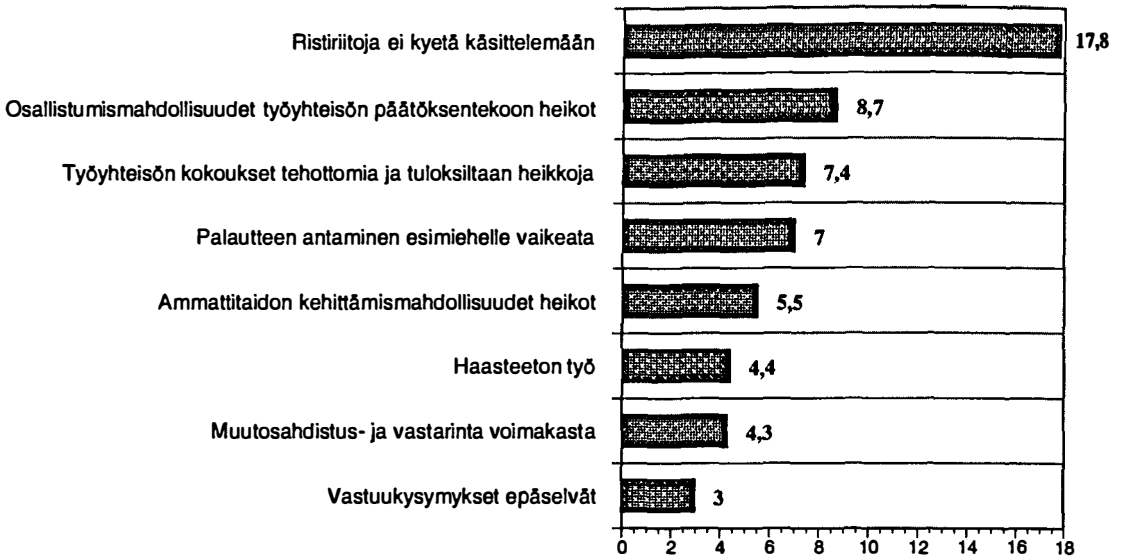
rit ja lääkärit ovat ammattiryhminä korkeasti koulutettuja ja tekevät varsin itsenäistä työtä, jossa työn haasteellisuus, vastuun selkeys ja vaikutusmahdollisuudet työn sisältöön ovat keskeisiä ulottuvuuksia.

Nakaran (1992) mukaan mahdollisuus vaikuttaa työn sisältöön, mahdollisuus vuorovaikutukseen ja aloitteellisuuteen toimivat nykykäsityksen mukaan parhaina kannustetekijöinä. Tätä johtopäätöstä tukee myös tämän tutkimuksemme tulos: mikäli työntekijät pystyivät osallistumaan työyhteisön päätöksentekoon, niin todennäköisyys, että he kokivat työyhteisönsä toimivaksi, oli noin kahdeksankertainen, kun taas osallistumismahdollisuuksien puute merkitsi yhtä suurta vaarasuhdetta.

Valtee (1987) ja Nakari (1992) ovat todenneet hoitoyhteisöissä esiintyvän runsaasti henkilösuhteiden ongelmia. Heidän mukaansa ei mitenkään harvinainen ristiriitojen ratkaisutapa on niiden käsittelemättä jättäminen, vähättely tai tukahduttaminen. Tämä tutkimuksemme paljasti, että ristiriitojen ja ongelmien epäonnistunut käsittely tai niiden tukahduttaminen ja käsittelemättä jättäminen merkitsi peräti lähes 18-kertaista todennä-

köisyyttä, että perusterveydenhuollon työyhteisö oli huonosti toimiva. Tästä voi päätellä, että ei ole samantekevää, kuinka työyhteisön konflikteihin suhtaudutaan vai jätetäänkö ne kokonaan ratkaisematta, sillä ratkaisemattomat ongelmat huonontavat vähitellen työilmapiiriä ja koettelevat myös sosiaalisia suhteita. Tutkimus, jossa kuvasimme tulosjohtamisprosessin toteutumista erikoissairaanhoidossa, osoitti työyhteisön ristiriitojen hallinnan selittävän tulosjohtamisprosessin onnistumista, kun taas ristiriitojen puutteellinen käsittely johti osaltaan tulosjohtamisprosessin heikkoon toteutumiseen (Pahkala ym. 1996).

Taloudellisen laman seurauksena etenkin terveydenhuollon henkilöstön työpaineet ovat lisääntyneet. Kolu (1992) on esittänyt, että työpaineet kiristävät työilmapiiriä ja huonontavat työyhteisön toimivuutta, kun taas sosiaalinen tuki ja ihmiskeskainen johtamistapa vähentävät työpaineita ja ristiriitoja. Shamir (1990) on havainnut, että yksilötason motivointiohjelmat voivat huonontaa henkilöstön yhteistoimintasuhteita ja lisätä kilpailuhenkeä sekä ristiriitoja. Kolu (1992) arvioi, että palveluorganisaatioiden tuloksellisuus riippuu enemmän työntekijöiden yhteistyöstä ja ryhmä-



Kuvio 2. Töitä ja työyhteisöä kuvaavat tekijät, jotka selittävät perusterveydenhuollon huonosti toimivaa työyhteisöä logistisen regressiomallin mukaan (mallissa on ilmoitettu todennäköisyyskertoimet eli OR-arvot)

työstä kuin yksilöllisestä toiminnasta. Kaikkineen voikin päätellä, että ristiriitojen onnistunut hallinta ehkäisee liiallisista työpaineista aiheutuvaa työilmapiirin myrkyttymisen uhkaa ja parantaa työyhteisön yhteistoimintakykyä. Jos lisäksi työyhteisössä vallitsee ihmiskeskeinen johtamistapa, ja sille on ominaista työntekijöiden keskinäinen sosiaalinen tuki, niin menestyksellisen toiminnan ilmapiiiri on olemassa.

Se seikka, että vastuujaoista on työyhteisössä selkeästi sovittu, merkitsi kymmenkertaista todennäköisyyttä, että työyhteisö oli toimiva, kun taas epäselvät vastuukysymykset ja vastuun hämärtyminen merkitsivät kolminkertaista vaarasuhdetta, ettei työyhteisö ollut toimiva.

Muutoksen hallinta oli läheisessä yhteydessä siihen, miten työntekijät kokivat työnsä ja työyhteisönsä. Jos työntekijöillä oli rohkeutta kohdata työhön liittyviä muutoksia ja kyvykyys käsitellä muutosahdistusta, niin tämä merkitsi yhdeksänkertaista todennäköisyyttä, että työyhteisö oli toimiva. Positiivinen muutosahdistuksen käsittely suojaa työyhteisöä jäykistävältä muutosvastarinnalta, joka oli ominaista niille työyhteisöille, jotka eivät pystyneet hallitsemaan muutosahdistusta, joka taas synnyttää uusia hankaluuksia ja kitkاپointoja. Työhön liittyvien muutosten puutteellinen hallinta merkitsi nelinkertaista todennäköisyyttä,

että työyhteisö oli huonosti toimiva.

Valteen (1987) ja Nakarin (1992) tutkimukset osoittavat, että puolet työntekijöistä oli kokenut, että he saivat toiminnastaan vain huonosti tai ei lainkaan palautetta ja pitivät sitä suurena puutteena. Nakarin (1992) mukaan asiajohtamistyylillä, joka on ominaista terveydenhuollon johtamiskulttuurille, johtaa hierarkisiin ja etäisiin vuorovaikutussuhteisiin, kun taas henkilöstöjohtaminen lisää avoimuutta ja vähentää ristiriitoja. Saman tutkijan mukaan terveydenhuollon työntekijät ovat muita sektoreita huomattavasti enemmän tyytymättömiä lähimpään esimiestoimintaan, jolloin tyytymättömyys kulminoituu eniten palautteen ja tiedonkulun puutteisiin sekä työyhteisön johtamiseen. Tämä tutkimuksemme osoitti, että hyvin toimivalle työyhteisölle oli ominaista, että työntekijät kykenivät antamaan palautetta esimiehelle, kun taas päinvastainen tilanne merkitsi seitsemänkertaista todennäköisyyttä, että työyhteisö ei ollut toimiva. Myös tutkimuksemme, jossa kuvaimme tulosjohtamisprosessin toteutumista erikoissairaanhoidossa, osoitti, että esimiehen kyvykyys ottaa palautetta alaisiltaan ennusti tulosjohtamisprosessin onnistunutta toteutumista, kun taas päinvastainen tilanne merkitsi jäämistä matalalle tasolle tulosjohtamisprosessissa (Pahkala ym. 1996). Mahdollisuus saada ja antaa pa-

lautetta kuuluvat niihin koko työyhteisön toimintaa sääteleviin vaikutusmahdollisuuksiin, joissa työ joko saa tai on saamatta sosiaalisen mielekkyytensä.

Tämä tutkimuksemme osoitti, että työhön liittyvien arvojen tiedostaminen on tärkeä kysymys työyhteisön toimivuuden kannalta. Terveystieteiden työ on perinteisesti sosiaalisesti arvostettua, joten tähän käsitykseen työntekijöiden oman arvomaailman on helppo tukeutua. Työhön liittyvien arvojen sisäistäminen merkitsi lähes viisinkertaista todennäköisyyttä kokea työyhteisö toimivaksi. Myös tutkimuksemme, jossa kuvasimme tulosjohtamisprosessin toteutumista erikoissairaanhoidossa, osoitti, että työntekijöiden tiedostaessa työhön liittyvät arvot tulosjohtamisprosessi johti toivottuun tulokseen, kun taas päinvastainen tilanne merkitsi tulosjohtamisprosessin heikkoa toteutumista (Pahkala 1996).

Tehottomat ja tuloksiltaan heikot kokoukset olivat selvästi yhteydessä siihen, että työntekijät kokivat työyhteisönsä huonosti toimivaksi. Tämä tieto osoittaa sen toisinaan, että työntekijät turhautuvat kokouksiin, jotka koetaan turhanpäiväisiksi eivätkä johda positiiviseen kehitykseen työyhteisön kannalta.

Tämä tutkimus osoitti myös, että heikosti toimivien työyhteisöjen työntekijöillä ei ollut mahdollisuutta ammattitaidon kehittämiseen. Nykyisin työtehtävien vaativuustaso on jatkuvasti lisääntynyt, joten työntekijöillä tulisi olla oikeus ammattitaidon ylläpitämiseen etenkin, kun sillä on myös vaikutusta työssä selviytymiseen ja työmotivaatioon.

Työntekijä voi kokea työnsä haasteena ja olla motivoitunut sen antaman sisäisen tyydytyksen vuoksi, kun taas haasteeton työ jättää sisäisen tarvetytetyksen vaille toteutumista. Tämä tutkimuksemme osoitti, että haasteeton työ oli yhteydessä työyhteisön heikkoon toimivuuteen. Tulosjohtamisprosessin toteutumista erikoissairaanhoidossa kuvaava tutkimuksemme osoitti, että haasteeton työ merkitsi peräti yhdeksänkertaista todennäköisyyttä, ettei tulosjohtamisprosessi joutunut toivottuun lopputulokseen (Pahkala ym. 1996). Tiedetään, että tyytyväisyys työn sisältöön on kiinteässä yhteydessä työmotivaatioon, jota ilman taas ei synny tuloksellista toimintaa. Työn haasteettomuus sitävastoin merkinnee, että työntekijän mielikuva oman työn arvostuksesta on matala, jolloin työ tuntuu turhalta ja merkityksettömältä, mikä alentaa motivaatiota ja tyytyväisyyttä. Nakari (1992) on esittänyt, että monet negatiiviset käyttäytymispiirteet, kuten poissaolot, välinpitämättömyys, haluttomuus, huolimatto-

muus ja heikko työmoraali liittyvät alhaiseen tyytyväisyyteen, johon haasteeton työ lopulta johtaa.

Aikaisempi tutkimuksemme, jossa kuvasimme Vaasan läänin terveystieteiden hammashuollossa työskentelevien tyytyväisyyttä, osoitti, että tyytyväisyyttä lisäsivät työn kokeminen mielenkiintoisena ja haasteellisena, tyytyväisyys työn johtoon ja lähimpiin työtovereihin, kun taas tyytyväisyyttä alensivat työn tuntuminen turhalta ja merkityksettömältä sekä henkiset stressioireet (Utriainen ym. 1995). Sama tutkimus paljasti lisäksi, mikäli hammashuollon työntekijä piti työtään mielenkiintoisena ja haasteellisena, niin hänen todennäköisyytensä olla työhönsä tyytyväinen oli kuusi kertaa korkeampi kuin sellaisen työntekijän, joka koki työnsä mielenkiinnottomaksi ja haasteettomaksi. Vastaavasti tyytyväisyys työn johtoon ja lähimpiin työtovereihin antoi lähes nelinkertaisen suojan säilyttää tyytyväisyys. Edellä kuvattujen tutkimusten ja tämän tutkimuksen tulokset tukevat toisiaan työn haasteellisuuden merkityksestä.

Monet tutkijat, kuten Deci (1975) sekä Hackman ja Oldham (1976), tähdentävät henkilökohtaisen vaikuttamismahdollisuuden ja pätevyyden tunteiden keskeistä merkitystä työmotivaation lähteinä. Hertzbergin (1968) mukaan todellisia kannustetekijöitä ovat työsuorituksen arvostaminen ja tunnustuksen saaminen muilta, vastuu sekä kehittymismahdollisuudet työssä. Mikäli työntekijällä ei ole ammatillista kasvumahdollisuutta, niin hänestä saattaa tulla negatiivisesti aktiivisesti tyytymätön (Hertzberg ja Hamlin 1961), jolloin vaatimukset ja tyydyttämättömyys vain lisääntyvät sitä enemmän, mitä enemmän työntekijän tarpeet tyydyttyvät (Wasylenki 1984). Työntekijän itsensä kehittämismahdollisuuksien ja työhön vaikuttamismahdollisuuksien edistäminen kantavat enemmän hedelmää kuin pelkästään tyytymättömyyttä aiheuttavien tekijöiden poistaminen.

On varsin todennäköistä, että terveydenhuollon palvelujen laatu ja asiakastyytyväisyys ovat yhteydessä henkilöstön työmotivaatioon ja työyhteisön toimintakykyyn. Jos palveluja kyetään tuottamaan tehokkaasti ja taloudellisesti, niin suoritteet ja kustannukset ovat oikeassa suhteessa toisiinsa eli terveystieteiden tuottavuus on korkea (Uusimäki ja Pahkala 1995). Perusterveydenhuollon jättäminen rempalleen ei tuo säästöjä, vaan pikemminkin aiheuttaa merkittäviä lisäkustannuksia, ja lisäksi väestöön kohdistuvat terveyspoliittiset tavoitteet voivat jäädä saavuttamatta. Yhtenä osana perusterveydenhuollon kehittä-

mistä on henkilöstön kehittämisen, jota ei tulisi laiminlyödä.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Henkilösuhteiden ongelmat, keskinäisen sosiaalisen tuen vähäisyys, muodolliset ja etäiset vuorovaikutussuhteet, tiedon kulun puute sekä byrokraattinen johtamistapa eivät liene lainkaan harvinaisia ilmiöitä maamme nykypäivän työyhteisöissä, ja ne kuvaavat työelämän laadullisia puutteita. Kuitenkin työelämän laadulliset ulottuvuudet ja tuloksellinen toiminta kulkevat käsi kädessä. Tuloksellista toimintaa ei voi syntyä myöskään ilman aktiivisia, vireitä ja työhönsä motivoituneita työntekijöitä.

Työyhteisön kyvyttömyys käsitellä ristiriitoja, työntekijöiden osallistumismahdollisuuksien puute työyhteisön päätöksentekoon, tehottomat ja tuloksiltaan heikot kokoukset, vaikeus antaa esimiehelle palautetta, ammattitaidon heikot kehittämismahdollisuudet, haasteeton työ, kyvyttömyys kohdata työhön liittyviä muutoksia, epäselvät vastuukysymykset ja vastuun hämärtyminen ominaisia piirteitä heikosti toimiville työyhteisöille perusterveydenhuollossa. Edellä kuvattujen »riskitekijöiden» tunnistaminen ja niiden merkityksen arviointi on tärkeätä, sillä näillä tekijöillä on merkittävä vaikutus työmotivaatioon ja työtyytyväisyyteen. Heikoimmin menestyneiden ammattiryhmien työn kehittäminen tulisi olla haaste eikä rasite. Voidaankin syystä puhua hukkaantuvista voimavaroista, jos toistuvasti löytyy ryhmiä, joille ei ole annettu riittäviä kehittämismahdollisuuksia.

KIITOKSET

Kiitämme sosiaali- ja terveysministeriötä saamastamme kannustavasta suhtautumisesta ja taloudellisesta tuesta, joka on tehnyt tämän tutkimuksen mahdolliseksi.

LÄHTEET

Deci E L: Notes on the theory and metatheory of intrinsic motivation. *Organizational Behavior and Human Performance* (1975):15, s. 130–145.

- Hackman J R, Oldham G R: Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance* (1976):16, s. 250–279.
- Harisalo R: Henkisten resurssien johtamisen arviointi kunnallishallinnossa. Tampereen yliopisto, Kunnallistieteiden laitos, Julkaisusarja 1/1991.
- Hermanson T: Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa Helsingin yliopisto, Kansanterveyslaitoksen laitos, Lääkintöhallituksen tutkimuksia 1989.
- Herzberg F: On more time: how do you motivate employees? *Harvard Business Review* (1968):46, s. 53–62.
- Hertzberg F, Hamlin R: The motivation-hygiene concept of mental health. *Mental Hygiene* (1962):45, s. 394–401.
- Kinnunen J: Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet, Alkuperäistutkimukset 4/1990.
- Kolu T: Työelämää julkisella sektorilla. Hallintokulttuurista palvelukulttuuriin työelämän laatua kehittämällä. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 2/1992.
- Lehto A-M: Työelämän laatu ja tasa-arvo. Komiteamietintö 1991:39. Työolokomitean lisäselvitys. Tilastokeskus, tutkimuksia 189, Helsinki 1992.
- Nakari R: Työelämän laatu kunnissa. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos, Työelämän tutkimuskeskus, Työraportteja 34/1992.
- Nikkilä J. Organisaatiokulttuurin omaksuminen ja hallinta. Valtion koulutuskeskuksen julkaisusarja B, nro 42, Helsinki 1986.
- Pahkala K, Utriainen P, Nordling E, Hemminki H: Tulosjohtamisen yhteydet inhimillisiin tekijöihin erikoissairaanhoidossa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. *Hallinnon Tutkimus* (1996) 3(15), s. 216–224.
- Shamir B: Calculations, values, and identities: The sources of collectivistic work motivation. *Human Relations* 43(1990): 4.
- Sihvonen M: Ei kilpailua ja vetäytymistä, vaan aitoa yhteistyötä perusterveydenhuollossa. *Sosiaalinen Aikakauskirja* (1991):4, s. 43–49.
- Utriainen P, Kentala J, Widström E, Pahkala K: Vaasan läänin terveyskeskusten hammashuollossa työskentelevien työtyytyväisyys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* (1995) 32, s. 37–42.
- Uusimäki K, Pahkala K: Vaasan läänin terveyskeskusten vuosien 1980–92 tuottavuuden muutos ja tuottavuuden eroja selittävät tekijät. *Hallinnon Tutkimus* (1995) 1(14), s. 3–11.
- Valtee P: Kunnallisen työyhteisön johtaminen. Esimiehen käsityksiä. Työelämäsuhteiden neuvottelukunta 3/1987, Helsinki.
- Valtioneuvoston kanslian asiantuntijatyöryhmä: Luottamus, läheisyys, linjakuus. Vallan ja vastuun uusjakkoon julkisessa hallinnossa. Espoo 28.2.1995. Painatuskeskus Oy 1995.
- Vartola J, af Ursin K: Hallintovirkamieskunta Suomessa. Tampereen yliopisto, Julkishallinnon julkaisusarja A, nro 2/1987.
- Wasylenki D A: Psychodynamic aspects of occupational stress. *Canadian Journal of Psychiatry* (1984):29, s. 295–301.