

## Lectio praecursoria

# Työntekijät julkisten sairaaloiden rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä ja rakennemuutosten seurausten kokijoina

Lauri Kokkinen

### MIKSI JULKINEN SAIRAALA?

Moni meistä tarvitsee elämänsä aikana sairaalaa. Useat meistä ovat syntyneet sairaalassa, moni meistä on käynyt siellä hoidattamassa vaivojaan ja joku meistä luultavasti kuoleekin sairaalassa. Silloin kun olen itse sairaalan potilaaksi päätenyt, olen antautunut luottavaisena organisaatiossa työskentelevien korkeasti koulutettujen ammattilaisten käsiin. Kansalaisena taas olen mieltänyt julkiset sairaalaorganisaatiot palvelutuotantokoneiksi, jotka muuntavat maksamamme verorahat sairaanhoitopalveluiksi. Julkisen sairaanhoidon palvelutuotantorakenteita koskevien strategisten valintojen olen ymmärtänyt tapahtuvan poliittisissa päätöksentekokoelmissä ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon perustuen. Julkisten sairaaloiden johtajien, kuten muidenkin julkisen sektorin johtavien virkamiesten, olen ajatellut toimivan näiden poliittisten päätösten lojaleina valmistelijoina ja toteuttavan niitä kuin omia toiveitaan.

Tutkijana minulla ei ole tarvetta uskoa sairaaloiden läpeensä tunkemaan rationaalisuuteen elleivät tutkimustulokset niin osoita. Lähtökohtaisesti uskoani sairaalaorganisaatioiden rationaalisuuteen horjuttaa tutkijana se, että aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaan työorganisaatioita koskevat strategiset valinnat ovat usein huomattavan monimutkaisia. Näin ollen päätöksentekijöillä ei ole aina tiedossaan kaikkia valintoja koskevia tavoitteita, kaikkia valintoja koskevia keinoja tai kaikkia valintoja koskevia seurauksia (Cohen ym. 1972). Lisäksi päätöksentekijät eivät aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaan aina välttämättä edes pyri organisaation kannalta optimaalimpiin mahdollisiin ratkaisuihin huomioimalla valintojen kaikki tiedossaan olevat tavoitteet, keinot ja seu-

raukset. Sen sijaan päätöksentekijöille saattaa hyvinkin riittää tyydyttävän ratkaisun löytäminen niihin kysymyksiin joista he ovat itse perillä, jotka tuottavat näkyvän tuloksen lyhyellä tai keskipitkällä aikavälillä, joiden ratkaisemisesta on heille itselleen tai heidän edustamilleen sidosryhmille hyötyä, tai joista on ylipäänsä mahdollista saavuttaa riittävä yksimielisyys muiden päätöksentekijöiden kanssa (Simon 1979). Päätöksentekijöiden näkökulmasta kaikkein vaikeimpia ongelmia voi siis olla niiden ratkaisemisen yrittämistä rationaalisempaa pyrkiä sietämään ja siirtämään päätöksentekoagendan ulkopuolelle, ja ryhtyä toimimaan vasta sitten, kun ongelmien ratkaiseminen tulee välttämättömäksi tai helpommaksi. Näin siis muissa työorganisaatioissa, mikäli aiempaa tutkimuskirjallisuutta on uskomisen. Voi olla, että julkisten sairaaloiden kaltaisissa ”elämän ja kuoleman” organisaatioissa on toisin. Siksi tutkia julkisia sairaaloita.

Julkitet sairaalat poliittisesti ohjattuina asiantuntijabyrokratioina ovat paitsi sinänsä kiinnostavia organisaatioita, myös keskeinen osa laajempaa terveydenhuoltojärjestelmää. Julkisten sairaaloiden palvelutuotantorakenteet muodostuvat sekä niiden sisäisestä työnjaosta että sairaaloiden ja terveydenhuoltojärjestelmän muiden toimijoiden välisestä työnjaosta. Itselleni julkiset sairaalat toimivatkin ikään kuin ikkunana laajemman terveydenhuoltojärjestelmän muutokseen ja muuttumattomuuteen, jossa työnjakoa tehdään ainakin perustasoisien ja erikoistasoisien hoidon, yksityisen ja julkisen palvelutuotannon sekä eri maantieteellisten alueiden eli suomalaisessa kontekstissa eri kuntien välillä. Ikkunana terveydenhuoltojärjestelmään, johon Suomessa käytetään yhdeksän prosenttia bruttokansantuotteesta, Yhdysvalloissa seitse-

mäntöistä prosenttia bruttokansantuotteesta ja useimmissa muissa OECD -maissa jotain tältä väliltä (OECD 2013). Terveydenhuoltojärjestelmään, johon näin ollen kohdistuu kaikissa kehittyneissä yhteiskunnissa valtavia taloudellisia ja poliittisia intressejä sekä intressiristiriitoja.

Jo lähtökohtaisesti onkin hyvä huomata, että myös julkisten sairaaloiden rakennemuutoksissa on kyse paitsi sairaanhoidollisesta palvelutuotannosta, myös huomattavasta määrästä työpaikkoja ja huomattavasta määrästä julkista rahaa. Kun suomalainenkin terveydenhuoltojärjestelmä näyttää yhdestä näkökulmasta keskeisenä osana kansalaisten sosiaaliturvaa, toisesta näkökulmasta potentiaalisesti kasvavana elinkeino- ja innovaatiosektorina ja kolmanneista perspektiivistä menoleikkauksia ja tuottavuuden lisäämistä vaativana pöhöttyneenä byrokraatiana, määritty myös julkisten sairaaloiden rooli terveydenhuoltojärjestelmän osana kustakin näkökulmasta erilaisena ja kohtaa poliittikkamuutosten myötä erilaisia muutospaineita. Siksi tutkia julkisia sairaaloita.

### MIKSI RAKENNEMUUTOS?

Rakennemuutosten tutkiminen ei ole juuri tällä hetkellä erityisen muodikasta. Yksi syy työelämän rakennemuutosten tutkimisen epämuodikkuuteen löytyy jälkimodernista organisaatiokäsityksestä. Sen mukaan työelämän rakenteet eivät edusta mitään objektiivista todellisuutta, vaan rakenteet tuotetaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja ne ovat pääosin olemassa vain ihmisten mielissä, kuvitelmissa, uskomuksissa ja tarinoissa. Näin ollen työorganisaatiot ja laajemminkin työelämä on muodikasta ymmärtää ennen kaikkea kommunikaatioverkostoina, ei objektiivisesti havaittavissa olevina rakenteina.

Suomalaisten organisaatiotutkijoiden Pauli Juutin ja Petri Virtasen (2009) mukaan tämän päivän suomalaiset työorganisaatiot ovatkin valovuoden päässä niin kutsutun rakenneteoreettisen koulukunnan reilu sata vuotta sitten esittämistä huomioista. Juuti ja Virtanen osuvat myös julkisten sairaaloiden kohdalla epäilemättä oikeaan siinä, että organisaatioiden muutoksissa ja etenkin muuttumattomuuksissa on suurelta osin kyse niiden ei-objektiivisista ulottuvuuksista. Julkisten sairaaloiden muuttumattomuutta ylläpitävät aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaan monelta osin eri toimijoiden

mieliin piirtyneet normatiiviset rakenteet, jotka esimerkiksi tuottavat turvallisuuden tunnetta yksittäisille työntekijöille, mutta joilla ei välttämättä ole paljoakaan tekemistä sairaaloiden virallisen juridis-hallinnollisen rakenteen kanssa. Aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaan sairaaloissa vallitsee virallisen juridis-hallinnollisen organisaatorakenteen ohella esimerkiksi jyrkkiä eri ammattikuntien sisäisiä ja välisiä prestiisihierarkioita, joihin saattaa sitoutua huomattavaa voimaa. Tästä seuraa esimerkiksi, että organisaatiokaavioista huolimatta asian tuntijaa voi käytännön työssä usein johtaa vain (saman alan) parempi asiantuntija ja etenkin eri ammattiryhmien välisiä työnjaollisia raja-aitoja on käytännössä äärimmäisen vaikea ylittää. Näin ollen sairaalan normatiivinen rakenne saattaa rajoittaa juridis-hallinnollisen rakenteen uudistamista, ja toisaalta sairaalan juridis-hallinnollista rakennetta koskevat laajamittaiset muutokset eivät välttämättä tarkoita sitä, että sairaalan toiminta juuri muuttuisi. Siksi tutkia normatiivisen, eli toimijoiden mieleen piirtyneen epävirallisen organisaatorakenteen muutoksia.

Ilman pitävämpiä todisteita on kuitenkin lähtökohtaisesti vaikea tukea ajatusta siitä, että työorganisaatioiden objektiivisemmin havaittavissa olevat juridis-hallinnolliset rakenteet olisivat jälkimodernissa ajassa menettäneet täysin merkityksensä. Ainakin itselleni tuottaa vaikeuksia ymmärtää, miksi työorganisaatioiden ja niissä työskentelevien työntekijöiden toiminta ei enää olisi riippuvaista tällaisista rakenteellisista tekijöistä, kuten rahoituksesta, työn organisoinnista ja työn sääntelystä. Ymmärrän hyvin, että konsulttikirjallisuutta tuottavilla toimijoilla taudinkuvaan kuuluu toistella lauseita, joita potentiaalinen lukijakunta haluaa kuulla. Sen sijaan radikaaleimmilta jälkimodernin organisaatioteorian tieteellisiltä kehittäjiltä toivoisi jotain kättä pidempää ajatusrakennelmansa tueksi. Lähtökohtaisesti itselleni olisi nimittäin houkuttavaa olettaa, että julkisten sairaaloiden ja niissä työskentelevien työntekijöiden toiminta on edelleen pitkälti riippuvaista myös objektiivisemmin havaittavissa olevista rakenteellisista tekijöistä, kuten rahoituksesta, organisoinnista ja sääntelystä. Lähtökohtaisesti voisin jopa olettaa rahoitusrakenteen jonkinlaiseksi terveydenhuolto-organisaatioiden rakenteiden rakenteeksi, tai superrakenteeksi. Se kun määrittää mille orga-

nisaatioille ja mille ammattiryhmille terveystalveluiden tuottamisesta maksetaan, ja minkä veran. Näin ollen itselleni tuottaa vaikeuksia ottaa vakavasti jälkimodernin organisaatioteorian käsitys esimerkiksi siitä, että terveydenhuollon ammattilaiset ylipäänsä menisivät työpaikoilleen tuottamaan organisaatioidensa normatiiviset rakenteet ja muun sosiaalisen todellisuuden, jollei heille siitä maksettaisi? Siksi tutkia juridis-hallinnollisen rakenteen muutoksia.

### MIKSI TYÖNTEKIJÄNÄKÖKULMA?

Vastineeksi käytetyille verorahoille julkisilta sairaaloilta odotetaan luonnollisesti mahdollisimman paljon ja mahdollisimman laadukkaita palveluja. Niihin kohdistuvia muutostarpeita argumentoidaan etenkin olemassa olevien palvelutuotantorakenteiden myötä hukkuvalta tehokkuudella ja tuottavuudella. Useat tekijät, kuten teknologinen kehitys, ajassa liikkuvat johtamisen ja organisoimisen opit, sekä kulloinkin käytetyt tehokkuuden ja tuottavuuden mittarit taas määrittävät sen millainen palvelutuotantorakenne milloinkin koetaan tehokkaaksi ja tuottavaksi. Niinpä työn organisointia ja tuotantoprosesseja kehitetään sairaaloissa jatkuvasti.

Työterveyslaitoksen tuoreen tutkimuksen (Laine ym. 2011) mukaan jonkinlaisia rakennemuutoksia oli viimeisen kahden vuoden aikana kokenut useampi kuin kaksi kolmesta suomalaisesta sairaalatyöntekijästä. Tätä taustaa vasten tekee tutkijana mieli kysyä, onko työntekijöiden edes mahdollista säilyttää omien voimavarojensa ja työn asettamien vaatimusten välinen hyvä tasapaino jatkuvasti muuttuvissa sairaaloissa, joissa pahimmillaan edellistäkään muutosta ei olla saatu loppuun, kun seuraavaa ajetaan jo sisään. Lisäksi, mikäli suomalaisten työelämän tutkijoiden analyyseja on uskomisen, muutoksissa on tänä päivänä lähes poikkeuksetta kyse pyrkimyksestä työn voimaperäistämiseen (Siltala 2004; Julkunen 2008). Työelämän aikalaidsdiagnoosien mukaan myös julkisista sairaaloista pyritään siis palvelutuotantokoneina kääntämään jatkuvasti enemmän tehoja irti tiettyä organisaatiotason muutospöhinää ylläpitämällä. Pahimmillaan jatkuvien muutosten, sekä uusien palvelutuotantovaihtoehtojen, jotka ulosmittaavat työntekijöistä liian paljon liian nopeasti, voisi siis lähtökohtaisesti olettaa johtavan jopa sairaalatyöntekijöiden työkyvyttömyy-

teen ja työelämän ulkopuolelle hakeutumiseen. Siksi tutkia työntekijöitä rakennemuutosten seurausten kokijoina.

Käynnissä olevassa muutosaallossa ei ole kyse vain sairaaloista ja terveydenhuollosta, vaan jatkuva muutos on arkipäivää myös usean muun toimialan työpaikoilla. Muutosvauhdista huolimatta työorganisaatioiden rakennemuutosten ja työntekijöiden työkyvyn välisen yhteyden tutkiminen on toistaiseksi ollut vaatimatonta sekä Suomessa että kansainvälisesti. Näin ollen tutkimusnäyttö politiikkatoimenpiteille joudutaan hakemaan ainoista olemassa olevista, usein vuosikymmenten takaisista, toisenlaisen työelämämodellisuuteen sijoittuvista, ja paikoin myös menetelmällisesti puutteellisista sekä teoriaköyhistä analyyseista. Tältä osin on jo lähtökohtaisesti hyvä mainita se, että itse omaksumani käsityksen mukaan työkyvyssä ei ole välttämättä pohjimmiltaan kyse vain sairauksien, viikojen ja vammojen puuttumisesta ja sitä kautta määrittyvästä yksilön toimintakykyisyydestä. Työkyvyssä voi omaksumani käsityksen mukaan olla oleellista myös työn asettamien vaatimusten ja työntekijän voimavarojen välinen tasapaino. Mikäli työkykyyn liittyvät ongelmat kuitenkin tulkitaan aina ja automaattisesti työntekijän fyysisten tai psyykkisten ominaisuuksien aiheuttamiksi, päädytään ratkaisua herkästi hakemaan lääketieteen tai psykologian keinovalikoimasta ilman ongelman taustalla vaikuttavien, työhön liittyvien tekijöiden analyysia. Ja kuitenkin, työkyvyttömyydessä on laajan todistustaakan perusteella usein kyse nimenomaan työhön liittyvistä tekijöistä, kuten ylimitoitetuista työkuormista, vaarallisista työolosuhteista, tai työntekijöiden puutteellisista vaikutusmahdollisuuksista. Näin ollen se, kuka päätyy työkyvyttömäksi, kuka luokitellaan työkyvyttömäksi, tai kenen on tarpeen tai kannattavaa kokea itsensä työkyvyttömäksi, riippuu työntekijän fyysisten ja psyykkisten ominaisuuksien ohella myös tarjolla olevista työpaikoista, työn tekemistä ja teettämistä koskevasta lainsäädännöstä, sosiaaliturvan tasosta, sekä muusta yhteiskunnallisesta kontekstista.

Myös empiirisen työterveystutkimuksen piirissä on alettu ottamaan vakavasti tällainen käsitys työkyvyn yhteiskunnallisuudesta, eli oivallettu, etteivät työtä tekevät yksilöt ja työtä tarjoavat työorganisaatiot elä tyhjiössä, vaan osana niiden monitasoista ja muuttuvaa toimintaympäristöä.

Näin ollen tänä työelämän jatkuvan muutoksen aikakautena voikin olla syytä pyrkiä aikaansaamaan parempaa ymmärrystä mekanismeista, joiden kautta työkyky määrittyy työntekijän, työorganisaatioiden muutoksen ja näitä ympäröivän toimintaympäristön välillä. Esimerkiksi työorganisaatioiden rakennemuutoksia ajavat teknologiset edistysaskeleet, johtamisen ja organisoimisen opit, sekä muutokset taloudellisissa suhdanteissa ja työllisyydessä saattavat suurestikin vaikuttaa siihen, kuka päätyy työkyvyttömäksi, kuka on tarpeen luokitella työkyvyttömäksi, tai kenen on tarpeen tai kannattavaa kokea itsensä työkyvyttömäksi. Työkyvyn optimoimisen ratkaisukeinot eivät näin ollen välttämättä löydy ainoastaan yksilötasolla operoivien lääketieteen tai psykologian keinovalikoimasta, vaan myös työntekijöiden fyysisinä tai psyykkisinä ilmenevien oireiden taustalla vaikuttavien muuttuvien työorganisaatioiden ja laajemman toimintaympäristön analyysistä. Siksi tutkia työntekijöitä rakennemuutosten seurausten ko-kijoina.

Siksi kysyn oppinnäytteessäni, ovatko suomalaisissa sairaaloissa 2000-luvun aikana läpiviedyt rakennemuutokset yhteydessä työntekijöiden itse arvioimaan työkykyyn tai työntekijöiden sairastamattomuusjärjestelmästä korvatuille työkyvyttömyysjaksoille hakeutumiseen. Ja jos ovat, niin miten.

Julkisten sairaaloiden palvelutuotantorakenteita muutetaan jatkuvasti ja samaan aikaan ne eivät keskeisiltä piirteiltään muutu juuri lainkaan. Huolimatta tietoisista muutospolitiikoista ja kehittämishankkeista, myös suomalaisten julkisten sairaaloiden rakenteissa voi tunnistaa huomattavaa jatkuvuutta. Julkiset sairaalat ovat sisäiseltä rakenteeltaan edelleen hierarkkisia sekä johtamishierarkialtaan että eri asiantuntijoiden välisiltä prestiisihierarkioiltaan ja ne antavat edelleen melko osuvan kuvan byrokraattisesta tavasta organisoida työn tekeminen. Lisäksi eri julkisten sairaaloiden väliset, sekä julkisten sairaaloiden ja terveydenhuoltojärjestelmän muiden toimijoiden väliset keskinäis-suhteet ja työnjako, ovat säilyneet suhteellisen muuttumattomina. Lähtökohtaisesti julkisissa sairaaloissa, tai niiden toimintaympäristössä, vaikuttaakin olevan näitä tiettyjä jatkuvuusia ylläpitävää voimaa tilanteessa, jossa niiden historian saatossa syntyneitä palvelutuotantorakenteita pyritään jatkuvasti määrätietoisesti

uudistamaan. Etenkin julkisten ja yksityisten sairaaloiden välille konstruoitujen raja-aitojen ylittäminen vaikuttaa hankalalta nykytilanteessa, jossa hyvinvointivaltion ihannetta vaaliva poliittinen vasemmisto vastustaa yksityistä palvelutuotantoa jo sinänsä, ja toisaalta poliittinen oikeisto pitää sitkeästi kiinni vapaiden markkinoiden unelmasta.

Eri julkisten sairaaloiden välisen työnjaon muutokset taas törmäävät kuntapohjaisessa palvelujärjestelmässä toistuvasti aluepoliittisiin intressiristiriitoihin, ja viime kädessä oman arvonsa tuntevilla sairaanhoidon ammattikunnilla on usein painostusvoimaa tyrmätä liian radikaaleiksi kokemansa rakennemuutokset. Näin ollen murtautuminen sairaanhoidon palvelutuotantoa ylläpitävien perinteisten ajattelumallien ulkopuolelle on todettu vaikeaksi ja palvelutuotantoa päädytään poikkeuksetta kehittämään tiukasti rajatuissa institutionaalisissa kehyksissä. Tätä aiemman tutkimuskirjallisuuden tuottamaa kuvaa vasten ei ainakaan itselleni tullut suuren suurena yllätyksenä, että pitkään valmisteltu ja tänään 11.1.2013 julkaistu sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistusraportti, tai niin kutsuttu sote-raportti, leimattiin tuoreeltaan torsoksi ja raportin valmisteluun osallistuneet asiantuntijat kertoivat jääneensä politikoinnin jalkoihin.

Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa sairaaloiden ja laajemminkin terveydenhuollon radikaalien rakennemuutosten taustalla tunnustetaan usein kiristynyt kilpailutilanne. Suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä kilpailun on usein katsottu puuttuvan kokonaan. Viime vuosina lähtökohdaksi kaivatun kilpailun synnyttämiseen on tarjottu strategia-guru Michael Porterin (2006) luomaa ”terveysarvon tuottamisella kilpailemisen” käsitteistöä. Porterin ajatusten lanseeraamisessa suomalaisen kontekstiin erityisen aktiivisesti on toiminut Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra (Teperi ym. 2009). Tässä kilpailun luomista koskevassa keskustelussa ja politiikassa on mielestäni jäänyt vähälle huomiolle se, että suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä on jo huomattavaa kilpailua. Kuten Michael Porter esittää, suomalaiset sairaalat, kuten muutkaan terveyspalveluita tuottavat organisaatiot, eivät joudu juurikaan kilpailemaan asiakkaista. Sen sijaan tältä Harvardin professorilta jää huomaamatta, että suomalaisella terveydenhuoltosektorilla

kilpailua käydään osaavasta työvoimasta. Vaikka Suomessa on todettu ainakin toistaiseksi olevan riittävästi terveydenhuoltoalan työntekijöitä, on kokonaistyövoiman riittävyyden sijaan eri asia se, kuinka käytössä oleva työvoima jakautuu terveydenhuoltojärjestelmän sisällä. Aiemmissa tutkimuksissaan Lauri Kokkinen ja kollegat (2009) ovat esittäneet, että suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä on tunnistettavissa maantieteellisiä alueita sekä sairaanhoidon erikoisaloja, joissa käytössä oleva palvelutuotantorakenne ylläpitää kroonista työntekijäpulaa julkisissa sairaaloissa.

Kokkinen ja kollegat ovat tarjonneet yhdeksi tämän julkisten sairaaloiden näkökulmasta ongelmallisen tilanteen syyksi tapaa, jolla julkinen raha kanavoituu julkisille ja yksityisille palveluntuottajille, sekä tiettyjen työntekijäryhmien mahdollisuutta hyödyntää tätä suomalaisen terveydenhuollon rahoitusrakenteen piirrettä. Etenkin tietyillä sairaanhoidon erikoisaloilla rahoitusrakenteen työntekijöille luoma mahdollisuus kilpailuttaa työpanostaan julkisesti rahoitettujen yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä on heidän mukaansa johtanut työntekijöiden erittäin korkeaan palkkatasoon, joka on paikoin osoittautunut liian korkeaksi julkisille sairaaloille, ja jonka on koettu olevan lähellä myös yksityissairaaloiden kipurajaa.

## LÄHTEET

- Cohen, M.D., March, J.G. & Olsen, J.P. (1972). A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1), 1–25.
- Julkunen, R. (2008). *Uuden työn paradoksit. Keskusteluja 2000-luvun työprosess(e)ista*. Tampere: Vastapaino.
- Juuti, P. & Virtanen, P. (2009). *Organisaatiomuutos*. Helsinki: Otava.
- Kokkinen, L., Lehto, J., Kivisaari, S. Saari, E. (2009). *Uutta alueellista silmäsairanhoidon mallia rakentamassa*. VTT -tiedotteita 2461. Espoo: VTT.
- Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Suomi, R. & Keinänen, M. (2011). *Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- OECD (2013). *Health spending continues to outpace economic growth in most OECD countries*. Haettu sivulta <http://www.oecd.org/newsroom/healthspending-continuestooutpaceeconomicgrowthinmostoeecdountries.htm>, 10.1.2013.
- Porter, M. & Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Siltala, J. (2004). *Työelämän huonontumisen lyhyt historia*. Helsinki: Otava.
- Simon, H.A. (1979). *Päätöksenteko ja hallinto*. Espoo: Weilin+Göös.
- Teperi, J., Porter, M., Vuorenkoski, L. & Baron, J. (2009). *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Sitra Reports 82. Helsinki: Sitra.

Suomalaista terveydenhuoltoa käsittelevästä tutkimuskirjallisuudesta ei kuitenkaan löydy analyyseja, joissa käsiteltäisiin olemassa olevan rahoitusrakenteen kyseenalaistamista työvoiman saatavuuteen liittyvien paineiden johdosta. Tutkimuskirjallisuudesta ei myöskään löydy analyyseja, joissa käsiteltäisiin suomalaisen terveydenhuollon muun institutionaalisen perusrakenteen, kuten eri työntekijäryhmien väliseen työnjakoon lukkiutuneiden raja-aitojen, tai aluepoliittisten raja-aitojen kyseenalaistamista työvoiman saatavuuteen liittyvien paineiden johdosta. Siksi tutkia työntekijöitä rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä. Siksi esitän opinnäytteessäni kaksi tapaustutkimusta, joissa kysymys työntekijöiden riittävyydestä pakottaa julkiset sairaalat tarkastelemaan palvelutuotantonsa kaikkein lukittuneimpia rakenteita tavalla, johon esimerkiksi muutokset sairaalan potilaiden palvelutarpeissa tai julkisessa taloudessa eivät toistaiseksi ole johtaneet.

*TtT Lauri Kokkisen sosiaali- ja terveystieteiden ala-alaan kuuluva väitöskirja ”Työntekijät julkisten sairaaloiden rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä ja rakennemuutosten seurausten kokijoina” tarkastettiin 11.1.2013 Tampereen yliopistossa. Vastaväittäjänä toimi professori Juha Kinnunen Itä-Suomen yliopistosta ja kustoksena professori Elina Viitanen Tampereen yliopistosta.*