

SARJA - SER. C OSA - TOM. 332

SCRIPTA LINGUA FENNICA EDITA

# **KOLME NÄKÖKULMAA JULKISEN SUUN TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAAN**

**Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja työntekijöiden  
odotukset, käsitykset ja kokemukset**

**Pirkko Paavola**

Sosiaalihammaslääketieteen osasto, Hammaslääketieteen laitos, Turun yliopisto

### **Ohjaaja**

Professori Pentti Alanen, HLT, YTT  
Sosiaalihammaslääketieteen osasto  
Hammaslääketieteen laitos  
Turun yliopisto

### **Esitarkastajat**

Dosentti Pauli Forma, VTT  
Kuntien eläkevakuutus  
Helsinki

Dosentti Markku Myllykangas, THT  
Kansanterveystieteen yksikkö  
Itä-Suomen yliopisto

Dosentti Tuija Palin-Palokas, HLT, EHL, MPH  
Perusturvapalvelut  
Kouvolan kaupunki

### **Vastaväittäjä**

Professori Vuokko Niiranen, YTT, HTL  
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos  
Itä-Suomen yliopisto

Kannen valokuva: Pirkko Paavola

ISBN 978-951-29-4895-6 (Painettu/PRINT)

ISBN 978-951-29-4896-3 (Sähköinen/PDF)

ISSN 0082-6995

Painosalama Oy – Turku 2012

*Viktorille, Heinille, Tuukalle ja Jaakolle*

Kurottaessaan tähtiin hän unohtaa kukat jalkojensa juuressa.  
(Jeremy Bentham)

## ABSTRACT

Pirkko Paavola. Three perspectives on the functioning of public oral health services – expectations, conceptions and experiences of residents, decision-makers and personnel in Jyväskylä. Department of Public Health Dentistry, Institute of Dentistry, University of Turku. *Annales Universitatis Turkuensis, Sarja-Ser. C Osa-Tom. 332, Scripta Lingua Fennica Edita*. Painosalama Oy, Turku 2012.

The study focused on the service expectations of Jyväskylä residents, decision-makers and oral health care personnel, and the realisation of these expectations within public oral health services in Jyväskylä, also compared to the surrounding municipalities. Secondly, the study surveyed the views of decision-makers and oral health care personnel regarding the determinants of work motivation within the field in Jyväskylä and the surrounding municipalities. The third research focus was occupational wellness, which was investigated in Jyväskylä and seven other municipal oral health care units, as well as at private dental clinics in Jyväskylä. The research data were collected via a mail questionnaire, which was responded to by 1 151 residents, 125 decision-makers and 388 oral health care professionals.

The results showed that the views of residents and professionals were not sufficiently taken into account in organising public oral health services in Jyväskylä. The services were more often implemented in compliance with the expectations of decision-makers than those of residents and professionals. The residents' expectations were closer to the professionals' expectations than to those of the decision-makers. The differences were clearest between the decision-makers and the professionals. The decision-makers in Jyväskylä lacked sufficient knowledge of the requirements and special characteristics of work within public oral health services.

There were only slight differences between Jyväskylä and the surrounding municipalities as regards the service expectations of all the target groups. In the implementation of the services, instead, the differences were more significant. In many aspects, the services functioned better in the surrounding municipalities than in Jyväskylä.

In the public oral health care units in Jyväskylä, problems were detected with regard to working life quality, and these were larger than at the control health centres and private dental clinics in Jyväskylä. A good physical work environment and good working hour management were resource factors that protected employees against the harmful effects of heavy workload. In order to improve working life quality, these resources in particular should be strengthened. The decision-makers should recognise their impact on staff's work motivation and allocate sufficient resources to public oral health care in relation to job demands. All in all, the significance of oral health services for the residents' wellbeing and quality of life should be better taken into account when allocating resources and renewing practices and service structures within public health services in Jyväskylä.

In order to increase cost-effectiveness in oral health services, the services should be developed to optimally meet the needs of both residents and working life, within the limits of the resources available. A continuous dialogue and more effective distribution of information between the residents, decision-makers and oral health care staff would be needed in Jyväskylä. In organising the services, versatile information would enable the decision-makers to better integrate the different parties' needs and aims, as well as to resolve conflicts of interest.

**Keywords:** public oral health services, service expectations, implementation of services, population perspective, decision-maker perspective, staff perspective, occupational wellness, work motivation, working life quality

## TIIVISTELMÄ

Pirkko Paavola. Kolme näkökulmaa julkisen suun terveydenhuollon toimintaan – Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja työntekijöiden odotukset, käsitykset ja kokemukset. Sosiaalihammaslääketieteen osasto, Hammaslääketieteen laitos, Turun yliopisto. Annales Universitatis Turkuensis, Sarja-Ser. C Osa-Tom. 332, Scripta Lingua Fennica Edita. Painosalama Oy, Turku 2012.

Tutkimuksessa selvitettiin Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden palveluodotuksia sekä niiden toteutumista Jyväskylän julkisessa suun terveydenhuollossa sekä verrattuna ympäristökuntiin. Toiseksi tutkittiin päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsityksiä alan työmotivaation vaikuttavista tekijöistä Jyväskylässä ja ympäristökunnissa. Kolmas tutkimuskohde oli työhyvinvointi, jota selvitettiin Jyväskylässä ja seitsemässä muussa julkisessa suun terveydenhuollossa sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla. Tutkimuksen tiedot kerättiin postikyselyinä, johon vastasi 1 151 asukasta, 125 päättäjää ja 388 suun terveydenhuollon työntekijää.

Tulokset osoittivat, että Jyväskylän julkisen suun terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä ei kuultu tarpeeksi kuntalaisia eikä alan ammattilaisia. Palvelut toteutuivat useammin päättäjien kuin asukkaiden ja työntekijöiden odotusten mukaisesti. Asukkaiden odotukset olivat lähempänä työntekijöiden kuin päättäjien odotuksia. Suurimmat erot olivat päättäjien ja alan ammattilaisten välillä. Jyväskylän päättäjät eivät tunteneet tarpeeksi julkisessa suun terveydenhuollossa tehtävän työn vaatimuksia eivätkä sen erityispiirteitä.

Jyväskylän ja ympäristökuntien välillä asukkaiden, päättäjien ja alan ammattilaisten odotukset suun terveydenhuollon palveluista erosivat vain vähän. Sen sijaan palveluiden toteutumisessa erot olivat suuremmat. Palvelut toimivat monilta osin paremmin ympäristökunnissa kuin Jyväskylässä.

Jyväskylän suun terveydenhuollon työelämän laadussa oli ongelmia, ja ne olivat suuremmat kuin verrokkiterveyskeskuksissa ja Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla. Hyvä fyysinen työympäristö sekä hyvä työajan hallinta olivat voimavaratekijöitä, jotka Jyväskylän suun terveydenhuollossa suojasivat työntekijöitä työn kuormittavuuden haitallisilta vaikutuksilta. Työelämän laadun parantaminen vaatisi erityisesti näiden voimavarojen vahvistamista. Päättäjien tulisi tiedostaa niiden vaikutus työntekijöiden työmotivaatioon ja resursoida julkista suun terveydenhuoltoa riittävästi siellä tehtävän työn vaatimuksiin nähden. Kaiken kaikkiaan suun terveydenhuollon merkitys kuntalaisten hyvinvoinnille ja elämänlaadulle pitäisi paremmin ottaa huomioon Jyväskylän julkisessa terveydenhuollossa resursseja jaettaessa sekä toimintatapoja ja palvelurakenteita uudistettaessa.

Tuloksellisuus suun terveydenhuollossa edellyttäisi, että palveluja kehitettäisiin vastaamaan mahdollisimman hyvin sekä kuntalaisten että työelämän tarpeita resurssien antamisrajoissa. Jyväskylässä tarvittaisiin asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden välillä jatkuvaa vuoropuhelua ja parempaa tiedon välittymistä. Monipuolisen tiedon perusteella päättäjät pystyisivät palveluja järjestäessään sovittamaan paremmin yhteen eri osapuolten tarpeet ja tavoitteet sekä ratkaisemaan intressiristiriitoja.

**Asiasanat:** julkinen suun terveydenhuolto, palveluodotukset, palvelujen toteutuminen, väestönäkökulma, päättäjänäkökulma, henkilöstönäkökulma, työhyvinvointi, työmotivaatio, työelämän laatu

# SISÄLLYS

<b>1</b>	<b>JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>KIRJALLISUUSKATSAUS.....</b>	<b>3</b>
2.1	Terveydenhuollon suunnitteluun vaikuttavia tekijöitä Suomessa.....	3
2.1.1	Toimintaympäristön muutokset.....	3
2.1.2	Kansalaisten tarpeet ja arvot.....	11
2.1.3	Kansalaisten mielipiteet, intressit ja roolit .....	14
2.1.4	Työelämän laatu .....	18
2.2	Suomen terveydenhuolto eri näkökulmista.....	22
2.2.1	Väestönäkökulma .....	22
2.2.2	Päätäjänäkökulma.....	28
2.2.3	Henkilöstönäkökulma .....	30
2.3	Eri näkökulmien vertailu yhteiskunnallisessa tutkimuksessa .....	34
2.4	Eri näkökulmien vertailu terveydenhuollon tutkimuksessa .....	36
2.4.1	Kaksi näkökulmaa .....	36
2.4.2	Kolme näkökulmaa.....	37
2.5	Tutkimuksen viitekehys .....	39
<b>3</b>	<b>TUTKIMUKSEN TAVOITTEET .....</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>TUTKIMUKSEN AINEISTOT JA MENETELMÄT .....</b>	<b>43</b>
4.1	Jyväskylä.....	43
4.2	Jyväskylän suun terveydenhuolto .....	44
4.3	Aineistot.....	50
4.4	Menetelmät .....	50
4.4.1	Kyselyt.....	50
4.4.2	Kyselylomakkeet .....	51
4.4.3	Tilastolliset menetelmät.....	56
<b>5</b>	<b>TULOKSET .....</b>	<b>58</b>
5.1	Odotukset ja kokemukset suun terveydenhuollon palveluista .....	58
5.1.1	Jyväskylän asukkaat, päättäjät ja suun terveydenhuollon työntekijät .....	58
5.1.1.1	Odotukset palveluista .....	58
5.1.1.2	Palveluiden toteutuminen sekä odotusten ja kokemusten kohtaaminen.....	63

5.1.1.3	Palvelusektorin valinta, palvelujen käyttö ja koettu hoidon tarve.....	68
5.1.2	Jyväskylä verrattuna ympäristökuntiin .....	69
5.1.2.1	Asukkaat.....	69
5.1.2.2	Päätäjät .....	74
5.1.2.3	Suun terveydenhuollon työntekijät.....	76
5.2	Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden ja päättäjien käsitykset alan työmotivaatiosta.....	82
5.3	Työelämän laatu julkisessa ja yksityisessä suun terveydenhuollossa.....	86
5.3.1	Työhyvinvointi .....	86
5.3.2	Työmotivaatio.....	89
5.3.3	Kuormittuneet ja ei-kuormittuneet työntekijät .....	92
5.4	Työhyvinvoinnin ja työmotivaation kohtaaminen suun terveydenhuollossa.....	95
5.4.1	Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijät ja päättäjät ..	95
5.4.2	Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijät ...	95

## **6 POHDINTA .....97**

6.1	Tutkimusasetelma .....	97
6.2	Menetelmät .....	98
6.2.1	Tilastolliset menetelmät.....	100
6.3	Odotukset ja kokemukset suun terveydenhuollon palveluista .....	102
6.3.1	Jyväskylän asukkaat, päättäjät ja suun terveydenhuollon työntekijät .....	102
6.3.1.1	Odotukset ja kokemukset sekä niiden kohtaaminen.....	102
6.3.1.2	Palvelusektorin valinta, palveluiden käyttö ja koettu hoidon tarve.....	110
6.3.2	Jyväskylä verrattuna ympäristökuntiin .....	113
6.3.2.1	Erot asukkaiden välillä.....	113
6.3.2.2	Erot päättäjien välillä .....	116
6.3.2.3	Erot suun terveydenhuollon työntekijöiden välillä .....	117
6.4	Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden ja päättäjien käsitykset alan työmotivaatiosta.....	117
6.5	Työelämän laatu julkisessa ja yksityisessä suun terveydenhuollossa.....	118
6.5.1	Työhyvinvointi .....	118
6.5.2	Työmotivaatio.....	120
6.6	Työhyvinvoinnin ja työmotivaation kohtaaminen suun terveydenhuollossa.....	120
6.6.1	Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijät ja päättäjät	121
6.6.2	Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijät .	121

<b>7 JOHTOPÄÄTÖKSET .....</b>	<b>122</b>
<b>KIITOKSET .....</b>	<b>125</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>127</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>148</b>

## LYHENTEET

FosSaKa	Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymä ja Kaarinan–Piikkiön terveyskeskuskuntayhtymä
ka.	keskiarvo
kh.	keskihajonta

<b>Tekstissä, taulukoissa ja kuvioissa käytetty muuttujanimi</b>	<b>Muuttujat väestö-, päättäjä- ja henkilöstökyselyssä</b>
Kutsu	Potilaat kutsutaan tarkastukseen sovitun ajan kuluttua.
Iltta-ajat	Potilaat pääsevät hoitoon myös iltaisin.
Nopeasti hoitoon	Potilaat saavat vastaanottoajan riittävän nopeasti.
Hammaslääkärin valinta	Potilaat saavat valita hammaslääkäriinsä.
Hoitajan valinta	Potilaat saavat valita häntä hoitavan muun hoitohenkilön.
Sama hammaslääkäri	Potilaat voivat olla jatkuvasti saman hammaslääkärin hoidossa.
Sama hoitaja	Potilaat voivat olla jatkuvasti saman muun hoitohenkilön hoidossa.
Kohtuuhintaisuus	Potilaille on tarjolla kohtuuhintaisia hoitovaihtoehtoja.
Tietoa suun sairauksista	Potilaille kerrotaan suussa esiintyvistä sairauksista ja niiden hoidosta.
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	Potilaille esitetään eritasoisia ja -hintaisia hoitovaihtoehtoja, ja he saavat vaikuttaa hoitoonsa.
Sairauksien ehkäisyneuvonta	Potilaita neuvotaan siinä, miten he itse voivat ehkäistä hampaiden ja suun sairauksia.
Kotihoidon mahdollistuminen	Potilaiden saama hoito ja ohjeet tekevät mahdolliseksi terveyden säilyttämisen kotihoidon avulla.
Toiveiden huomioiminen	Potilaiden yksilölliset toiveet ja mahdollisuudet otetaan riittävästi huomioon.
Lyhyet hoitokäynnit	Jos potilaalla on paljon hoidon tarvetta, niin hoito tapahtuu mieluummin useilla lyhyillä hoitokäynneillä.
Pitkät hoitokäynnit	Jos potilaalla on paljon hoidon tarvetta, niin hoito tapahtuu mieluummin pitkällä hoitokäynneillä, jolloin tehdään paljon toimenpiteitä.
Pelon lievitys	Potilaiden hammashoitopelkoa pyritään lievittämään.
Helläkätisyys ja kivuttomuus	Potilaiden saama hoito on helläkätistä ja kivutonta.

# 1 JOHDANTO

Terveydenhuollon palveluja suunnitellaan ja työelämän laatua kehitetään 2000-luvun Suomessa ”pysyvän tiukkuuden” rajoissa. Tällöin joudutaan miettimään, miten tasapaino taloudellisten tekijöiden, kuntalaisten tarpeiden ja odotusten sekä työntekijänäkökulman välillä määritellään. Palvelujen suunnittelun tulisi perustua tietoihin väestön terveydentilasta, terveystalouden tarpeesta ja tarpeiden tyydyttymisestä. Pelkästään näillä tiedoilla ei kuitenkaan voida tehdä terveystaloudellisia valintoja, eikä niillä pystytä ratkaisemaan palvelujen suhteellista tärkeyttä yhteiskunnalle. Suunnittelussa on kansalaisten tarpeiden ohella otettava huomioon muun muassa tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, kansalaisoikeudet ja kunnan kokonaistaloudellinen tilanne.

Kunta on velvollinen huolehtimaan asukkaidensa hyvinvoinnista. Kunnan luottamushenkilöt ja johtavat viranhaltijat ovat merkittävässä asemassa suunniteltaessa ja päätettäessä asukkaille tarjottavista peruspalveluista. Vaikka kunnan asukkailla on moniin sosiaali- ja terveystaloudellisiin kuntalaisuutensa perusteella oikeus, antaa kunnallinen itsehallinto kuitenkin jonkin verran liikkumavaraa siinä, miten palvelujen riittävyyttä ja sisältöjä kunnissa määritellään. Päättäjien etäännyminen kuntalaisista ja ongelmat kansalaismielipiteen välittymisestä päätöksentekoon ovat nostaneet esiin vaatimuksen kansalaisten vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksien parantamisesta.

Kunnallinen itsehallinto ja kuntalaki (1995/365) heijastavat demokratiakäsitystä, joka korostaa päätöksentekijöiden ja kuntalaisten keskinäistä vuorovaikutusta ja kuntalaisten sekä suoraa että edustuksellista osallistumista. Palvelujen suunnittelun pitäisi perustua kansalaislähtöisyyteen ja tuottaa palvelumalli, joka tukee kuntalaisten osallistumista ja kansalaisuutta. Sen edellytyksinä ovat hyväksytyt ja toimivat kanavat, joiden kautta kuntalaiset voivat vaikuttaa. Lisäksi edellytetään, että kunnassa vuorovaikutus toimii asukkaiden, päätöksentekijöiden ja palveluja antavien ammattilaisten välillä. (Niiranen 2000, 13; 2002, 76.) Vuoropuhelun tarve kasvaa, kun julkiset palvelut ovat markkinoistuneet ja kuntalainen nähdään yhä useammin markkinoilla toimivana kuluttajana eikä enää palveluihin oikeutettuna kansalaisena. Tämä saattaa lisätä intressiristiriitoja ja mielipide-eroja hyvinvointivaltion kuluttajien ja rahoittajien välillä.

Se, kuinka kunnissa palvelujen tarve ja tarjonta todellisuudessa kohtaavat, jää helposti hämäräksi (Möttönen 1999). Kansalaisten osallistumismahdollisuudet perusterveydenhuollon palvelujen kehittämiseen on arvioitu hyväksi vain noin joka kymmenennessä terveystaloudessa (Eronen ym. 2009, 7; Perälähti ym. 2011, 173). Myös vuoden 2010 Terveyden edistämisen barometri osoitti kansalaisten olevan tyytymättömiä mahdollisuuksiinsa vaikuttaa päätöksentekoon kotikunnassaan. Kuntapäätäjillä sen sijaan oli huomattavasti myönteisemmät näkemykset kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksista kuin kansalaisilla itsellään. (Parviainen ym. 2010, 31 ja 40.)

Työelämän laatu kunnallisessa terveydenhuollossa on koko 2000-luvun ollut heikompi kuin edellisen vuosikymmenen lopulla. Terveydenhuollossa koetaan kiirettä, töitä pidetään henkisesti ja fyysisesti raskaina, työmäärää liian suurena suhteessa työntekijämäärään ja vaikutusmahdollisuuksia vähäisinä. (Ylöstalo ym. 2003, 4; 2009, 3; 2010, 4.) Julkisessa suun terveydenhuollossa työelämän laatu on ollut heikompi kuin kunta-alalla keskimäärin (Nakari 2004, 52).

Kansalaiset ovat tyytymättömiä julkisiin hammashoitopalveluihin. Ne on arvioitu yhdeksi huonoimmista hoidetuista kunnallisista palveluista (FCG Efeko Oy 2008, 12). Myös Jyväskylässä julkisen suun terveydenhuollon palveluiden saatavuudessa ja toimivuudessa on ollut ongelmia. Asukkaista kolmasosa vuonna 2003 ja yli puolet vuonna 2010 piti niitä huonosti hoidettuina – mihinkään muuhun kunnan järjestämään palveluun ei oltu näin tyytymättömiä. Jyväskyläläiset pitivät niitä kuitenkin tärkeinä, sillä mitään muuta palvelua ei valittu yhtä usein viiden parannettavan asian joukkoon. (Miettinen 2007, 23 ja 74; FCG 2010, 16 ja 66.)

Julkisista terveystalouksista päätävien tulisi olla selvillä kuntalaisten palvelutyytyväisyyden, henkilöstön työelämän laadun ja toiminnan kustannustehokkuuden yhteydestä (ks. Nakari & Sjöblom 2009, 53). Tuloksellisuus terveydenhuollossa edellyttää, että palveluja kehitetään vastaamaan mahdollisimman hyvin sekä kuntalaisten että työelämän tarpeita resurssien antamissa rajoissa. Jotta asukkaiden, päättäjien ja terveydenhuollon työntekijöiden intressit ja tarpeet voidaan sovittaa yhteen, tarvitaan heidän odotustensa, kokemustensa ja tavoitteidensa selvittämistä ja vertailua. Tästä on niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa hyvin vähän julkaistuja tutkimuksia – suun terveydenhuollossa tehtyjä ei yhtään. Harvat julkaistut kolmen näkökulman tutkimukset ovat liittyneet terveydenhuollon rahoitukseen, resurssien kohdentamiseen ja hoidon priorisointiin. Tulosten mukaan päättäjien käsitykset muistuttavat enemmän ammattilaisten kuin väestön mielipiteitä (esim. Groves 1993; Rienoja & Kukkola 1994; Niemelä ym. 1995).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, erosivatko Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja alan ammattilaisten odotukset suun terveydenhuollon palveluista ja kuinka hyvin odotukset toteutuivat sekä verrata näissä asioissa Jyväskylää sen ympäristökuntiin. Lisäksi tavoitteena oli selvittää päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsityksiä hyvän työelämän edellytyksistä ja sitä, kuinka hyvin ne vastasivat työhyvinvointikokemuksia suun terveydenhuollossa.

## 2 KIRJALLISUUSKATSAUS

### 2.1 Terveydenhuollon suunnitteluun vaikuttavia tekijöitä Suomessa

#### 2.1.1 Toimintaympäristön muutokset

Hyvinvointivaltion toimintaympäristö on muuttunut. Ehkä merkittävimpana muutoksena yhteiskunnassa voidaan pitää kansainvälistymistä. Terveysalalla globaalissa toiminnassa ei ole mitään uutta, sillä maailmanlaajuista yhteistyötä on tehty sairauksien voittamiseksi, hoitamiseksi ja ehkäisemiseksi pitkään. Uutta on kuitenkin se, että talous on globalisoitunut. Siihen ja Euroopan syvenevään integraatioon liittyvä yhteiskunnan markkinoistuminen sekä väestörakenteen vinoutuminen aiheuttavat muospaineita kaikilla elämänalueilla ja vaikuttavat monialaisesti hyvän elämän tavoitteisiin ja ehtoihin kansalaisten elinoloissa, palveluissa sekä politiikassa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006).

Suuret muutokset toimintaympäristössä sekä niitä seuranneet yhteiskuntapoliittiset uudistukset ovat herättäneet kysymyksiä suomalaisen hyvinvointivaltion uudelleen muotoilusta, sopeuttamisesta ja säilymisestä. Suomalaista laajaan julkiseen sektoriin perustuvaa hyvinvointivaltiota on kritisoitu. Sen sosiaalipolitiikkaa pidetään huonosti kannustavana ja kalliina, verotusta korkeana ja työmarkkinoita jäykkänä. Kun lisäksi väestön vanheneminen, perherakenteiden muutokset, medikalisaatio, elintapasairauksien lisääntyminen ja yhä kalliimmat hoitomahdollisuudet lisäävät tarpeita ja aiheuttavat menopaineita, on hyvinvointivaltiomme rahoitus pohjan kestävyttä epäilty. (Esim. Kiander & Lönnqvist 2002, 193–197.)

Hyvinvointivaltio ei ole syntynyt itsestään eikä minkään kokonaissuunnitelman mukaisesti, vaan historiallisen kehityksen tuloksena, ristiriitojen kautta ja kompromissien tuloksena (Karisto ym. 1998, 223; Kiander ym. 2005, 81). Sen kehittymistä on selitetty rakenteellisilla, poliittisilla ja institutionaalisilla tekijöillä. Nämä kolme näkökulmaa ovat usein kilpailleet keskenään. Hyvinvointivaltion kehittymiselle ei kuitenkaan ole yhtä ja yleispätevää selitysmallia, vaan se on ollut seurausta kaikista edellä mainituista tekijöistä. (Forma 1999a, 20.) Jokainen kansakunta on rakentanut hyvinvointivaltiotaan omien kokemustensa ja erityisolojensa pohjalta. ”Hyvinvointivaltioiden toteutukselle on ollut ainakin kaksi keskeistä edellytystä: talouden kehityksen riittävä teollistumisaste ja toimiva demokratia.” (Tuomioja 1999, 46.)

Teollistuminen ja kaupungistuminen yhdessä vanhusten määrän lisääntymisen kanssa ovat aiheuttaneet muutoksia yhteiskunnan sosiaalisessa rakenteessa, luoneet uusia riskejä ja tarpeita, joihin on vastattu hyvinvointivaltion sosiaalipolitiikalla. Teollistumista seurannut taloudellinen kasvu on mahdollistanut sosiaalipolitiikan laajentamisen. (Wilensky 1975, 47.) Poliittisten selitysmallien mukaan valtapyrkimyksillä tai eturyhmä- ja luokkapohjaisilla intresseillä on ollut merkittävä vaiku-

tus hyvinvointivaltion rakentumisessa (Alestalo ym. 1985, 188–192; Esping-Andersen & Korpi 1987, 72). Sen järjestelmien kehittymisen on nähty tapahtuneen luokkapohjaisten toimijoiden rationaalisen toiminnan tuloksena (Salminen 1987, 26). Sen sijaan hyvinvointivaltion säilymiseen ja uudelleenmuotoiluun katsotaan erilaisten eliittiryhmien toiminnalla, päätöksenteon areenoilla ja instituutioilla olevan suurin merkitys. Hyvinvointivaltion tulevaisuuden nähdään määräytyvän paljolti aikaisempien päätösten seurauksena ja historian ehdollistamana. Kun tietty polku on valittu, sillä edetään ja muutoksia tehdään jo rakennettujen järjestelmien uudelleen muotoiluna. (North 1993, 98–99; Pierson 1993; 1996; 2000; 2003, 47–50; Esping-Andersen 1999, 170; Julkunen 2001, 19.) Hyvinvointivaltion sosiaalipolitiikasta on tullut osa taloutta, työllisyyttä, kansalaisten tuloja ja elämän jatkuvuutta (Julkunen 2005, 340).

Suomessa hyvinvointivaltion laajentuminen pysähtyi 1990-luvun lamaan. Syynä on pidetty talouskasvun hidastumista ja kasvavaa kuilua ikääntyvän yhteiskunnan sosiaalipoliittisten tarpeiden ja rahoitusmahdollisuuksien välillä samoin kuin hyvinvointijärjestelmien kypsymistäkin (Julkunen 2005, 336–337). Talouskasvun hidastuminen on aiheuttanut julkisten menojen ”patoamista”: uutta politiikkaa tehdään ”pysyvän tiukkuuden” rajoissa (Pierson 2001, 411; Julkunen 2007, 14). Vaikka hyvinvointivaltion laajentuminen näyttää pysähtyneen, sitä muotoillaan uudelleen jatkuvasti. Markkinariippuvuutta ja työmarkkinoille osallistumista lisätään, hyvinvointipolitiikan kustannusten kasvua hillitään ja järjestelmää rationalisoidaan ja sopeutetaan. (Pierson 2001, 422–427.) Etuuksien ja palveluiden tuotantoa sekä rahoitusta siirretään yksityisille. Keinoina ovat esimerkiksi asiakasmaksut, ostopalvelut ja palvelusetelit. (Gilbert 2002, 102.)

Suomen julkisen sektorin reformin taustalta löytyy uusliberalistiseen ideologiaan perustuva oppi New Public Management (NPM). Sen mukaan julkista sektoria tulee tehostaa ja pienentää ottamalla käyttöön markkinasektorin johtamis-, ohjaus- ja organisointitavat sekä antamalla julkisen sektorin tehtäviä markkinoille. (Pollitt & Bouckaert 2004, 16–18; Julkunen 2007, 77–78; Möttönen 2009.) Julkishallinnossa tavoitellaan lisää tuottavuutta ja vaikuttavuutta tuottavuusohjelmilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005a) sekä kunta- ja palvelurakennemuutoksella (Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 169/2007). ”Kansalaiset nähdään valtion asiakkaina ja palvelujen kuluttajina, ei niinkään poliittisen tahdon lähteenä” (Sulkunen 2006, 17). Tasa-arvoistavasta sosiaalipolitiikasta siirrytään kannustavaan sosiaalipolitiikkaan. Hyvinvointivaltiota arvioidaan yhä useammin kansainvälisen kilpailukyvyn näkökulmasta. (Julkunen 2001, 34 ja 166; 2005, 358.) Taloudelliset seikat painavat päätöksenteossa, ja pitkän aikavälin vaikutukset saatetaan jättää vähäiselle huomiolle (Niiranen 1995, 54).

Suomessa nähdään nykyään olevan eräänlainen kuilu ”kansalaistahdon ja taloudellisesti piiritetyn ja ahtaatetun hyvinvointivaltion välillä” (Julkunen 2007, 271). Kansalaiset kannattavat uudelleenjakavaa, verovaroin rahoitettua ja julkisen sektorin tuottamiin palveluihin perustuvaa hyvinvointivaltiota ja ovat jopa valmiita veronkorotuksiin säilyttääkseen sosiaaliturvansa (Lindholm 2001, 106 ja 116; Forma 2007, 171 ja 175; Haavisto ym. 2007, 72–73; Forma & Saarinen 2008, 169 ja 171). Kieltei-

syys kunnallisten palvelujen markkinoistumista kohtaan on lisääntynyt 2000-luvulla verrattuna edelliseen vuosikymmeneen (Kallio 2007). Kuitenkin toisensuuntaisia päätöksiä on tehty, kun esimerkiksi julkisen sektorin roolia palvelutuotannossa on pienennetty, verotusta kevennetty, työttömyysturvaa leikattu, tarveharkintaisuutta lisätty ja asiakasmaksuja korotettu (Anttonen & Sipilä 2000, 262; Lehto & Blomster 2000, 164; Forma 2007, 180). Kansalaisten mielipiteen näkyminen päätöksenteossa ja kansalaisten demokraattinen osallistuminen näyttävät jäävän helposti toteutumatta, vaikka kansalaisuuden elementtien vaaliminen kuuluu luottamushenkilöorganisaation keskeisiin tehtäviin (Winblad 2000). Haluttomuuden lisätä kansalaislähtöisyyttä on todettu johtuvan siitä, että vaaleilla valitut edustajat pelkäävät menettävänsä asemansa, jos kansalaiset osallistuvat suunniteluun (Cheyne & Comrie 2002; Coaffee & Healey 2003). Suora ja edustuksellinen demokratia nähdään toisilleen vastakkaisina menettelytapoina (Häikiö 2007). Kolmessakymmenessä kunnassa tehdyssä kyselyssä vuonna 2005 kuntalaisten vaikutusmahdollisuudet saivat kaikista arvioinnissa mukana olleista toiminnoista heikoimman arvosanan (Efeko Oy 2005, 7), eikä tilanne vuonna 2008 ollut aiempaa parempi (FCG Efeko Oy 2008, 12).

Tehokkuuden vaatimus Suomen julkisessa terveydenhuollossa näkyy markkinoistumisena, joka ilmenee tilaaja–tuottaja-mallin käyttöönottona, kilpailuttamisena, ulkoistamisena, ostopalvelusopimuksina ja palvelusetelinä. Tilaajan ja tuottajan eriyttämisellä pyritään vähentämään hallinnollista jäykkyyttä, synnyttämään kilpailua ja lisäämään näin terveyspalvelujen tehokkuutta. Tavoitteena on, että julkinen palvelutuotanto jäljittelisi mahdollisimman pitkälle alun alkaen tavaramarkkinoilta kopioitua toimintaperiaatetta. Malli vaatii palvelun, hoivan, hoidon ja auttamisen tuotteistamista ja yksikköhintojen laskemista. (Kokko 2005, 10; Häikiö 2007; Julkunen 2007, 89.) Tilaaja–tuottaja-mallia on kritisoitu, koska hajautettu ja aiempaa pienempiin osiin pilkottu tuotantotapa tekee järjestelmästä asiakkaalle ja palvelujen tilaajalle vaikeaselkoisen. Vastuualueet viipaloituvat, jolloin kokonaisnäkemys hämärtyy. Kun markkinoiden pelisäännöt, markkinahäiriöt ja negatiiviset ulkoisvaikutukset tulevat osaksi sosiaaliturvan kokonaisuutta, voivat sen pitkäjänteinen kehittäminen, rahoittaminen ja valvonta vaarantua. (Laatu 2009.)

Suomessa julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoistuminen on edennyt nopeasti, vaikka kansalaiskeskustelua asiasta on käyty melko vähän. Yksityissektori tuotti maassamme vuoden 2008 lopulla kolmasosan sosiaalipalveluista ja viidesosan terveyspalveluista henkilöstön määrällä mitattuna (Arajärvi & Väyrynen 2011, 1). Myös suuret kansainväliset toimijat ovat tulleet yhä enenevässä määrin Suomen kasvaville terveysmarkkinoille mukaan (Laatu 2009). Suomalaisista enemmistö on kuitenkin sitä mieltä, että julkisen sektorin pitää tuottaa pääosa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista (Forma 2007, 175; Kunnallisan kehittämissäätiö 2009, 31). Yksityisiä palveluja halutaan silti lisätä erityisesti siksi, että niiden tehokkuuteen uskotaan (Forma 2007, 176). Kun julkisia palveluita on karsittu ja niihin on vaikea päästä, toivotaan yksityisiä palveluja julkisten rinnalle parantamaan järjestelmän kattavuutta (Kallio 2008a). Haaviston ym. (2007, 75–76) mukaan suomalaiset näyttäisivät pitävän tärkeämpänä palveluiden saatavuutta kuin niiden tuotantotapaa. Markkinoistamishalua hillitsee kuitenkin huoli eriarvoisuuden ja turvattomuuden lisääntymisestä (Kunnal-

lisalan kehittämissäätiö 2006, 20; 2009, 28). Vuoden 2011 kansalaisbarometri osoitti, että julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kannatus on vankkaa. Valtaosa suomalaisista pitää niitä erittäin tai melko tärkeinä. Kuitenkin lähes joka toisen mielestä yksityisiä yrityksiä tulisi hyödyntää aiempaa enemmän sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa. (Siltaniemi ym. 2011, 89 ja 94.)

Globalisaation aiheuttamat muutospaineet suomalaisen terveydenhuoltoon tulevat erityisesti Euroopan unionista. Valtioliittoon sisäänrakennettu markkinadynamiikka muokkaa yleistä poliittista keskustelua ja arvoilmapiiriä lähes kaikilla elämänaloilla. EU:n perustavoitteet – ihmisten, pääoman sekä tavaroiden ja palvelujen vapaa liikkuvuus jäsenmaiden välillä – edellyttävät väistämättä jäsenmaiden sosiaaliturvan ja terveyspalvelujärjestelmien harmonisointia. (Vuori & Barnard 2006.)

Erilaiset ja eritasoiset sosiaaliturvajärjestelmät nähdään EU:ssa ongelmana erityisesti sisämarkkinoille. Jäsenmaiden sosiaalipolitiikkaa ja sosiaaliturvajärjestelmiä on pyritty yhtenäistämään avoimen koordinaation menetelmällä. Sillä ei ole tehty jäsenmaita välittömästi sitovaa lainsäädäntöä, vaan on lisätty yhteisymmärrystä ja yhteistoimintaa jäsenmaiden välillä, keinoina muun muassa yhteisten tavoitteiden asettaminen, esikuvavertailu ja vertaisseuranta. (Kari & Saari 2005, 19 ja 101–105.) Jäsenmäärän kasvettua on unionin sisäinen hajanaisuus entisestään lisääntynyt ja intressit ovat muuttuneet yhä moninaisemmiksi. Palvelujen tarjoamista ja potilaiden hakeutumista hoitoon toiseen maahan ovat säädelleet Euroopan yhteisön tuomioistuimen päätökset. (Halila 2006.) Siksi EU:ssa on nähty tarpeelliseksi säätää erillinen terveyspalveludirektiivi. Potilasdirektiivi tuli voimaan huhtikuussa 2011. Jäsenmailla on 30 kuukautta aikaa siirtää direktiivi osaksi kansallista lainsäädäntöään. (Euroopan unioni 2011.)

Suomen terveydenhuollon kehitystä määrittävät tulevaisuudessa yhä enemmän yleiseurooppalaiset ja EU:n hyvinvointi- ja talouspoliittiset linjaukset (Vuori & Barnard 2006). Siksi on tärkeää, että Suomen terveydenhuollon asiantuntijat ovat mukana vaikuttamassa EU:ssa. Suun terveydenhuollon asioihin päästään vaikuttamaan esimerkiksi Council of European Dentists -järjestössä, joka toimii kiinteässä yhteydessä EU:n komissioon ja parlamenttiin ja jossa Suomen Hammaslääkäriliitolla on oma edustajansa (Suomen Hammaslääkäriliitto 2010, 26).

Suomalainen työelämä on muuttunut muutamassa vuosikymmenessä paljon. Työpaikat ovat siirtyneet yhä enenevässä määrin palvelusektorille. Työelämä on verkottunut, epätyypillistynyt, kansainvälistynyt ja joustavoitunut. Yhteiskunnan muuttuminen tieto- ja informaatioyhteiskunnaksi on muuttanut merkittävästi myös työelämää. (Kairinen ym. 2003, 9–11.) Yhteiskunnan kasvun ytimenä on tieto, jota on saatavana rajoista piittaamatta (Saari 2002, 119). Tietotyön kasvava merkitys on johtanut työmarkkinoilla osaamis- ja ammattivaatimusten nousuun. Työssä edellytetään itseohjautuvuutta, tavoitteellisuutta ja innovatiivisuutta. (Aro 2005, 14.) Organisaatiot toimivat kansainvälistyvillä markkinoilla, joita leimaavat kiristynyt kilpailu, kasvavat tuotto-odotukset ja tarve tehostaa toimintaa sekä työvoiman käyttöä. Taloudellisten tekijöiden korostuminen ja voimakas panostaminen tuottavuuden parantamiseen uhkaavat työelämän laatua ja henkilöstön hyvinvointia. (Vanhala & Kotila 2006.)

Ennen työelämälle olivat ominaisia pitkät vakiintuneen toiminnan ja kasvun vaiheet ja lyhyet, ohimenevät muutosvaiheet. Nyt tyypillisiä ovat lyhyet vakiintuneen toiminnan vaiheet sekä pitkät ja osittain päällekkäiset muutosvaiheet. Työelämässä ilmenevien häiriöiden arvellaan johtuvan siitä, että uudenlaista kokonaisuutta ei osata käsitellä. Siitä seuraa ongelmia työn tuottavuudessa sekä työssä jaksamisessa. ”Toimintakonseptin” muutos aiheuttaa organisaatiossa ”häiriökuormitusta”, kun uudet asiat yritetään tehdä samalla vanhalla tavalla, vaikka se ei enää sujukaan. (Launis & Pihlaja 2005; Mäkitalo 2005, 329–334; Mäkitalo & Launis 2007.) Siltalan (2003) mukaan ajallemme tyypilliset ”jatkuvat organisaatiomuutokset, johtamismuoti- ja mittausmenetelmäkokeilut estävät työntekijöitä saamasta varmuutta työelämän pelisäännöistä ja säätelämästä itseään niiden avulla”. Kun tavoitteisiin ei omilla ponnistuksilla päästä, kielletään työn merkitys itselle oman minän suojelemiseksi. Tällöin asiakkaita kohdellaan etäisesti ja tunteettomasti. (Siltala 2003.)

Työympäristön terveellisyys ja turvallisuus ovat kolmen viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana kiistatta parantuneet, mutta niiden tilalle merkittäviksi ongelmiksi ovat nousseet psykososiaaliseen työympäristöön liittyvät asiat (Lehto & Sutela 2008, 218–219). Työelämä on yksilöllistynyt, työ on henkilöitynyt ja kollektiiviset suojat ovat heikentyneet: työ on muuttunut turvattommaksi (Julkinen 2008, 59). Työkyvyttömyys oli vuonna 2010 joka kolmannella eläkkeelle siirtyvällä syynä työuran päättymiseen. Mielenterveyden häiriöt olivat yleisin sairausryhmä työkyvyttömyyseläkettä saavilla. (Aro 2005, 15; Nyman & Kiviniemi 2011, 22 ja 25.)

Näkemykset suomalaisten työhyvinvoinnista ovat osittain ristiriitaisia (Hakanen 2004b, 21–22). Työolobarometrien, Työ ja terveys Suomessa 2006 -tutkimuksen ja tilastokeskuksen työolotutkimusten mukaan työelämän laatu on monilla mittareilla mitattuna kohentunut 2000-luvulla verrattuna edelliseen vuosikymmeneen. Vaikka työelämässä kiire on kasvanut ja väkivalta ja sen uhka ovat lisääntyneet, stressioireet ovat jonkin verran vähentyneet. Myös kannustavuus, luottamus, tasapuolisuus ja innovatiivisuus ovat lisääntyneet vuosikymmenen loppua kohden. Työn mielekkyys ja vaikutusmahdollisuudet työtahtiin ovat heikentyneet, mutta niiden lasku näyttäisi vuosikymmenen loppulla kuitenkin pysähtyneen. (Alasoini 2006, 14 ja 148; Perkiö-Mäkelä ym. 2006, 22; Lehto & Sutela 2008, 57; Ylöstalo & Jukka 2009, 148.) Vuoden 2010 työolobarometrin ennakkotietojen mukaan työelämän laatu oli hieman kohentunut verrattuna edellisvuoteen. Myös työn mielekkyys koettiin aiempaa parempana. (Ylöstalo & Jukka 2011, 6 ja 10.)

Suomessa monet työelämän kielteiset piirteet liittyvät julkiseen sektoriin ja siellä erityisesti kunta-työhön, esimerkiksi kiire, työn henkinen kuormittavuus, fyysinen väkivalta ja sen uhka, työpaikka-kiusaaminen, matala palkkaus ja syrjintä (Lehto & Sutela 2008, 13 ja 196). Vuoden 2009 työolobarometri osoitti kuntasektorin työolojen hieman heikentyneen verrattuna edellisvuoteen. Kannustavuus, innostavuus ja luottamus olivat kunta-alalla kuitenkin muita sektoreita paremmat. Kuntasektorin työelämän laadun keskiarvo oli parempi kuin teollisuudessa ja valtiolla, mutta se jäi edelleen selvästi yksityisen palvelusektorin keskiarvon alapuolelle. (Ylöstalo ym. 2010, 2–4.) Vuoden 2010

työolobarometrin ennakkotietojen mukaan työelämän laatu kuntasektorilla oli parantunut edellisvuodesta, mutta työn mielekkyyks oli heikentynyt (Ylöstalo & Jukka 2011, 9 ja 12).

### *Suun terveydenhuollon toimintaympäristön muutokset*

Suun terveydenhuollon järjestelyt ovat muuhun terveydenhuoltoon verrattuna olleet Suomessa hyvin erilaiset. Hammaslääkärin työ eriytyi omaksi koulutusalakseen vuonna 1892, ja hammaslääkäri-en ammattikunta organisoitui yksittäisiksi ammattiharjoittajiksi. Kansalaiset maksoivat hammaslääkärikulunsa omasta pussistaan. Yhteiskunnan subventoimaa kunnallista toimintaa ruvettiin järjestämään vasta vuonna 1957, kun laki kouluhammashoidosta astui voimaan. (Poutanen & Widström 2001; Soininvaara 2008, 5.)

Vuonna 1972 kansanterveyslakia säädettäessä oli tavoitteena edistää väestön tasa-arvoa hammashoitopalvelujen käytössä ja vähentää hoitokustannusten merkitystä hoitoon hakeutumisen esteenä. Tutkimukset olivat osoittaneet, että koulutettu, hyvätuloinen ja kaupungissa asuva aikuisväestö kävi useammin hammashoidossa kuin vähemmän koulutettu, vähätuloinen ja maaseudulla asuva väestö. Korkeita kustannuksia pidettiin hoitoon hakeutumisen suurimpana esteenä. (Murtomaa & Markkula 1977; Poutanen & Widström 2001.) Suun terveydenhuoltoon muun terveydenhuollon tapaan piti luoda yhteiskunnan subventoima koko väestölle tarkoitettu peruspalvelujärjestelmä, jossa palvelut annetaan potilaan terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen perusteella. Terveyskeskushammashoitoa lähdettiin kuitenkin kehittämään muusta terveydenhuollosta erillään, tiukalla keskushallinnon ohjauksella ja ikäperusteisesti. Asetuksella määritettiin terveyskeskushammashoidon painopiste lapsiin, nuoriin ja joihinkin erityisryhmiin. (Nihtilä & Widström 2005.)

Vuonna 1986 veloitettiin kunnat järjestämään hammashoito vuonna 1961 ja sen jälkeen syntyneille. Samalla muutettiin myös sairausvakuutuslakia siten, että vastaava ikäryhmä sai sairausvakuutuskorvauksen yksityisestä hammashoidosta. Lakiesityksen perusteluissa tavoitteeksi kirjattiin julkisen ja yksityisen sektorin mahdollisimman tarkoituksenmukainen yhteistyö. Käyttihän yksityishammaslääkärien palveluita tuolloin noin 70 % aikuisväestöstä. (Sotamaa 1999, 45 ja 50.) Parikymmentä vuotta voimassa ollut sairausvakuutuslaki oli tähän asti rajannut hammashoidon lähes kokonaan korvausten ulkopuolelle. Nyt omaksuttiin periaate, että julkinen subventio laajennetaan samoihin ikäryhmiin yhtä aikaa sekä sairausvakuutuksen korvaamassa yksityisessä hammashoidossa että kunnallisessa terveyskeskushammashoidossa. (Nihtilä & Widström 2005; Widström ym. 2005, 9; Suominen-Taipale & Widström 2006.) Näihin päätöksiin liitettiin niin sanottu kuntarahoitus, joka velvoitti kunnat maksamaan suun terveydenhuollon sairausvakuutuksesta syntyneiden korvausten kustannukset takaisin sairausvakuutusrahastoon. Kuntarahoitus oli voimassa neljän vuoden ajan ja vaikeutti terveyskeskushammashoidon kehittämistä. (Sotamaa 1999, 46.)

Vuonna 1990 julkisesti tuetun suun terveydenhuollon piiriin otettiin 1956 ja sen jälkeen syntyneet. Päättäjien keskuudessa alettiin tiedostaa suun terveyden merkitys hyvinvoinnille ja suun sairauksien yhteydet yleisterveyteen: hammashoidon subventio haluttiin laajentaa koko väestöön. Sairauskulu-

jen verovähennysoikeuden poistamisen yhteydessä vuonna 1992 säädettiin laki koko väestön ottamisesta sairausvakuutuksen korvaaman suun terveydenhuollon piiriin. Laman seurauksena aikuis-hammashuollon sairausvakuutusuudistusta kuitenkin lykättiin. Myös kunnissa oltiin ahtaalla. Valti-onosuusuudistus lopetti valtion avokätisyyden kunnallisten terveystieteiden virkojen perustamisessa. Monissa terveystieteissä hammashoitoon pääsyä rajoitettiin alle asetuksen tarkoittaman laajuuden vetoamalla resurssien puutteeseen. (Soininvaara 2008, 9.) Maan eri osissa asuvat kansalaiset olivat kovin eriarvoisessa asemassa palvelujen saannissa. Noin kolmanneksella aikuisväestöstä – pääosin maaseudulla asuvilla – oli mahdollisuus käyttää terveystieteen palveluja iästä riippumatta, ja toinen kolmannes asui alueilla, joilla palveluja tarjottiin voimassa olleen kansanterveysasetuksen ikärajan mukaan. Loput asuivat paikkakunnilla, jotka olivat rajoittaneet aikuisten hoitoon pääsyä huomattavasti alle asetuksen suositettaman ikärajan. Aikuisväestöstä puolet kävi hoidossa yksityishammaslääkäreillä, joiden vastaanotot olivat pääosin Etelä-Suomen kaupungeissa. (Widström ym. 2005, 9.)

Vasta vuonna 2000 suun terveydenhuoltoa koskevia lakeja muutettiin siten, että joulukuusta 2002 lähtien koko väestöllä tuli olla mahdollisuus päästä terveystieteen hammashoitoon tai saada sairausvakuutuskorvausta yksityishammaslääkärin palveluista lukuun ottamatta protetiikkaa ja oikomishoitoa (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 1219/2000; Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 1202/2000). Kesti 30 vuotta saattaa suun terveydenhuolto tasavertaiseen asemaan muun terveydenhuollon kanssa. Verovaroin tuetun suun terveydenhuollon laajentaminen kahta kanavaa kehittämällä ei kuitenkaan ollut itsestäänselvyys. Esitettiin joko sairausvakuutuksen korvausten laajentamista tai kunnallisten terveystieteiden järjestämisvastuun laajentamista. Julkisen rahoituksen lisäämistä pelkästään toiseen kanavaan pidettiin lopulta epätarkoituksenmukaisena. (Soininvaara 2008, 8.)

Kuten jo hammashoitouudistusta valmisteltaessa arveltiin, niin hoitoon hakeutuminen lisääntyi erityisesti uudistuksen kohteena olleissa ikäryhmissä ja alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Potilasmäärä kasvoi enemmän terveystieteissä kuin yksityissektorilla. Selvästi pienempi omavastuuosuus terveystieteen hoidossa verrattuna yksityishammaslääkärin hoitoon oli luultavasti syynä tähän. (Kiiskinen ym. 2005, 34.) Palveluita käyttäneiden määrä kasvoi uudistuksen jälkeen kuitenkin suhteellisen vähän, vaikka vuoden 2000 väestötutkimuksen mukaan aikuisilla suun hoidon tarve oli suurta. Potilaat joutuivat terveystieteissä jonoihin. Vastaanotot ruuhkautuivat siitakin huolimatta, että useampaan kuin joka kolmanteen terveystieteen palveluun palkattiin suun terveydenhuoltoon lisää henkilöstöä. Ongelmia oli erityisesti suurissa kaupungeissa, joissa aikaisemmin aikuisten pääsy terveystieteen hoitoon oli ollut hyvin rajallista. Kunnissa koettiin, ettei uudistukseen ollut annettu riittävästi voimavaroja. (Widström ym. 2004; Suominen-Taipale & Widström 2006.) Uudistus ja siihen sisältyvä velvoite tarjota lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen hoidon tarpeeseen perustuvia palveluja koko väestölle oli terveystieteille suuri muutos. Hoitoon pääsyä ei enää voinut rajata iän mukaan. Lainsäädäntö ei kuitenkaan taannut potilaille subjektiivista oikeutta kunnalliseen hammashoitoon. (Hallituksen esitykset, HE 149/2000.)

Valtioneuvosto asetti vuonna 2001 kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Siihen liittyivät erityisesti hoidon saatavuuden parantaminen, hoitoon pääsyn turvaaminen sekä valtakunnallisten kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamisohjeiden aikaansaaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002; 2004). Hoitotakuun voimaantulo vuonna 2005 (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004; Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta 856/2004) tiukensi hoitoonpääsyvaatimuksia julkisella sektorilla. Se tuli voimaan tilanteessa, jossa erityisesti aikuisväestön hammashoidon toteutumisessa oli edelleen suuria puutteita. Se määritteli kiireettömään terveyskeskushammashoitoon odotusajaksi korkeintaan kuusi kuukautta. Vuonna 2010 lokakuussa 81 % suomalaisista asui alueilla, joissa kiirettömään hammashoitoon pääsy noudatti hoitotakuulainsäädännön asettamia enimmäisaikarajoja. Jonossa olevia potilaita oli noin 60 000, joista joka viides oli jonottanut yli kuusi kuukautta. Joka toisessa terveyskeskuksessa oli hammaslääkärin virkoja tai toimia täyttämättä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010b, d, e.)

Nykyisin työikäisiä hammaslääkäreitä on noin 4 000, joista puolet toimii julkisella sektorilla ja puolet yksityissektorilla (Suomen Hammaslääkäriliitto 2010, 5). Koulutusmäärien vähentyminen on johtanut työikäisten hammaslääkäreiden määrän huomattavaan supistumiseen, joka vuosien 2005 ja 2025 välillä voi olla lähes 30 % (Suominen-Taipale 2007, 21). Lisäksi vajetta kasvattaa se, että hammaslääkäreistä suurin osa on naisia, jotka työskentelevät usein osa-aikaisesti. Terveyskeskukset ovat ostopalveluilla, vuokratyövoimalla ja palvelusetelillä pyrkineet kompensoimaan hammaslääkärivajetta. Lokakuussa 2010 vuokratyö, hoitopalvelujen osto ja palvelusetelit korvasivat 170 terveyskeskushammaslääkärin työpanoksen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010c). Vuoden 2010 lokakuussa tehdyn työvoimaselvityksen mukaan terveyskeskushammaslääkärivaje oli noin 229 vakanssia. Kymmenen terveyskeskusta Suomen 176 terveyskeskuksesta oli ulkoistanut koko suun terveydenhuollon. Yksityisvastaanotoilla oli kuitenkin edelleen vapaata kapasiteettia. Yksityishammaslääkärit olisivat halunneet ja voineet tehdä enemmän, jos vain potilaita olisi hakeutunut hoitoon riittävästi. Vapaa kapasiteetti vastasi noin 78 täysiaikaisen yksityishammaslääkärin työpanosta. Lähes joka toisella yksityishammaslääkärivastaanotolla oli tarjota työaikaa uusille hammaslääkäreille. (Koivumäki 2011a.) Vuoden 2011 työvoimaselvityksen mukaan terveyskeskushammaslääkärivaje oli hivenen suurentunut verrattuna edellisvuoteen (11 % vs. 13 %). Yksityissektorilla vapaata kapasiteettia oli edellisvuotta enemmän ja se vastasi noin 96 täysiaikaisen yksityishammaslääkärin työpanosta. (Koivumäki 2011b.)

Suomen Hammaslääkäriliiton mukaan (2006; 2007; 2010) viime vuosien suurissa lainsäädäntömuutoksissa ei ole riittävästi huomioitu suun terveydenhuollon erityispiirteitä eikä palvelurakennetta. Liiton paikallisosastot ovat lakimuutosten jälkeisissä raporteissaan kertoneet, että työ määrä terveyskeskuksissa on koettu liian suureksi resurssihin nähden etenkin suurissa kaupungeissa. Hoitoaikojen välit ovat pidentyneet, ja yhä harvemmin hoito on pystytty järjestämään potilaille kohtuullisessa ajassa. Monien terveyskeskusten ongelmana ovat olleet pitkät hoitojonot, vaikkakin tilanteet ovat vaihdelleet alueittain paljon. Kokonaishoidon periaate on toteutunut melko hyvin pienissä terveyskeskuksissa, mutta harvemmin suuremmissa terveyskeskuksissa, joissa työn sisältö on muuttunut

yhä enemmän akuuttihoiton suuntaan. Viimeisimmän raportin mukaan ajan saaminen terveyskeskushammashoittoon näyttäisi helpottuneen, mutta kokonaishoidon toteutumisessa on edelleen ongelmia. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2006; 2007, 7; 2010, 19.) Muutkin tutkimukset ovat osoittaneet samantapaisia ongelmia hammashoitouudistuksen toteutuksessa (esim. Widström ym. 2010).

Hoidon tarpeen lisääntyminen erityisesti ikääntymisen ja hampaattomuuden vähentymisen seurauksena on johtamassa terveyskeskuksissa yhä pidempiin jonotusaikoihin. Terveyskeskuksissa on pyritty vastaamaan lisääntyvään kysyntään työtä jakamalla ja panostamalla suun sairauksien ehkäisyyn. Suuhygienistien ja hammashoitajien tehtäväkuvia on laajennettu. (Vallimies-Patomäki ym. 2002, 186; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 55; Suominen-Taipale & Widström 2006.) Ratkaisuja hoitopaineisiin on lähdetty etsimään myös julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuteen perustuvista yhteistyömalleista. Tavoitteena on kiireettömän hoidon saatavuuden parantuminen ja potilaiden omahoidon vahvistuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a.)

Suun terveydenhuollon toimintaympäristö on muuttunut paljon viimeisten parinkymmenen vuoden aikana erityisesti terveydenhuollon lainsäädäntömuutosten takia. Parhaillaan menossa oleva kunta- ja palvelurakennemuutos (Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 169/2007) ja sen velvoittamat kuntaliitokset ja yhteistoiminta-alueet mylläävät suun terveydenhuollon rakenteita. Tehokkuutta ja laatua etsitään suuremmista yksiköistä. Toukokuussa 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (2010/1326) asettaa uusia vaatimuksia suun terveydenhuollon toiminnan sisältöön. Lisää muutoksia on tulossa, sillä koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistustyö on aloitettu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

### **2.1.2 Kansalaisten tarpeet ja arvot**

#### *Tarpeet*

Palvelutarpeiden arviointia ja määrittämistä pidetään tärkeimpänä asiana kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteossa ja sen valmistelussa (Lehto 2004, 26). Suunnittelun tulisi perustua tietoihin väestön terveydentilasta, terveystarpeiden tarpeesta ja tarpeiden tyydyttymisestä (Vuorma ym. 2006). Näillä ei kuitenkaan voida tehdä terveystarpeiden valintoja eikä niillä pystytä ratkaisemaan palvelujen suhteellista tärkeyttä yhteiskunnalle eikä voimavarojen jakoa eri palveluryhmien tai yhteiskunnan eri toimintojen välillä. Nämä määritetään demokraattisen politiikan päätöksenteossa, jossa arvot ovat mukana. (Knuutinen 1995, 88; Hänninen 2006, 19.) Suunnittelun pohjaksi tarvitaan tietoa sekä kansalaisten muuttuvista tarpeista että myös heidän odotuksistaan ja preferensseistään (Kinnunen 1995).

”Kunnallisessa päätöksenteossa ei ole olemassa objektiivisia, kaikille hyviä ratkaisuja.” Terveydenhuollon suunnittelussa kansalaisten tarpeiden ohella on otettava huomioon muun muassa tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, kansalaisoikeudet ja kunnan kokonaistaloudellinen tilanne. (Niiranen 1997b; Kautto 2007b, 19.) ”On sovittava hyväksyttävällä tavalla yhteen eettiset velvoitteet, lainsäädäntö

sekä terveydenhuollon toimintaympäristö ja yhteiskunnan muutostekijät” (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001).

Demokraattista politiikkaa tarvitaan tosiasioiden ja arvojen välisen rajaviivan vetäjäksi. Toimintapolitiikka ei saa olla pelkästään tietoon perustuvaa. (Hänninen 2006, 18–20.) Ongelmana on se, että päätöksentekoon liittyy aina intressejä ja niiden yhteensovittamista, puolueiden valtopoliittista kamppailua ja kompromissien tekemistä (Rasinkangas 1998, 16). Ongelmallista on myös se, miten kansalaisten intressit välittyvät poliittiseen päätöksentekoon ja miten ne vastaavat päätöksenteokoeliitin intressejä (Blomberg & Kroll 1997; 2003, 227–228; Forma 1999a, 100).

Politiikan, tietojärjestelmien ja tutkimuksen tulisi olla vahvasti yhteydessä toisiinsa. Poliitikkojen kuuluu tehdä tietoisia valintoja, asettaa tavoitteita ja päättää keinoista sekä muuttaa painopisteitä sen jälkeen, kun asiantuntijat tietojärjestelmiä ja tutkijoiden tuottamaa tutkimustietoa hyödyntäen ovat arvioineet toimintaympäristön muutoksia ja tehneet suunnitelmia niihin varautumiseksi. (Kantola & Kautto 2002, 157–158; Kautto 2007b, 21.) Möttösen (1999) mukaan poliittiset päätöksentekijät eivät kuitenkaan aina ”kykene eivätkä halua ohjata virkakoneiston toimintaa tavoitteilla”. Poliitikot saattavat olla kiinnostuneita vain talousarvion toteutumisesta ja suoritemäärästä, vaikka heidän tulisi arvioida tavoitteiden saavuttamista sekä sovittaa yhteen tavoitteet, intressit ja tarpeet. Poliittiset päätöksentekijät erityisesti kunnissa tahtovat herkästi puuttua sellaisiin käytännön asioihin, jotka ovat tärkeitä omille taustaryhmille, vaikka ne kuuluisivat viranhaltijoiden tehtäviin. (Möttönen 1999.)

Suomen perustuslain (1999/731) mukaan ”julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädellään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. Potilaslain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785) mukaan ”jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon”. Laissa ei kuitenkaan tarkemmin määritellä, mitä ovat riittävät palvelut tai mitä on terveydentilan edellyttämä hoito. Vuonna 2005 voimaan tulleessa hoitotakuulainsäädännössä (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004; Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 856/2004) korostetaan asiantuntija-arviota tarpeesta, joka tulee tehdä lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin kriteerein. Uuden terveydenhuoltolain (2010/1326) mukaan kunnan on järjestettävä palvelut siten kuin ”lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät”. Hoitotakuun sekä kiireettömään hoitoon pääsyn perusteiden (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005c; 2009) tavoitteina on taata terveyspalvelujen yhtenäinen ja tarpeenmukainen saatavuus, yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja vähentää vaihtelua hoidon määrässä ja laadussa. Säädökset ja valvovien viranomaisten päätökset vaikuttavat terveyspalvelujen määrään, saatavuuteen ja jakautumiseen.

Kunnan tehtävänä on huolehtia asukkaidensa hyvinvoinnista (Kuntalaki 1995/365). Hyvinvointiin vaikuttavat muutkin tekijät kuin terveyspalvelujen käyttö, esimerkiksi elinympäristö, koulutus, harrastukset ja sosiaaliset verkostot. Nämä voivat vähentää terveyspalvelujen tarvetta. (Daly ym. 2006, 23; Kosunen 2007.) Terveyspalvelujen vaikutusta terveyteen pidetään melko vähäisenä (esim. Bunker ym. 1994; Tarlov 1999), mutta ekologisen ja sosiaalisen elinympäristön osuutta merkittävä-

nä (esim. Syme & Balfour 1998, 795; WHO 2000). Terveiden edistäminen pelkästään valistamalla ei ole tehokasta. Elinympäristö tulisi muuttaa sellaiseksi, että ihmisen on helppo valita terveellisiä vaihtoehtoja, tai sellaiseksi, että ei-haluttu käyttäytyminen estyy. (Daly ym. 2006, 26–27; Myllykangas 2006; Syme 2006.) Terveystieteissä (2010/1326) korostetaan kunnan velvollisuutta ottaa huomioon terveys kaikissa kunnan toiminnoissa ja mahdollistaa sektoreiden rajat ylittävä yhteistyö terveyden edistämiseksi.

Väestön terveystarpeen arviointi kuuluu kunnalle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 64). ”Järjestämistä varten tulee olla tiedot ja näkemys väestön terveysolosuhteista, terveysriskeistä ja terveyskäyttäytymisestä sekä palvelujen tarpeesta ja niihin vaikuttavista tekijöistä” (Tuomola 2004, 15). Objektivistista tarvetta on vaikea määrittää ja mitata. Sen arvioimiseksi tarvitaan tietoa alueen väestön demografisesta tilanteesta ja kehityksestä, terveysstatuksesta ja sosioekonomisesta rakenteesta sekä alueen elinkeinorakenteesta ja sen muutoksista (Fos & Zuniga 1999). Tällaista tietoa ei ole helppo saada. Kun käyttöä kuvaavaa tietoa on tarjolla runsaasti, perustuu käytännön suunnittelu usein siihen ja kustannuksia koskeviin tietoihin. Tarvetta katsotaan tarjonnan suunnasta, jolloin lähtökohdaksi ovat tiedot hoidossa olevista ihmisistä. Tällöin ei oteta huomioon niiden ihmisten palvelutarvetta, jotka eivät vielä ole käyttäneet palveluja. (Mäntyranta ym. 2005; Vuorma ym. 2006.) Palvelujen kysyntä ja käyttö eivät anna oikeaa kuvaa tarpeesta. Esimerkiksi mainonnalla luodaan tarpeita ja saadaan ihmiset toimimaan ja haluamaan, että terveydenhuollossa tehtävillä toimilla oma elämä muuttuisi paremmaksi. Kun tarjontaa lisätään, kasvattaa se taas puolestaan tarpeita ja kysyntää. ”Mitä helpompaa on pääsy terveystietoihin, sitä enemmän niitä käytetään.” (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2006; 9–13.)

Yksilötasolla palvelutarvetta arvioitaessa tulee ottaa huomioon ihmisen mahdollisuudet hyötyä hoidosta – hänen kykynsä ja resurssinsa. ”Hoidolle on tarve, jos potilaalla on kohtuullinen mahdollisuus hyötyä kohtuullisesti hoidosta.” (Ryynänen & Myllykangas 2000, 234.) Normatiivinen eli asiantuntijalähtöinen tulkinta sivuuttaa kokonaan ihmisen itsensä havaitseman tarpeen, joka perustuu hänen kokemuksilleen, näkemyksilleen ja arvoilleen (Mäntyranta ym. 2005). Vaikka tarpeiden erottaminen toiveista, odotuksista ja haluista onkin vaikeaa, niin ihmistä oman elämänsä asiantuntijana pitäisi kuulla. Hänet tulisi ottaa mukaan suunnittelemaan terveystarpeita. Tarvitaan avointa keskustelua, jossa selvitetään terveydenhuollon mahdollisuudet ja rajat sekä sovitetaan yhteen yhteiskunnan tarpeet ja kansalaisten tarpeet. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2006, 13.)

Maailman terveysjärjestön vuonna 1978 hyväksymässä Alma Atan julistuksessa korostetaan, että ihmisillä on oikeus sekä yksilöinä että yhteisön jäseninä osallistua terveydenhuollon päätöksentekoon, suunnitteluun ja toteutukseen. Terveys on perusoikeus ja terveystarpeiden takaaminen on julkinen velvollisuus. Etusija on sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämiseksi ja suojelussa. Perusterveydenhuoltoa tulee vahvistaa ja perhe- ja yhteisöllähtöisiä toimintatapoja kehittää sekä liittää terveysnäkökulma kaikkeen yhteiskunnalliseen päätöksentekoon terveyserojen kaventamiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. (Alma Atan julistus 1978.)

### *Arvot*

Arvot ovat mukana, kun terveystalouden palvelujen tarvetta määritellään (Mäntyranta ym. 2005). ”Arvot toisaalta kohoavat tarpeista, mutta toisaalta myös tuottavat tarpeita” (Suhonen 1988, 29). Vaikka arvot ovat suhteellisen pysyviä, ne eivät kuitenkaan ole muuttumattomia. Inglehartin (1977; 1997) mukaan läntisissä teollisuusmaissa materialistisista arvoista ollaan siirtymässä kohti jälkimaterialistisia arvoja. Hyvinvointivaltio hylätään pelkästään materialistiseen hyvinvointiin pyrkivänä instituutiona. Kyseessä on kulttuurisen tason muutos, jolloin julkiseen sektoriin nojaavasta hyvinvointivaltiosta luovutaan ja tilalle tulevat markkinat, epävirallinen kansalaistoiminta sekä yksilön ja perheen oma vastuu. (Inglehart 1977, 3–6, 18, 21–24; 1997, 23–36.) Tutkimustulokset eivät kuitenkaan tue tätä hyvinvointivaltion legitimaatiokriisiä. Valtaosa kansalaisista niin Suomessa kuin muissakin läntisissä teollisuusmaissa kannattaa hyvinvointivaltion säilyttämistä. (Taylor-Gooby 2001; Forma 2007, 178.)

Suomalaisten arvot olivat 80-luvulla pehmeitä, ympäristöystävällisiä ja kasvun kyseenalaistavia. Ne kovenivat 90-luvulla laman aikana, mutta taloudellisten suhdanteiden kohennuttua ne taas pehmenivät. (Haikonen & Kiljunen 2003, 45–48.) Arvoilmasto voi siten järkkyy suurestikin taloudellisten tekijöiden takia ja vaikuttaa ihmisten mielipiteisiin ja halukkuuteen ottaa huomioon muiden tarpeita kuin vain omiaan (Sihvo & Uusitalo 1995).

Vuonna 1993 suomalaisten tärkeimmät arvot olivat terveys, perheen turvallisuus ja maailmanrauha (Puohiniemi 1993, 28). Kymmenen vuotta myöhemmin useampi kuin joka kolmas valitsi terveyden tärkeimmäksi arvokseen eikä muita arvoja valittu tärkeimmäksi yhtä usein. Terveiden jälkeen tärkeimpinä tulivat rauha ja hyvät ihmissuhteet. Nykyajan individualistinen kulttuuri näkyi siinä, ettei sairautta pidetty uhkana pelkästään fyysisille, taloudelliselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille, vaan myös yksilökeskeisten arvojen toteutumiseksi eli itsemääräämisoikeudelle ja riippumattomuudelle. (Mikkola 2003, 268–272.)

#### **2.1.3 Kansalaisten mielipiteet, intressit ja roolit**

##### *Mielipiteet*

Arvojen ja mielipiteiden välillä vallitsee epäsymmetrinen hierarkkinen suhde: arvot vaikuttavat mielipiteisiin, mutta eivät päinvastoin (Friedrichs 1968, 78–80; Suhonen 1988, 27). Kansan tahto ja arvot voidaan saada näkyviin ja välittymään poliittiseen päätöksentekoon mielipidetutkimuksilla. Ne korvaavat yhä useammin kansalaisten organisoitumiseen perustuvaa poliittista vaikuttamista. (Suhonen 1996.) Mielipidetutkimuksilla on yhteiskunnallinen merkitys. Talouden arvojen ja hyvinvointiarvojen välillä ilmenee väistämättä ristiriitoja, koska talouden tavoitteet korostavat yksilöllisyyttä ja hyvinvointiarvot kollektiivisuutta palvelutuotannossa. Tasapaino voidaan saavuttaa vain kuuntelemalla kansalaisten mielipiteitä. (Taylor-Gooby 2004, 35 ja 45.)

Mielipidekyselyjä voidaan käyttää myös johdattelevasti. Niistä saaduilla tuloksilla on mahdollista vaikuttaa yleiseen mielipiteeseen sekä ohjata julkista keskustelua tiettyyn yleensä tutkimuksen teet-

täjätaholle suotuisaan suuntaan. Mieli­pidetutkimukset ovat siten merkittävä väline yhteiskunnan eri intressitahojen kamppailussa julkisuudesta ja sen hallinnasta. ”Sosiaaliturvaa ja hyvinvointivaltiota koskevaa mieli­pidetutkimusta tehdään usealla taholla siksi, että kukin toimija haluaa itse muotoilla tutkimuksensa siten, että se palvelee mahdollisimman hyvin heidän omia tarkoituksiaan ja tavoitteitaan.” (Forma 2003, 279–282.)

### *Intressit*

Kansalaisten mieli­piteisiin vaikuttavat usein intressit. Intressillä tarkoitetaan ihmisen saamaa etua tai hyötyä. Mieli­piteitä voidaan ymmärtää myös ideologioiden, instituutioiden ja roolien kautta. Tällöinkin mieli­piteiden taustalta paljastuvat usein intressit. (Suhonen 1988, 145.) Ideologiaa mitataan tavallisesti puoluekannalla, mutta myös laajemmin yksilön arvojen, normien ja yhteiskunnallisten näkemysten pohjalta (Pöntinen & Uusitalo 1986, 7–8; Kangas 1997; Jæger 2006).

Reaalimaailmassa ihminen tukeutuu käyttäytymisessään sekä arvoihinsa että intresseihinsä – talous­sociologien mukaan ihminen on Homo Socio-Economicus (Lindenberg 1990). Vaikka ihmisellä voi olla itsekkiät taloudelliset päämäärät, niin ne pohjautuvat kuitenkin yhteisiin, instituutioituihin normeihin ja arvoihin. Sosiaalistuessaan ihminen sisäistää nämä normit ja arvot, jolloin ne asettavat rajoja oman edun tavoittelulle. (Elster 1989, 47; Mäkelä 1991.) Näin voidaan selittää esimerkiksi sitä, miksi ihmiset kannattavat sellaisen sosiaaliturvan laajentamista, josta he eivät itse hyödy, tai sitä, miksi he vastustavat sellaisten etuuksien käyttöönottoa, joista heille olisi hyötyä (Kangas 1992; 1997; Blomberg & Kroll 2003, 226). Vaikka jotkin toiminnot eivät olisikaan taloudellisesti kannattavia, niin niitä suositetaan siksi, että ne ovat sosiaalisesti hyväksyttäviä (Lindenberg 1990; Saari 1996, 161).

Sosiaaliturvamieli­piteitä ovat erotelleet puoluekanta ja sosioekonominen asema (Sihvo & Uusitalo 1993, 102–103; Ervasti 1994; Forma 1998b, 65–70). Molemmissa syynä voivat olla pelkästään intressit. Puoluevalinta on saatettu tehdä henkilökohtaisten etujen ohjaamana eikä niinkään ideologisista syistä. (Pöntinen & Uusitalo 1986, 8.) Asennoituminen julkisten palveluiden markkinoistumiseen näyttää kuitenkin liittyvän enemmän ideologiaan kuin intresseihin (Kallio 2007). Sosioekonomisten ryhmien välisiin mieli­pide-eroihin vaikuttaa se, kuinka riippuvainen kansalainen on hyvinvointivaltiosta. Ne, jotka tarvitsevat hyvinvointivaltiota, kannattavat sitä vankimmin. (Allardt ym. 1992, 60; Gelissen 2000; Lindholm 2001, 118; Kallio 2008a.) Taloudelliset suhdanteet vaikuttavat sosiaaliturvamieli­piteisiin. Taloudellisina nousukausina kansalaiset ovat myöntyväisempiä panostamaan verovarvoja sosiaaliturvaan kuin laskukautena, mitä voidaan selittää nimenomaan intresseillä. (Sihvo & Uusitalo 1995.) Kunnan velkaantuminen ja talouden kriisiytyminen näyttävät muuttavan kansalaisten mieli­piteitä myönteisemmiksi markkinoistumista kohtaan (Kallio 2007).

Elämään liittyvät riskit – esimerkiksi uhka terveyden menettämisestä tai työsuhteen päättymisestä – selittävät hyvinvointivaltiota koskevia mieli­piteitä (Gevers ym. 2000; Jæger 2006). Julkisten palvelujen käyttäjät hyötyvät palveluista, joten heidän olettaisi suhtautuvan niihin ei-käyttäjiä myönteisemmin. Kuitenkin Muurin (2007) tutkimuksessa sosiaalipalveluja käyttäneet olivat kriittisempiä

kuin ne, jotka palveluja eivät käyttäneet. Sen sijaan terveystalouden käyttäjien arviot palveluista ovat kuntalaiskyselyissä olleet myönteisempiä kuin ei-käyttäjien (esim. FCG Efeko Oy 2008, 79).

### *Roolit*

Ihmisten voidaan nähdä toimivan eri rooleissa ja muodostavan mielipiteensä ja intressinsä näiden roolien pohjalta. Roolit viittaavat yhteiskunnassa tiettyyn asemaan liittyviin normeihin, odotuksiin, velvollisuuksiin ja oikeuksiin (Burns 2000). Roolit opitaan ja ne ovat osa sosiaalista vuorovaikutusta. Ihmisten tehtäviin tai asemaan saattaa liittyä monta eri roolia. Seurauksena voi olla roolikasumia, roolien sekoittumista ja vaikeita rooliristiriitoja. (Allardt 1988; 60–61; Möttönen 2010, 3.)

Kuntalainen voidaan nähdä esimerkiksi veronmaksajan, kuluttajan, julkisten palveluiden työntekijän (Gilljam & Nilsson 1985), päättäjän, potilaan, edunsaajan, kansalaisen, palvelujen käyttäjän, kansalaisvelvollisuuden täyttäjän, asiakkaan ja ostajan roolissa. Asiakaslähtöisiä palveluja suunniteltaessa ja kehitettäessä tulisi kunnissa eritellä kuntalaisten roolit ja arvioida, mitä ne edellyttävät eri toiminnoilta (Möttönen 2010, 3 ja 12).

Kuntalainen veronmaksajana on kiinnostunut siitä, mistä hän maksaa suoraan ja mistä välillisesti ja kuinka paljon (Niiranen 1990). Veronmaksajan roolissa kansalaisten otaksutaan suhtautuvan kriittisesti hyvinvointivaltioon. Universaaleissa hyvinvointivaltioissa julkisten etuuksien rahoittajat ovat kuitenkin samalla myös niiden saajia. Näin ollen he saavat ”vastinetta rahoilleen”, jolloin rahoittajien ja kuluttajien välille ei välttämättä synny intressiristiriitoja. Tarveharkintaisissa yhteiskunnissa kansalaiset jakaantuvat kahtia etuuksien saajiin ja niiden rahoittajiin. Kun rahoittajat eivät pääse nauttimaan etuuksista, he pyrkivät minimoimaan omaa panostaan. Näin ollen instituutioilla on merkitystä hyvinvointivaltiota koskevien mielipiteiden muodostumisessa. (Pöntinen & Uusitalo 1986, 13; Allardt ym. 1992, 36; Sihvo & Uusitalo 1993, 50.)

Kuntalaisen roolia Niiranen (2000) kuvaa kolmella asiakkuuden ulottuvuudella: kohdeasiakas, palveluasiakas ja kuluttaja-asiakas. Kohdeasiakas on passiivinen, ammatillisten toimien kohteena oleva. Hänen rooliinsa kuuluu noudattaa ohjeita ja sitoutua ammattilaisen antamiin tavoitteisiin. Palveluasiakas on itsehallinnollisen ja demokraattisen yhteisönsä aktiivinen jäsen, kuntakansalainen ja palvelujen käyttäjä. (Niiranen 2000, 15.) Kuntademokratiaan kuuluvat kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet sekä tiedon saanti. Näillä Suomessa on vahva juridinen perusta. Suomen perustuslain (1999/731) mukaan ”julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon”. Kuntalaki (1995/365) edellyttää kuntien pitävän huolta siitä, että kunnan asukkailla ja palvelujen käyttäjillä on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan ja saada tietoa. Myös terveydenhuollon erillislaissa korostetaan ihmisen itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Osallistuminen on mahdollista, kun kuntalaisilla on tietoa, taitoa ja halua osallistua sekä kun osallistumisen kanavat ovat toimivat ja hyväksytyt (Niiranen 2000, 16).

Kun julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja markkinoistetaan, nähdään kuntalainen yhä useammin markkinoilla toimivana kuluttaja-asiakkaana. Tällöin hyvinvointivaltion palvelujen ja etuuksien rahoittajien sekä kuluttajien erilaiset asemat korostuvat, mikä voi lisätä intressiristiriitoja sekä mielipide-eroja. Universaali hyvinvointivaltio ja perinteisesti ymmärretty kansalaisuus saatetaan tällöin kyseenalaistaa. (Häikiö 2007; Kallio 2008a.) Kuluttajille tärkeitä ovat valinnanvapaus ja yksilöllisten tarpeiden tyydyttyminen. Tällöin heidän intressinsä yhteisen hyvän vaalimiseen saattaa heiketä. Kun pyritään pitämään kiinni vain omista eduista, ei olla halukkaita panostamaan hyvinvointivaltion sosiaaliturvan kehittämiseen. (Denhardt & Denhardt 2001; Kallio 2008a.) Lisäksi kuluttajuuteen liittyy ajatus, että palveluiden käyttäjät vaativat aktiivisesti parempia palveluja eivätkä luota siihen, että luottamushenkilöt edustavat kuntalaisia. Tämä saattaa luoda ristiriitoja kuntalaisten ja päättäjien välille. (Christensen & Læg Reid 2002.)

Osa kuntalaisista toimii myös päättäjinä. Klassisen demokratiakäsityksen mukaisesti päättäjien pitäisi toimia epäitsekkäästi, tehdä päätöksiä valitsijoiden toiveiden suuntaisesti ja huolehtia yhteisestä hyvästä eikä omista intresseistään. Siten päättäjien ja kansalaisten mielipiteiden tulisi olla ainakin jossain määrin yhtäpitäviä. (Blomberg & Kroll 2003, 228.) Päätöksentekoon liittyy kuitenkin jännitteitä ja ristiriitoja, kun päättäjät kunnan taloudesta ja toiminnasta vastaavina ovat samalla myös veronmaksajia sekä julkisten palveluiden käyttäjiä ja tarvitsijoita. Kunnan taloudellisen tilanteen on osoitettu muokkaavan kuntaeliitin asenteita (Oulasvirta 1992, 55 ja 74–75; Perttula 1994, 60). Kun päättäjät toimivat talouden ehdoilla, kilpailevat resursseista ja sopeuttavat toimintaa ympäristön muutoksiin, saattavat he joutua tekemään ratkaisuja, jotka ajavat organisaation etua eivätkä kansalaisten etuja ja joiden tavoitteet ja seuraukset ovat toisilleen vastakkaisia (Niiranen 1995, 54 ja 168–171). Poliitikot ja johtavat viranhaltijat saattavat kiinnittää huomionsa ensi sijassa talousarvion toteutumiseen ja suoriutumääriin, vaikka heidän tehtävänään olisi arvioida toiminnallisten tavoitteiden saavuttamista ja sovitaa yhteen tarpeet ja tavoitteet sekä ratkaista intressiristiriitoja (Möttönen 1999). Julkisen valinnan teorian mukaan politiikka ja julkinen päätöksenteko ovat taloudellista vaihtoa muistuttava tapahtuma, jossa jokainen pyrkii maksimoimaan omat etunsa (Downs 1957, 295; Udehn 1996, 21–24; Kiander ym. 2005, 94). Tällöin julkista valtaa ja professionaalista tietoa saatetaan käyttää itsekkäästi ottamatta huomioon kuntalaisten tarpeita ja itsemääräämisoikeutta (Möttönen 2010, 13).

Hyvinvointivaltion rakentumisen seurauksena on syntynyt etuuksien perusteella järjestäytyneitä uusia ryhmiä, jotka pitävät omista eduistaan kiinni ja pyrkivät kasvattamaan itselle hyödyllisiä julkisia menoja. Mielipiteisiin ei näytä vaikuttavan ideologia eikä yhteiskunnallinen asemakaan enää yhtä voimakkaasti kuin aiemmin. (Pierson 1996; Julkunen 2005, 339; Kiander ym. 2005, 93–94.) Yksi tällainen hyvinvointivaltion laajentumisen seurauksena kasvanut ryhmä on julkisen sektorin työntekijät. Heidän intressinään on säilyttää työpaikkansa. Näin ollen he suhtautuvat myönteisemmin sosiaaliturvaan ja julkisiin palveluihin kuin yksityisellä sektorilla työskentelevät. (Hoel & Knutsen 1989; Svallfors 1989, 81–82.)

Työntekijät ovat usein järjestäytyneet ammattiensa perusteella. Profiioihin liittyy ammattikuntaista edunvalvontaa ja valtakamppailua, jolloin työntekijöiden mielipiteitä selittävät itse ammattiin liittyvät tekijät. (Saarinen 2007a.) Julkisen sektorin työntekijöiden mielipiteisiin vaikuttaa myös se, että he organisaation sisältä ja alan ammattilaisina näkevät, miten palvelut toimivat ja miten kansalaisuuden elementit ja oikeudet eri asiakasryhmien kohdalla toteutuvat (Niiranen 2002, 76; Forma ym. 2007, 11). Työntekijät toimiessaan kuntalaisten ”asianajajan” roolissa tuovat näiden tarpeet ja näkemykset kunnalliseen päätöksentekoon (Roivainen 2002; Möttönen 2010, 12).

Työntekijöiden on nähty toimivan työmarkkinoilla perinteisesti ”tuottajakansalaisen” roolissa, jossa korostuvat velvollisuuden tunne, yleinen etu, työnantajauskollisuus ja materialistiset arvot. Rooli on vaihtumassa ”kuluttajakansalaisen” rooliksi, jolloin valinnanmahdollisuudet, yksilöllisyys, itsensä toteuttaminen, työn merkityksellisyys ja sisäinen motivaatio nousevat tärkeimmiksi arvoiksi. Tällöin esimerkiksi työura perinteisessä merkityksessä saatetaan hylätä ja tilalle tulee ”työrupeamien ketju”, johon kuuluvat vaihtelevat työt vaihtuvissa työpaikoissa, opiskelujaksot, sapattivapaat ja projektit. (Halava & Pantzar 2010, 9–13 ja 26.)

#### **2.1.4 Työelämän laatu**

##### *Työhyvinvointi*

Hyvä työhyvinvointi merkitsee hyvää työelämän laatua. Henkilöstön työhyvinvoinnin ja työkyvyn on todettu olevan positiivisessa yhteydessä yrityksen menestymiseen ja asiakkaan saaman palvelun laatuun. Työtyytyväisyys ja myönteinen työilmapiiri korreloivat voimakkaasti yrityksen kannattavuuden kanssa. (Denison 1990, 194–197; Lindström ym. 2000, 60–61; Huuskonen ym. 2000, 163; Jurvansuu ym. 2000a, 112; 2000b, 34; Ojala & Ahonen 2005, 72.) Ihmisten johtamiseen panostaminen erityisesti palvelualoilla ja tietotyössä on osoittautunut tulokselliseksi (Batt 2002; Nishii & Schneider 2007). Myös kunnissa henkilöstön kokeman työelämän laadun ja asiakastyytyväisyyden välillä on todettu olevan yhteys. Lisäksi ne kumpikin ovat keskimääräistä parempia niissä yksiköissä, jotka ovat kustannustehokkaita. Onnistuneen henkilöstöjohtamisen on todettu olevan tuloksellisuuden perusedellytys kuntien kaikissa keskeisissä palveluissa. (Nakari & Sjöblom 2009, 52–53.)

Ihminen voi hyvin ja kokee iloa työssään, kun hänellä on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa sekä kokea työnsä mielekkääksi ja merkitykselliseksi. Työhyvinvointi koostuu siitä, kuinka hyvin työntekijän odotukset, hänen arvonsa, työn sisältö ja työn tekemisen puitteet vastaavat toisiaan. Lisäksi myös työn ulkopuoliset tekijät heijastuvat työhyvinvointiin. (Vallimies-Patomäki ym. 2002, 188–189; Ojala & Ahonen 2005, 40–48; Kasvio & Huuhtanen 2007, 26.) Työhyvinvoinnissa on aina kyse työntekijän subjektiivisesta arviosta omasta tilanteestaan. Siihen vaikuttavat ihmisen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen kunto, työyhteisön toimivuus, työympäristössä esiintyvät tekijät, mutta myös työsuhteeseen liittyvät asiat sekä ihmisen yksityiselämä ja yleinen elämäntilanne taloudellisesti tekijöineen. Työhyvinvointiin voidaan siten vaikuttaa hyvin monien tekijöiden avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005b, 17.)

Psykososiaaliset tekijät työssä ja työyhteisössä ovat keskeisiä yksilön työhyvinvoinnille ja ennustavat työntekijöiden tulevaa terveyttä (Vahtera & Pentti 1995, 7; North ym. 1996; Everson ym. 1997; Lynch ym. 1997; Kinnunen ym. 2005, 20). Sekä työturvallisuuslaissa (2002/738) että työterveyshuoltolaissa (2001/1383) kiinnitetään huomiota psyykkisiin kuormitustekijöihin. Psykososiaalisten tekijöiden ja erityisesti työn hallinnan vaikutus terveyden heikentymiseen on osoittautunut yhtä voimakkaaksi kansantautien riskitekijäksi kuin tupakointi, ylipaino, liikunnallinen passiivisuus ja alkoholin runsas käyttö (Vahtera ym. 2000). Kun työntekijällä on hyvä työn hallinta eli mahdollisuus käyttää voimavaroja vaikuttaakseen työhönsä ja olosuhteisiinsa, on hänellä parempi työtyytyväisyys ja työhön sitoutuminen, vähemmän ruumiillista ja henkistä oireilua sekä töistä poissaoloa verrattuna tilanteeseen, jossa työn hallinta on heikko (Spector 1986; Bond ym. 2006, 25).

Työn määrällinen tai laadullinen sekä ylikuormittavuus että alikuormittavuus saavat aikaan stressireaktioita, jotka saattavat vahingoittaa työntekijän terveyttä. Haitallisen kuormituksen estämiseksi yksilön voimavarat – kyvyt, taidot ja persoonalliset ominaisuudet – mutta myös odotukset ja arvot tulisi sovittaa yhteen työn vaatimusten ja ympäristön tarjoamien mahdollisuuksien kanssa. (Vahtera 1993, 112; Edwards ym. 2000, 28–29; Kinnunen ym. 2004, 19–20.) Kuormittavan työn ja vähäisen työhallinnan on todettu ennustavan sekä sairauspoissaoloja että verisuonisairauksista johtuvia kuolemia (Vahtera ym. 2000; Kivimäki ym. 2002). Terveydelle haitallisen epätasapainon on todettu syntyvän myös silloin, kun kova ponnistelu yhdistyy työn vähäiseen palkitsevuuteen (Siegrist 1996). Esimiehiltä tai työtovereilta saatu sosiaalinen tuki on palkitsevaa, ja se voi toimia työympäristön kuormitustekijöiden puskurina ja siten vähentää sairastumisalttiutta (Beehr 1998, 22–23; Kivimäki ym. 2000).

Erilaiset hyvinvoinnin häiriöt vaikuttavat negatiivisesti organisaation tuottavuuteen. Esimerkiksi työuupumuksen on todettu lisäävän poissaoloja (Maslach & Jackson 1981; Kalimo & Toppinen 1997, 30–31), vähentävän organisaatioon sitoutumista (Jackson ym. 1986; Leiter & Maslach 1988; Tuuli 2000, 56) sekä heikentävän työsuoritusta laadullisesti ja määrällisesti (Maslach & Jackson 1985). On osoitettu, että parhaisiin tuloksiin tuottavuudessa johtaa työnantajan ja työntekijän suhde, joka perustuu vastavuoroisuuteen ja molemminpuolisiin investointeihin (Tsui ym. 1997).

Merkityksellisyys, ymmärrettävyys ja hallittavuus liittyvät hyvään, uudistavaan työhön (Kira 2003, 4–5). Jotta ihminen voi tuntea olevansa merkityksellinen työssään, pitää hänen voida osallistua työtään koskevaan päätöksentekoon. Työ on ymmärrettävää silloin, kun asiat liittyvät toisiinsa ja muodostavat selkeän kokonaisuuden ja kun mahdolliset häiriötilanteet ja niiden seuraukset ovat ennakoitavissa. Ymmärrettävyys työssä paranee, kun työntekijällä on mahdollisuus osallistua työnsä suunnitteluun. Työn hallittavuus syntyy siitä, että ihmisellä on tilanteeseen sopivasti voimavaroja, itsenäisyyttä ja työn säätelymahdollisuuksia sekä mahdollisuus saada työyhteisössään apua, tukea sekä koulutusta ja työssään tarpeellisia välineitä. Kun työntekijä kokee työnsä merkitykselliseksi, ymmärrettäväksi ja hallittavaksi, hänen elämänhallintansa eli koherenssin tunteensa vahvistuu. (Antonovsky 1988, 16–19; Vahtera 1993, 36.) Hyvä koherenssi puskuroi stressitekijöiden haitallisia terveysvaikutuksia (Feldt 2000, 47–51).

Työhyvinvointia voidaan tutkia pahoinvoinnin kautta, jolloin selvitetään työssä jaksamisen ongelmia ja sairauksia – stressiä, työuupumista ja masennusta. Positiivinen psykologia korostaa ihmisten vahvuuksien tutkimista, jolloin kiinnitetään huomiota työtyytyväisyyteen, työsitoutuneisuuteen ja työn imuun. Työntekijän tarmokkuus, omistautuminen ja työhön uppoutuminen ovat ominaista työn imulle. (Hakanen 2002; Schaufeli ym. 2002; Kinnunen ym. 2005, 13.) Sitä pidetään työuupumuksen vastakohtana (Maslach & Leiter 1997, 102).

Stressi, työuupumus ja masennus ovat kaikki eri tiloja, vaikka niissä onkin joitakin yhteisiä oireita (Glass & McKnight 1996; Schaufeli & Enzman 1998, 39–40). Stressiä ja työuupumusta erottavat kuormituksen kesto ja siihen sopeutuminen. Stressiä kokeva ihminen pyrkii eri keinoin ratkaisemaan ristiriitatilanteen, minkä jälkeen hänen voimavaransa yleensä palautuvat. Työuupumus taas etenee hitaasti ja syventyy vähitellen. Voimavarojen ehtyminen on keskeisin työuupumuksen aiheuttaja. (Brill 1984.) Ahkerasta työn tekemisestä huolimatta ihminen ei saavuta tavoittelemansa merkittävää tai mielekästä tulosta. Kysymys on ”työn mielekkyyden kokemisen kriisistä”. (Äärelä 2000.) Kun antamisen ja saamisen tasapainoa loukataan työelämässä, ihminen puolustautuu muun muassa kyynisyydellä ja kohtelemalla muita ihmisiä etäisesti. Tätä epäreilua vaihtosuhdetta antamisen ja saamisen välillä pidetään syynä työuupumukseen. (Schaufeli & Janczur 1994; Schaufeli & Le Blanc 1998, 173; Buunk & Schaufeli 1999.) Työuupumus on työperäinen ongelma, vaikka se koetaankin yksilötasolla ja sen kehittymiseen vaikuttavat myös yksilön persoonalliset ominaisuudet. Työhön ja työympäristöön liittyvien tekijöiden on kuitenkin todettu olevan yhteydessä työuupumukseen vahvemmin kuin yksilöön liittyvien persoonallisuus- tai demografisten tekijöiden. (Maslach 1993, 29.)

Myös työuupumus ja masennus ovat toisiinsa liittyviä, mutta kuitenkin erillisiä ilmiöitä (Maslach 1993, 30). Työuupumus liittyy työhön ja työympäristöön, masennus viittaa yleiseen pahoinvointiin ja ulottuu kaikkiin elämäntilanteisiin (Pines 1993, 39). Syventyessään työuupumus voi johtaa masennukseen (Glass ym. 1993).

Yleisesti käytetty työelämän stressiä kuvaava interaktiomalli on Karasekin (1979) työstressimalli – työn vaatimusten ja työn hallinnan malli (Job Demand-Control -malli), johon myöhemmin on lisätty työssä saatu sosiaalinen tuki. Mallin mukaan stressiä aiheuttavat työn asettamat suuret vaatimukset, muun muassa määrällinen ylikuormitus, aikapaine ja työn henkinen raskaus, kun niihin liittyvät sosiaalisen tuen puute sekä huono työn hallinta eli vähäiset vaikutusmahdollisuudet (muun muassa toiminnan olosuhteisiin, aikatauluun ja järjestykseen). Pitkään jatkuva ristiriita yksilön edellytysten ja ympäristön vaatimusten välillä johtaa haitalliseen kuormitukseen ja stressioireisiin. Mallin mukaan työn vaatimukset ja työn hallinta muodostavat nelikentän, jossa työt voidaan jakaa kuormittaviin, aktiivisiin ja kuormittamattomiin, passiivisiin töihin (Karasek 1979; Karasek & Theorell 1990, 31–33 ja 68–75). Työ, jossa vaatimukset ovat suuret, voi aiheuttaa niin sanottua hyvää stressiä, eustressiä (Selye 1975) silloin, jos samanaikaisesti työn hallinta ja sosiaalinen tuki ovat hyviä. Tällainen työ on aktiivista ja motivoivaa ja luo parhaimmat edellytykset oppimiselle ja kehittymiselle. (Kinnunen ym. 2005, 19.)

Kun halutaan ymmärtää samanaikaisesti sekä hyvää että huonoa hyvinvoinnissa, on Karasekin malli osoittautunut liian yksikertaiseksi (de Jonge ym. 2000). Työn vaatimusten ja työn voimavarojen mallia (TV-TV-malli) pidetään parempana (Demerouti ym. 2001), sillä siihen on mahdollista sisällyttää useita erityyppisiä työn piirteitä ja käsitellä työhyvinvointia moniulotteisemmin. TV-TV-mallin mukaan kaikissa ammateissa työolot ovat karkeasti jaettavissa työn vaatimuksiin ja työn voimavaratekijöihin, jotka ovat interaktiivisessa suhteessa toisiinsa. Työn kuormitus- ja vaatimustekijät (muun muassa kiire, suuri työmäärä, psyykinen ja fyysinen kuormittavuus) ovat yhteydessä työuupumukseen, joka edelleen on yhteydessä heikkoon terveyteen ja työkykyyn (työhyvinvoinnin energiapolku). Työn voimavaratekijät (muun muassa työn hallintamahdollisuudet, kannustus, kehittymismahdollisuudet, työn mielekkyys, hyvä työilmapiiri) ovat yhteydessä työn imuun, mikä lisää työhön sitoutumista ja työmotivaatiota (työhyvinvoinnin motivaatiopolku). Voimavaratekijöiden on todettu suojaavan työntekijöitä työn kuormittavuuden haitallisilta vaikutuksilta. (Hakanen 2004b, 255–259.) Ne vähentävät työn vaatimusten aiheuttamaa fysiologista tai psyykkistä rasitusta, stimuloivat ammatillista kasvua ja kehittymistä ja auttavat saavuttamaan työn tavoitteet. Tämä myönteinen vaikutus perustuu taitojen kehittymiseen sekä tehtävän onnistuneen suorittamisen palkitsevuuteen. (Demerouti ym. 2000; 2001.)

### *Työmotivaatio*

Työmotivaatio liittyy työn merkityksellisyyden kokemiseen sekä työn voimavaratekijöiden ja työn vaatimustekijöiden tasapainoon. Passiivinen, vähän vaativa työ, jossa on niukasti esimerkiksi hallintamahdollisuuksia, johtaa työntekijöiden oppimis- ja kehittymiskykyjen ja työmotivaation heikentymiseen. Seurauksena on työn tuottavuuden väheneminen. Aktiivinen työ, jossa suuriin henkisiin vaatimuksiin liittyvät sitä vastaava hyvä hallinta ja sosiaalinen tuki, voimistaa työntekijän työmotivaatiota ja oppimista sekä taitojen ja kykyjen kasvua ja parantaa organisaation tuloksellisuutta. (Vahtera & Pentti 1995, 7.)

Motiivit ohjaavat yksilön toimintoja kohti tiettyä päämäärää. Kun ihminen tiedostaa motiivin, hän valitsee päämääriä, joiden hän uskoo tyydyttävän motiivin. (Deci 1975, 119–121; Locke 2001, 44–48; Juuti 2006, 44 ja 58–60.) Motivaatiolla tarkoitetaan motiivien aikaansaamaa tilaa, joka määrää, miten vireästi ihminen toimii ja mihin hänen mielenkiintonsa suuntautuu. Motivaatiosta riippuu, kuinka halukas ihminen on käyttämään voimavarojaan työssään. Motivaatio on monimutkainen ilmiö, koska ihmisen käyttäytymiseen vaikuttavat lukuisat ristikkäiset motiivit. (Ruohotie & Honka 2002, 13–15.)

Työmotivaatio voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon sen mukaan, tyydytetäänkö työllä perustarpeita vai korkeampia tarpeita (ks. Maslow 1970, 35–38). Sisäinen motivaatio liittyy ylimmän asteen tarpeiden kuten itsensä toteuttamisen ja kehittämisen tyydyttämiseen, jolloin ihmisellä on halu päteä ja olla itsenäinen. Sisäiset palkkiot ovat pitkäkestoisen motivaation lähteitä. Ne liittyvät työsuoritukseen ja ovat siksi tärkeitä työhalukkuutta ja työtyytyväisyyttä määrääviä tekijöitä. Ulkoinen motivaatio liittyy ulkoisiin palkkioihin, jotka ovat yleensä lyhytkestoisia ja joilla tyydytetään alemman asteen tarpeita, kuten turvallisuuden ja yhteenkuuluvaisuuden tarpeita. Ihmisen käyttäytyminen voi olla sekä sisäisesti että ulkoisesti motivoitunutta, sillä sisäiset ja ulkoiset palkkiot nähdään toisiaan

täydentäviksi ja vahvistaviksi. Toiset motiivit voivat kuitenkin olla hallitsevampia kuin toiset, ja samatkin kannusteet voivat palkita sekä ulkoisesti että sisäisesti sen mukaan, miten ihmiset ne tulkitsevat ja havainnoivat. (Deci 1975, 90–91.) Esimerkiksi jos palkka sidotaan suoritukseen, siitä voi tulla pätemisen mitta, jolloin se palkitsee sisäisesti. Sisäinen motivaatio voi siten lisääntyä ulkoisten palkkioiden vuoksi, jos ne selvästi liittyvät suoritukseen. (Ruohotie & Honka 2002, 44–50.)

Työmotivaatio liittyy tyytyväisyyteen, vaikka ne ovatkin eri asioita (Ruohotie 1998, 31–49). Herzbergin (1971) mukaan tyytyväisyys ja tyytymättömyys työssä riippuvat eri tekijöistä: motivaatiotekijöistä ja hygieniatekijöistä. Motivaatiotekijät aiheuttavat tyytyväisyyttä, motivoivat tehokkaisuuteen suorituksiin, vetoavat ylimpiin tarpeisiin, kuten itsensä toteuttamisen tarpeisiin, ja liittyvät työstä saatuun tyydytykseen. Hygieniatekijät liittyvät tyytymättömyyteen eivätkä motivoi, ja ne ovat yhteydessä työympäristöön ja työoloihin, mutta eivät itse työhön. (Herzberg 1971, 71–91.)

## 2.2 Suomen terveydenhuolto eri näkökulmista

### 2.2.1 Väestönäkökulma

#### *Valtakunnalliset kyselyt*

Suomen väestön terveyttä ja terveystalouden käyttöä on arvioitu järjestelmällisesti 1960-luvulta lähtien. Kansaneläkelaitos aloitti vuonna 1964 kyselyihin perustuvan terveydenhuollon väestötutkimuksen ja jatkoi sitä ensin yksin vuosina 1968, 1976 ja 1987 (esim. Purola ym. 1967; 1971) ja sen jälkeen Sosiaali- ja terveystalouden kehittämiskeskukseen (Stakes) kanssa vuosina 1995 ja 1996 (Arinen ym. 1998). Osassa näitä väestötutkimuksia selvitettiin myös hampaiden puuttumista, hammasvaivojen kokemista ja hammashoitopalvelujen käyttöä (Nyman 1975; 1983; 1990; Arinen ym. 1998).

Kahteen laajaan suomalaisten aikuisten terveyttä selvittävään väestötutkimukseen, Kansaneläkelaitoksen Mini-Suomi-tutkimukseen vuosina 1978–1980 (Aromaa ym. 1989) ja Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 -tutkimukseen vuosina 2000–2001 (Aromaa & Koskinen 2002), sisältyi sekä kyselyjä että klinisiä interventioita. Kummassakin tutkimuksessa kerättiin tietoa myös väestön suun terveydestä ja terveystalouden käytöstä. Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan aikuisten suunterveys oli merkittävästi kohentunut 20 vuoden aikana: hampaattomuus oli väistynyt työikäisillä, hampaiden määrä oli kasvanut huomattavasti ja karies oli vähentynyt aiemmasta tasostaan kaikissa ikäryhmissä. Sen sijaan iensairaudet eivät olleet vähentyneet odotusten mukaan. (Vehkalahti 2004, 152.) Suun sairaudet olivat edelleen hyvin yleisiä: kahdella kolmesta oli hampaiden kiinnityskudossairautta ja yhdellä kolmesta kariesta. Aikuisten hampaiden kunto oli yhteydessä omahoitotapoihin ja hammastarkastuksessa käynnin tapaan. Puolet hampaallisista ja kolmasosa kokoproteesien käyttäjistä olivat oman arvionsa mukaan hammashoidon tarpeessa. Joka kolmas vastaaja oli vuoden aikana käynyt yksityishammaslääkärillä ja joka viides terveystalouksenhammaslääkärillä. Palvelujen rinnakkaiskäyttö oli vähäistä, vain prosentin luokkaa. Säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksessa ilmoitti käyvänsä yli puolet hampaallisista vastaajista. Hammashoidossa käyminen oli

yleisintä 55–64-vuotiailla hampaallisilla. Eläkeikäiset kävivät hoidossa muita ikäryhmiä harvemmin. Naiset hakeutuivat hoitoon useammin ja säännöllisemmin kuin miehet. Enemmän koulutusta saaneet hakeutuivat hoitoon useammin ja säännöllisemmin verrattuna vähemmän koulutettuihin. (Suominen-Taipale ym. 2004.)

Kansanterveyslaitos (vuodesta 2009 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) on vuodesta 1978 tehnyt vuosittain aikuisväestölle suunnatun terveystarkkailukyselyn, jossa on kerätty tietoa muun muassa tupakoinnista, terveystarkkailujen käytöstä ja suun terveydestä. Vuonna 2003 miehistä 60 % ja naisista 67 % ilmoitti käyneensä viimeksi kuluneen vuoden aikana hammashoidossa ja vuonna 2010 vastaavasti 58 % ja 69 %. Noin joka kymmenes kaikista vastaajista sekä vuonna 2003 että vuonna 2010 oli viimeksi kuluneen kuukauden aikana kärsinyt hammassärystä. Päivittäin tupakoivista harvempi kuin joka kymmenes vuonna 2003 ja noin joka kuudes vuonna 2010 oli viimeisen vuoden aikana saanut hammaslääkäriltä kehotuksen lopettaa tupakointi. (Helakorpi ym. 2003; 2011.) Terveystarkkailukyselyjen aineistoista on tehty suun terveyteen liittyviä julkaisuja, joissa on selvitetty suomalaisten hampaattomuuden yleisyyttä, hampaiden puuttumista, hammashoitopalveluiden käyttöä, suun ja hampaiden puhdistustottumuksia sekä tupakoinnin ja suun terveystottumusten välisiä yhteyksiä. (Esim. Telivuo ym. 1995; Suominen-Taipale ym. 1999; 2000; Ylöstalo ym. 2001.)

Sosiaali- ja terveyshallitus, sittemmin Stakes (vuodesta 2009 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) on tehnyt 1990-luvulta alkaen useita puhelinhaastatteluun perustuvia tutkimuksia aikuisten terveystarkkailujen käytöstä ja terveydentilasta (Aro ym. 1992; 1993; 1994). Kaksi viimeisintä on tehty Hyvinvointi- ja palvelut (HYPA) -nimisenä kyselynä vuonna 2004 (Kautto 2007a) ja vuonna 2006 (Moisio ym. 2008).

Vuoden 2004 HYPA-kyselyn tulosten mukaan kansalaiset kannattivat kattavaa ja hyvätasoista sosiaaliturvaa ja julkisen sektorin merkittävää roolia sosiaali- ja terveystarkkailujen tuottamisessa. Lähes kaikki kansalaiset olivat sitä mieltä, että sosiaali- ja terveystarkkailut tulee tuottaa pääosin julkisella sektorilla. Yksityisiä palveluja haluttiin kuitenkin lisätä, koska niiden tehokkuuteen uskottiin. (Forma 2007, 175–176.) Vastaavanlaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa (esim. Lindholm 2001, 116; Forma & Saarinen 2008, 171). Suomalaiset olivat varsin tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmään kokonaisuudessaan. Perusteellisia muutoksia siihen toivoi joka viides. Vastaajista kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että kotipaikkakunnan pitäisi parantaa suun terveydenhuollon palveluja; tyytymättöimpiä olivat vanhimmat ikäryhmät. (Klavus ym. 2007, 195–196.) Terveystarkkailukyselyssä hammaslääkärillä oli käynyt 40 % ja yksityishammaslääkärillä 53 % vastaajista. Yksityishammaslääkärille hakeutuminen yleistyi iän karttuessa ja tulotason kasvaessa. Viimeisen 12 kuukauden aikana hammasvaivoista oli kärsinyt noin joka kolmas vastaaja. Lähes joka viides vastaaja oli vuoden aikana omasta mielestään odottanut kohtuuttoman kauan hoitoon pääsyä terveystarkkailukyselyssä hammaslääkärille. (Klavus ym. 2007, 192–194.) Vuoden 2006 HYPA-kyselyssä saatiin julkisen hammashoidon palvelujen toimimisesta aikaisempaakin huonompi kuva: kohtuuttoman kauan hoitoon pääsyä oli odottanut lähes joka neljäs vastaaja (Klavus ym. 2008, 187).

Julkisen suun terveydenhuollon palvelujen toimivuutta on selvitetty valtakunnallisissa kuntalaiskyselyissä. Kolmenkymmenen kunnan asukkaat arvioivat vuonna 2005 julkiset hammaslääkäripalvelut yhdeksi kuntansa huonoimmin hoidetuista palveluista (Efeko Oy 2005, 7). Tilanne ei parantunut vuosikymmenen loppua kohden, sillä arviot suun terveydenhuollon palveluista olivat vuonna 2008 aiempaakin huonommat (FCG Efeko Oy 2008, 12).

### *Alueelliset väestökyselyt*

Kansanterveyslaitos on toteuttanut myös alueellisia väestökyselyjä, jotka ovat poikenneet hieman valtakunnallisista terveystyöntekijäkyselyistä (esim. Nummela & Uutela 2002). Myös lääninhallitusten projekteissa on ollut osahankkeina sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämishankkeita ja niihin liittyviä väestökyselyjä, joissa on arvioitu myös suun terveydenhuollon palveluja (esim. Oras & Oikarinen 1996). Tampereella on kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä UKK-instituutin yhteistyönä vuodesta 1990 tehty joka kolmas vuosi aikuisväestön terveyttä ja hyvinvointia selvittävä väestökysely (esim. Paronen ym. 2006). Väestökyselyjä tehdään osana terveyskeskuksen oman toiminnan kehittämistä. Esimerkiksi Helsingissä tehdään neljän vuoden välein niin sanottu imagotutkimus, jolla pyritään selvittämään väestön mielikuvia julkisista terveyspalveluista. Vuonna 2002 terveyskeskushammashoitoa käyttäneistä kolme neljästä oli palveluun tyytyväisiä ja joka viides oli tyytymätön. Eläkeikäisten keskuudessa oli hammashoitoon erittäin tyytymättömien osuus merkitsevästi suurempi verrattuna nuorempiin ikäryhmiin. (Helsingin kaupungin terveysvirasto 2003.)

Kansanterveyslaitoksen vuodesta 1972 viiden vuoden välein toteuttamaan väestötutkimukseen (FIN-RISKI) on sisällytetty sekä kliinisiä tutkimuksia että kyselyjä. Vuonna 2002 tutkimus tehtiin kuudella tutkimusalueella, johon kuului 131 kuntaa. Tutkimukseen osallistuneilta tiedusteltiin muun muassa hammassärlyn kokemista ja hammaslääkärissä käyntejä. Hammassärkyä vuoden aikana oli kokenut noin joka neljäs vastaaja tutkimusalueesta riippumatta. Hammashoitopalveluja kuluneen vuoden aikana käyttäneiden osuus oli suurin Turussa ja Loimaalla ympäristökuntineen (miehistä 61 % ja naisista 71 %) ja pienin Lapin läänissä (miehistä 38 % ja naisista 52 %). (Laatikainen ym. 2003.)

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto on viimeisten kymmenen vuoden aikana tehnyt väestökyselyihin perustuvia alueellisia hyvinvointianalyyskejä. Vuoden 2006 analyysin mukaan valtaosa keskisuomalaisista oli tyytyväisiä kunnan julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Yleisin kritiikin aihe oli terveyspalvelujen pitkät jonot. Vastaajista noin joka kuudes oli sitä mieltä, että julkinen suun terveydenhuolto vastasi huonosti tai melko huonosti asukkaiden tarpeisiin. Kaikki muut terveyspalvelut vastasivat tarpeisiin paremmin. (Siltaniemi ym. 2007, 185 ja 219–220.)

### *Väestönäkökulma suun terveydenhuollossa*

Pelkästään suun terveydenhuoltoa koskevia väestökyselyjä on tehty sekä valtakunnallisesti (esim. Markkula ym. 1973; Murtomaa 1977; Ainamo 1983; Murtomaa & Laine 1985; Ainamo & Murtomaa 1991; Murtomaa ym. 1994) että paikallisesti (esim. Rantala & Letto-Lauren 1990; Nyysönen & Paukkonen 1991; Kaila 1993; Karttunen & Nyysönen 1993; Leppänen 1996; 1999). Koska pel-

killä kyselyillä ja haastatteluilla ei voida saada riittävän tarkkoja tietoja väestön suun terveydestä ja palvelutarpeesta, on osaan edellä mainittuja kyselyjä liitetty myös suun kliininen tutkimus.

Sipoossa ja Posiolla tehtiin vuonna 1999 väestökysely osana valtakunnallista suun terveydenhuollon projektia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Lähes kaksi kolmesta Sipoossa ja noin joka kolmas Posiolla oli käynyt viimeksi hammashoidossa vuoden sisällä. Samat osuudet käyttivät suun terveydenhuollon palveluja säännöllisesti. Suurin osa molemmista väestöistä halusi käyttää terveyskeskushammashoidon palveluja ja halusi odottaa vastaanotolle pääsyä korkeintaan yhdestä kolmeen kuukauteen. (Lahtela 1999; Neuvonen ym. 1999.)

Kansaneläkelaitos ja Kansanterveyslaitos tekivät ennen hammashuoltouudistusta vuosina 2001 ja 2002 ja sen jälkeen vuonna 2004 aikuisväestölle kohdistetut kyselyt tarkoituksena selvittää uudistuksen vaikutuksia palvelujen käyttöön. Suunsa terveyden koki hyväksi vuonna 2004 suurempi osuus kuin vuonna 2001 (60 % vs. 56 %). Oman arvionsa mukaan hoidon tarpeessa oli vuonna 2004 pienempi osuus kuin vuonna 2001 (45 % vs. 48 %). Kaksi viidestä kumpanakin vuonna oli kokenut hammassärkyä tai muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja kuluneena vuonna. (Kiiskinen ym. 2005, 15–16.)

#### *Väestönäkökulma Jyväskylän suun terveydenhuollossa*

Vuonna 1989 selvitettiin väestökyselyllä jyvaskyläläisten 15–88-vuotiaiden käsityksiä terveyskeskuksen toiminnasta ja palveluista sekä niiden kehittämistarpeista. Lisäksi selvitettiin palvelujen käyttöä ja tarvetta. Julkisia suun terveydenhuollon palveluja käyttäneistä lähes kolme neljästä oli tyytyväisiä palveluun. Lähes joka viides vastaaja halusi hammashoitopalveluja kello 17:n jälkeen – työikäiset muita useammin. Joka viidennelle ajalla ei ollut väliä. (Nakari & Syyrakki-Komulainen 1990, 41 ja 62.)

Pelkästään suun terveydenhuollon palvelujen tarvetta ja käyttöä on tutkittu kolmessa eri väestötutkimuksessa Jyväskylässä. Vuonna 1986 hammashuollon tarvetutkimuksella selvitettiin 26–64-vuotiaiden jyvaskyläläisten hammashoitopalvelujen käyttöä, terveystottumuksia, suun ja hampaiden terveydentilaa sekä hoidon tarvetta. Menetelminä olivat sekä kysely että kliininen tutkimus. Säännöllisesti hammashoidossa kävi lähes kaksi kolmesta vastaajasta, nuorin ikäryhmä (26–34-vuotiaat) vanhempia ikäluokkia useammin, naiset miehiä useammin ja korkeammin koulutetut vähemmän koulutettuja useammin. Kaksi kolmesta oli käynyt edellisen kerran hammashoidossa yksityisellä ja noin joka viides terveyskeskuksessa. Runsas neljännes ei kokenut olevansa hammashoidon tarpeessa ollenkaan. Vajaalla puolella oli edelliseen hammashoitokäyntiin ollut syynä särky tai vaiva. Joka kahdeksannella hoitoon hakeutumista vaikeutti kivun pelko ja yli puolella hoidon kalleus. Lähes joka kolmas halusi käydä hammashoidossa kello 15:n jälkeen. Yli puolet vastaajista halusi kutsun hammashoitoon. (Nakari & Paavola 1988; taulukko 1.)

Vuonna 1992 selvitettiin kyselytutkimuksella 25–74-vuotiaiden jyvaskyläläisten hammashoitopalvelujen käyttöä, siihen liittyviä tekijöitä sekä terveydenhoitotottumuksia. Verrattuna edelliseen tut-

kimukseen aiempaa useampi kävi hoidossa säännöllisesti. Nuorin ikäryhmä kävi hoidossa useammin kuin vanhemmat ikäryhmät, naiset useammin kuin miehet ja korkeammin koulutetut useammin kuin vähemmän koulutetut, kuten edellisessäkin tutkimuksessa. Terveyskeskuksessa hoidossa käyvien osuus oli kasvanut. Särky tai muu kiireellinen vaiva oli aikuisilla edelleen merkittävä hoitoon hakeutumisen syy. Aiempaa pienempi osuus ei omasta mielestään ollut hoidon tarpeessa. Pelottavana ja kivuliaana hoitoa pitävien osuus oli viidessä vuodessa pysynyt lähes samana. Yleisin hammashoitoa vaikeuttava tekijä oli edelleen hoidon kalleus. Runsas viidesosa halusi käydä hammashoidossa kello 15:n jälkeen. Kutsun hoitoon halusi edelleen yli puolet vastaajista ja nuorin ikäryhmä useammin kuin vanhemmat. (Paavola ym. 1992; taulukko 1.)

Kolmas Jyväskylän väestötutkimus tehtiin osana valtakunnallista suun terveydenhuollon projektia vuonna 1998 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Tutkimuksessa selvitettiin 19–74-vuotiaiden jyväskyläläisten suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä, tarvetta ja odotuksia. Vastaajista suurin osa ilmoitti käyvänsä hammashoidossa alle viiden vuoden välein. Käyntitiheys kasvoi koulutustason noustessa, kuten vuosina 1986 ja 1992. Terveyskeskuksessa käyneiden osuus oli suurentunut verrattuna edellisiin tutkimuksiin ja oli nyt lähes sama kuin yksityishammaslääkärillä käyneiden osuus. Lisäksi aiempaa useampi ei omasta mielestään ollut hammashoidon tarpeessa ollenkaan. Särky hoitoon hakeutumisen syynä oli harvinaisempi kuin edellisissä tutkimuksissa. (Aroheinä ym. 2000; taulukko 1.)

80-vuotiaitten jyväskyläläisten suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä, terveydenhoitotottumuksia, suun ja hampaiden terveydentilaa ja hoidon tarvetta selvitettiin vuonna 1991 osana Ikivihreät-projektia. Runsas viidesosa oli käynyt säännöllisesti hammashoidossa yhden kahden vuoden välein. Yli puolella oli edellinen hoitopaikka ollut yksityishammaslääkäri ja noin joka kymmenennellä terveyskeskus. Runsas kolmannes koki olevansa hoidon tarpeessa. Noin joka seitsemäs ei halunnut hakeutua hammashoitoon ollenkaan. Kutsun hoitoon halusi lähes joka neljäs. Runsaalla viidesosalla hoidon kalleus vaikeutti hoitoon hakeutumista. (Paavola 1991.)

Kansanterveyslaitoksen vuonna 2001 tekemän Jyväskylän aikuisväestön terveyskäyttäytymistä koskevan tutkimuksen mukaan 57 % jyväskyläläisistä oli käynyt säännöllisesti hammashoidossa. Hammassärkyä viimeisen kuukauden aikana oli kokenut seitsemän prosenttia. (Nummela & Uutela 2002.)

**TAULUKKO 1.** Suun terveydenhuollon palvelujen käyttö ja niihin liittyvät odotukset Jyväskylässä vuosina 1986, 1992 ja 1998 tehtyjen väestökyselyjen mukaan.

Muuttuja		Väestö-	Väestö-	Väestö-
		kysely v. 1986 n = 408	kysely v. 1992 n = 457	kysely v. 1998 n = 433
		%	%	%
Hoidossa käynti	säännöllisesti (alle 5 v:n välein)	64	67	85
	epäsäännöllisesti (yli 5 v:n välein)	36	33	15
Edellinen hoitopaikka	yksityissektori	67	56	41
	terveyskeskus	18	25	40
Hoitoon hakeutumista vaikeuttaa	hoidon kalleus	55	46	-
	kivun pelko	12	11	-
	sopimattomat ajat	4	6	-
	tiedon puuttuminen	6	6	-
Sopivinta käydä hammashoidossa	klo 9–15	24	21	-
	klo 15:n jälkeen	28	21	-
	ajalla on väliä	-	-	69 <sup>1</sup>
	ajalla ei väliä	37	51	31
Syy edelliseen hoitoon hakeutumiseen	särky	41	40	13
Subjekttiivinen hammashoidon tarve	ei hammashoidon tarpeessa	26	22	38
Työaikana hammashoidossa käynti	voi käydä ilman vaikeuksia	48	48	48
Kutsu	haluaa kutsun	51	51	-

<sup>1</sup>Niistä, joille ajalla oli väliä, 42 % halusi käydä klo 16 ja 18 välisenä aikana ja 21 % klo 18:n jälkeen.

Jyväskylä on osallistunut vuosina 2003, 2005, 2007, 2008 ja 2010 kaupunki- ja kuntapalvelututkimukseen. Jyväskyläläiset ovat olleet kaikista palveluista tyytymättömmimpiä julkisiin hammashoitopalveluihin. Tyytymättömyys niitä kohtaan on kasvanut vuosikymmenen loppua kohden. Julkisia hammashoitopalveluja on pidetty kuitenkin tärkeinä, sillä ne on valittu useimmin viiden parannettavan asian joukkoon sekä vuonna 2007 että 2010. (Efeko Oy 2005; Miettinen 2007; FCG 2010; taulukko 2.)

**TAULUKKO 2.** Jyväskylän asukkaiden käsitykset siitä, kuinka hyvin julkiset hammaslääkäripalvelut on hoidettu Jyväskylässä. Väestökyselyt vuosina 2003, 2005, 2007, 2008 ja 2010. (Lähteet: Efeko Oy 2005; Miettinen 2007; FCG 2010.)

Miten hyvin kunnan hammaslääkäripalvelut on hoidettu asuinkunnassa?	2003 %	2005 %	2007 %	2008 %	2010 %
Hyvin	41	30	22	27	20
Huonosti	30	28	49	43	52
Ei osaa sanoa	29	43	29	30	28

### 2.2.2 Päätäjänäkökulma

Poliittisten päättäjien ja johtavien viranhaltijoiden mielipiteistä terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä on vähän julkaistuja tutkimuksia Suomessa. Heidän käsityksiään terveydenhuollosta on tutkittu yleensä osana laajempia kyselyitä, joissa on ollut mukana muukin kunnallinen toiminta.

Terveyskeskusten johtavilta hoitajilta ja johtavilta lääkäreiltä kysyttiin vuonna 1991 heidän käsityksiään vapaakuntakokeilusta ja sen vaikutuksista terveydenhuoltoon. Suurin osa vastaajista hyväksyi kilpailun terveydenhuoltoon. He kannattivat kokeiluja, joissa hyödynnetään markkinoita ja hankitaan palveluja yksityiseltä sektorilta. Myös julkisen sektorin työntekijöiden tulospalkkaus sai kannatusta. Sen edellytyksenä pidettiin ammattiliittojen ja keskitetyn tulopolitiikan vaikutusvallan vähentämistä. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että kuntalaisilla tulisi olla nykyistä paremmat mahdollisuudet päättää palvelujen järjestämisen muodoista sekä sisällöstä. Tämän nähtiin parantavan terveydenhuollon tavoitteiden saavuttamista. Vastaajat kuitenkin suhtautuivat pessimistisesti vapaakuntakokeilun mahdollisuuksiin parantaa edustuksellista demokratiaa ja kuntalaisten suoraa osallistumista käytännössä. (Sinkkonen & Merasto 1991, 87–92.)

Kahdeksan kunnan johtaville viranhaltijoille tehtiin vuonna 1992 teemahaastattelu sosiaali- ja terveydenhuollon priorisoinnista. Johtavien viranhaltijoiden mielestä oli hyvä, että palvelujen tärkeysjärjestyksestä ja asemasta kunnan toiminnassa käytiin keskustelua. Kuitenkaan mitään listauksia ei haluttu, koska niitä pidettiin liian mekaanisina ja luokitteluja ja pisteytyksiä liian karkeina. Lisäksi palvelujen saattaminen yhteismitallisiksi nähtiin mahdottomana. Tärkeänä pidettiin asiakasnäkökulman vahvistumista ja ylikorostuneen professionäkökulman heikentymistä. Vastaajien mukaan arvokeskusteluja ei kunnissa käytännössä käyty. Ne oli koettu tasoltaan liian yleisiksi ja epämääräisiksi. (Knuutinen 1995.)

Vuonna 1996 tiedusteltiin yhdeksän kunnan sosiaali- ja terveyslautakunnan jäseniltä heidän käsityksiään terveyspalvelujen järjestämisestä, strategiavalinnoista ja valintojen taustalla vaikuttavista mekanismeista. Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että palvelut pitäisi järjestää valtaosin omana toimintana. Yksityissektori nähtiin kuitenkin varteenotettavana yhteistyökumppanina: kolme neljässtä hyväksyi kilpailuttamisen ja ostopalvelut. Kaksi viidestä oli sitä mieltä, että edullisuus ja hinta ratkaisevat sen, mistä palvelut hankitaan. Suurin osa vastaajista halusi lisätä kuntien välistä yhteistyötä terveydenhuollossa. (Laamanen ym. 1998.)

Kuntien tulevaisuus 2005 -tutkimushankkeen kyselyssä kuntien johtajat ja asiantuntijat arvioivat, että kuntien mahdollisuudet tarjota palveluita nykyperustein huononevat, kun kuntatalous heikentyy. Ratkaisuksi esitettiin uusia palveluiden tuotantotapoja sekä tuottavuuden kohottamista. Kuntien arveltiin järjestävän tehtäviään yhä enemmän sopimus pohjaisesti ja yhteistyössä ylittämällä sektori- ja aluerajat. Todennäköisenä pidettiin palvelujen tarjonnan priorisointia ja karsimista tai maksuperusteiden oleellista muutosta sekä omavastuun kasvattamista. Kansalaiset ostavat tarvitsemansa palvelut yksityiseltä sektorilta taloutensa asettamissa rajoissa, jolloin kunta vastaa vain sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutuksen vähimmäistasosta. Vastaajien mielestä ihmisten hyvinvoinnista oli nyt 60 % yhteiskunnan vastuulla ja 40 % ihmisten omalla vastuulla. Tulevaisuudessa tilanteen arvioitiin muuttuvan päinvastaiseksi. (Von Bruun 2005.)

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto on 1990-luvun alusta alkaen julkaissut vuosittain sosiaalibarometrin kansalaisten hyvinvoinnin ja palvelujärjestelmän tilanteesta ja kehityssuunnista. Barometrikyselyyn ovat vastanneet sosiaali johtajat sekä terveyskeskusten, työ- ja elinkeinotoimistojen, Kelan toimistojen ja valtakunnallisten sosiaali- ja terveysjärjestöjen johtajat sekä vuonna 2009 ensimmäisen kerran myös kuntien sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajat. Vuoden 2009 barometrissa vastaajat arvioivat, että kuntien sosiaali- ja terveystaloudellisia päätöksiä ohjaavat eniten taloudelliset resurssit ja laissa määritellyt määrääajat. Kunnallisten hyvinvointistrategioiden merkitys ohjauksen välineenä koettiin vähäiseksi. Perusterveydenhuollossa koettiin palvelut riittämättömiksi etenkin lääkäreiden vastaanotto toiminnassa. Terveystalouden merkittävimpinä huolenaiheina olivat elämäntapoihin liittyvät ongelmat ja kansansairaudet. Kunta- ja palvelurakenteen arveltiin muuttuvan monimutkaiseksi ja vaikeuttavan palveluista tiedottamista. Kuntalaisten tiedonsaantia perusterveydenhuollossa pidettiin jo nykyisin puutteellisena joka viidennessä terveyskeskuksessa ja vaikuttamismahdollisuuksia perusterveydenhuollon palvelujen kehittämiseen huonoina useammassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa. (Eronen ym. 2009.) Uusin barometri antoi asiakaslähtöisyydestä aiempaakin huonomman kuvan: kuntalaisten mahdollisuudet osallistua palvelujen kehittämiseen olivat huonot 75 %:ssa terveyskeskuksista (Perälähti ym. 2011, 90 ja 173).

### *Päätäjänäkö kulma suun terveydenhuollossa*

Julkaistuja tutkimuksia päättäjien käsityksistä suun terveydenhuollon palveluista ja niiden järjestämisestä on niukasti. Vuonna 2000 tehtiin kymmenessä kunnassa johtaville hammaslääkäreille, johtaville lääkäreille ja poliittisille päättäjille kysely- ja haastattelututkimus suun terveydenhuollon

johtamisesta. Kaikki kolme vastaajaryhmää olivat lähes yhtä mieltä siitä, että lailla, asetuksilla ja johtavalla hammaslääkärillä oli eniten vaikutusta julkisen suun terveydenhuollon tavoitteisiin. Johtavat hammaslääkärit pitivät henkilöstön ja lautakunnan tai yhtymähallituksen roolia tavoitteiden asettamisessa suurempana kuin muut vastaajaryhmät. Poliitikot muista vastaajista poiketen pitivät entisten käytäntöjen ja sekä ministeriön että Stakesin vaikutusta tavoitteisiin hyvin vähäisenä. Vain yhden vastaajan – johtavan lääkärin – mielestä asiakasnäkökulmalla oli vaikutusta asetettaviin tavoitteisiin. (Alestalo & Widström 2002.) Päättäjien omasta suun terveydenhuollon palvelujen käytöstä ei ole julkaistuja tutkimuksia.

### **2.2.3 Henkilöstönäkökulma**

#### *Odotukset terveystalouden järjestelmästä*

Tutkimuksia, joissa on selvitetty terveydenhuollon ammattihenkilöiden odotuksia Suomen terveystalouden järjestelmästä ja harjoitettavasta terveystalouksesta, on julkaistu vähän.

Kahdeksan eri työmarkkinajärjestön jäsenten suhtautumista hyvinvointivaltioon tiukentuneissa taloudellisissa olosuhteissa selvitettiin 1990-luvun alussa. Terveydenhuollon ammattijärjestöistä mukana oli vain terveys- ja sosiaalialan tutkinnon suorittaneiden (alalla työskentelevien sekä alaa opiskelevien) ammattijärjestö Tehy. Eri ammattiryhmien välillä ei ilmennyt erimielisyyksiä hyvinvointivaltion yleisistä periaatteista. Palvelujen yksityistämistä Tehyn jäsenet kannattivat kuitenkin muita harvemmin. (Ervasti & Kangas 1994, 56.)

Suomalaisten lääkärin terveystalouksellisia mielipiteitä muun muassa terveydenhuollon markkinoinnista ja terveystalouden järjestelmästä selvitettiin vuonna 2007. Tulosten mukaan lääkäreiden keskuudessa oli selvää tyytymättömyyttä nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Lääkärit suhtautuivat terveydenhuollon toimivuuteen selvästi kriittisemmin kuin kansalaiset keskimäärin. Suuri osa lääkäreistä näki tarpeelliseksi ohjata palveluiden käyttöä nykyistäkin voimakkaammin potilaiden omavastuuosuuksilla. (Saarinen 2007a, b, c.)

#### *Käsitykset työelämän laadusta*

Terveydenhuollossa tehdyt työhyvinvointitutkimukset osoittavat, että työn kuormittavuus on lisääntynyt 2000-luvulla verrattuna edelliseen vuosikymmeneen. Kiire, asiakkaiden suuri määrä ja moniongelmaisuus sekä fyysisesti raskaat tehtävät kuormittavat terveydenhuollossa yhä enemmän. Tyytyväisyys johtamiseen on heikentynyt ja vaikutusmahdollisuudet työssä – erityisesti työmäärään ja työaikoihin – nähdään aiempaa heikompina. Riittämättömyyden tunnetta esiintyy usein. Huolimatta useista kuormitustekijöistä työntekijät ovat kuitenkin työhönsä tyytyväisiä. Työ tarjoaa paljon onnistumisen kokemuksia ja mahdollisuuksia uuden oppimiseen. Asiakastyö tuottaa iloa ja mielihyvää. Valtaosa työntekijöistä katsoo pystyvänsä edelleen tekemään työnsä hyvin, vaikka arviot työpaikan tarjoaman palvelun laadusta ovatkin heikentyneet. Terveydentilaansa ja työkykyään henkilöstö pitää hyvänä. Kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuoltotyössä olevilla on enemmän sairauspois-

saolopäiviä kuin palkansaajilla keskimäärin. (Wickström ym. 2000, 69–73; Laine ym. 2006, 96–104; Pekka ym. 2008, 30; Laine 2010, 228–233; Perkiö-Mäkelä ym. 2010.)

KuntaSuomi 2004 -tutkimus, jossa kuntien työntekijöitä seurattiin työyhteisökyselyin vuosina 1995, 1999 ja 2003, osoitti työelämän laadun ajanjaksolla heikentyneen kunnallisessa terveydenhuollossa. Eniten olivat heikentyneet työn sisäinen palkitsevuus ja vaikutusmahdollisuudet. (Nakari 2004, 48–52.) Terveydenhuollossa työskentelevät kokivat voimakasta työn arvostuksen ja merkityksen vähenemistä vuodesta 2003 vuoteen 2008 (Lehto & Sutela 2008, 20).

Vuoden 2009 työolobarometri osoitti, että kunnallisessa terveydenhuollossa työelämän laatu heikentyi hivenen verrattuna edelliseen vuoteen. Terveydenhuollossa työelämän laatu oli huonompi kuin muualla kunta-alalla. Terveydenhuollon työntekijät kokivat työssään kiirettä, pitivät työtään henkisesti raskaana ja työmääräänsä liian suurena suhteessa työntekijämäärään useammin kuin muiden kunnallisten alojen työntekijät. (Ylöstalo ym. 2009, 2–3; 2010, 3.)

### *Henkilöstönäkökulma suun terveydenhuollossa*

Työelämän laadun on todettu olevan heikompi suun terveydenhuollossa kuin muualla kunta-alalla. KuntaSuomi 2004 -tutkimuksissa vuosina 1995, 1999 ja 2003 jokaisella työelämän laadun ulottuvuudella mitattuna suun terveydenhuollon työelämän laatu oli alle koko aineiston keskiarvon. Eri-tyisesti työn sisäinen palkitsevuus ja vaikutusmahdollisuudet sekä palvelujen saatavuus huonontuivat ajanjaksolla tuntuvasti suun terveydenhuollossa samoin kuin koko terveyssektorilla. (Nakari 2004, 52 ja 60.)

Sosiaali- ja terveystalaa koskevissa valtakunnallisissa kyselyissä vuosina 1992, 1999 ja 2005 selvitettiin työntekijöiden käsityksiä muun muassa työn kuormittavuudesta. Hammaslääkärit ja hammashoitajat kokivat työnsä fyysisesti raskaammaksi kuin useimmat muut sosiaali- ja terveystalalan työntekijät (Laine ym. 2006, 25). Hammaslääkärit on luokiteltu tukirangassa ilmenneiden muutosten perusteella raskaan työn tekijöihin (Katevuo ym. 1980). Heillä on todettu tuki- ja liikuntaelinten sairauksia samassa määrin kuin niillä, jotka työskentelevät fyysisesti erittäin raskailla ammattialoilla (Ilmarinen ym. 1985, 197; Tuomi ym. 1985, 107). Suun terveydenhuollon työntekijöillä on erityisesti niska- ja hartiasseudun vaivoja, ja niitä on havaittu olevan heillä yleisemmin kuin muissa ammattiryhmissä (Murtomaa 1982; Murtomaa & Suni 1991; Rundcrantz 1991b, 36; Virtanen 2002; Murtomaa ym. 2003, 26). Kivimäen ja Hurrin (1989) tutkimuksessa hammaslääkärit kokivat työnsä niin fyysisesti kuin psyykkisestikin raskaammaksi kuin hoitajat. Lisäksi selkävaiivat liittyivät työasentoihin ja työtyytyväisyyteen selvemmin hammaslääkäreillä kuin hoitajilla. (Kivimäki & Hurri 1989; ks. myös Lindfors ym. 2006.) Hammashoitotyön kuormittavuutta lisäävät yhä useammin työssä käytettävät kemikaalit. Työperäisten sairauksien rekisteriin ilmoitetut hammashoitotalan ammattitaudit lähes kolminkertaistuivat 1990-luvun aikana verrattuna edelliseen vuosikymmeneen. Eri-tyisesti lisääntyivät akrylaattien ja suojakäsineiden aiheuttamat allergiat. (Jolanki & Alanko 2005, 165.)

Hammashoitotyön fyysisen ja henkisen raskauden on todettu liittyvän toisiinsa. Parantamalla fyysisistä työympäristöä ja muuttamalla työasennot ergonomisemmiksi on voitu vähentää hammaslääkäreiden työuupumusta – henkistä väsymystä, työn ilottomuutta ja emotionaalista kovettumista. Kireän työtahdin on todettu lisäävän henkistä väsymystä. (Murtomaa ym. 1990.) Lehto (1990) osoitti, että hammaslääkäreillä tuki- ja liikuntaelämisen oireet liittyivät koettuun yleiseen terveydentilaan sekä työn kokemiseen liian raskaana henkisesti ja/tai fyysisesti. Hammaslääkäreiden hyvän kardiovaskulaarisen suorituskyvyn todettiin suojaavan niska- ja hartiaoireilta sekä stressioireilta. (Lehto 1990, 113–114.)

Suun terveydenhuollon henkilöstön työtyytyväisyyttä selvitettiin vuonna 1989 entisen Vaasan läänin alueella toimivissa terveyskeskuksissa. Hammaslääkärit olivat tyytyväisempiä toimeentuloonsa, kokivat työnsä itsenäisemmäksi ja arvioivat saavansa enemmän arvostusta sekä asiakkailta että työtovereiltaan kuin hammashoitajat. Hammaslääkärit pystyivät vaikuttamaan työhönsä, muun muassa työmenetelmiin, työtahtiin, työaikoihin, työnjakoon, työtehtäviin, täydennyskoulutuksen sisältöön, potilasvalintaan ja laitehankintoihin hoitohenkilökuntaa paremmin. Haasteellinen ja mielenkiintoinen työ sekä mahdollisuus kehittää ammattitaitoa, tyytyväisyys työn johtoon ja työtovereihin sekä työaikoihin vaikuttivat työtyytyväisyyttä lisäävästi. (Utriainen ym. 1995.) Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös Tampereen terveyskeskuksen hammashuollossa tehdyssä tyytyväisyyskyselyssä (Vehmanen & Kerppola 1995).

Vuonna 1996 selvitettiin suun terveydenhuollon työntekijöiden näkemyksiä oman organisaationsa toimivuudesta entisen Vaasan läänin alueen terveyskeskuksissa. Osaaminen ja perustehtävän hallinta olivat vastaajien mielestä kunnossa. Huonoiten nähtiin toimivan työn arvioinnin ja palautejärjestelmän. Hammaslääkärit pitivät organisatorista asemaansa useammin tärkeänä kuin hoitohenkilökunta. (Utriainen ym. 2000.) Tämä oman aseman arvostaminen saattoi olla syynä siihen, että hammaslääkärit suhtautuivat kaikkiin organisaation ja työyhteisön toimivuutta selvittäviin kysymyksiin myönteisemmin kuin hoitohenkilöstö (ks. Tiuraniemi 1994, 73).

Savonlinnan ja Mikkelin terveyskeskuksissa tehdyissä kyselyissä hammaslääkärit olivat työhönsä tyytyväisempiä kuin hammashoitajat. Huomattava osa varsinkin hammaslääkäreistä koki työnsä fyysisesti ja psyykkisesti melko raskaaksi. Parannusehdotuksina esitettiin kiireen vähentämistä, työn tauottamista, henkilöstöressurssien lisäämistä ja ergonomian muistamista. Lisäksi esimiehiltä kaivattiin parempaa tukea ja enemmän positiivista palautetta hyvistä työsuorituksista. (Jäske-Rovio 2002.)

Hammaslääkäriliiton vuosina 2003, 2006 ja 2010 teettämät työhyvinvointitutkimukset osoittivat, että yksityishammaslääkäreiden työelämän laatu oli selvästi parantunut vuosikymmenen lopulle tultaessa, mutta terveyskeskushammaslääkäreiden vain hivenen. Kuilu työhyvinvoinnissa oli kasvanut sektoreiden välillä. Yksityishammaslääkäreiden työ oli vuonna 2010 vähemmän kuormittavaa kuin aiemmin, kun taas julkisella sektorilla työmäärä koettiin edelleen kohtuuttoman suureksi. Lähes kaikki työn vaatimustekijät, kuten kiire, työroolien epäselvyys, muutosten tuomat kielteiset vai-

kutukset, ongelmat fyysisessä työympäristössä, stressi, työuupumus ja masennus, ovat olleet koko 2000-luvun yleisempiä julkisella kuin yksityisellä sektorilla. (Hakanen 2004a; Hakanen & Perhoniemi 2006; 2011.)

Terveyskeskushammaslääkärit olivat vuoden 2010 kyselyssä aiempaa tyytymättömämpiä terveyskeskustyön laatuun. Joka toinen oli sitä mieltä, ettei omassa terveyskeskuksessa sillä hetkellä pystytty hoitamaan potilaita hyvän hoidon periaatteiden mukaisesti. Hoidot olivat usein ensiapuluonteisia, niitä jouduttiin pakosta jaksottamaan ja hoitovälit olivat liian pitkiä. Joka toisen vastaajan käsitys oli, ettei terveyskeskus tulevaisuudessa pysty tarjoamaan potilaille aiempaa parempaa hoitoa. Vuonna 2010 julkisen sektorin hammaslääkäreistä 44 %, mutta yksityishammaslääkäreistä vain 12 % oli sitä mieltä, ettei aikaa työn tekemiseen ollut tarpeeksi. (Hakanen & Perhoniemi 2011.)

Hammaslääkäri työ julkisella ja yksityisellä sektorilla on eronnut jokaisena kolmena työhyvinvointitutkimusvuotena vähemmän voimavaroiltaan kuin vaatimuksiltaan. Suurimmat voimavaratekijät molemmilla sektoreilla ovat olleet asiakkaiden luottamuksen saavuttaminen, työn tuloksen näkeminen, työn kehittävyys ja osallistuminen päätöksentekoon. Hammaslääkärit sektorista riippumatta ovat kokeneet työuupumusta enemmän kuin suomalainen väestö keskimäärin. Terveyskeskushammaslääkäreistä 53 %:lla oli lievää työuupumusta vuonna 2010 ja vakavaa neljällä prosentilla, yksityishammaslääkäreistä vastaavasti 32 %:lla ja yhdellä prosentilla. Kummallakin sektorilla työuupumus oli jonkin verran vähentynyt verrattuna kahteen aikaisempaan tutkimukseen. Sen sijaan nuorilla julkisen sektorin hammaslääkäreillä työuupumus oli seitsemässä vuodessa yleistynyt. (Hakanen 2004a; Hakanen & Perhoniemi 2006; 2011.) Terveys 2000 -tutkimus osoitti, että lievää työuupumusta oli joka neljännellä työikäisellä suomalaisella ja vakavaa noin kolmella prosentilla (Pirkola & Lönnqvist 2002, 52).

Tutkimuksia suun terveydenhuollon työntekijöiden omasta hammashoitopalvelujen käytöstä ei ole julkaistu, ei myöskään tutkimuksia heidän näkemyksistään palvelujärjestelmästä.

#### *Henkilöstönäkökulma Jyväskylän suun terveydenhuollossa*

Jyväskylän sosiaali- ja terveystalokeskuksessa on vuodesta 1996 selvitetty henkilöstön hyvinvointia ilmapiirikyselyllä, joka on pyritty tekemään vuosittain. Nakari (2003) teki pääasiassa vuosien 1997 ja 2001 ilmapiirikyselyaineistoista tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli selvittää työilmapiiriin yhteyttä työntekijöiden hyvinvointiin sekä sitä, miten ilmapiiri ja hyvinvointi voivat muuttua. Karasekin (1979) mallin mukaisesti analysoitiin työn kehittävyttä ja kuormittavuutta 23 eri tehtävälueella. Suun terveydenhuolto sijoittui nelikentässä alueelle, jossa työ oli sekä keskimääräistä vähemmän kuormittavaa että keskimääräistä heikommin kehittävä eli passiivista verrattuna muihin tehtävälueisiin. Tällaisessa työssä esimiestoiminnalla, vuorovaikutuksella, palkitsemisella ja tasa-puolisuudella oli negatiivinen korrelaatio stressin kokemiseen. Koska suun terveydenhuollossa koettiin keskimääräistä enemmän stressiä, tulisi edellä mainittujen ilmapiiritehtävien kehittämiseen kiinnittää siellä erityistä huomiota. (Nakari 2003, 125–140.)

### 2.3 Eri näkökulmien vertailu yhteiskunnallisessa tutkimuksessa

Yhteiskunnallisessa tutkimuksessa on harvoin käytetty asetelmaa, jossa on verrattu kansalaisten ja eri eliittiryhmien käsityksiä toisiinsa, eikä näiden kahden tason yhteyttäkään ole tutkittu laajasti. (Forma 1999a, 119 ja 131.) Kansalaismielipiteen ja poliittisen päätöksenteon yhteys ei ole yksiselitteinen eikä selkeä, joten sitä on vaikea tutkia empiirisesti (Kangas 1995a, 58; Forma 1998b, 30–31). Kun tehdään kyselyjä päättäjille, kansalaisille ja myös palveluja antaville työntekijöille, tavoitteena usein on, että mielipiteitä vertailemalla voitaisiin ennustaa, missä määrin päätöksentekijät toimivat väestön tai työntekijöiden odotusten mukaisesti. Tällöin oletetaan, että päätöksentekijöiden toiminta ja heidän ilmaisemansa mielipiteet vastaavat toisiaan.

Kysely, jossa verrataan eri ryhmien mielipiteitä, ei välttämättä ole validi menetelmä osoittamaan intressiristiriitoja tai intressien välittymistä ryhmien välillä. Varsinkin, jos kyselyjen tulosten perusteella on tarkoituksena ennustaa päättäjien tulevaa käyttäytymistä päätöksenteossa, heikkoutena on se, etteivät he välttämättä käyttäydy siten kuin he kyselyyn vastatessaan antavat ymmärtää. Mielipiteiden ja toiminnan suhde on monimutkainen. (Oftedal 1992.) Maksimoidessaan omaa etuaan poliittiset päättäjät voivat vastata kyselyihin siten kuin he olettavat kannattajiensa heiltä odottavan (Forma 1996). Taylor-Gooby (1985, 22) päätyi johtopäätökseen, että päätöksentekijöiden mielipiteet ennustavat heidän todellista käyttäytymistään vain heikosti. Sen sijaan meta-analyysi, johon mukaan tuli 119 tutkimusta, antoi vahvan näytön siitä, että ihmisten mielipiteet ja käyttäytyminen korreloivat voimakkaasti keskenään (Kraus 1995). Mielipiteet eivät kuitenkaan ole käyttäytymisen ainoita määrittäjiä. Poliittinen päätös on yleensä kompromissien ja neuvottelujen tulos eikä pelkästään preferenssien summa (Elster 1986, 112). Yksilöiden mielipiteet ovat vain ”karkeaa materiaalia” päätöksenteossa, jota leimaavat kaupankäynti ja intressien koordinaatio-ongelma (Saari 1996, 154).

Wilensky (1981) mukaan yleinen mielipide koostuu niin monista dimensioista, että päättäjät voivat aina valita itselleen sopivimman päätöksensä tueksi. Hänen tutkimuksensa osoittivat, että yleisellä mielipiteellä oli vain vähän vaikutusta päätöksenteossa. (Wilensky 1981, 189.) Sen sijaan Whiteleyn (1981) tutkimusten mukaan yleinen mielipide sekä legitimoit päätöksiä että rajoitti vaihtoehtoja, joita agendalle tuotiin. Yleinen mielipide oli merkityksellinen kaikissa poliittisen prosessin vaiheissa. (Whiteley 1981.) Yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa osoitettiin, että poliittiset ratkaisut olivat suureksi osaksi seurausta kansalaismielipiteessä tapahtuneista muutoksista: ensin muuttui yleinen mielipide, joka sitten vaikutti poliittiseen päätökseen. Tutkimukset osoittivat lisäksi, että kansalaiset pystyivät muodostamaan poliittisista asiakysymyksistä järkeviä mielipiteitä, jotka heijastivat sen hetken mielipideilmastoa. (Monroe 1979; Page & Shapiro 1982; 1983; 1989, 319–320.) Myös Suomessa on saatu vastaavia tuloksia (Forma 1998b, 147).

Hatland (1992) kyseenalaisti kansan mielipiteen välittymisen poliittisille eliiteille. Hänen tutkimustensa mukaan Norjan sosiaalidemokraattiset poliitikot kannattivat universalismia hyvinvoinnin jakoperusteena ja konservatiivinen eliitti taas tarveharkintaa. Äänestäjäkunnissa tulos oli kuitenkin

päinvastainen. (Hatland 1992, 129.) Myös Suomessa vasemmistopuolueiden kannattajat suhtautuivat tarveharkintaan myönteisemmin kuin puolueen kansanedustajaehdokkaat (Forma 1998a).

Entisten Kuopion ja Keski-Suomen läänien asukkaiden, kuntien luottamushenkilöiden sekä sosiaali- ja terveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden ja työntekijöiden käsityksiä kuntalaisten osallistumisesta, sen edellytyksistä ja kunnallisesta päätöksenteosta ja demokratiasta selvitettiin vuosina 1995 ja 1996 sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta ja vaikuttavuutta käsittelevässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa. Yli puolet kuntalaisista, vajaa kaksi kolmasosaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä, mutta vain yksi kolmasosa päättäjistä oli sitä mieltä, etteivät luottamushenkilöt tunne asukkaiden arkipäivää. Lähes joka toisen asukkaan, joka neljännen työntekijän, mutta vain joka seitsemännän luottamushenkilön mielestä kuntalaisten mielipiteillä ei päätöksenteossa ollut merkitystä. Tulokset osoittivat, että asukkaiden, päätöksentekijöiden ja työntekijöiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa oli ongelmia. (Niiranen 1997a, 183–184; 1997b.) Edellä mainittuun hankkeeseen liittyvässä toisessa tutkimuksessa selvitettiin kuntien luottamushenkilöiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden käsityksiä muun muassa keskinäisestä vuorovaikutuksesta ja tiedon välittymisestä kuntalaisten arkipäivästä päätöksentekijöille. Myös tämän tutkimuksen tulos oli, että luottamushenkilöiden ja työntekijöiden vuorovaikutus oli vähäistä eikä tieto kuntalaisten tilanteesta ja palveluiden tarpeista välittynyt päätöksentekijöille. (Niiranen & Kinnunen 1997, 217–218.)

Blomberg ja Kroll (1999) vertasivat tutkimuksessaan kunnallisten eliittien (kunnanvaltuustojen puheenjohtajien ja kunnanjohtajien) ja kansalaisten mielipiteitä julkisten palvelujen leikkauksista 1990-luvun Suomessa. Kansalaisilla ja päättäjillä oli selvät näkemyserot siitä, miten hyvinvointipalvelut tulisi toteuttaa. Eliittien mielestä palveluja tuli leikata ennemminkin kuin laajentaa, kun taas kansalaiset halusivat päinvastoin. Kansalaiset kannattivat verojenkin korotuksia mieluummin kuin palvelujen leikkaamista. Asenteet eivät näyttäneet välittyvän kansalta eliiteille koko tutkimusjakson aikana, koska mielipide-erot säilyivät lähes samansuuruisina. Päättäjien ratkaisut perustuivat ”kuntataloudellisiin välttämättömyyksiin”, ja päättäjät kokivat olevansa oikeutettuja tekemään itsenäisesti tarpeellisia pitämiään päätöksiä. Heillä oli kuitenkin kansalaisten kanssa yhtäläinen näkemys siitä, mikä olisi toivottavaa hyvinvointipalveluja tuottaessa. Poliitikkojen ja johtavien viranhaltijoiden välillä mielipide-erot olivat pieniä ja pysyivät pieninä koko tutkimusjakson ajan. Siten he toiminnassaan joko antoivat samojen seikkojen vaikuttaa päätöksiinsä, tai sitten he aktiivisesti kuuntelivat toisiaan ja pitivät toisiltaan saamaansa informaatiota relevantimpana kuin kansalta saatua. (Blomberg 1999; Blomberg & Kroll 1999, 76–80.)

Forman (1996) tutkimuksessa puolueiden välillä oli suuria eroja siinä, miten ne suhtautuivat maanviljelijöille, työntekijöille tai yrittäjille tärkeisiin etuihin. Erot puolueiden välillä olivat suurempia puolueen kansanedustajaehdokkaiden kuin kannattajaryhmien keskuudessa. Puolueet suhtautuivat kuitenkin myönteisesti juuri niihin etuihin, jotka omille taustaryhmille olivat tärkeitä. Tutkimus osoitti, että työläisten intressit välittyivät vasemmistopuolueiden kautta, maanviljelijöiden intressit keskustapuolueen kautta ja yrittäjien intressit kokoomuksen sekä myös keskustan kautta. Joissakin asioissa ehdokkaat ajoivat kannattajakuntansa etuja jopa innokkaammin kuin itse kannattajat. (For-

ma 1996.) Toisessa Forman (1999b) tutkimuksessa väestön, kansanedustajaehdokkaiden ja viiden eliittiryhmän (kansanedustajat, suuryhtiöiden johtajat, tutkimuslaitosten johtajat sekä tutkijat, valtion johtavat hallintovirkamiehet ja sanomalehtien päätoimittajat) mielipiteet sosiaaliturvajärjestelmästä erosivat toisistaan kuitenkin niin, että kansalaisten mielipiteet erosivat kansanedustajaehdokkaiden mielipiteistä vähemmän kuin viiden eliittiryhmän mielipiteistä. Suurin ero oli kansalaisten ja suuryhtiöiden johtajien mielipiteiden välillä. (Forma 1999b, 99–102.)

Kunnallisanalan kehittämissäatiö on vuodesta 1992 alkaen lähes joka vuosi selvittänyt kuntalaisten ja kunnallisten vaikuttajien mielipide-eroja yhteiskunnallisista asioista. On kysytty muun muassa, kuinka riittävinä vastaajat pitivät oman kunnan terveyskeskuksen palveluja. Kuntapäättäjien käsitykset palvelujen riittävydestä muuttuivat vuodesta 2000 vuoteen 2006 myönteisimmiksi, kun taas kansalaismielipide muuttui kriittisemmäksi. Kansalaisista 29 % vuonna 2000, 14 % vuonna 2004 ja 15 % vuonna 2006 piti palveluja täysin riittävinä ja kuntapäättäjistä vastaavasti 29 %, 25 % ja 48 %. Vuoden 2009 kyselyn mukaan viidesosa päättäjistä, mutta vain vajaa kymmenesosa kuntalaisista olisi ollut valmis luopumaan terveydenhuollon järjestämisestä omana toimintana kunnassa. (Kunnallisanalan kehittämissäatiö 2004, 61 ja 63; 2006, 57–59; 2009, 78.)

Terveyden edistämisen keskuksen vuosittain tekemässä Terveyden edistämisen barometrissa on jo pariin otteeseen selvitetty kunta- ja järjestöpäättäjien sekä myös kansalaisten näkemyksiä muun muassa kuntalaisten osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksista. Vuoden 2010 barometri osoitti suuria eroja kansalaisten ja kuntapäättäjien näkemyksissä. Vain vajaa 40 % kansalaisista koki voivansa vaikuttaa päätöksentekoon kotikunnassaan. Sen sijaan kunnanjohtajista yli 80 %, kunnanhallituksen puheenjohtajista lähes 70 % ja terveysjohtajista puolet piti kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksia joko erinomaisina tai hyvinä. (Parviainen ym. 2010, 31 ja 40.)

## **2.4 Eri näkökulmien vertailu terveydenhuollon tutkimuksessa**

### **2.4.1 Kaksi näkökulmaa**

Maailmalla on vain harvoja julkaistuja tutkimuksia, joissa on vertailtu joko väestön ja terveydenhuollon työntekijöiden tai väestön ja päättäjien tai päättäjien ja terveydenhuollon työntekijöiden käsityksiä terveystalouden järjestämisestä. Tutkimuksissa on yleensä selvitetty ryhmien mielipiteitä terveydenhuollon priorisoinnista ja rahoituksesta.

Hollannissa selvitettiin 90-luvun alussa väestön sekä terveydenhuollon työntekijöiden (lääkäreiden ja hoitajien) käsityksiä muun muassa priorisoinnista ja lääketieteellisen teknologian käytöstä. Lääkärit useammin kuin asukkaat ja hoitajat olisivat priorisoineet hoitoon pääsyä iän perusteella sekä sen perusteella, kuinka paljon ihminen itse aiheutti sairastumisensa omalla käyttäytymisellään. Samoin lääkärit muita useammin olivat sitä mieltä, että väestöllä oli liian suuret odotukset lääketieteellisen teknologian käyttömahdollisuuksista. (Tymstra 1993.)

Kahden näkökulman tutkimuksena voidaan pitää myös Bowlingin ym. (1993) terveydenhuollon priorisointitutkimusta, vaikka siinä väestö oli jaettu useisiin eri ryhmiin, samoin lääkärit. Ryhmien välillä oli joitakin merkittäviä eroja, esimerkiksi väestöryhmät priorisoivat korkean teknologian kirurgian ja elinsiirrot huomattavasti muita ryhmiä korkeammalle. (Bowling ym. 1993.)

Ruotsalaisilta lääkäreiltä ja poliitikoilta kysyttiin mielipiteitä ensinnäkin keinoista selvittää yhä kasvavista terveydenhuollon kustannuksista ja toiseksi palvelujen priorisoinnista. Poliitikkojen mielestä kasvavia menoja kattamaan tulisi nostaa veroja, kun taas lääkärit ehdottivat potilasmaksujen nostoa, yksityisten vakuutusten käyttöä ja sosiaaliturvan karsimista. Kumpikaan ryhmä ei kannattanut ikäpriorisointia. Useampi lääkäri kuin poliitikko halusi kuitenkin ensisijaistaa nuoret potilaat. Hoitojen priorisoinnissa oli myös eroja. Poliitikoilla priorisointikriteerit olivat eettisiä, kun taas lääkäreillä biologisia. (Werntoft & Edberg 2009a,b.)

Suomessa on julkaistu muutamia tutkimuksia, joissa on käytetty kahta näkökulmaa – terveydenhuollon ammattilaiset ja päättäjät. Työikäisten lääkäreiden ja sairaanhoitajien sekä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa toimivien yleishallinnon johtajien asenteita terveydenhuollon muutoksiin ja palvelujen rajaamiseen selvitettiin kaksiosaisessa tutkimuksessa vuonna 1999. Johtajat kannattivat samoja supistuskohteita kuin lääkärit ja sairaanhoitajat, mutta selvästi heitä voimakkaammin. (Ryynänen ym. 2000.) Tutkimuksen toisen osan tulosten mukaan vastaajaryhmät olivat periaatteessa yksimielisiä muutosten välttämättömyydestä. Johtajat kuitenkin suosivat toimintojen rajoittamista enemmän kuin lääkärit ja hoitajat. Näkemyseroja oli siinä, mitä toimintoja pitäisi rajoittaa. (Myllykangas ym. 2000.)

Kahta näkökulmaa on käytetty vain harvoissa julkaistussa suun terveydenhuollon tutkimuksissa. Lahden ym. (1992; 1996b) tutkimusten tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia ominaisuuksia ja asioita väestö ja hammaslääkärit pitivät tärkeinä määritellessään ihanteellista potilasta ja ihanteellista hammaslääkärinä. Väestön ja hammaslääkäreiden käsitykset ideaaliammaslääkäristä poikkesivat enemmän toisistaan kuin käsitykset ideaalipotilaasta. Molemmat ryhmät pitivät tärkeimpänä sitä, että hammaslääkäri kommunikoi, kertoo ja selittää ja myös kysyy potilaan mielipiteitä. Kansalaiset ollessaan potilaana halusivat olla hammaslääkäristä fyysisesti niin etäällä kuin mahdollista eikä heidän mielestään moitteiden saaminen ollut toivottavaa. Hammaslääkärit taas korostivat omaa auktoriteettiasemaansa ja neuvonantajan rooliaan. Ideaalipotilaan molemmat ryhmät määrittivät hyvin samalla lailla: motivoitunut, kohtelias ja joustava. (Lahti ym. 1992; 1996b.)

#### **2.4.2 Kolme näkökulmaa**

Suomessa ja muualla maailmassa on hyvin vähän julkaistuja tutkimuksia, joissa on selvitetty väestön, päättäjien ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden käsityksiä terveystalouden järjestämisestä ja käytöstä. Harvat julkaistut kolmen näkökulman tutkimukset ovat liittyneet yleensä terveydenhuollon rahoitukseen, resurssien kohdentamiseen ja hoidon priorisointiin. Suun terveydenhuollossa tehtyjä kyselytutkimuksia, joissa olisi käytetty kolmea näkökulmaa, ei ole julkaistu.

Brittiläisessä tutkimuksessa vuonna 1993 tiedusteltiin väestöltä, johtajilta ja lääkäreiltä heidän käsityksiään priorisoinnista terveydenhuollossa. Kaikki ryhmät olivat samaa siitä, että priorisointi on välttämätöntä ja että lääkäreillä pitäisi olla siinä eniten sananvaltaa. Sen sijaan mielipide-eroja oli priorisointikriteereissä. Tällöin väestön mielipiteet erosivat johtajien ja lääkärien mielipiteistä. Lisäksi kansalaisten näkemysten mukaan ottamisesta oltiin eri mieltä. Johtajista ja väestöstä useampi kuin lääkäreistä piti kansalaisten mukana oloa priorisointikeskusteluissa tärkeänä. (Groves 1993.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa selvitettiin väestön, terveydenhuollon päättäjien (poliitikot ja johtajat) ja lääkäreiden käsityksiä terveydenhuollon rahoituksesta, julkisen terveydenhuollon rajaamisesta ja resurssien kohdentamisesta. Kansalaiset halusivat laajaa julkista palvelutarjontaa. Heidän odotuksensa eivät vastanneet päättäjien ja lääkäreiden näkemyksiä siitä, mitä voitiin tarjota. Tutkijoiden mielestä tähän oli syynä väestön erilainen sosioekonominen ja poliittinen tausta sekä vähäisempi tietämys terveydenhuollon rahoituksesta ja hyödyistä verrattuna päättäjiin ja lääkäreihin. Näkemykset erosivat myös siinä, miten kasvavat terveydenhuollon menot tulisi rahoittaa. Kansalaiset ja päättäjät olisivat halunneet nostaa veroja, jotta kasvaviin terveystalvelujen tarpeisiin voitaisiin vastata. Lääkärit sitä vastoin halusivat muita enemmän lisätä yksityisiä vakuutuksia ja käyttäjämaksuja. (Rosen & Karlberg 2002.)

Riihimäellä selvitettiin vuonna 1993, minkälaiseen tärkeysjärjestykseen kuntalaiset, päättäjät ja terveydenhuollon ammattilaiset asettivat terveystalvelujen eri toiminnat. Kaikki ryhmät arvostivat perinteisiä kansanterveystyön alueita. Useimmin kuntalaisten mielipiteet erosivat päättäjien ja ammattilaisten näkemyksistä. (Rienoja & Kukkola 1994.)

Kuopiossa toteutettiin vuonna 1993 ensin esitutkimus ja sen pohjalta seuraavana vuonna laaja priorisointitutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Suomessa 13 kunnan asukkaiden, päättäjien (luottamushenkilöt ja ylimmät virkamiehet) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden käsityksiä priorisoinnista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ryhmien mielipiteet erosivat vain vähän. Päättäjien käsitykset muistuttivat kuitenkin enemmän ammattihenkilöiden kuin väestön mielipiteitä. (Niemelä ym. 1994; 1995.)

Kuopiossa selvitettiin vuonna 1995 väestön, lääkäreiden ja sairaanhoitajien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnossa olleiden poliittisten päättäjien asenteita terveydenhuollon priorisointiin. Mielipiteet olivat yllättävän samankaltaisia, ja silloin kun eroja syntyi, olivat väestön ja hoitajien käsitykset lähimpänä toisiaan samoin kuin poliitikkojen ja lääkäreiden. Enemmistö kaikkien ryhmien vastaajista katsoi, että terveydenhuollon tulisi olla kuntien vastuulla ja julkisin varoin subventoitua. Lähes kaikki lääkäri- ja poliittikovastaajat kannattivat lääkäreitä priorisointipäätösten tekijöiksi, kun taas väestöstä ja hoitajista tätä mieltä oli kolme neljästä. Ryhmien asenteet olivat enemmän samankaltaiset silloin, kun kyse oli resurssien lisäämisestä kuin niiden leikkaamisesta. Lääkärit ja poliitikot suhtautuivat useimpien toimintojen leikkauksiin ja maksujen korotuksiin selvästi myönteisemmin kuin hoitajat ja väestö. Lääkäreiden ja päättäjien käsitysten yhdenmukaisuus saattoi johtua näiden samanlaisesta sosiaalisesta taustasta sekä poliitikkojen halusta omaksua lääkäreiden

asenteita. Tuloksiin saattoi vaikuttaa myös se, että enemmistö vastanneista lääkäreistä ja poliitikoista oli miehiä, kun taas enemmistö vastanneista hoitajista ja väestöstä oli naisia. (Myllykangas ym. 1996; 1997; 2003; Kinnunen ym. 1998.)

## 2.5 Tutkimuksen viitekehys

Kunta on jäsentensä itsehallintoon perustuva ja demokratiaa edistävä yhteisö. Siinä pidetään tärkeänä kuntalaisten laajaa vaikuttamista ja osallistumista. Kunnan tehtävänä on asukkaidensa hyvinvoinnin edistäminen muun muassa julkisen terveystalouden avulla. Jotta terveystaloudet olisivat kansalaislähtöisiä, täytyy kunnan päättäjien saada tietää asukkaiden tarpeet ja odotukset. Edustuksellinen demokratia ei riitä, koska se ei anna tilaa kuntalaisten aktiiviselle osallistumiselle. Päätöksenteko on etäännyttänyt kansalaisista, kun luottamushenkilöiksi on alettu valita asiantuntijoita ja heidän määräänsä on vähennetty. Lisäksi kun palvelurakenteet ovat muuttuneet monimuotoisiksi ja verkostomaisiksi, on päättäjillä vaikeuksia arvioida päätöksensä vaikutuksia kansalaisten hyvinvointiin. Kuntalaisilla täytyy olla mahdollisuus suoraan tuoda esille tarpeitaan sekä vaikuttaa palveluihin ja palvelujärjestelmään. Täydellinen kuntalaisten tarpeisiin vastaaminen ei kuitenkaan ole mahdollista, koska päättäjien on otettava huomioon kuntalaismielipiteen lisäksi esimerkiksi kunnan taloudellinen tilanne sekä yhdenvertaisuuden vaatimukset – huolehdittava tasa-arvon, oikeudenmukaisuuden ja kansalaisoikeuksien toteutumisesta.

Kunnan ja kuntalaisten suhde on monitahoinen. Asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon palveluja antavien kunnan työntekijöiden voidaan nähdä toimivan erilaisissa rooleissa. Roolit voivat olla erilaisia tilanteen ja aseman mukaan, ja ne voivat esiintyä myös monina yhdistelminä. Rooliin liittyy erilaisia intressejä, jotka aiheuttavat jännitteitä osapuolten välillä päätöksenteossa ja palvelutapahtumassa.

Kuntapäättäjät ovat kuntalaisten asioiden hoitajia, mutta myös yleisen edun edistäjiä. Kunnan poliittisessä päätöksenteossa joudutaan siten sovittamaan yhteen erilaisia tavoitteita ja tarpeita sekä ratkaisemaan intressiristiriitoja. Joskus yleinen etu voi ohittaa yksilön edun. Kunnan pitää kuitenkin täyttää lakiin perustuvat velvollisuutensa kuntalaisia kohtaan. Se ei voi tarjota esimerkiksi vain niitä terveystaloudet, joista on kysyntää tai jotka olisivat taloudellisesti kannattavimpia. Kunnalla on myös poliittinen roolinsa sekä laissa määrätyissä tapauksissa oikeus ja velvollisuus käyttää julkista valtaa suhteessa kuntalaisiin.

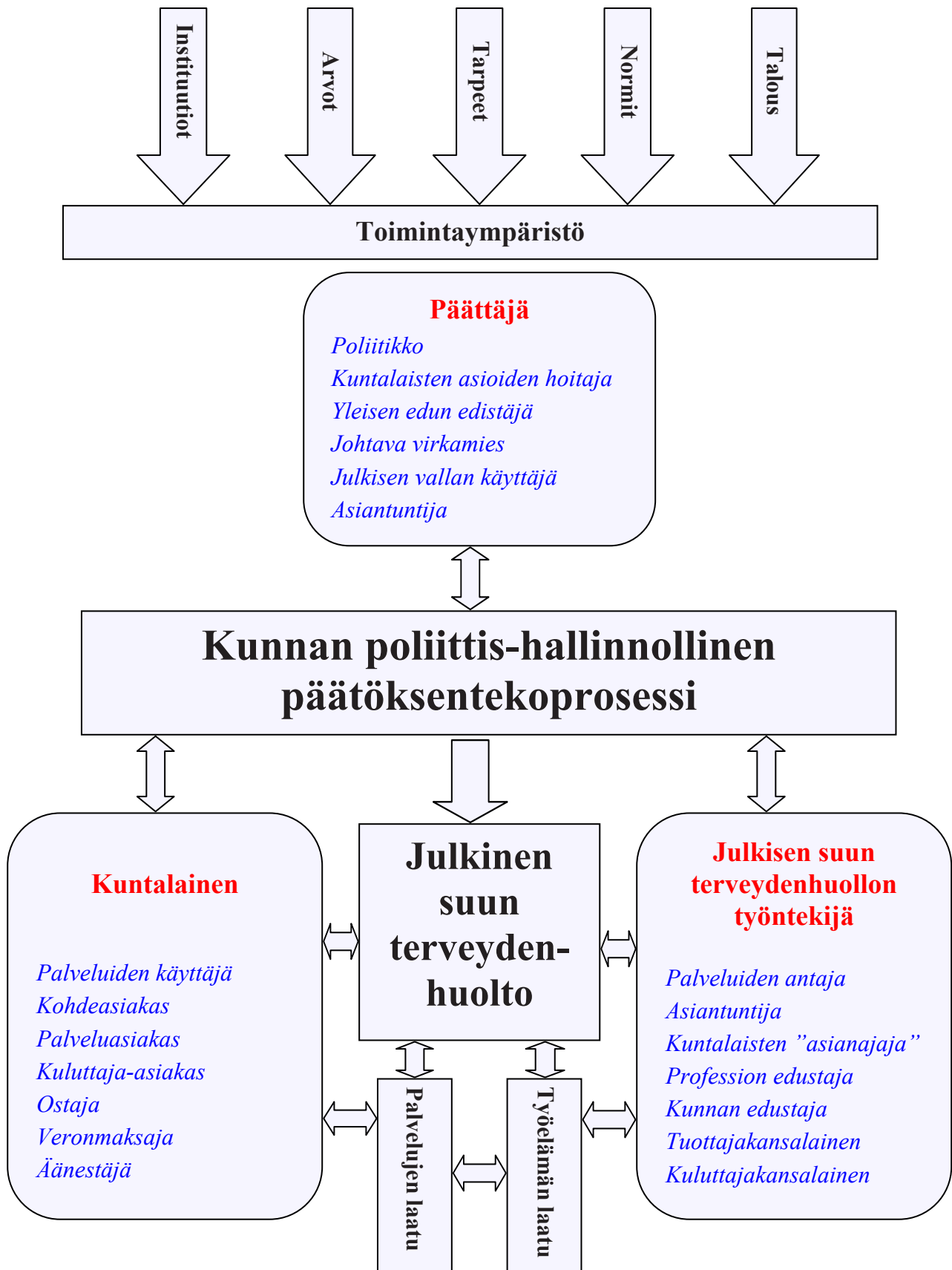
Kuntalaisen roolia julkisten terveystalousten käyttäjänä voidaan tarkastella kolmesta eri asiakasnäkökulmasta. Kohdeasiakas on ammatillisten toimien kohteena, ja hänen rooliinsa kuuluu noudattaa annettuja ohjeita ja sitoutua työntekijöiden asettamiin tavoitteisiin. Palveluasiakas on aktiivinen kuntakansalainen, demokraattisen yhteisönsä jäsen, jolla on oikeus tietää ja vaikuttaa siihen, mitä kunta tekee tai suunnittelee verorahoillaan. Kuluttaja-asiakas korostaa palveluissa yksilöllisyyttä ja valinnanvapautta, ja hän on aktiivinen itselle tarpeellisten palveluiden kehittämisessä. Kuntalainen voi olla myös ostajan roolissa hankkiessaan palveluja palvelusetelillä, tai hän voi olla vain kollek-

tiivisten terveyspalveluiden käyttäjä tai vain veronmaksaja ja äänestäjä käyttämättä julkisia terveyspalveluja lainkaan.

Suun terveydenhuollon työntekijät ovat asiantuntijoita sekä professionsa edustajia, mutta myös kunnan edustajia suhteessa palveluiden käyttäjään. He välittävät tietoa siitä, mitkä ovat kunnan mahdollisuudet ja pelisäännöt palvelujen tarjoamisessa, ja tekevät näkyviksi toimintaa ohjaavat arvot. Toisaalta työntekijät ovat myös potilaidensa edustajia, heidän ”asianajajiaan” ja ”silminnäki-jöitä”, jotka vievät tietoa kuntalaisten tarpeista ja terveyspalvelujärjestelmän puutteista päättäjille. Kun työntekijä sitoutuu kuntatyönantajansa ja pyrkii edistämään yhteistä hyvää, hänet nähdään tuottajakansalaisen roolissa. Kun työssä korostuvat itsensä toteuttaminen ja yksilöllisyys, työntekijä toimii kuluttajakansalaisen tapaan.

Asiakastyytyväisyys, työelämän laatu ja toiminnan kustannustehokkuus ovat yhteydessä toisiinsa. Optimaaliseen palvelujen ja työelämän laatuun ei päästä, eikä näin ollen myöskään optimaaliseen tuloksellisuuteen, ellei palveluja kehitetä vastaamaan mahdollisimman hyvin sekä kuntalaisten että työelämän tarpeita resurssien antamisessa rajoissa. Jotta asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden intressit ja tarpeet voidaan sovittaa yhteen, tarvitaan heidän odotustensa, kokemustensa ja tavoitteidensa selvittämistä ja vertailua. Se edellyttää avointa keskustelua, jatkuvaa vuoropuhelua ja toimivia tiedon välittymisen kanavia.

Tutkimuksen viitekehys on kuvattu kuviossa 1.



**KUVIO 1.** Tutkimuksen viitekehys.

### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksessa tarkasteltiin suun terveydenhuoltoa kolmesta eri näkökulmasta. Tavoitteena oli selvittää Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja alan ammattilaisten odotuksia ja kokemuksia suun terveydenhuollon palveluista. Lisäksi tavoitteena oli selvittää suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointikokemuksia sekä päättäjien ja työntekijöiden käsityksiä hyvän työelämän edellytyksistä suun terveydenhuollossa.

Tutkimuksen yksityiskohtaisina tavoitteina oli selvittää,

1. eroavatko Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden odotukset suun terveydenhuollon palveluista, kuinka hyvin odotukset toteutuvat sekä eroavatko palveluiden käyttö ja tarve ryhmien välillä
2. eroaako Jyväskylä näissä asioissa sen ympäristökunnista
3. eroavatko Jyväskylän ja sen ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden ja päättäjien käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä ja kuinka hyvin käsitykset vastaavat työntekijöiden työhyvinvointikokemuksia
4. eroavatko Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointikokemukset ja käsitykset työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä sen ympäristökuntien sekä Forssan seudun, Salon seudun ja Kaarina–Piikkiön terveyskeskusten suun terveydenhuollon työntekijöiden ja Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijöiden kokemuksista ja käsityksistä.

## 4 TUTKIMUKSEN AINEISTOT JA MENETELMÄT

### 4.1 Jyväskylä

Jyväskylä oli tämän tutkimuksen aineiston keruun aikana väkiluvultaan yhdeksänneksi suurin kaupunki Suomessa. Vuoden 2009 alusta tuli Jyväskylästä kuntaliitosten johdosta Suomen seitsemänneksi suurin kaupunki. Jyväskylä on ollut nopeasti kehittyvä kasvukeskus, ja suhteellisesti tarkasteltuna sen väestökasvu on ollut suomalaisista suurista kaupungeista nopeinta.

Jyväskylällä oli tämän tutkimuksen aineiston keruun ajankohtana vuosina 2003–2005 joitain juuri sille tyypillisiä piirteitä verrattuna seitsemään muuhun suureen kaupunkiin (Tampere, Turku, Oulu, Lahti, Pori, Kuopio ja Lappeenranta). Jyväskylän väestö oli nuorta, ja erityisesti nuorten aikuisten osuus oli suuri. Demografinen huoltosuhde oli vertailukaupungeista edullisin. Jyväskylälle ominaista oli suuri opiskelijoiden osuus 13 %, kun se vertailukaupungeissa oli keskimäärin 10 % ja naapurikunnissa (Jyväskylän maalaiskunta, Muurame, Laukaa) seitsemän prosenttia. Jyväskylässä oli lapsiperheitä 40 % väestöstä, kuten myös verrokkikaupungeissa, mutta verrokkiympäristökunnissa niitä oli lähes puolet väestöstä. Vuokra-asuminen oli Jyväskylässä yleisempää kuin verrokkikaupungeissa. Jyväskylässä oli korkea koulutustaso – vertailukaupungeista ainoastaan Oulussa korkeasteen koulutuksen saaneiden osuus oli Jyväskylää suurempi (Jyväskylässä 31 %, vertailukaupungeissa 27 % ja vertailuympäristökunnissa 26 %). Työttömiä ja toimeentulotukea saavia oli vertailukaupunkeihin nähden paljon. Jyväskylän väestön sairastavuusindeksi oli alle maan keskiarvon ja vertailukaupungeista toiseksi alhaisin. Sairastavuusindeksi on Kelan ikävakioitu indeksi, joka perustuu kolmeen muuttujan: kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä. Jyväskylän terveydenhuollon avohoitokäynneistä tehtiin yli 80 % perusterveydenhuoltoon, kun vastaava luku esimerkiksi Turussa oli 71 % ja Kuopiossa 72 %. (Antikainen ym. 2006; Jyväskylän kaupunki 2006.)

Jyväskylän julkinen terveydenhuolto on ollut perusterveydenhuoltopainotteinen. Vuonna 2008 Jyväskylän perusterveydenhuollon asukasta kohti lasketut ikävakioidut bruttokustannukset olivat 11 suurimman kaupungin vertailussa viidenneksi suurimmat ja kaksi prosenttia mediaania suuremmat. Sen sijaan erikoissairaanhoidon kustannukset olivat vertailukaupunkien pienimmät ja 10 % mediaania pienemmät. (Mikkola 2009, 56.) Vuonna 2010 perusterveydenhuollon kustannukset olivat neljänneksi suurimmat ja erikoissairaanhoidon kustannukset kolmanneksi pienimmät verrattuna muihin suuriin kaupunkeihin (Mikkola 2011, 52).

## 4.2 Jyväskylän suun terveydenhuolto

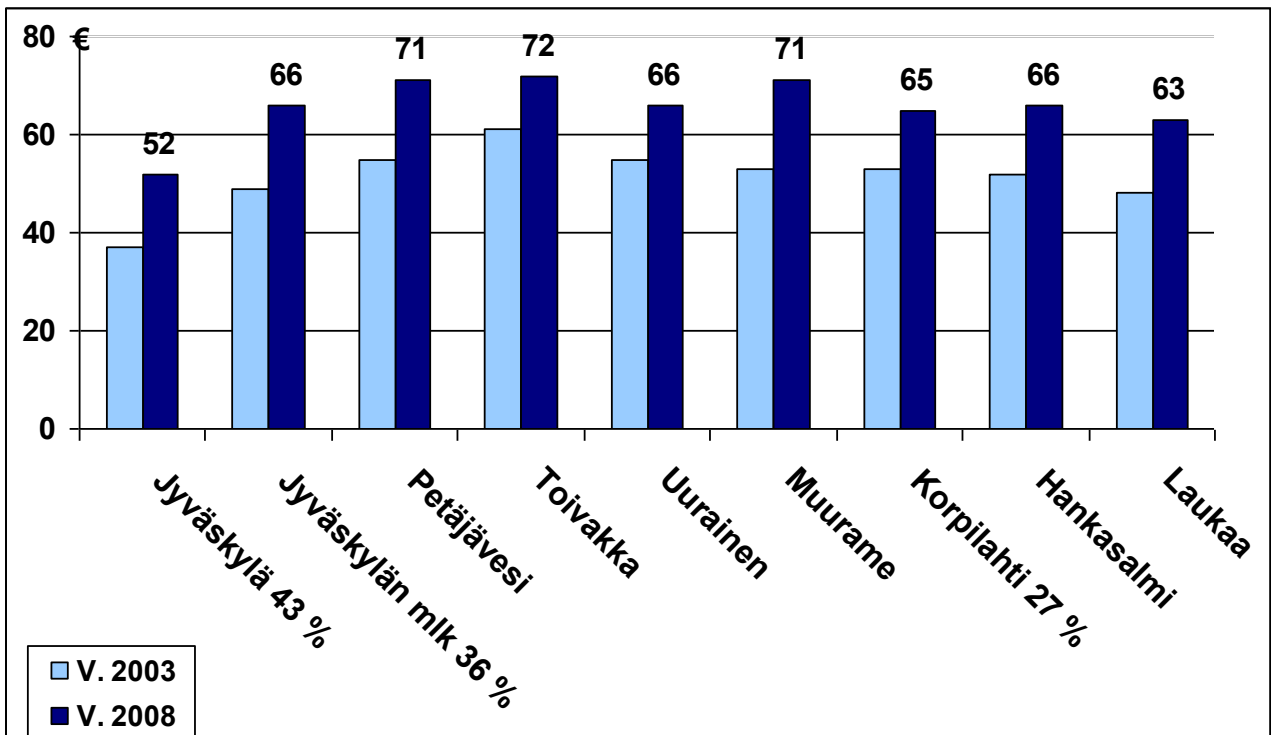
### *Jyväskylän suun terveydenhuolto verrattuna muihin kuntiin*

Jyväskylän julkisessa suun terveydenhuollossa asukasta kohti laskettujen ikävakioitujen bruttokustannusten ero 11 suuren kaupungin mediaaniin on kasvanut 2000-luvulla vuosikymmenen loppua kohden. Kun vuonna 2003 eroa mediaaniin ei ollut ollenkaan, niin vuonna 2008 Jyväskylän suun terveydenhuollon bruttokustannukset olivat 11 % pienemmät kuin suurten kaupunkien mediaani. Ne olivat silloin vertailukaupunkien kolmanneksi pienimmät. (Lahtinen ym. 2004, 33; Mikkola 2009, 56.) Vuonna 2010 kustannukset olivat vertailukaupunkien pienimmät ja 17 % mediaania pienemmät (Mikkola 2011, 52).

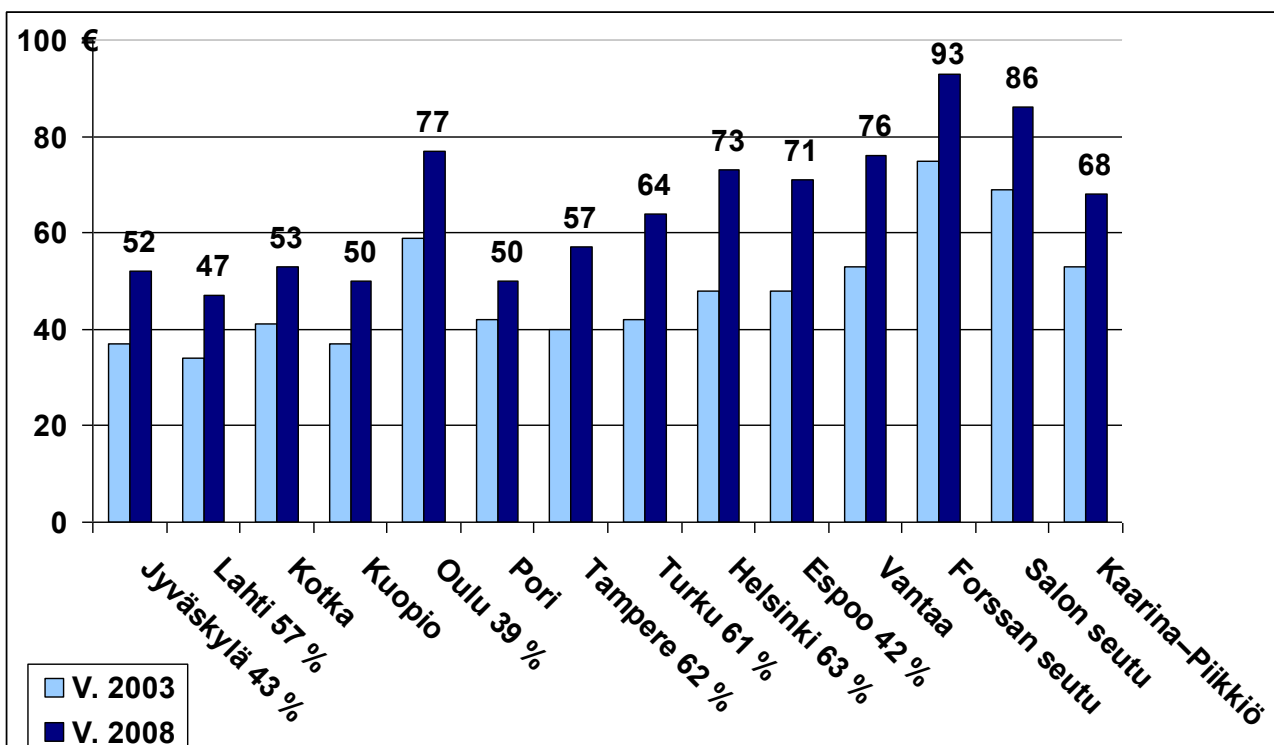
Myös asukasta kohti lasketut ikävakioidut nettokustannukset ovat Jyväskylän suun terveydenhuollossa olleet koko 2000-luvun pienimpien joukossa verrattuna muihin suuriin kaupunkeihin ja ovat lisäksi olleet pienimmät verrattuna sen ympäristökuntiin. Kunnan euromääräisellä panostuksella ja kuntalaisten tyytyväisyydellä julkisia hammashoitopalveluita kohtaan näyttäisi olevan riippuvuutta. Vuonna 2008 Jyväskylän maalaiskunta ja Korpilahti käyttivät resursseja suun terveydenhuoltoon asukasta kohti enemmän kuin Jyväskylä. Maalaiskuntalaiset ja korpilahtelaiset olivat tyytyväisempiä kuntansa suun terveydenhuollon palveluihin kuin jyväskyläläiset. Suurista kaupungeista Lahti panosti asukasta kohti vähemmän kuin Jyväskylä. Lahtelaiset olivat palveluihin tyytymättömämpiä kuin jyväskyläläiset. Myös Turussa, Tampereella ja Helsingissä suurempi osuus väestöstä kuin Jyväskylässä piti julkisia suun terveydenhuollon palveluja huonosti hoidettuina. Siellä kuitenkin käytettiin hammashoitopalveluihin asukasta kohti enemmän resursseja kuin Jyväskylässä. Suurista kaupungeista suhteellisesti eniten panostavassa Oulussa väestön tyytymättömyys palveluja kohtaan oli vähäisintä verrattuna kuuteen muuhun suureen kaupunkiin. Keskisuuriin kaupunkeihin kuuluvassa Forssassa suun terveydenhuoltoon käytettiin 99 euroa asukasta kohti – enemmän kuin missään 11 suuressa kaupungissa. Tyytymättömyys palveluihin siellä oli vähäistä, sillä forssalaisista vain noin joka kuudes piti kuntansa suun terveydenhuollon palveluja huonosti hoidettuina. (Kuviot 2 ja 3; FCG Efeko Oy 2008; Kuntaliitto 2008; FCG 2010.)

### *Jyväskylän suun terveydenhuolto verrattuna muihin terveyskeskuksiin ja Jyväskylän yksityishammaslääkärivastaanottoihin tämän tutkimuksen ajankohtana*

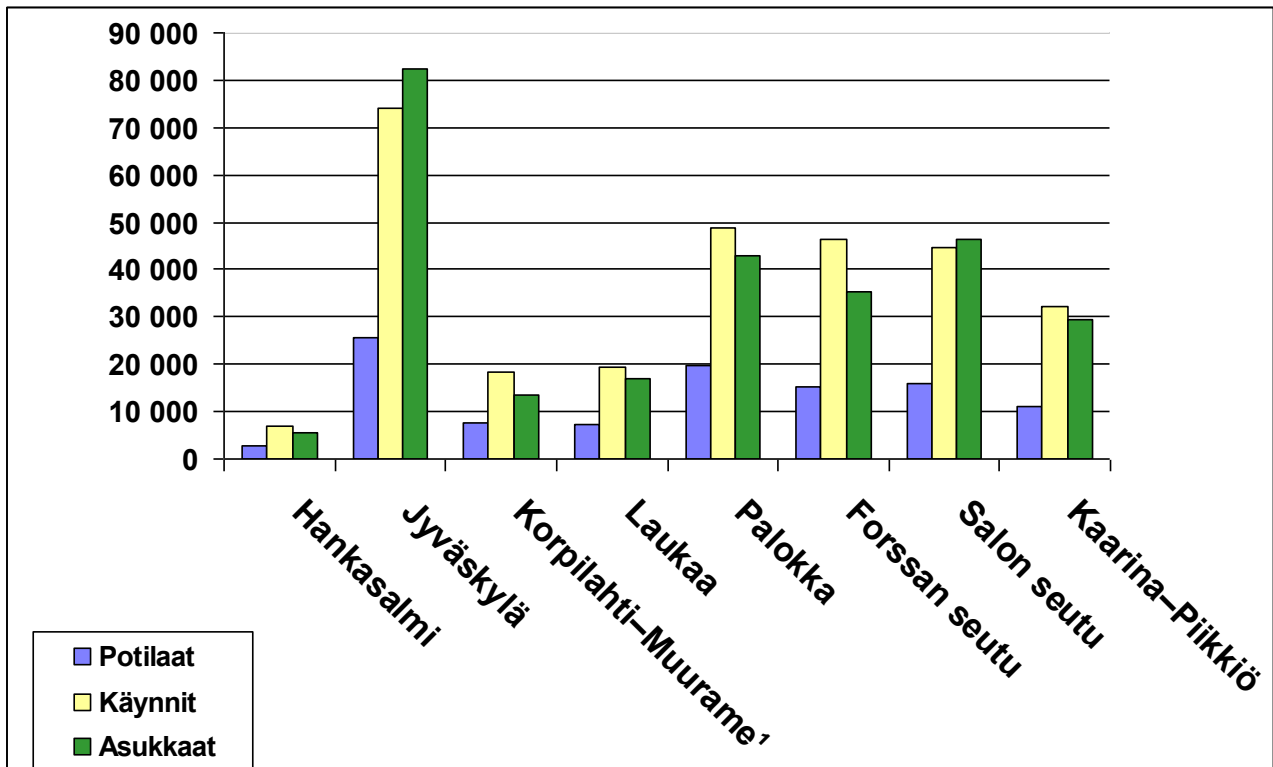
Kuviosta 4 ilmenevät tähän tutkimukseen osallistuneet terveyskeskukset, niiden väestömäärät ja suun terveydenhuollon potilas- ja käyntimäärät vuonna 2003 (Korpilahti–Muuramen vuonna 2004). Jyväskylä, Hankasalmi ja Laukaa järjestivät terveyspalvelunsa itse, Korpilahti ja Muurame muodostivat kahdestaan terveydenhuollon kuntayhtymän ja Kaarina ja Piikkiö terveyskeskuskuntayhtymän. Jyväskylän maalaiskunta, Petäjävesi, Toivakka ja Uurainen muodostivat Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän. Forssan kaupunki, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä muodostivat Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän. Salon kaupunki, Halikko, Kiikala, Kisko, Kuusjoki, Muurla, Pertteli ja Suomusjärvi muodostivat Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymän.



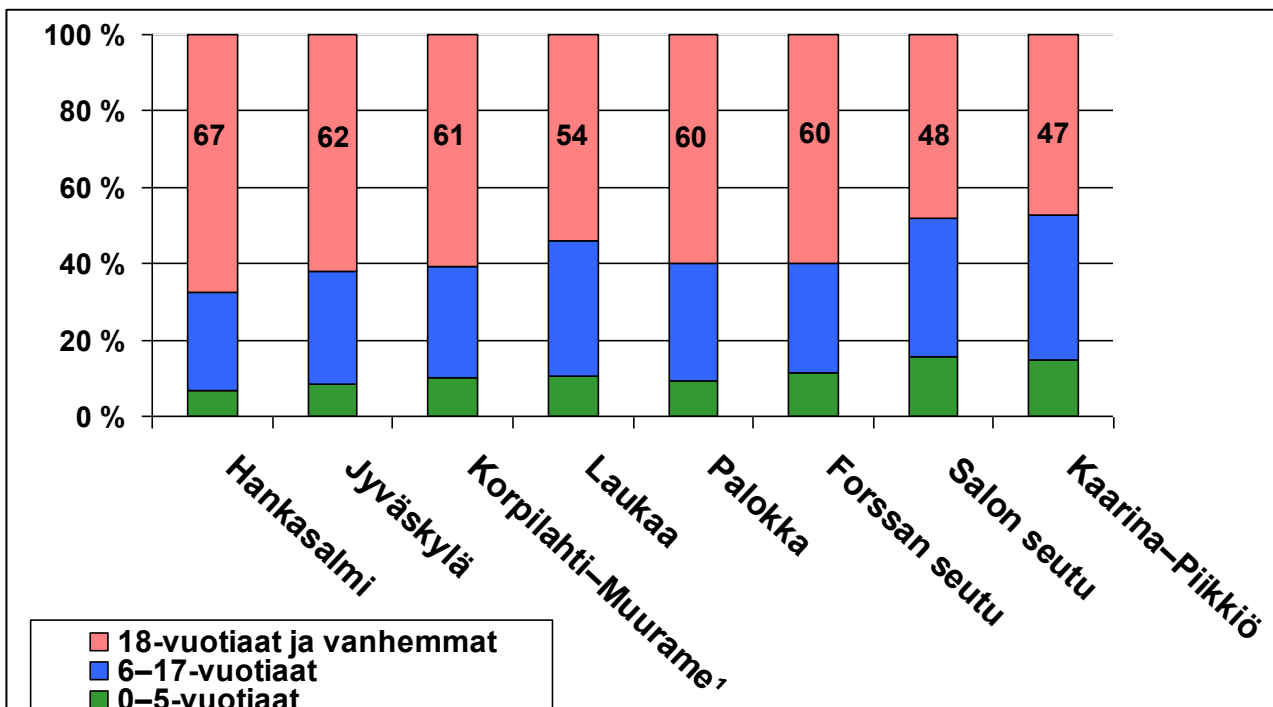
**KUVIO 2.** Suun terveydenhuollon ikävakioidut nettokustannukset euroa asukasta kohden Jyväskylässä ja sen ympäristökunnissa vuosina 2003 ja 2008. Kunnan nimen jäljessä oleva luku kertoo, kuinka monta prosenttia kyseisen kunnan väestöstä piti julkista suun terveydenhuoltoa huonosti hoidettuna vuonna 2008. (Lähteet: Kuntaliitto 2003; 2008; FCG Efeko Oy 2008.)



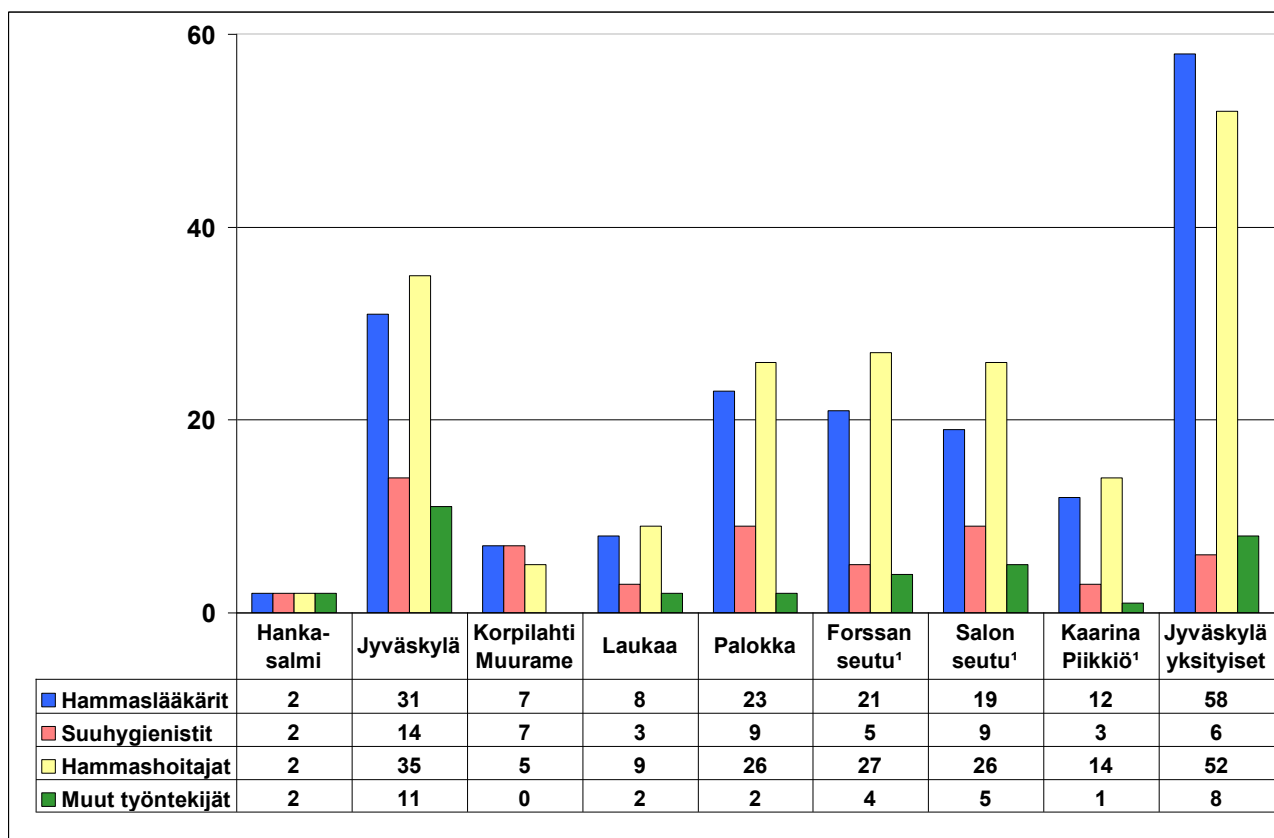
**KUVIO 3.** Suun terveydenhuollon ikävakioidut nettokustannukset euroa asukasta kohden 11 suurimmassa kaupungissa sekä Forssan seudun, Salon seudun ja Kaarina–Piikkiön terveystaloksissa vuosina 2003 ja 2008. Kaupungin nimen jäljessä oleva luku kertoo, kuinka monta prosenttia kyseisen kaupungin väestöstä piti julkista suun terveydenhuoltoa huonosti hoidettuna vuonna 2008. (Lähteet: Kuntaliitto 2003; 2008; FCG Efeko Oy 2008.)



**KUVIO 4.** Jyväskylän, sen ympäristökuntien terveyskeskusten ja Forssan seudun, Salon seudun ja Kaarina–Piikkiön terveyskeskusten väestömäärät sekä potilas- ja käyntimäärät suun terveydenhuollossa vuonna 2003 (<sup>1</sup>2004) (lähteet: terveyskeskusten vuosikertomukset; Hyötilä & Yli-Junnila 2008).



**KUVIO 5.** Jyväskylän, sen ympäristökuntien sekä Forssan seudun, Salon seudun ja Kaarina–Piikkiön terveyskeskuksissa hammashoidossa käyneiden 0–5-vuotiaiden, 6–17-vuotiaiden ja 18 vuotta täyttäneiden ja sitä vanhempien osuudet kaikista potilaista vuonna 2003 (<sup>1</sup>2004) (lähteet: terveyskeskusten vuosikertomukset; Hyötilä & Yli-Junnila 2008).



**KUVIO 6.** Jyväskylän, sen ympäristökuntien sekä Forssan seudun, Salon seudun ja Kaarina–Piikkiön terveyskeskusten suun terveydenhuollon sekä Jyväskylän kaupungin alueella toimivien yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijämäärät ammattiryhmittäin vuonna 2004 (<sup>1</sup>2003) (lähteet: terveyskeskusten vuosikertomukset sekä tutkijan tekemät puhelintiedustelut Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoille).

Terveyskeskushammashoidossa käyneiden osuus väestöstä oli Jyväskylässä 31 %, ja se oli pienin verrattuna muihin terveyskeskuksiin. Hankasalmella terveyskeskushammashoidossa käyneiden osuus väestöstä oli 50 %, Korpilahti–Muuramessa 56 %, Laukaassa 43 %, Palokassa 46 %, Forssan seudulla 43 %, Salon seudulla 34 % ja Kaarina–Piikkiössä 38 %. Käyntien määrä potilasta kohden vaihteli terveyskeskusten välillä melko vähän – Korpilahti–Muuramen 2,4:stä Forssan seudun 3,1:een. Jyväskylässä käyntien määrä potilasta kohden oli 2,9. (Kuvio 4.)

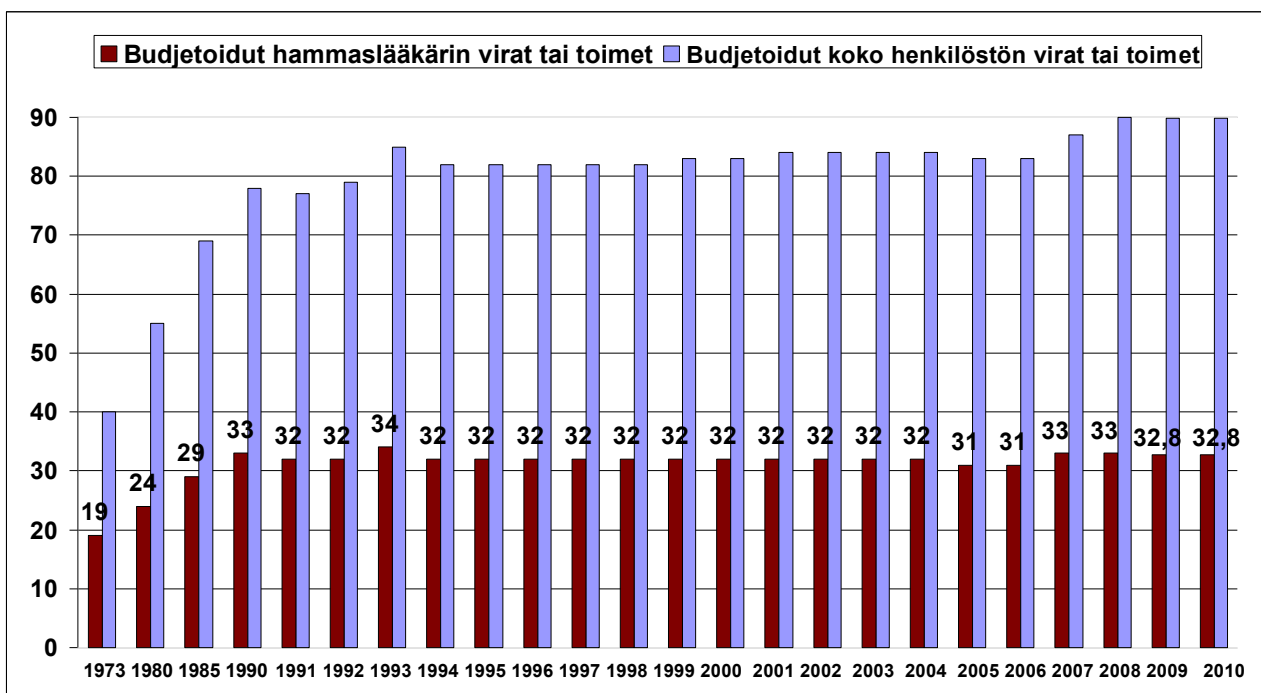
Jyväskylän suun terveydenhuollossa ja myös muissa terveyskeskuksissa aikuisten osuus potilaista oli suurempi kuin lasten lukuun ottamatta Salon seudun ja Kaarina–Piikkiön terveyskeskuksia (kuvio 5).

Kuviosta 6 ilmenevät terveyskeskusten suun terveydenhuollon ja Jyväskylän alueella toimivien yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijämäärät ammattiryhmittäin vuonna 2004 (Forssan seudun, Salon seudun ja Kaarina–Piikkiön terveyskeskusten työntekijämäärät vuonna 2003). Korpilahti–Muuramessa ja Hankasalmella oli suuhygienistejä hammaslääkäreitä kohden huomattavasti enemmän kuin muissa terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla.

Työntekijöiden lukumäärä ei välttämättä kerro sitä, kuinka suuri on todellinen työpanos. Verrattaessa eri terveyskeskusten hammaslääkäriresursseja tai hoitajaresursseja suhteessa väestömäärään on syytä laskea työpanos henkilötyövuosina – eli ottaa huomioon osa-aikaisuudet ja virkavapaudet. Jyväskylän terveyskeskuksessa oli vuonna 2004 hammaslääkäri työvoimaa suhteessa väestömäärään vähemmän kuin muissa tähän tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa. Jyväskylän terveyskeskuksessa oli yksi hammaslääkärihenkilötyövuosi noin 3 500 asukasta kohden. Vastaavat suhdet olivat muissa terveyskeskuksissa olivat Hankasalmella 1/2800, Korpilahti–Muuramessa 1/2300, Laukaassa 1/2600, Palokassa 1/2400, Forssan seudulla 1/2200, Salon seudulla 1/2600 ja Kaarina–Piikkiössä 1/2700. (Lähteet: terveyskeskusten vastaavien hammaslääkäreiden tutkijalle antamat tilastot.)

#### *Jyväskylän suun terveydenhuollon henkilöstöresurssien ja potilasmäärien kehitys*

Budjetoitujen hammaslääkäri vakanssien määrä oli Jyväskylän terveyskeskuksessa vuonna 2004 sama kuin 1990-luvun alussa, jolloin terveyskeskushammashoitoon oikeutettuja olivat vain lapset, nuoret ja jotkin erityisryhmät. Myös muun henkilöstön vakanssimäärän kasvu oli vähäistä: runsaan kymmenen vuoden aikana vain muutaman prosentin. (Kuvio 7.) Samana ajanjaksona potilasmäärä lisääntyi 10 %:lla ja potilasprofiili muuttui aikuispainotteisemmaksi. Kun vuonna 1990 potilaista yli puolet oli alle 18-vuotiaita, niin vuonna 2004 heitä oli enää runsas kolmannes. (Lähteet: Jyväskylän suun terveydenhuollon vuosikertomukset.)



**KUVIO 7.** Jyväskylän suun terveydenhuollon budjetoidut hammaslääkäri virat tai toimet ja koko henkilöstön virat tai toimet vuosina 1973, 1980, 1985 ja vuosina 1990–2010 (lähteet: Jyväskylän suun terveydenhuollon vuosikertomukset).

**TAULUKKO 3.** Kaikki kyselyt, niiden toteuttamisvuodet, vastausprosentit ja se, kuinka monta prosenttia arvoista korkeintaan puuttui väittämää kohden.

Kysely	Kohderyhmä	Vastattu			Puuttuvien arvojen osuus väittämää kohden korkeintaan
		Jaettu kpl	Vastattu kpl	%	%
Väestökysely vuonna 2003	Jyväskylän asukkaat	676	320	47	5
	Ympäristökuntien asukkaat	1 824	831	46	7
Päättäjäkysely vuonna 2005	Jyväskylän päättäjät	103	66	64	3
	Ympäristökuntien päättäjät	86	59	69	3
Henkilöstökysely vuonna 2003	Jyväskylän terveyskeskuksen suun terveydenhuollon työntekijät	91	65	71	2
	Ympäristökuntien terveyskeskusten suun terveydenhuollon työntekijät	97	92	95	2
Henkilöstön työhyvinvointi- ja työmotivaatiokysely	Jyväskylän terveyskeskuksen suun terveydenhuollon työntekijät vuonna 2004	91	77	85	5
	Ympäristökuntien terveyskeskusten suun terveydenhuollon työntekijät vuonna 2004	109	100	92	4
	Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän, Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymän ja Kaarinan–Piikkiön terveyskeskuskuntayhtymän suun terveydenhuollon työntekijät vuonna 2003	146	122	84	4
	Jyväskylän kaupungin alueella toimivien yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijät vuonna 2004	124	89	72	7

### 4.3 Aineistot

Kyselytutkimuksen kohderyhmät olivat seuraavat:

1. Jyväskylän kaupungin ja sen seitsemän ympäristökunnan (Jyväskylän maalaiskunnan, Petäjäveden, Toivakan, Uraisten, Laukaan, Muuramen ja Korpilahden) asukkaat (otos).
2. Jyväskylän ja edellä mainittujen ympäristökuntien sekä Hankasalmen päättäjät (johtavat viranhaltijat ja poliittiset päättäjät, ei-satunnaistettu otos eli näyte).
3. Jyväskylän, Hankasalmen ja Laukaan terveyskeskusten, Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän, Korpilahden–Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymän, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän, Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymän ja Kaarinan–Piikkiön terveyskeskuskuntayhtymän suun terveydenhuollon työntekijät.
4. Jyväskylän kaupungin alueella toimivien yksityishammaslääkärien vastaanottojen työntekijät.

### 4.4 Menetelmät

#### 4.4.1 Kyselyt

Kyselyt (taulukko 3) tehtiin osana Jyväskylän seudun hammashuollon voimavarojen alueellisen kehittämisen ja hyödyntämisen hanketta, joka alkoi vuonna 2003 ja päättyi vuoden 2005 lopulla. Siihen osallistuivat Jyväskylän seudun kahdeksan kuntaa – Jyväskylä, Jyväskylän maalaiskunta, Korpilahti, Laukaa, Muurame, Petäjävesi, Toivakka ja Uurainen – sekä Jyväskylän kaupungin alueella toimivien yksityishammaslääkäreiden vastaanotot. Myöhemmin mukaan liittyi vielä Hankasalmi. Hankkeen tavoitteena oli hyödyntää nykyistä tehokkaammin alueella sijaitsevat julkisen ja yksityisen perus- ja erikoistason hammashuollon voimavarat. Voimavaroja tarkasteltiin veronmaksajan, asiakkaan, prosessien sujuvuuden ja henkilöstön jaksamisen ja oppimisen näkökulmista. Lisäksi hankkeessa selvitetiin suun terveydenhuollon tärkeimpien yhteistyökumppaneiden mahdollisuuksia toimia suun terveyden edistämisessä. Tavoitteena oli kehittää niin terveyskeskusten sisäisiä kuin niiden välisiäkin yhteistyökäytäntöjä ja luoda uusia yhteistyön muotoja erityisesti julkisen ja yksityisen sektorin välille. Hanketta rahoittivat osallistuvien kuntien ohella sosiaali- ja terveysministeriö. Hankkeen johtoryhmään kuuluivat hankkeessa mukana olleiden terveyskeskusten suun terveydenhuollon johtavat viranhaltijat sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden edustaja Suomen Hammaslääkäriliiton Keski-Suomen paikallisosaston nimeämänä. (Forssell ym. 2004.)

Hankkeen johtoryhmä päätti kyselyiden järjestämisestä, niiden määrästä ja aikataulusta. Johtoryhmä ja tutkija suunnittelivat yhdessä kyselylomakkeiden sisältöä. Johtoryhmä päätti mukaan otettavista muuttujista. Ne olivat osittain samoja, joita oli käytetty aiemmissa suun terveydenhuollon kyselyissä Jyväskylässä. Kyselylomakkeet esiteltiin hankkeen jokaisessa terveyskeskuksessa suun terveydenhuollon työntekijöillä. Esiteltäksen jälkeen tehdyt muutokset olivat vähäiset.

Hankkeen johtoryhmä organisoii väestö-, henkilöstö- ja päättäjäkyselyn ja tutkija henkilöstön työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyn. Työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyyn saatiin vertailuaineisto Forssan seudun, Salon seudun ja Kaarina–Piikkiön terveyskeskusten suun terveydenhuollosta. Koska päättäjäkyselyn kohdejoukko jäi suppeaksi ja vastausprosentti pieneksi, päätettiin tehdä uusi päättäjäkysely. Se kohdennettiin aiempaa laajempaan päättäjärühmään ja lomakkeeseen lisättiin suun terveydenhuollon henkilöstön työmotivaatioon liittyviä väittämiä. Uuden päättäjäkyselyn organisoii tutkija. Sen tuloksia käytettiin tässä tutkimuksessa.

#### 4.4.2 Kyselylomakkeet

##### *Väestökysely (liite 3)*

Strukturoitu kyselylomake sisälsi 11 suun terveydenhuollon palveluiden käyttöä, tarvetta, tiedottamista ja päivystysjärjestelyjä koskevaa kysymystä sekä 17 palveluiden toteuttamistapojen tärkeyttä kuvaavaa väittämää (odotukset). Asioiden tärkeyttä mitattiin järjestysasteikolla, jossa arvot olivat yhdestä viiteen (1 = erittäin tärkeää, 2 = melko tärkeää, 3 = en osaa sanoa, 4 = ei kovin tärkeää, 5 = ei lainkaan tärkeää). Analyyseissä väittämien asteikko käännettiin (mitä suurempi arvo, sitä tärkeämpi asia). Kysely lähetettiin huhtikuussa 2003 Jyväskylässä 15–82-vuotiaille asukkaille (syntyneet vuosina 1921–1987). Otantamenetelmänä oli systemaattinen otanta. Perusjoukon koko oli 67 144 (väestorekisterin tiedot 31.12.2002). Vastaava kysely samana ajankohtana lähetettiin Jyväskylän seitsemän ympäristökunnan väestölle. Jyväskylän maalaiskunnan, Petäjaveden, Toivakan ja Uuraisten väestorekisteristä poimittiin kaikki kunkin kuukauden 27. päivänä syntyneet 15–82-vuotiaat. Korpilahdella, Muuramessa ja Laukaassa otantamenetelmänä käytettiin yksinkertaista satunnaisotantaa (yli 15-vuotiaat). Ympäristökuntien yhteenlasketun perusjoukon suuruus oli 56 459 henkilöä (väestorekisterin tiedot 31.12.2002). Kyselyn vastausprosentit ja otoskoot ovat taulukossa 3. Taulukosta ilmenee myös, kuinka monta prosenttia arvoista korkeintaan puuttui väittämää kohden. Kehittämishankkeen johtoryhmän päätöksellä uusintakyselyä (vastauskehotusta) ei lähetetty hankkeen resurssien niukkuuden takia.

Taustamuuttujina kysyttiin kotikuntaa, ikää, sukupuolta, ammattia ja koulutusta. Seitsemän vastaajaa ei ilmoittanut kotikuntaansa, ja nämä lomakkeet jätettiin analyyseistä pois. Yksi jyväskyläläinen ja kaksi ympäristökuntalaista eivät kertoneet sukupuoltaan eivätkä ikäänsä. Yksi jyväskyläläinen ja neljä ympäristökuntalaista eivät ilmoittaneet ammattiaan. Kaksi jyväskyläläistä ja 10 ympäristökuntalaista eivät ilmoittaneet koulutustaan.

Kyselyyn vastanneet jyväskyläläiset eivät ikäjakaumaltaan eronneet tilastollisesti merkitsevästi koko väestön ikäjakaumasta, kun käytettiin ikäryhmittelyä 15–24-, 25–34-, 35–44-, 45–55-, 56–64- ja 65–82-vuotiaat (taulukko 4). Vastanneet olivat vähemmän koulutettuja verrattuna perusjoukon väestöön (taulukko 5). Vastaajista oli naisia 60 % ja miehiä 40 %, perusjoukon väestöstä vastaavasti 53 % ja 47 % ( $p = 0,008$ ).

Kyselyyn vastanneet ympäristökuntalaiset olivat vanhempia kuin perusjoukon väestö, kun käytettiin edellä mainittua ikäryhmittelyä (taulukko 4). Vastajaat olivat vähemmän koulutettuja kuin perusjoukon väestö (taulukko 5). Vastajaista oli naisia 59 % ja miehiä 41 %, perusjoukon väestöstä vastaavasti 50 % ja 50 % ( $p < 0,001$ ).

Jyväskyläläiset vastaajat olivat nuorempia kuin ympäristökuntalaiset vastaajat ( $p < 0,001$ ) (taulukko 4). Lisäksi jyväskyläläiset vastaajat olivat korkeamman koulutuksen saaneita kuin ympäristökuntalaiset ( $p < 0,001$ ). Jyväskyläläisistä lähes joka viidennellä oli korkeakoulu- tai ammattikorkeakoulututkinto, kun se ympäristökuntalaisista oli yhdellä kymmenestä. (Taulukko 5.)

**TAULUKKO 4.** Eri ikäryhmien osuudet Jyväskylän ja sen ympäristökuntien väestössä ja väestökyselyyn vastanneissa.

Ikäryhmä	Jyväskylän väestö		Ympäristökuntien väestö	
	perusjoukko n = 67 144	vastanneet n = 319	perusjoukko n = 56 459	vastanneet n = 823
	%	%	%	%
15–24-vuotiaat	22	20	15	10
25–34-vuotiaat	19	17	15	13
35–44-vuotiaat	16	16	20	19
45–55-vuotiaat	17	15	21	22
56–64-vuotiaat	13	18	15	20
65–82-vuotiaat	13	14	15	16
	p 0,083		< 0,001	

Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

**TAULUKKO 5.** Eri koulutusryhmien osuudet Jyväskylän ja sen ympäristökuntien väestössä ja väestökyselyyn vastanneissa.

Koulutus	Jyväskylän väestö		Ympäristökuntien väestö	
	perusjoukko n = 67 144	vastanneet n = 318	perusjoukko n = 56 459	vastanneet n = 821
	%	%	%	%
Ei perusasteen jälkeistä tutkintoa	29	32	38	46
Ylioppilas tai ammatillinen tutkinto	40	49	38	43
Yliopisto- tai ammattikorkeakoulututkinto	31	19	24	10
	p < 0,001		< 0,001	

Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

#### *Päätäjäkysely (liite 4)*

Strukturoitu kyselylomake sisälsi samat 10 suun terveydenhuollon palveluiden käyttöä, tarvetta ja tiedottamista koskevaa kysymystä ja samat 17 palveluiden toteuttamistapojen tärkeyttä kuvaavaa väittämää (odotukset) kuin väestökyselykin. Päätäjiltä ei kysytty päivystysjärjestelyistä, koska päivystysyhteistyö oli jo alkanut seutukunnalla ennen kyselyn toteuttamista. Mukana oli myös kaksi kysymystä ja yksi väittämä, jotka liittyivät kuntien väliseen ja kuntien sisäiseen sosiaali- ja tervey-

denhuollon yksiköiden yhteistyöhön. Asioiden tärkeyttä mitattiin järjestysasteikolla, jossa arvot olivat yhdestä viiteen (1 = erittäin tärkeää, 2 = melko tärkeää, 3 = en osaa sanoa, 4 = ei kovin tärkeää, 5 = ei lainkaan tärkeää). Näiden lisäksi lomakkeessa oli 24 suun terveydenhuollon henkilöstön työmotivaatioon liittyvää väittämää, jotka olivat samoja kuin henkilöstön työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyssä. Asioiden työmotivaatiovaikutusta mitattiin järjestysasteikolla, jossa arvot olivat yhdestä viiteen (1 = erittäin paljon, 2 = melko paljon, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko vähän, 5 = erittäin vähän). Analyyseissä väittämien asteikko käännettiin (mitä suurempi arvo, sitä tärkeämpi tai sitä suurempi motivaatiovaikutus).

Kysely lähetettiin Jyväskylässä kaupungin johtoryhmän jäsenille, kaupunginvaltuuston jäsenille, sosiaali- ja terveyslautakunnan jäsenille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon johtaville viranhaltijoille. Laukaassa ja Hankasalmeella kysely lähetettiin kunnan johtoryhmän jäsenille, kunnanvaltuuston puheenjohtajille, sosiaali- ja terveyslautakunnan jäsenille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon johtaville viranhaltijoille. Muissa ympäristökunnissa (Jyväskylän maalaiskunnassa, Korpilahdella, Muuramessa, Petäjävedellä, Toivakassa ja Uraisilla), joiden terveydenhuolto oli järjestetty terveydenhuollon kuntayhtymässä, se lähetettiin kunnan johtoryhmän jäsenille, kunnanvaltuuston puheenjohtajille, kuntayhtymän hallituksen jäsenille ja kuntayhtymän johtaville viranhaltijoille. Kysely lähetettiin maaliskuussa 2005 ja siitä kuukauden kuluttua toimitettiin kaikille uusintakysely sähköpostitse. Kyselyn vastausprosentit ja kohderyhmien suuruudet ovat taulukossa 3. Taulukosta ilmenee myös, kuinka monta prosenttia arvoista korkeintaan puuttui väittämää kohden.

Taustamuuttujina kysyttiin työskentelykuntaa, päättäjääsemia, sukupuolta ja ikää. Jyväskylän päättäjistä kolme ja ympäristökuntien päättäjistä kaksi eivät kertoneet ikäänsä. Molemmissa ryhmissä yksi ei ilmoittanut sukupuoltaan. Sen sijaan kaikki ilmoittivat työskentelykuntansa ja päättäjääsemansa.

Jyväskylässä vastanneista päättäjistä 27 oli johtavia viranhaltijoita ja 38 luottamushenkilöitä ja lisäksi oli yksi henkilö, joka ilmoituksensa mukaan oli sekä johtava viranhaltija että luottamushenkilö Jyväskylässä (analysoitiin johtajana). Jyväskylän johtajista vastasivat kaupunginjohtaja, kolme ylilääkärinä, yksi ylihoitaja, sosiaali- ja terveysjohtaja ja 22 muuta johtavaa viranhaltijaa. Vastanneista oli naisia 43 % ja miehiä 57 %. Vastanneista johtajista oli naisia 61 % ja miehiä 39 %. Vastanneista luottamushenkilöistä oli naisia 30 % ja miehiä 70 %. Sukupuoli- ja päättäjääsemajakaumat eivät eronneet perusjoukon jakaumista tilastollisesti merkitsevästi.

Ympäristökunnissa vastanneista päättäjistä 20 oli johtavia viranhaltijoita ja 38 luottamushenkilöitä ja lisäksi oli yksi vastaaja, joka oli sekä luottamushenkilö Jyväskylässä että johtava viranhaltija ympäristökunnassa (analysoitiin johtajana). Ympäristökuntien johtajista vastasivat viisi kunnanjohtajaa, kolme ylilääkärinä, yksi ylihoitaja, kolme talousjohtajaa, neljä sosiaalijohtajaa ja viisi muuta johtavaa viranhaltijaa. Vastanneista ympäristökuntalaisista päättäjistä naisia oli 47 % ja miehiä 53 %. Vastanneista johtajista oli naisia 43 % ja miehiä 57 %. Vastanneista luottamushenkilöistä oli naisia 49 % ja miehiä 51 %. Sukupuoli- ja päättäjääsemajakaumat eivät eronneet perusjoukon jakaumista tilastollisesti merkitsevästi.

*Henkilöstökysely (liite 5)*

Strukturoitu kyselylomake sisälsi samat 10 suun terveydenhuollon palveluiden käyttöä, tarvetta ja tiedottamista koskevaa kysymystä ja samat 17 palveluiden toteuttamistapojen tärkeyttä kuvaavaa väittämää (odotukset) kuin väestö- ja päättäjäkyselykin. Lisäksi oli sama kysymys päivystysjärjestelyistä kuin väestökyselyssä. Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijät arvioivat palvelujen toteuttamistapojen tärkeyttä sekä potilaan näkökulmasta että myös omasta näkökulmasta ollessaan itse palvelujen käyttäjänä. Lisäksi työntekijöistä ne, jotka olivat välittömässä potilastyöskentelyssä mukana, arvioivat, kuinka hyvin vastaavat asiat toteutuivat heidän omassa työpaikassaan. Asioiden tärkeyttä ja toteutumaa mitattiin järjestysasteikolla, jossa arvot olivat yhdestä viiteen (tärkeyden asteikko: 1 = erittäin tärkeää, 2 = melko tärkeää, 3 = en osaa sanoa, 4 = ei kovin tärkeää, 5 = ei lainkaan tärkeää ja toteutuman asteikko: 1 = erittäin usein, 2 = melko usein, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko harvoin, 5 = ei juuri koskaan). Analyyseissä väittämien asteikko käännettiin (mitä suurempi arvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutui).

Taustamuuttujina kysyttiin nykyistä työnantajaa, sukupuolta, ammattia sekä ikää ja työkokemusta. Analyyseissä kuusiportainen ammattijaottelu muutettiin kaksiportaiseksi. Ammattikohtaisessa tarkastelussa hammaslääkärit analysoitiin omana ryhmänään ja hammashuoltajat tai suuhygienistit, hammashoitajat, toimistotyöntekijät, välinehuoltajat sekä muut työntekijät yhdessä omana ryhmänään. Tuloksia raportoidessa jälkimmäiselle ryhmälle annettiin nimeksi ”muut työntekijät”.

Kysely lähetettiin Jyväskylän kaupungin ja Laukaan kunnan sekä Palokan ja Korpilahden–Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymien suun terveydenhuollon työntekijöille huhtikuussa 2003. Vastausprosentit ja kohderyhmien suuruudet ovat taulukossa 3. Taulukosta ilmenee myös, kuinka monta prosenttia arvoista korkeintaan puuttui väittämää kohden. Vastausprosentti vaihteli Jyväskylässä ammattiryhmittäin välillä 62–76 ja ympäristökunnissa välillä 89–100. Vastanneiden ammattijakaumat eivät eronneet perusjoukon jakaumista tilastollisesti merkitsevästi. Henkilöstökyselyyn vastanneiden keskiikä oli Jyväskylässä ja ympäristökunnissa lähes yhtä korkea ja keskimääräinen työkokemus yhtä pitkä. Jyväskylän hammaslääkärit olivat ympäristökuntalaisia vanhempia ja kokeneempia. Ympäristökuntien suuhygienistit olivat jyväskyläläisiä vanhempia ja kokeneempia. (Liitetaulukko 1.)

*Työhyvinvointi- ja työmotivaatiokysely (liite 6)*

Strukturoitu kyselylomake sisälsi väittämiä suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvoinnista ja työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä. Työhyvinvointitekijöiden toteutumista ja vastaavien tekijöiden työmotivaatiovaikutusta mitattiin järjestysasteikolla, jossa arvot olivat yhdestä viiteen (työhyvinvointiväittämien asteikko: 1 = täysin samaa mieltä, 2 = melko samaa mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko eri mieltä, 5 = täysin eri mieltä ja työmotivaatiöväittämien asteikko: 1 = erittäin paljon, 2 = melko paljon, 3 = en osaa sanoa, 4 = melko vähän, 5 = erittäin vähän). Analyyseissä myönteisten väittämien asteikko käännettiin (mitä suurempi arvo, sitä parempi työhyvinvointi tai sitä suurempi työmotivaatiovaikutus).

Taustamuuttujana kysyttiin ammattia. Analyyseissä neliportainen ammattijaottelu muutettiin kaksipor-  
taiseksi. Ammattikohtaisessa tarkastelussa hammaslääkärit analysoitiin omana ryhmänään ja suuhy-  
gienistit, hammashoitajat sekä muut (esimerkiksi vastaanottoavustajat, välinehuoltajat) yhdessä omana  
ryhmänään. Tuloksia raportoitaessa jälkimmäiselle ryhmälle annettiin nimeksi ”muut työntekijät”.

Kysely lähetettiin kesäkuussa 2003 Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän, Salon seudun  
kansanterveystyön kuntayhtymän sekä Kaarinan–Piikkiön terveystieteiden kuntayhtymän suun tervey-  
denhuollon työntekijöille. Tammikuussa 2004 se lähetettiin Jyväskylän kaupungin, Laukaan kunnan,  
Hankasalmen kunnan, Palokan ja Korpilahden–Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymien suun  
terveydenhuollon työntekijöille sekä Jyväskylän kaupungin alueella toimivien yksityishammaslääkä-  
rien vastaanottojen työntekijöille. Kuvioista 6 (s. 47) ilmenevät suun terveydenhuollon työntekijämää-  
rät ammattiryhmittäin terveystieteiden ja yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla kyselyn ajan-  
kohtana. Yksityissektorille lähetetystä lomakkeesta oli poistettu neljä julkiseen suun terveydenhuol-  
toon kohdistuvaa kysymystä, muuten kysely oli samansisältöinen kuin terveystieteiden lähetetty.  
Vastausprosentit ja kohdejoukon suuruudet ovat taulukossa 3 ja vastausprosentit ammattiryhmittäin  
ovat liitetaulukossa 2. Taulukosta 3 ilmenee myös, kuinka monta prosenttia arvoista korkeintaan puut-  
tui väittämää kohden. Vastanneiden ammattijakaumat eivät eronneet perusjoukon jakaumista tilastol-  
lisesti merkittävästi.

Työhyvinvointia selvittäviä muuttujia oli terveystieteidenkyselyssä 32 ja yksityishammaslääkäri-  
vastaanottojen kyselyssä 29. Tutkija ryhmitteli yhteen samoja asioita mittaavat muuttujat (kärkimuuttu-  
jat). Terveystieteidenkyselyn muuttujista saatiin tulokseksi kymmenen työhyvinvointisummamuuttu-  
jaa, joista kahdeksan soveltui käytettäväksi silloin, kun terveystieteiden ja yksityishammaslääkäri-  
vastaanottojen työntekijöiden vastaukset oli yhdistetty samaan datatiedostoon. (Liitetaulukko 3.)

Työmotivaatiomuuttujia oli terveystieteidenkyselyssä 24 ja yksityishammaslääkäri-  
vastaanottojen kyselyssä 23. Tutkija ryhmitteli yhteen samoja asioita mittaavat muuttujat (kärkimuuttujat). Terveys-  
tieteidenkyselyn muuttujista saatiin tulokseksi yhdeksän työmotivaatiosummamuuttujaa, joista kah-  
deksan soveltui käytettäväksi silloin, kun terveystieteiden ja yksityishammaslääkäri-  
vastaanottojen työntekijöiden vastaukset oli yhdistetty samaan datatiedostoon. (Liitetaulukko 4.)

Summamuuttujien arvot laskettiin summaamalla muuttujien arvot ja jakamalla ne vastauksen sisäl-  
tävien muuttujien lukumäärällä. Mukaan laskuihin otettiin vain ne henkilöt, joilla oli vastaus vähin-  
tään 75 %:ssa summamuuttujaan sisältyneistä muuttujista. Vastaaajien väheneminen eri aineistoissa  
vaihteli tällöin nolasta seitsemään prosenttiin summamuuttujaa kohden.

Kuusi työhyvinvointisummamuuttujaa – työajan hallinta, työn mielekkyys, vaikutusmahdollisuudet  
työyksikössä, kehittymismahdollisuudet työssä, työilmapiiri sekä kannustus – valittiin työn voima-  
varatekijöiksi. Ne, joilla työn kuormittavuus -summamuuttujan (työn vaatimustekijä) keskiarvo oli  
pienempi kuin kolme, määriteltiin työssä kuormittuneiksi ja vastaavasti ei-kuormittuneiksi ne, joilla  
keskiarvo oli kolme tai suurempi.

#### 4.4.3 Tilastolliset menetelmät

Summamuuttujille ja yksittäisille muuttujille laskettiin sisäkorrelaatiokerroin, jolla selvitettiin ryhmän jäsenten yksilöllisten piirteiden homogeenisuutta. Mikäli havaintoaineisto sisälsi sisäkorrelaatiota, olivat samaan ryhmään kuuluvat havaintoyksiköt keskenään homogeenisempia kuin havaintoyksiköt koko havaintoaineistossa. (Malin 1997, 196; Jokivuori & Hietala 2007, 198.)

Erotteluanalyysillä (pakottavalla menetelmällä) selvitettiin, mitkä muuttujat parhaiten erottelivat ryhmiä toisistaan. Näin saaduilla uusilla muuttujilla – erottelufunktioilla – saatiin tietää ryhmään kuuluvien tyypilliset ominaisuudet. Muuttujan vaikutusta pidettiin merkityksellisenä silloin, kun sen ja erottelufunktion välinen korrelaatio oli suurempi kuin 0,3.

Ryhmien välisten prosentuaalisten erojen merkitsevyyttä testattiin Khiin neliö -riippumattomuustestillä tai Fisherin tarkalla testillä siinä tapauksessa, kun oletukset eivät toteutuneet (yli 20 % odotetuista frekvensseistä pienempiä kuin viisi ja jokin odotetuista frekvensseistä pienempi kuin yksi). Järjestysasteikollisten toisistaan riippumattomien muuttujien eroja kahden ryhmän välillä testattiin Mann-Whitneyn U-testillä. Järjestysasteikollisten toisistaan riippumattomien muuttujien eroja useamman kuin kahden ryhmän välillä testattiin Kruskalin-Wallis testillä, ja mikäli tilastollisesti merkitsevä ero syntyi, tehtiin parivertailut Mann-Whitneyn U-testillä. Kun kyseessä oli kaksi riippuvaa muuttujaa, tehtiin parivertailut Wilcoxonin merkittyjen järjestyslukujen testillä.

Manuaalisesti rakennettujen työhyvinvointi- ja työmotivaatiosummamuuttujien rakenteen osuvuutta arvioitiin eksploratiivisella faktorianalyysillä. Analyysissä käytettiin pääakseliratkaisua ja suorakulmaista Varimax-rotatiota, koska oletettiin, etteivät faktorit korreloi keskenään. Faktorin hyvyttä mittaavan ominaisarvon rajaksi määrättiin yksi. Eksploratiivisen faktorianalyysin edellytykset toteutuivat kaikissa aineistoissa: vähintään 50 % korrelaatiokertoimista oli tilastollisesti merkitseviä korrelaatiomatriisissa, jokaisella muuttujalla oli ainakin yhteen muuttujaan tilastollisesti merkitsevä korrelaatio, Kaiser-Meyer-Olkin-kerroin oli suurempi kuin 0,6 ja Barlettin testin merkitsevyytaso oli pienempi kuin 0,05. Kaikki muuttujalataukset faktoreille olivat suurempia kuin 0,3, mitä kirjallisuudessa pidetään raja-arvona (Metsämuuronen 2001, 31–32; Katajisto 2005, 41). Mitään ehdotonta rajaa ei kuitenkaan voida asettaa, sillä faktoreiden latausten suuruuden tarkastelemiseen ei ole mitään tilastollista keinoa (Nummenmaa 2008, 338).

Työhyvinvointimuuttujien faktorianalyysiä varten yhdistettiin terveystietokannan ja yksityishammaslääkäri vastaanottojen työntekijöiden vastaukset samaan datatiedostoon jättämällä terveystietokannasta pois kolme julkiseen suun terveydenhuoltoon kohdistuvaa väittämää. Analyysin tulokseksi saatiin kahdeksan faktoria, jotka vastasivat tutkijan manuaalisesti tekemiä summamuuttujia. Faktorianalyysi tehtiin lisäksi datatiedostolla, johon oli yhdistetty pelkästään terveystietokannan työntekijöiden vastaukset. Faktorirakenne vastasi tutkijan manuaalisesti tekemiä summamuuttujia.

Myös työmotivaatiomuuttujien faktorianalyysiä varten yhdistettiin terveyskeskusten ja yksityishammaslääkärivastaanottojen työntekijöiden vastaukset samaan datatiedostoon jättämällä terveyskeskusaineistosta pois yksi julkiseen suun terveydenhuoltoon kohdistunut väittäjä. Analyysin tulokseksi saatiin kuusi faktoria. Kun kaksi faktoria jaettiin kahtia, vastasivat syntyneet kahdeksan faktoria tutkijan manuaalisesti tekemiä summamuuttujia. Työmotivaatiomuuttujien faktorianalyysi tehtiin lisäksi siten, että Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden ja päättäjien vastaukset yhdistettiin samaan datatiedostoon. Faktorirakenne vastasi tutkijan manuaalisesti tekemiä summamuuttujia.

Manuaalisesti rakennettujen summamuuttujien sisäistä yhtenäisyyttä arvioitiin laskemalla Cronbachin alfa -kerroin ja sille 95 %:n luottamusväli (liitetaulukot 3 ja 4). Cronbachin alfa -kerroin tarkoittaa kaikkien mahdollisten mittareista muodostettavissa olevien osioiden korrelaatioiden keskiarvoa (Metsämuuronen 2000, 40). Selvää reliabiliteetin rajaa ei voida asettaa (Nummenmaa ym. 1997, 223). Mittarin sisäistä yhtenäisyyttä pidetään hyvänä alfan arvolla 0,6. Hyvyyden raja-arvoksi on esitetty jopa arvoa 0,5 (Metsämuuronen 2000, 40; Jokivuori & Hietala 2007, 104 ja 135). Uuden mittarin riittäväksi reliabiliteetiksi on esitetty 0,7:ää (Nunnally 1978, 245; Nunnally & Bernstein 1994, 265). Tärkeämpänä kuin itse alfan arvoa pidetään sen luottamusvälin ilmoittamista. Sillä voidaan arvioida alfan luotettavuutta. (Knapp 1991; Knapp & Brown 1995.)

Suun terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen liittyvien asioiden tärkeyttä verrattiin vastaavien asioiden toteutumiseen ja eroja testattiin parivertailuna Mann-Whitneyn U-testillä (asukkaille tärkeää vs. työntekijöiden mielestä toteutuu, päättäjille tärkeää vs. työntekijöiden mielestä toteutuu). Kun kyseessä oli kaksi riippuvaa muuttujaa, tehtiin parivertailu Wilcoxonin merkittyjen järjestyslukujen testillä (työntekijöille tärkeää vs. työntekijöiden mielestä toteutuu). Mikäli tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut, asia toteutui sen tärkeyttä vastaavasti.

Työhyvinvointitekijöiden toteutumista verrattiin vastaavien tekijöiden työmotivaatiovaikutukseen. Eroa testattiin parivertailuna Mann-Whitneyn U-testillä (työntekijöiden kokemus työhyvinvointitekijän toteutumisesta vs. päättäjien käsitys tekijän vaikutuksesta työmotivaation). Kun kyseessä oli kaksi riippuvaa muuttujaa, tehtiin parivertailu Wilcoxonin merkittyjen järjestyslukujen testillä (työntekijöiden kokemus työhyvinvointitekijän toteutumisesta vs. työntekijöiden käsitys tekijän vaikutuksesta työmotivaation). Mikäli tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut, työhyvinvointitekijä toteutui siinä määrin kuin sen motivaatiovaikutus edellytti.

Tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS for Windows -ohjelmalla (versio 15.0). Analyyseissä käytettiin 2-suuntaista testausta. Tilastollisessa merkitsevyydessä käytettiin seuraavia raja-arvoja: 0,05 melkein merkitsevä, 0,01 merkitsevä, 0,001 erittäin merkitsevä. Osa p-arvoista annettiin tarkkoina lukuina.

Väittäjäkohden arvoista puuttui nollasta seitsemään prosenttia. Puuttuvia arvoja ei korvattu, koska niiden määrä oli vähäinen ja aineistojen laskennallinen koko säilyi riittävänä (Nummenmaa ym. 1997, 55).

## 5 TULOKSET

Tutkimuksen päätulos oli, että Jyväskylän kaupungin asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden odotukset suun terveydenhuollon palveluista erosivat. Asukkaiden odotukset erosivat enemmän päättäjien kuin työntekijöiden odotuksista. Suurimmat erot olivat työntekijöiden ja päättäjien välillä. Palvelut vastasivat useammin päättäjien kuin asukkaiden ja työntekijöiden odotuksia. Jyväskylän ja sen ympäristökuntien asukkaiden palveluodotukset eivät eronneet toisistaan kovinkaan paljon, kuten eivät päättäjien eivätkä työntekijöiden odotukset. Vertailtujen kuntien työntekijöiden välillä oli eroja siinä, miten hyvin palvelujen järjestämisen katsottiin toteutuneen. Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien ja alan ammattihenkilöiden käsitykset suun terveydenhuollossa työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä erosivat. Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi erosi monissa kohdin verrokkiorganisaatioiden eduksi.

### 5.1 Odotukset ja kokemukset suun terveydenhuollon palveluista

#### 5.1.1 *Jyväskylän asukkaat, päättäjät ja suun terveydenhuollon työntekijät*

##### 5.1.1.1 Odotukset palveluista

Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset tarkastuskutsun tärkeydestä erosivat eniten. Myös käsitykset iltavastaanottoaikojen, pelon lievityksen ja lyhyiden hoitokäyntien tärkeydestä vaihtelivat ryhmien välillä melko paljon. Sen sijaan mahdollisuus olla saman hammaslääkärin tai saman hoitajan hoidossa, hoidon kohtuuhintaisuus, tiedon jakaminen suun sairauksista sekä vastaanottoajan saaminen riittävän nopeasti olivat asioita, joiden tärkeys ryhmien välillä vaihteli vähiten. (Taulukko 6.)

Kutsu, ilta-ajat ja pelon lievitys erottelivat merkittävimmin *päättäjät työntekijöistä* (taulukot 7 ja 8).

Pelon lievitys, ilta-ajat, lyhyet hoitokäynnit ja toiveiden huomioiminen erottelivat merkittävimmin *asukkaat päättäjistä* (taulukot 7 ja 8).

**TAULUKKO 6.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitysten homogeenisuus mitattuna sisäkorrelaatiolla: kuinka paljon ryhmien väliset erot muuttujan keskiarvossa selittävät suun terveydenhuollon palveluja koskevien odotusten yksilöllisestä kokonaisvaihtelusta.

Muuttuja	Sisäkorrelaatio- kerroin	Ryhmien väliset erot selittävät yksilöllisestä kokonaisvaihtelusta
		%
Kutsu	0,230	23
Ilta-ajat	0,200	20
Pelon lievitys	0,175	18
Lyhyet hoitokäynnit	0,135	14
Pitkät hoitokäynnit	0,094	9
Toiveiden huomioiminen	0,076	8
Hammaslääkärin valinta	0,066	7
Sairauksien ehkäisyneuvonta	0,071	7
Kotihoidon mahdollistuminen	0,071	7
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	0,052	5
Hoitajan valinta	0,032	3
Helläkätisyys ja kivuttomuus	0,023	2
Nopeasti hoitoon	0,009	1
Tietoa suun sairauksista	0,009	1
Sama hoitaja	0,005	1
Kohtuuhintaisuus	0,003	0
Sama hammaslääkäri	0	0

**TAULUKKO 7.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden odotukset suun terveydenhuollon palveluista. Erotteluanalyysin erottelufunktiot ja niihin sisältyvät muuttujat.

Erottelufunktio 1:lle ja 2:lle painottuneet muuttujat, korrelaatio > [0,3]	Erottelufunktio 1 <sup>1</sup>	Erottelufunktio 2 <sup>2</sup>
	Funktion ja muuttujan välinen korrelaatio	Funktion ja muuttujan välinen korrelaatio
Kutsu	0,519	
Pelon lievitys	-0,429	0,379
Ilta-ajat	0,349	0,390
Lyhyet hoitokäynnit		0,350
Toiveiden huomioiminen		-0,439

Erottelufunktion ominaisarvo: <sup>1</sup>0,513, <sup>2</sup>0,209

Erottelufunktion suhteellinen erottelukyky: <sup>1</sup>71 %, <sup>2</sup>29 %

Wilksin lambdan tilastollinen merkitsevyys: <sup>1</sup>< 0,001, <sup>2</sup>< 0,001

**TAULUKKO 8.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden odotukset suun terveydenhuollon palveluista. Ryhmän painopiste erottelufunktiolla.

Ryhmä	Ryhmän painopiste erottelufunktiolla 1	Ryhmän painopiste erottelufunktiolla 2
Jyväskylän asukkaat	0,306	-0,236
Jyväskylän päättäjät	0,316	1,046
Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijät	-1,654	0,006

66 % luokiteltiin oikein

### *Kutsu*

Asukkaat ja päättäjät pitivät potilaiden kutsumista tarkastukseen tärkeämpänä kuin työntekijät. Vajaa puolet asukkaista, joka neljäs päättäjä, mutta vain joka kymmenes työntekijä piti tarkastuskutsua erittäin tärkeänä. (Kuvio 8; liitetaulukko 5.) Asukkaista naisille kutsu oli tärkeämpi kuin miehille (liitetaulukko 10). Hammaslääkärit pitivät kutsun lähettämistä potilaille tärkeämpänä kuin muut työntekijät (taulukko 9).

### *Iltavastaanotot*

Asukkaat ja päättäjät pitivät potilaiden mahdollisuutta käydä hoidossa myös iltaisin tärkeämpänä kuin työntekijät. Iltavastaanotot olivat päättäjille vieläkin tärkeämpiä kuin asukkaille. Noin joka viides asukas ja kolmas päättäjä, mutta harvempi kuin joka kymmenes työntekijä piti ilta-aikoja potilaille erittäin tärkeinä. (Kuvio 8; liitetaulukko 5.) Asukkaista naisille iltavastaanotot olivat tärkeämpiä kuin miehille ( $3,6 \pm 1,3$  vs.  $3,4 \pm 1,2$ ;  $p = 0,039$ ). Muut työntekijät pitivät potilaiden mahdollisuutta käydä hoidossa iltaisin tärkeämpänä kuin hammaslääkärit (taulukko 9).

### *Pelonlievitys*

Työntekijät pitivät potilaiden pelonlievitystä tärkeämpänä kuin asukkaat ja päättäjät. Yli puolet sekä hammaslääkäreistä että muista työntekijöistä, mutta vain neljäsosa asukkaista ja vajaa kolmasosa päättäjistä piti pelonlievitystä erittäin tärkeänä. (Taulukko 9; kuvio 8; liitetaulukko 5.) Asukkaiden hoidossa käynnin säännöllisyydellä ja pelon lievityksen tärkeydellä ei ollut yhteyttä, ei myöskään koetulla suunterveydellä ja pelon lievityksen tärkeydellä.

### *Hoitokäyntien pituus*

Päättäjien käsitykset siitä, pitkö paljon hoitoa tarvitsevien potilaiden käydä useilla lyhyillä hoitokäynneillä vai harvoilla pitkillä, erosivat asukkaiden ja työntekijöiden käsityksistä. Päättäjät olivat mieluummin lyhyiden hoitokäyntien kannalla kuin pitkien, kun taas alan ammattilaiset kannattivat pitkiä käyntejä. Asukkaiden käsitykset pitkien ja lyhyiden hoitokäyntien tärkeydestä eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi. (Kuvio 9; liitetaulukko 14.)

### *Toiveiden huomioiminen ja hoitoon vaikuttamisen mahdollisuudet*

Potilaiden yksilöllisten toiveiden huomioon ottaminen ja hoitoon vaikuttamisen mahdollisuudet olivat päättäjille vähemmän tärkeitä kuin asukkaille ja työntekijöille. Lähes joka toinen asukas ja työntekijä, mutta vain joka neljäs päättäjä piti potilaan toiveiden huomioon ottamista erittäin tärkeänä. (Kuviot 8 ja 9; liitetaulukko 5.) Hammaslääkärit korostivat omassa hoidossaan toiveiden huomioimisen tärkeyttä. He pitivät sitä itselleen tärkeämpänä kuin omille potilailleen. (Taulukko 9.)

**TAULUKKO 9.** Jyväskylän suun terveydenhuollon hammaslääkärien ja muiden työntekijöiden (= hammashuoltajat tai suuhygienistit, hammashoitajat, toimistotyöntekijät, välinehuoltajat ja muut työntekijät) käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä potilaille sekä itselle potilaana ollessa.

Muuttuja	Hammaslääkärit potilaille n = 22			Hammaslääkärit itselle n = 22			Muut työntekijät potilaille n = 43			Muut työntekijät itselle n = 43			Tilastollinen merkitsevyys			
	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>		
Kutsu	3,4	1,1	2,9	1,4	2,7	1,4	2,2	1,5	0,036	0,040	0,047	0,015				
Iltajat	2,4	1,0	2,3	1,2	3,1	1,1	2,8	1,3	0,037	0,142	0,672	0,215				
Nopeasti hoitoon	4,2	0,7	4,0	1,0	4,2	0,6	3,9	0,9	0,942	0,405	0,250	0,002				
Hammaslääkärin valinta	4,1	0,8	4,5	0,8	3,9	0,9	4,2	1,0	0,474	0,256	0,063	0,008				
Hoitajan valinta	2,6	1,1	2,8	1,2	3,1	1,1	3,1	1,2	0,079	0,464	0,513	0,739				
Sama hammaslääkäri	4,4	0,5	4,1	1,0	3,8	0,9	3,9	1,1	0,011	0,324	0,380	0,777				
Sama hoitaja	2,7	1,2	2,2	1,1	3,2	1,0	3,3	1,1	0,048	<0,001	0,074	0,563				
Kohtuuhintaisuus	4,3	0,8	3,7	0,9	4,3	0,6	4,2	0,7	0,871	0,033	0,002	0,367				
Tietoa suun sairauksista	4,6	0,6	2,9	1,6	4,7	0,5	4,1	1,1	0,695	0,005	<0,001	<0,001				
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	4,6	0,5	4,1	1,0	4,6	0,6	4,4	0,8	0,981	0,145	0,031	0,305				
<b>Sairauksien ehkäisyneuvonta</b>	<b>4,9</b>	0,4	3,0	1,5	4,8	0,4	4,2	1,1	0,902	0,002	<0,001	<0,001				
<b>Kotihoidon mahdollistuminen</b>	4,8	0,4	4,0	1,1	<b>4,9</b>	0,4	<b>4,6</b>	0,7	0,427	0,005	<0,001	0,001				
<b>Toiveiden huomioiminen</b>	4,4	0,5	<b>4,7</b>	0,5	4,4	0,7	4,5	0,7	0,806	0,334	0,031	0,701				
Lyhyet hoitokäynnit	2,4	0,9	2,4	0,9	2,8	1,1	2,8	1,2	0,222	0,175	1,000	0,776				
Pitkät hoitokäynnit	4,0	0,8	3,6	1,0	3,8	1,0	3,8	1,2	0,682	0,323	0,031	0,826				
Pelon lievitys	4,6	0,5	2,9	1,2	4,6	0,6	3,6	1,2	0,791	0,028	<0,001	<0,001				
Helläkätisyys ja kivuttomuus	4,5	0,5	4,1	0,8	4,5	0,6	4,2	0,9	0,794	0,477	0,078	0,029				

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi

<sup>1</sup>Hammaslääkärit potilaille vs. muut työntekijät potilaille, <sup>2</sup>Hammaslääkärit itselle vs. muut työntekijät itselle, Mann-Whitneyn U-testi

<sup>3</sup>Hammaslääkärit potilaille vs. hammaslääkärit itselle, <sup>4</sup>Muut työntekijät potilaille vs. muut työntekijät itselle, Wilcoxonin merkittyyden järjestyslukujen testi

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut muuttuja, joka ryhmässä

*Hammaslääkärin ja hoitajan valinta sekä pysyvät hoitosuhteet*

Päätäjät pitivät hammaslääkärin ja hoitajan valinnanmahdollisuutta vähemmän tärkeänä kuin asukkaat ja työntekijät. Hammaslääkärin valintamahdollisuutta työntekijät pitivät itselleen potilaana ollessaan tärkeämpänä kuin omille potilailleen. Yli puolet työntekijöistä piti sitä itselleen erittäin tärkeänä, mutta omille potilailleen vain vajaa neljännes. (Kuvio 10; liitetaulukot 5 ja 6.)

Asukkaiden, päättäjien ja työntekijöiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa siinä, kuinka tärkeänä pidettiin potilaan mahdollisuutta olla saman hammaslääkärin tai saman hoitajan hoidossa (kuvio 10; liitetaulukko 5). Hammaslääkärit pitivät potilaan mahdollisuutta olla saman hammaslääkärin hoidossa tärkeämpänä kuin muut työntekijät. Sen sijaan muut työntekijät pitivät potilaan mahdollisuutta olla saman hoitajan hoidossa tärkeämpänä kuin hammaslääkärit. (Taulukko 9.)

Mahdollisuus valita hammaslääkäri oli työntekijöiden mielestä heille itselleen potilaana ollessaan tärkeämpi kuin mahdollisuus olla saman hammaslääkärin hoidossa. Sen sijaan omille potilailleen työntekijät eivät nähneet merkittävää eroa näiden asioiden tärkeydessä. Tässä asiassa työntekijät erosivat asukkaista ja päättäjistä, joille pysyvä hoitosuhde samaan hammaslääkäriin oli valinnanmahdollisuutta tärkeämpi. (Liitetaulukko 15.)

Työntekijät eivät nähneet merkittävää eroa hoitajan valinnanmahdollisuuden ja pysyvän hoitajasuhteen tärkeydessä – eivät omille potilailleen eivätkä silloinkaan, kun he itse olivat potilaana. Sen sijaan asukkaiden ja päättäjien mielestä hoitosuhde samaan hoitajaan oli potilaalle tärkeämpi kuin mahdollisuus valita hoitaja. (Liitetaulukko 16.)

Yhteinen näkemys asukkailla, päättäjillä ja työntekijöillä oli siitä, että he kaikki pitivät potilaan mahdollisuutta valita hammaslääkäri tärkeämpänä kuin mahdollisuutta valita hoitaja. Lisäksi hoitosuhde samaan hammaslääkäriin oli tärkeämpi kuin hoitosuhde samaan hoitajaan. (Liitetaulukot 17 ja 18.)

*Sopiva odotusaika tarkastukseen ja sopiva hoitokäyntien väli*

Sekä asukkaat että päättäjät arvioivat sopivaa odotusaikaa tarkastukseen ja hoitokäyntien väliä omasta näkökulmastaan ja työntekijät sekä omasta että potilaan näkökulmasta. Asukkaat toivoivat lyhyempää odotusaikaa kuin päättäjät ja työntekijät. Asukkaista runsas kaksi kolmasosaa ja päättäjistä sekä työntekijöistä vajaa puolet (sekä itselleen että omille potilailleen) piti sopivana odotusajana tarkastukseen korkeintaan yhdestä viikosta yhteen kuukauteen. Yli kolme kuukautta pystyi odottamaan lähes joka kymmenes asukas, joka kahdeksas päättäjä ja joka neljäs työntekijä. Potilaille näin pitkää odotusta piti sopivana joka kahdeksas työntekijä. (Liitetaulukko 20.)

Sopiva hoitokäyntien väli oli yhdestä viikosta yhteen kuukauteen suurimmalle osalle niin asukkaista, päättäjistä kuin työntekijöistäkin. Asukkaat ja työntekijät potilailleen toivoivat lyhyempiä hoitovälejä kuin päättäjät. Asukkaat halusivat vieläkin lyhyempiä välejä kuin työntekijät potilailleen pitivät sopivina. Sen sijaan työntekijöille itselleen hoitokäyntien välit saivat olla pidemmät ja ne vastasivat päättäjien toivomia hoitovälejä. (Liitetaulukko 22.)

### 5.1.1.2 Palveluiden toteutuminen sekä odotusten ja kokemusten kohtaaminen

#### *Palveluiden toteutuminen*

Jyväskylän suun terveydenhuollossa toteutuivat usein itse hoitotapahtumaan liittyvät asiat, kuten pelon lievitys, hoidon helläkätisyys ja kivuttomuus, tiedon jakaminen suun sairauksista ja niiden ehkäisystä sekä työn tekeminen potilaan terveyttä edistäen. Sen sijaan monien palvelujen organisoimista koskevien asioiden nähtiin toteutuvan melko harvoin, kuten tarkastukseen kutsumisen, ilta-vastaanottojen, hoitoon pääsyn riittävän nopeasti ja mahdollisuuden valita hoitava henkilö. (Kuviot 8, 9, 10 ja 11; liitetaulukko 6.)

Potilaiden mahdollisuudet vaikuttaa hoitoonsa ja heidän toiveittensa huomioon ottaminen toteutuivat harvemmin kuin pelkän tiedon jakaminen suun sairauksista (hoitoon vaikuttamisen toteutuminen vs. tiedon jakamisen toteutuminen  $p < 0,001$ ; toiveitten huomioimisen toteutuminen vs. tiedon jakamisen toteutuminen  $p = 0,001$ ) (liitetaulukko 6).

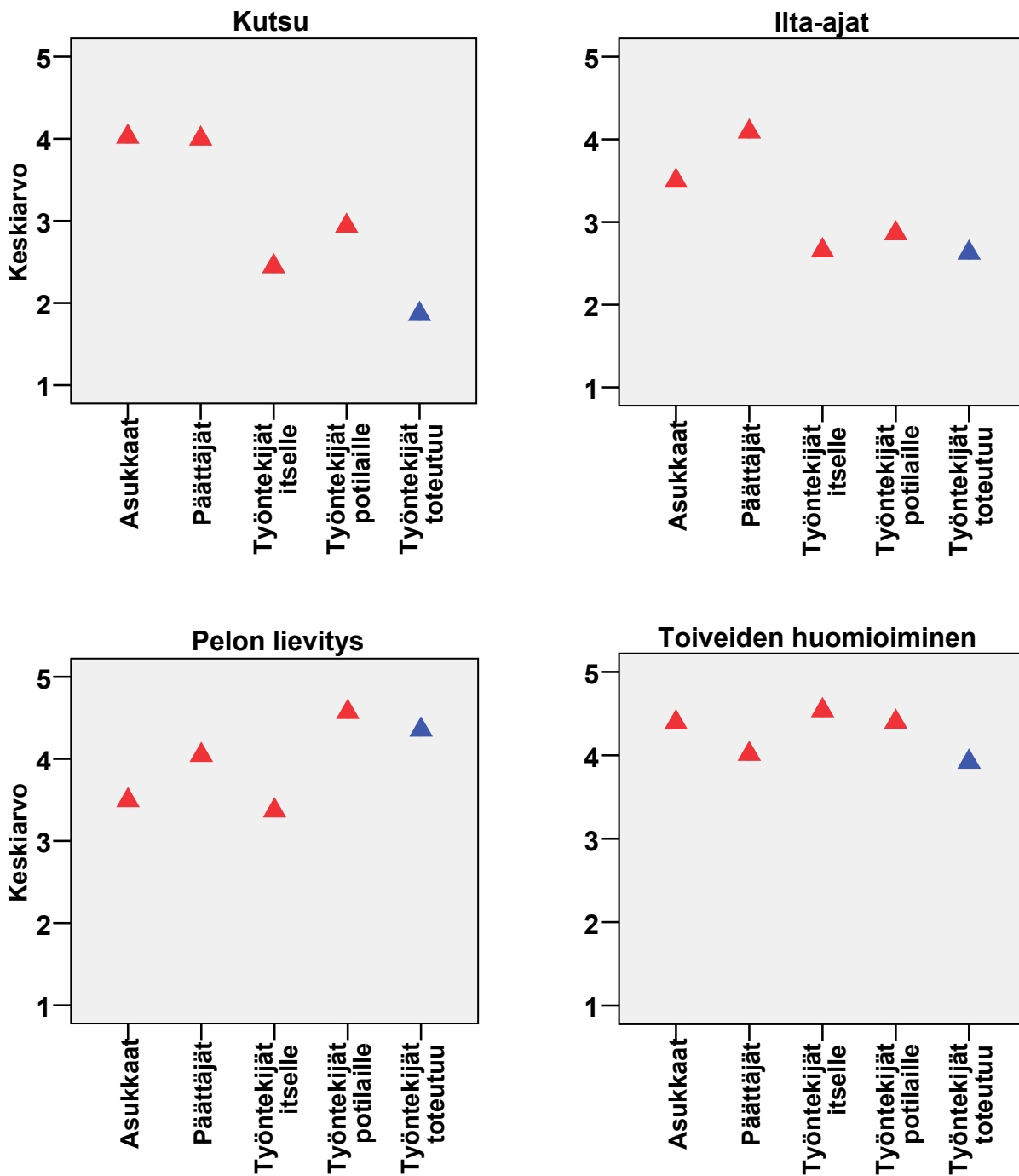
#### *Odotusten ja kokemusten kohtaaminen*

Asukkaiden, päättäjien ja työntekijöiden välillä oli eroja siinä, kuinka heidän suun terveydenhuollon palveluihin kohdistamansa odotukset ja työntekijöiden kokemukset asioiden toteutumisesta vastasivat toisiaan. Asioiden nykytilanne vastasi parhaiten päättäjien odotuksia, sillä heidän tärkeysarviossa vastasivat asioiden toteutumista useammin kuin asukkaiden ja työntekijöiden. Asukkaiden odotusten mukaisesti toteutuivat sairauksien ehkäisyneuvonta, kotihoidon mahdollistuminen, hoidon kivuttomuus ja hoitokäyntien pituudet. Vähiten nykytilanne vastasi työntekijöiden odotuksia, sillä vain kaksi asiaa – ilta-ajat ja sama hoitaja – toteutuivat heidän odotustensa mukaisesti. (Taulukko 10 s. 72, taulukko 11 s. 75 ja taulukko 12 s. 78.)

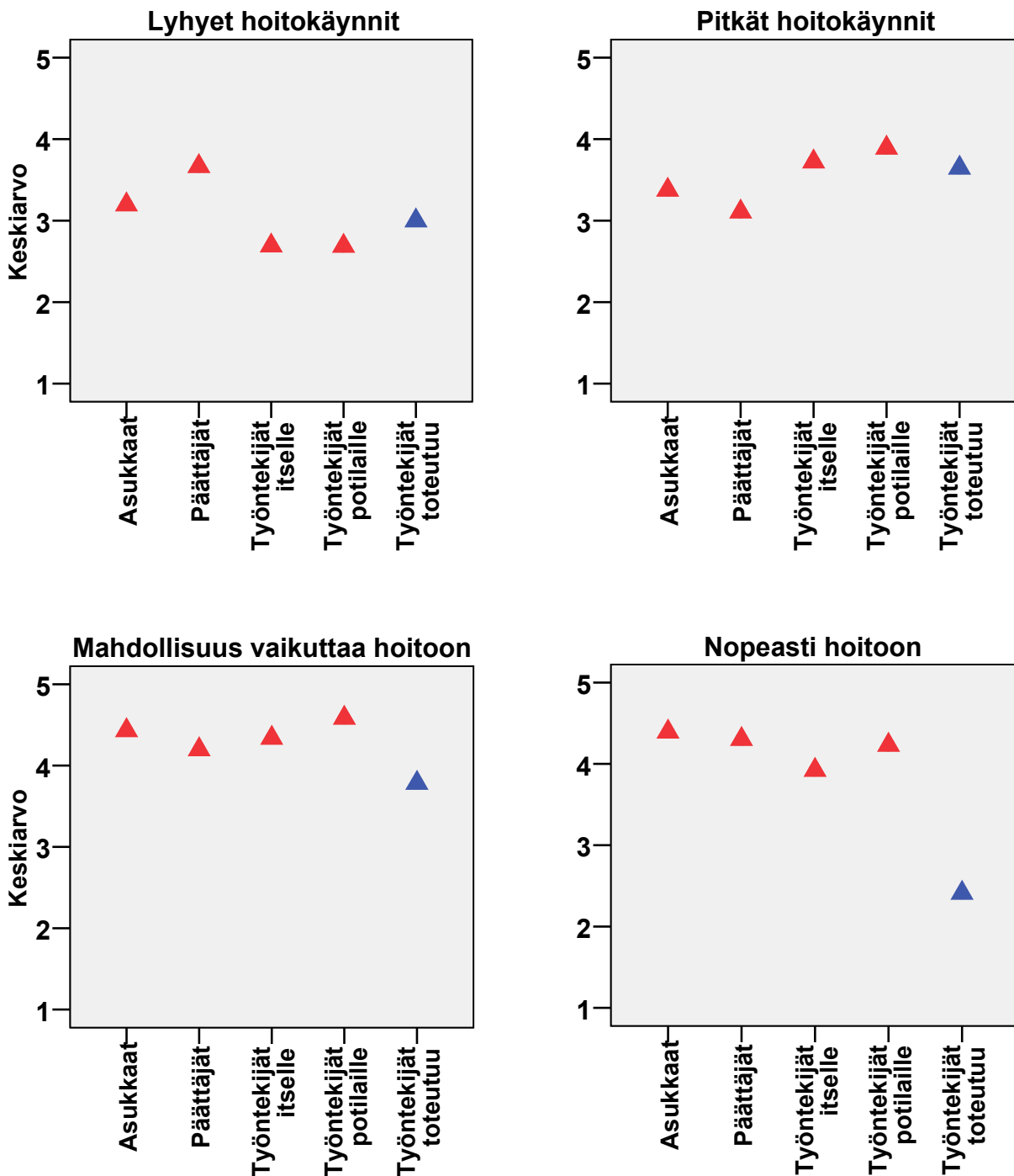
Asiat, joiden toteutumiset vastasivat niiden tärkeyttä, eivät olleet samoja joka ryhmässä. Suun sairauksien ehkäisyneuvonta, kotihoidon mahdollistuminen ja hoidon kivuttomuus toteutuivat päättäjien ja asukkaiden tärkeysarviota vastaavasti. Mahdollisuus olla saman hoitajan hoidossa toteutui päättäjien ja työntekijöiden tärkeysarviota vastaavasti. Asukkailla ja työntekijöillä ei sen sijaan ollut yhtään samaa asiaa, joka molemmilla olisi toteutunut siinä määrin kuin heidän tärkeysarviossa olisi edellyttänyt. (Taulukot 10, 11 ja 12.)

Hoitokäyntien pituuteen liittyvät näkemyserot päättäjien ja työntekijöiden välillä tulivat esille myös odotusten ja toteutuman vertailussa. Lyhyet hoitokäynnit paljon hoitoa tarvitsevilla potilailla toteutuivat useammin ja pitkät hoitokäynnit harvemmin kuin työntekijöiden tärkeysarvio olisi edellyttänyt ja päättäjillä päinvastoin. Sen sijaan niin lyhyet kuin pitkätkin hoitokäynnit toteutuivat asukkaiden odotusten mukaisesti. (Taulukot 10, 11 ja 12.)

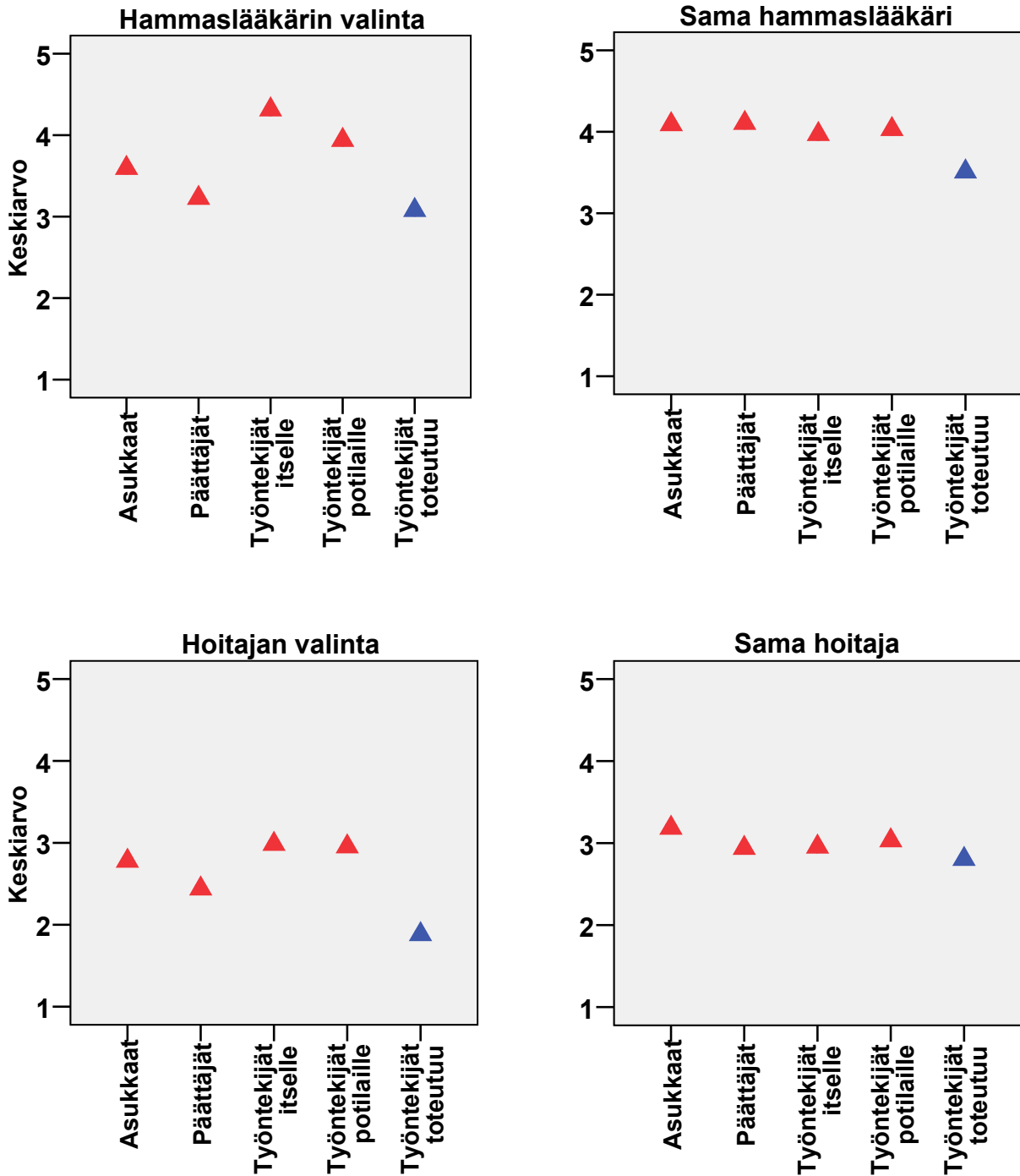
Pelon lievitys toteutui useammin kuin sen tärkeys asukkaiden arvioimana olisi edellyttänyt (taulukko 10).



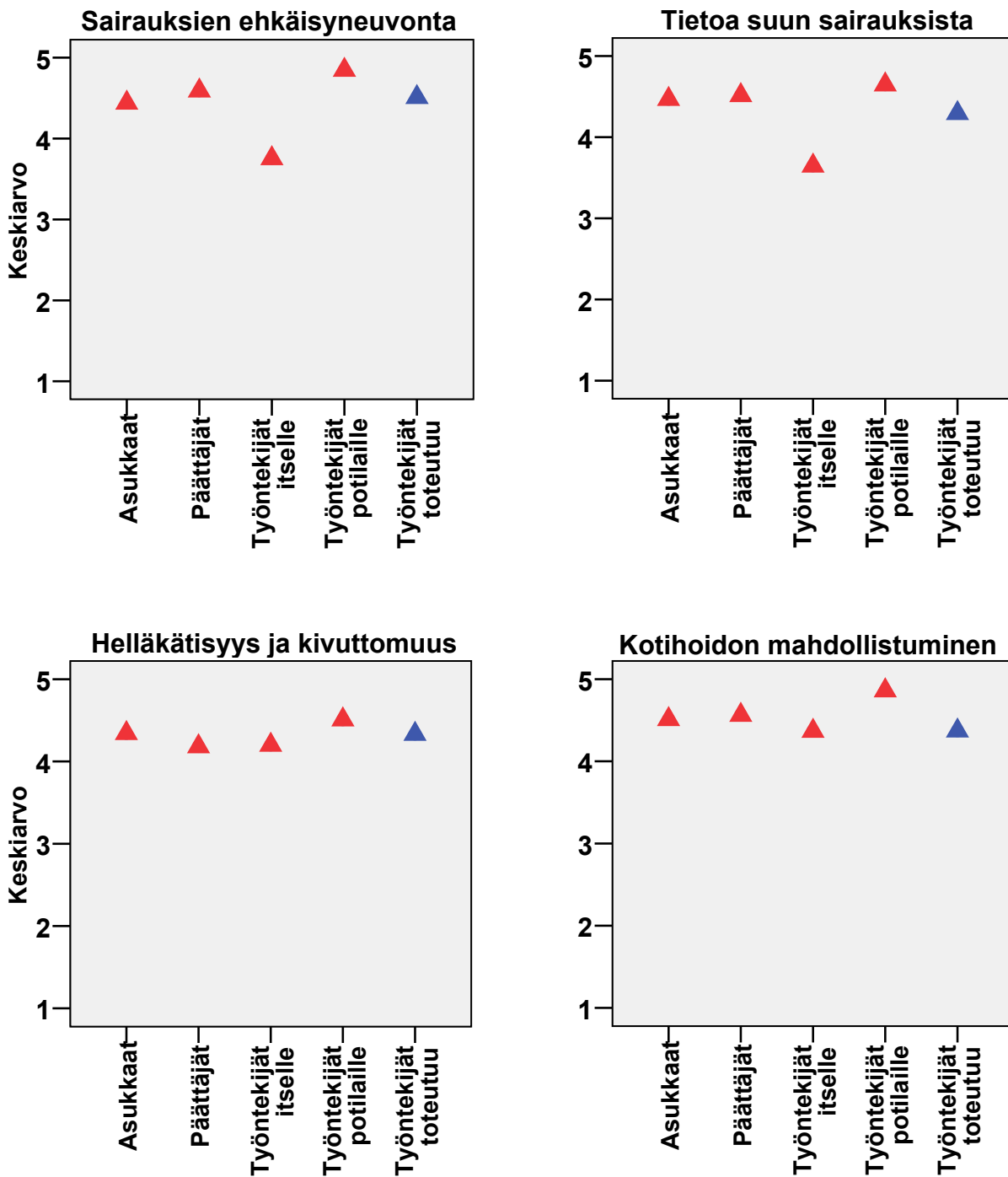
**KUVIO 8.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset kutsun, ilta-aikojen, pelon lievityksen sekä toiveiden huomioimisen tärkeydestä suun terveydenhuollossa ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä asiat toteutuvat omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkittävyydet ja vastaajamäärät liitetaulukoissa 5 ja 6.



**KUVIO 9.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset lyhyiden ja pitkien hoitokäyntien, hoitoon vaikuttamisen mahdollisuuksien sekä nopeasti hoitoon pääsyn tärkeydestä suun terveydenhuollossa ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä asiat toteutuvat omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukoissa 5 ja 6.



**KUVIO 10.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset hammaslääkärin ja hoitajan valintamahdollisuuden sekä pysyvien hammaslääkäri- ja hoitajasuhteiden tärkeydestä suun terveydenhuollossa ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä asiat toteutuvat omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukoissa 5 ja 6.



**KUVIO 11.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset suun sairauksien ehkäisyneuvonnan, suun sairauksista tiedon jakamisen, helläkätisyyden ja kivuttomuuden sekä kotihoidon mahdollistumisen tärkeydestä suun terveydenhuollossa ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä asiat toteutuvat omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukoissa 5 ja 6.

### 5.1.1.3 Palvelusektorin valinta, palvelujen käyttö ja koettu hoidon tarve

Asukkaista 43 % oli viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa yleensä terveyskeskuksessa ja 45 % yksityissektorilla. Päätäjistä noin kaksi kolmesta ja työntekijöistä lähes joka viides oli käynyt hoidossa yksityishammaslääkärillä. Sukupuolten välillä ei missään ryhmässä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Väestöstä nuorilla (15–34-vuotiaat) oli tavanomainen hoitopaikka ollut terveyskeskus useammin kuin keski-ikäisillä (35–54-vuotiaat) ja vanhoilla (55 vuotta täyttäneet ja vanhemmat). Keski-ikäisillä oli terveyskeskus ollut hoitopaikkana useammin kuin vanhoilla. Nuorista joka viides, keski-ikäisistä lähes joka toinen ja vanhoista kolme neljästä oli käynyt enimmäkseen yksityissektorilla. (Liitetaulukot 30 ja 31.)

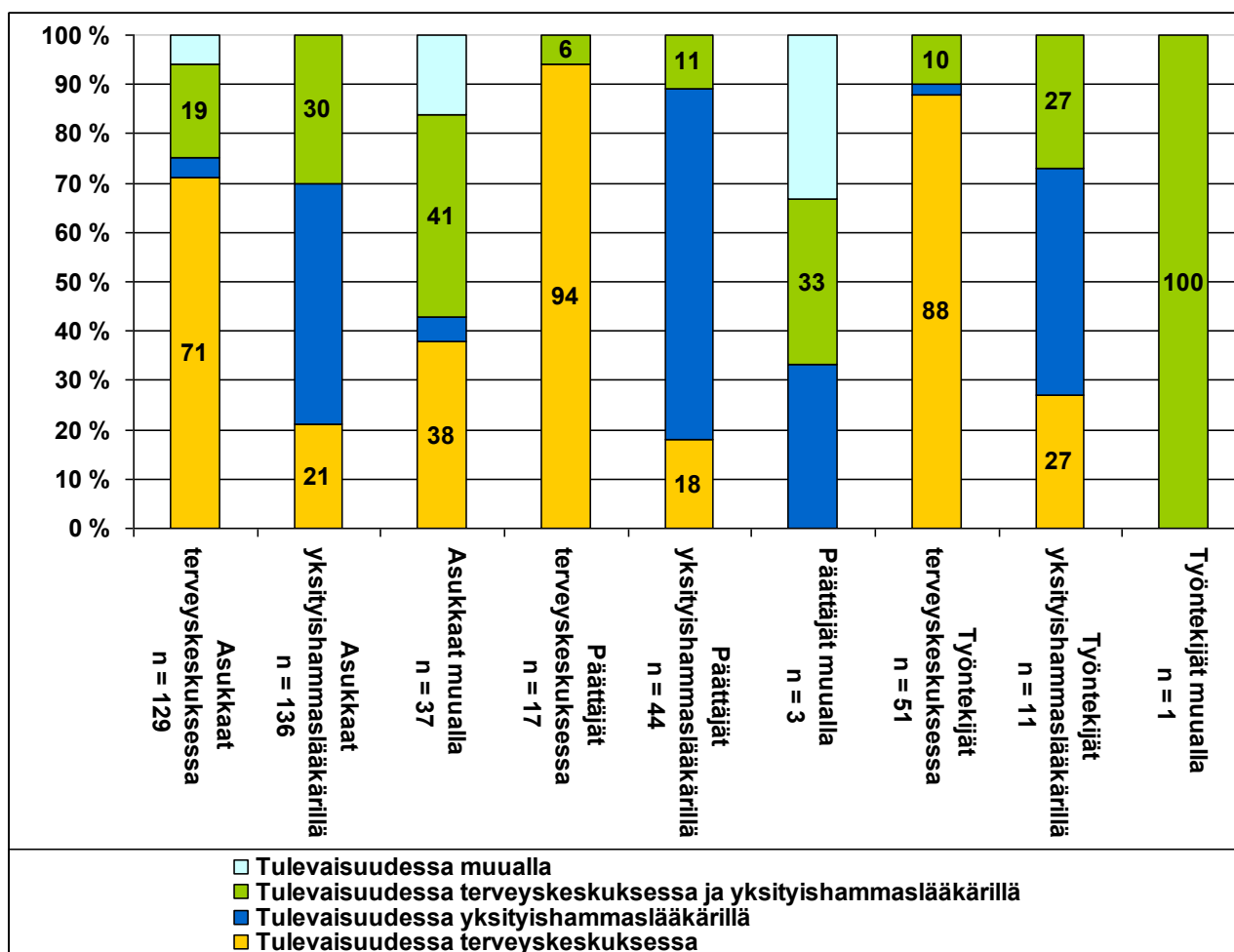
Aiemmin tavallisesti yksityishammaslääkärillä käyneistä asukkaista ja päätäjistä noin joka viides ja työntekijöistä lähes joka kolmas halusi tulevaisuudessa vaihtaa sektoria. Terveyskeskuksessa käyneistä sektorin vaihtoa suunnitteli joka ryhmässä vain muutama prosentti. (Kuvio 12.) Asukkaista erityisesti 55-vuotiaat ja vanhemmat suunnittelivat hoitopaikan vaihtoa yksityissektorilta terveyskeskukseen (liitetaulukot 31 ja 33). Myös molempien sektoreiden käyttö tulevaisuudessa sai kannatusta. Lähes joka kolmas yksityishammaslääkärillä käynyt asukas ja lähes joka viides terveyskeskushammaslääkärillä käynyt asukas oli valmis tulevaisuudessa käyttämään molempia sektoreita. (Kuvio 12.)

Jyväskylän asukkaat ja päättäjät olivat käyneet hoidossa säännöllisemmin kuin suun terveydenhuollon työntekijät. Asukkaista yli puolet ja päätäjistä lähes kaksi kolmasosaa, mutta työntekijöistä vain vajaa viidesosa oli käynyt hammashoidossa säännöllisesti. Sekä asukkaista että päätäjistä noin kaksi kolmesta ja työntekijöistä vajaa puolet oli edellisen kerran käynyt hammashoidossa vuoden sisällä. Väestöstä nuoret olivat käyneet hoidossa epäsäännöllisemmin kuin keski-ikäiset ja vanhat. Nuorilla edellisestä hoidossa käynnistä oli kulunut pitempi aika kuin heitä vanhemmilla. Väestön naiset olivat käyneet hoidossa miehiä säännöllisemmin, ja naisilla edellisestä hoidossa käynnistä oli kulunut lyhyempi aika kuin miehillä. (Liitetaulukot 24, 25, 28 ja 29.)

Tulevaisuudessa palveluja säännöllisesti käyttävien osuus oli kaikissa ryhmissä korkea. Noin 80 % asukkaista, päätäjistä ja työntekijöistä halusi käyttää palveluja säännöllisesti, eikä tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä ollut missään ryhmässä. Väestöstä keski-ikäiset useammin kuin nuoret ja vanhat halusivat jatkossa käyttää suun terveydenhuollon palveluja säännöllisesti. (Liitetaulukot 26 ja 27.)

Suurin osa asukkaista, päätäjistä ja työntekijöistä koki suunsa terveyden erittäin tai melko hyväksi – työntekijät muita paremmaksi. Asukkaiden ja päätäjien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Noin kolmannes asukkaista ja päätäjistä sekä lähes puolet työntekijöistä ei omasta mielestään ollut hoidon tarpeessa ollenkaan. Asukkaista joka kolmas, päätäjistä lähes joka viides ja työntekijöistä joka neljäs koki tarvitsevansa hoitoa jonkin vaivan takia. (Liitetaulukot 34 ja 35.)

Yksityissektorilla ja terveyskeskuksessa hammashoidossa käyneiden asukkaiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa koetussa hoidon tarpeessa eikä koetussa suunterveydessä (liitetaulukot 34 ja 35).



**KUVIO 12.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden arviot siitä, missä he tulevaisuudessa aikovat käydä hammashoidossa. Vastaukset on ryhmitelty sen mukaan, mikä heillä on ollut tavanomainen hoitopaikka viimeisen viiden vuoden aikana.

## 5.1.2 Jyväskylä verrattuna ympäristökuntiin

### 5.1.2.1 Asukkaat

#### *Odotukset palveluista*

Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden odotukset suun terveydenhuollon palveluista eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi. Yli puolet kummastakin väestöstä piti kotihoidon mahdollistumista, tiedon saamista suun sairauksista, suun sairauksien ehkäisyneuvontaa sekä hoitoon vaikuttamisen mahdollisuuksia erittäin tärkeinä. (Kuviot 14, 15 ja 16; liitekuviot 1 ja 2; liitetaulukko 7.)

*Hammaslääkärin ja hoitajan valinta sekä pysyvät hoitosuhteet*

Yhteistä Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaille oli se, että tärkeämpänä pidettiin saada olla saman hammaslääkärin hoidossa kuin saada valita hammaslääkäri ja vastaavasti saman hoitajan hoidossa kuin saada valita hoitaja. Lisäksi kummallekin väestölle hoitosuhde samaan hammaslääkäriin oli tärkeämpi kuin suhde samaan hoitajaan. Tärkeämpää oli myös saada valita hammaslääkäri kuin hoitaja. (Liitetaulukot 15, 16, 17 ja 18.)

Käsitykset pysyvien hoitosuhteiden ja hoitavan henkilön valintamahdollisuuden tärkeydestä olivat molemmissa väestöissä yhteydessä tavanomaiseen hoitopaikkaan. Yksityishammaslääkärillä käyneet pitivät omahammaslääkärinä sekä hammaslääkärin ja hoitajan valintaa tärkeämpinä kuin terveystakeskushammashoidossa käyneet. (Liitetaulukko 11.)

Terveystakeskushammashoidossa käyneet ympäristökuntalaiset pitivät sekä pysyviä hammaslääkäri- ja hoitajasuhteita että hammaslääkärin ja hoitajan valintaa tärkeämpinä kuin terveystakeskushammashoidossa käyneet jyväskyläläiset. Yksityishammaslääkärillä käyneet jyväskyläläiset ja ympäristökuntalaiset eivät näissä asioissa eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. (Liitetaulukko 11.)

*Sopiva odotusaika ja hoitokäyntien väli*

Käsitykset ajasta, jonka jyväskyläläiset ja ympäristökuntalaiset olivat valmiita odottamaan tarkastukseen pääsyä tai jota he pitivät sopivana hoitokäyntien välinä, eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi. Molemmissa väestöissä joka kahdeksas oli valmis odottamaan tarkastukseen pääsyä korkeintaan viikon, yli puolet korkeintaan yhden kuukauden ja runsas viidennes korkeintaan kolme kuukautta. (Liitetaulukko 20.) Noin 60 % sekä jyväskyläläisistä että ympäristökuntalaisista toivoi käyntien väliksi viikkoa tai sitä lyhyempää aikaa, ja runsaalle kymmenelle prosentille käyntien välisellä ajalla ei ollut merkitystä (liitetaulukko 22).

Kummassakin väestössä yksityishammaslääkärillä käyneet halusivat odottaa lyhyemmän aikaa tarkastukseen ja toivoivat myös lyhyempiä hoitovälejä kuin terveystakeskushammashoidossa käyneet. Lähes joka viides yksityissektorilla käynyt jyväskyläläinen ja ympäristökuntalainen halusi päästä tarkastukseen viikon sisällä, kun taas terveystakeskuksessa käyneistä kummassakin väestössä näin nopeaa hoitoon pääsyä toivoi harvempi kuin joka kymmenes. Noin kolme neljästä yksityissektorilla käyneistä molemmissa väestöissä piti viikon mittaista hoitokäyntien väliä sopivana ja terveystakeskuksessa käyneistä noin joka toinen. (Liitetaulukot 21 ja 23.)

Kummassakin väestössä terveystakeskushammashoidossa käyneet pitivät nopeaa hoitoon pääsyä tärkeämpänä kuin pysyvää hoitosuhdetta samaan hammaslääkäriin – yksityishammaslääkärillä käyneillä ei asioiden välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa (liitetaulukko 19).

### *Kohtuuhintaisuus*

Terveyskeskushammashoidossa käyneet ympäristökuntalaiset pitivät hoidon kohtuuhintaisuutta tärkeämpänä kuin yksityishammaslääkärillä käyneet – sen sijaan jyvaskyläläisillä ero vastaavien ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä (liitetaulukko 11).

### *Erot naisten ja miesten odotuksissa*

Jyvaskyläläisten ja ympäristökuntalaisten naisten odotukset eivät eronneet tilastollisesti merkittävästi eivätkä myöskään miesten. Sen sijaan kummassakin väestössä oli sukupuolten välillä tilastollisesti merkitseviä eroja samojen muuttujien kohdalla ja samansuuntaisesti. Molempien väestöjen naisille tärkeämpää kuin miehille oli toiveiden huomioiminen, kohtuuhintaisuus, pitkät hoitosuhteet, hammaslääkärin valinta, tiedon saaminen suun sairauksista ja niiden ehkäisystä, kotihoidon mahdollistuminen, kutsun saaminen tarkastukseen, lyhyet hoitokäynnit, hoidon kivuttomuus, pelonlievitys sekä hoitoon pääseminen nopeasti. (Liitetaulukko 10.)

### *Odotusten ja kokemusten kohtaaminen*

Jyvaskylässä ja ympäristökunnissa oli eroja siinä, kuinka hyvin asukkaiden odotuksiin pysyttiin vastaamaan. Ympäristökunnissa sama hammaslääkäri ja tiedon antaminen suun sairauksista toteutuivat asukkaiden odotusten mukaisesti, mutta Jyvaskylässä harvemmin kuin niiden tärkeys olisi edellyttänyt. Jyvaskylässä sen sijaan pitkät ja lyhyet hoitokäynnit sekä hoidon kivuttomuus toteutuivat asukkaiden tärkeysarviota vastaavasti. Ympäristökunnissa lyhyet hoitokäynnit ja hoidon kivuttomuus toteutuivat harvemmin ja sama hoitaja sekä pitkät hoitokäynnit useammin kuin niiden tärkeys väestölle olisi edellyttänyt. (Taulukko 10.)

Useimmat niistä asioista, jotka eivät toteutuneet asukkaiden odotusten mukaisesti, olivat samoja sekä Jyvaskylässä että ympäristökunnissa. Kutsu, ilta-ajat, nopea hoitoon pääsy, hammaslääkärin ja hoitajan valintamahdollisuus, kohtuuhintaisuus, hoitoon vaikuttamisen mahdollisuudet ja toiveiden huomioiminen eivät toteutuneet kummankaan väestön odotusten mukaisesti, vaan harvemmin. Sen sijaan pelon lievitys toteutui molemmissa väestöissä useammin kuin sen tärkeys olisi edellyttänyt. (Taulukko 10.)

Kotihoidon mahdollistuminen ja suun sairauksien ehkäisyneuvonta toteutuivat sekä Jyvaskylässä että ympäristökunnissa niiden tärkeyttä vastaavasti. (Taulukko 10.)

**TAULUKKO 10.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä sekä Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden kokemukset vastaavien asioiden toteutumisesta omalla työpaikalla. Asukkaiden arvioiman tärkeyden ja työntekijöiden arvioiman toteutuman parivertailu.

Muuttuja	Jyväskylän asukkaat n = 320			Ympäristökuntien asukkaat n = 831		
	Jyväskylän työntekijät n = 52			Ympäristökuntien työntekijät n = 85		
	ka. ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p	ka. ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p
Kutsu	2,2	-8,86	< 0,001	0,2	-2,70	0,007
Ilta-ajat	0,9	-4,54	< 0,001	1,5	-9,17	< 0,001
Nopeasti hoitoon	2,0	-10,34	< 0,001	1,3	-10,29	< 0,001
Hammaslääkärin valinta	0,5	-3,00	0,003	0,6	-4,20	< 0,001
Hoitajan valinta	0,9	-5,21	< 0,001	0,7	-5,17	< 0,001
<b>Sama hammaslääkäri</b>	0,6	-4,36	< 0,001	0,0	-1,67	<b>0,094</b>
Sama hoitaja	0,4	-2,00	0,046	-0,4	-2,76	0,006
Kohtuuhintaisuus	0,4	-4,55	< 0,001	0,4	-4,86	< 0,001
<b>Tietoa suun sairauksista</b>	0,2	-2,42	0,017	-0,1	-0,26	<b>0,793</b>
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	0,7	-4,63	< 0,001	0,7	-4,54	< 0,001
<b>Sairauksien ehkäisyneuvonta</b>	-0,1	-0,15	<b>0,885</b>	-0,2	-1,70	<b>0,092</b>
<b>Kotihoidon mahdollistuminen</b>	0,1	-1,82	<b>0,069</b>	-0,1	-1,28	<b>0,204</b>
Toiveiden huomioiminen	0,5	-4,94	< 0,001	0,2	-3,09	0,002
<b>Lyhyet hoitokäynnit</b>	0,2	-1,26	<b>0,209</b>	0,7	-4,82	< 0,001
<b>Pitkät hoitokäynnit</b>	-0,3	-1,30	<b>0,195</b>	-0,4	-2,75	0,006
Pelon lievitys	-0,9	-4,44	< 0,001	-0,8	-5,35	< 0,001
<b>Helläkätisyys ja kivuttomuus</b>	0,0	-1,08	<b>0,285</b>	0,2	-3,48	< 0,001

<sup>1</sup>Asukkaiden arvioiman tärkeyden ja työntekijöiden arvioiman toteutuman keskiarvojen erotus

<sup>2</sup>Mann-Whitneyn U-testin testisuure

Lihavoituna muuttajat, jotka toteutuivat joko molemmissa tai vain toisessa vertailuryhmässä siinä määrin kuin niiden tärkeys edellytti. Lihavoituna myös vastaava p-arvo.

### *Palvelusektorin valinta, palvelujen käyttö ja koettu hoidon tarve*

Jyväskyläläisistä asukkaista useampi kuin ympäristökuntalaisista käytti yksityishammaslääkäripalveluja, ja ero näytti säilyvän vastaisuudessakin (liitetaulukot 30 ja 32). Yhteistä kummallekin väestölle oli se, että yksityishammaslääkärillä käyneistä noin joka viides oli tulevaisuudessa halukas siirtymään terveyskeskukseen ja noin joka kolmas käyttämään molempia sektoreita (kuviot 12 ja 13). Se, halusiko asukas käydä hammashoidossa vastaisuudessa terveyskeskuksessa vai yksityishammaslääkärillä, ei kummassakaan väestössä riippunut koulutustasosta eikä sukupuolesta.

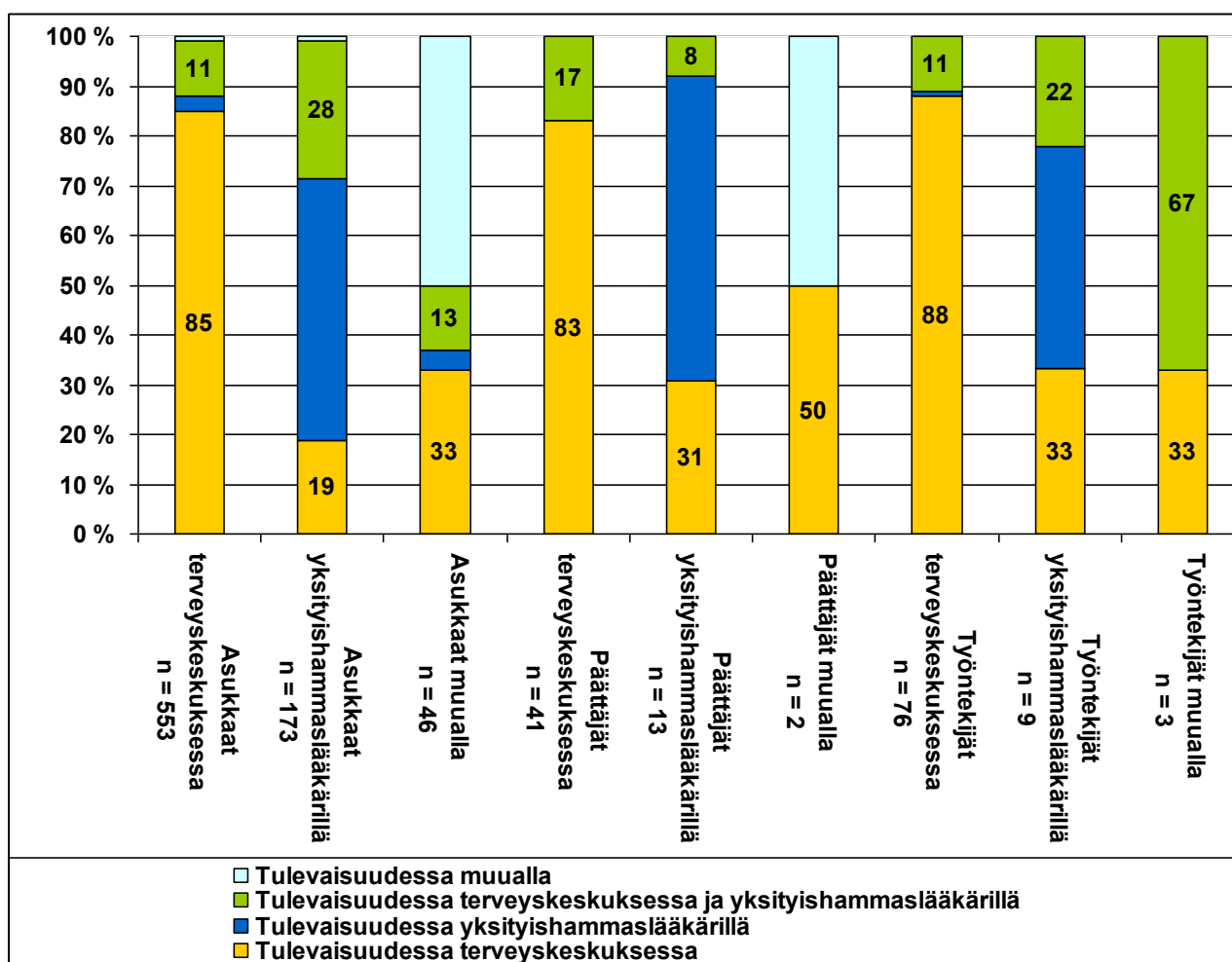
Hammashoidossa käynnin säännöllisyys ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi väestöjen välillä. Tulevaisuudessa ympäristökuntalaisista useampi kuin jyväskyläläisistä aikoi käydä hammashoidossa säännöllisesti. Lähes joka viides jyväskyläläinen ja joka seitsemäs ympäristökuntalainen halusi käyttää palveluja epäsäännöllisesti. (Liitetaulukot 24 ja 26.)

Jyväskyläläiset terveyskeskuksesta hoitonsa hakeneet olivat käyneet hammashoidossa epäsäännöllisemmin kuin vastaavat ympäristökuntalaiset; yksityishammaslääkärillä käyneillä ei ollut tilastolli-

sesti merkitsevää eroa. Molemmassa väestöissä yksityishammaslääkärin potilaat käyttivät palveluja säännöllisemmin kuin terveyskeskushammashoidon potilaat. (Liitetaulukko 24.)

Jyväskylässä terveyskeskushammashoidossa käyneillä edellisestä hoitokäynnistä oli kulunut pidemmän aikaa kuin vastaavilla ympäristökuntalaisilla; yksityishammaslääkärillä käyneillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Kummassakin väestössä yksityissektorilla käyneillä oli edellisestä hammashoitokäynnistä kulunut lyhyempi aika kuin terveyskeskuksessa käyneillä. (Liitetaulukko 28.)

Koettu suunterveys ja hammashoidon tarve eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden välillä. Noin 70 % kummastakin ryhmästä koki suunsa terveyden erittäin tai melko hyväksi ja vajaa kolmannes ei omasta mielestään tarvinnut hammashoitoa tällä hetkellä ollenkaan. Ympäristökuntien asukkaista yksityishammaslääkärillä käyneet kokivat suunsa terveyden paremmaksi ja olevansa harvemmin hoidon tarpeessa kuin terveyskeskushammashoidossa käyneet. Jyväskylässä ei näissä asioissa ollut tilastollisesti merkitsevää eroa eri sektoreita käyttäneiden välillä. (Liitetaulukot 34 ja 35.)



**KUVIO 13.** Ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden arviot siitä, missä he tulevaisuudessa aikovat käydä hammashoidossa. Vastaajat on ryhmitelty sen mukaan, mikä heillä on ollut tavanomainen hoitopaikka viimeisen viiden vuoden aikana.

### 5.1.2.2 Päätäjät

#### *Odotukset palveluista*

Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien – niin johtajien kuin luottamushenkilöidenkin – odotuksissa suun terveydenhuollon palveluista ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Suurin osa molemmista päättäjryhmistä piti kotihoidon mahdollistumista, tiedon saamista suun sairauksista ja suun sairauksien ehkäisyneuvontaa potilaille erittäin tärkeinä. (Kuviot 14, 15 ja 16; liitekuviot 1 ja 2; liitetaulukko 8.)

#### *Hoitokäyntien pituus*

Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien käsitykset siitä, pitikö paljon hoitoa tarvitsevien potilaiden käydä useilla lyhyillä hoitokäynneillä vai harvoilla pitkillä, erosivat toisistaan. Jyväskylän päättäjät olivat mieluummin lyhyiden hoitokäyntien kannalla kuin pitkien, kun taas ympäristökuntien päättäjillä ei näiden asioiden välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. (Liitetaulukko 14.)

#### *Hammaslääkärin ja hoitajan valinta sekä pysyvät hoitosuhteet*

Yhteistä Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjille oli se, että tärkeämpänä pidettiin saada olla saman hammaslääkärin hoidossa kuin saada valita hammaslääkäri ja vastaavasti saman hoitajan hoidossa kuin saada valita hoitaja. Samoin hoitosuhde samaan hammaslääkäriin oli tärkeämpi kuin samaan hoitajaan. Tärkeämpää oli myös saada valita hammaslääkäri kuin hoitaja. (Liitetaulukot 15, 16, 17 ja 18.)

#### *Sopiva odotusaika ja hoitokäyntien väli*

Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien käsitykset ajasta, jonka he itse olivat valmiita odottamaan päästökseen tarkastukseen tai jota he omassa hoidossaan pitivät sopivana hoitokäyntien välinä, eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi. Kummassakin päättäjryhmässä noin joka toiselle sopiva odotusaika tarkastukseen oli yhdestä viikosta yhteen kuukauteen, eikä yli kolmea kuukautta hyväksynyt kuin joka kahdeksas päättäj. Päättäjät halusivat itselleen melko lyhyitä käyntien välejä – noin kolme neljästä kummassakin ryhmässä halusi hoitoväliksi yhdestä viikosta yhteen kuukauteen. Joka seitsemännelle jyväskyläläiselle päättäjälle ja useammalle kuin joka neljännelle ympäristökuntalaiselle päättäjälle käyntien välisellä ajalla ei ollut merkitystä. (Liitetaulukot 20 ja 22.) Sopiva odotusaika ja hoitokäyntien väli eivät kummassakaan päättäjryhmässä riippuneet siitä, olivatko päättäjät itse käyttäneet terveyskeskuspalveluja vai yksityishammaslääkäripalveluja.

#### *Yhteistyö*

Suurin osa molemmista päättäjryhmistä piti erityisosaamista vaativien potilaiden hoitoa ja viikonloppupäivystystä eniten hyötyä tuottavina kuntien välisinä yhteistyömuotoina suun terveydenhuollossa. Samoin suurin osa näki terveyden edistämisen hyödyllisimmäksi yhteistyömuodoksi omassa kunnassaan suun terveydenhuollon ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden välillä. (Liitetaulukot 12 ja 13.)

### Odotusten ja kokemusten kohtaaminen

Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien arviot asioiden tärkeydestä vastasivat melko usein työntekijöiden kokemuksia vastaavien asioiden toteutumisesta. Suun sairauksien ehkäisyneuvonta, kotihoidon mahdollistuminen, hammaslääkärin valinta, toiveiden huomioiminen, pelon lievitys ja hoidon kivuttomuus toteutuivat sekä Jyväskylässä että ympäristökunnissa päättäjien odotusten mukaisesti. (Taulukko 11.)

Ympäristökunnissa kutsu, sama hammaslääkäri, hoitajan valinta ja tiedon antaminen suun sairauksista toteutuivat päättäjien odotusten mukaisesti, mutta Jyväskylässä harvemmin kuin niiden tärkeys olisi edellyttänyt. Sekä Jyväskylässä että ympäristökunnissa pitkät hoitokäynnit toteutuivat useammin ja lyhyet harvemmin kuin niiden tärkeys olisi edellyttänyt. Lisäksi ympäristökunnissa sama hoitaja toteutui useammin kuin sen tärkeys olisi edellyttänyt – Jyväskylässä sen toteutuminen vastasi päättäjien odotuksia. (Taulukko 11.)

**TAULUKKO 11.** Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä sekä Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden kokemukset vastaavien asioiden toteutumisesta omalla työpaikalla. Päättäjien arvioiman tärkeyden ja työntekijöiden arvioiman toteutuman parivertailu.

Muuttuja	Jyväskylän päättäjät n = 66			Ympäristökuntien päättäjät n = 59		
	ka. ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p	ka. ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p
	Jyväskylän työntekijät n = 52			Ympäristökuntien työntekijät n = 85		
<b>Kutsu</b>	2,1	-7,22	< 0,001	0,2	-1,62	<b>0,106</b>
Ilta-ajat	1,5	-6,18	< 0,001	1,9	-7,93	< 0,001
Nopeasti hoitoon	1,9	-7,68	< 0,001	1,3	-6,65	< 0,001
<b>Hammaslääkärin valinta</b>	0,2	-0,72	<b>0,477</b>	0,2	-0,92	<b>0,369</b>
<b>Hoitajan valinta</b>	0,6	-2,91	0,003	0,3	-1,72	<b>0,085</b>
<b>Sama hammaslääkäri</b>	0,6	-3,69	< 0,001	-0,1	-0,10	<b>0,914</b>
<b>Sama hoitaja</b>	0,1	-0,57	<b>0,588</b>	-0,5	-2,92	0,003
Kohtuuhintaisuus	0,3	-2,31	0,022	0,3	-2,61	0,009
<b>Tietoa suun sairauksista</b>	0,2	-2,41	0,017	0,0	-0,31	<b>0,787</b>
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	0,4	-2,16	0,030	0,4	-2,15	0,031
<b>Sairauksien ehkäisyneuvonta</b>	0,1	-0,50	<b>0,653</b>	0,2	-1,91	<b>0,063</b>
<b>Kotihoidon mahdollistuminen</b>	0,2	-1,78	<b>0,082</b>	0,0	-0,04	<b>0,991</b>
<b>Toiveiden huomioiminen</b>	0,1	-1,23	<b>0,214</b>	-0,1	-0,54	<b>0,595</b>
Lyhyet hoitokäynnit	0,7	-4,07	< 0,001	0,6	-3,39	0,001
Pitkät hoitokäynnit	-0,5	-2,86	0,004	-0,4	-2,45	0,014
<b>Pelon lievitys</b>	-0,3	-1,61	<b>0,109</b>	-0,3	-1,85	<b>0,064</b>
<b>Helläkätisyys ja kivuttomuus</b>	-0,1	-0,92	<b>0,364</b>	0,0	-0,60	<b>0,543</b>

<sup>1</sup>Päättäjien arvioiman tärkeyden ja työntekijöiden arvioiman toteutuman keskiarvojen erotus

<sup>2</sup>Mann-Whitney U-testin testisuure

Lihavoituna muuttujat, jotka toteutuivat joko molemmissa tai vain toisessa vertailuryhmässä siinä määrin kuin niiden tärkeys edellytti. Lihavoituna myös vastaava p-arvo.

### ***Palvelusektorin valinta, palvelujen käyttö ja koettu hoidon tarve***

Jyväskylän päättäjistä useampi kuin ympäristökuntien päättäjistä oli käyttänyt yksityishammaslääkäripalveluja sekä aikoi käyttää tulevaisuudessakin (liitetaulukot 30 ja 32). Yksityishammaslääkärillä käyneistä jyvaskyläläisistä päättäjistä lähes joka viides ja ympäristökuntalaisista lähes joka kolmas aikoi tulevaisuudessa vaihtaa hoitopaikkansa terveyskeskukseen ja noin joka kymmenes aikoi käyttää molempia sektoreita. Terveyskeskushamashoidossa käyneet eivät kummassakaan päättäjärhymässä suunnitelleet vaihtavansa yksityissektorille. (Kuvio 12 s. 69 ja kuvio 13 s. 73.) Tulevaisuuden hoitosektori ei kummassakaan päättäjärhymässä ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä sukupuoleen eikä siihen, oliko päättäjällä johtava viranhaltija vai luottamushenkilö.

Koettu suunterveys ja hamashoidon tarve eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien välillä. Lähes 80 % kummastakin ryhmästä koki suunsa terveyden erittäin tai melko hyväksi ja noin joka kolmas ei omasta mielestään tarvinnut hammashoitoa tällä hetkellä ollenkaan. (Liitetaulukot 34 ja 35.)

#### **5.1.2.3 Suun terveydenhuollon työntekijät**

##### ***Odotukset palveluista potilaille***

Jyväskylän ja ympäristökuntien työntekijöiden odotukset suun terveydenhuollon palveluista erosivat tilastollisesti merkitsevästi kahdessa muuttujassa. Ensimmäinen Jyväskylän työntekijät pitivät potilaan mahdollisuutta valita hammaslääkäri tärkeämpänä kuin ympäristökuntien työntekijät. Jyväskylässä 79 % ja ympäristökunnissa 59 % piti hammaslääkärin valintamahdollisuutta potilaalle melko tai erittäin tärkeänä. Toiseksi jyvaskyläläiset työntekijät pitivät tiedon jakamista suun sairauksista vähemmän tärkeänä kuin ympäristökuntalaiset: erittäin tärkeänä pitävien osuus ympäristökunnissa oli 85 % ja Jyväskylässä 70 %. Yhteistä molemmille työntekijäryhmille oli se, että lähes kaikki työntekijät pitivät kotihoidon mahdollistumista ja suun sairauksien ehkäisyneuvontaa potilaille erittäin tärkeinä. (Kuviot 14, 15 ja 16; liitekuviot 1 ja 2; liitetaulukko 9.)

##### ***Hammaslääkärin ja hoitajan valinta sekä pysyvät hoitosuhteet***

Jyväskylän ja ympäristökuntien työntekijöiden käsitykset erosivat siinä, kumpaa pidettiin tärkeämpänä, mahdollisuutta valita hoitava henkilö vai mahdollisuutta ylläpitää pitkiä hoitosuhteita. Ympäristökuntien työntekijöiden mielestä potilaalle oli tärkeämpää saada olla saman hammaslääkärin hoidossa kuin saada valita hammaslääkäri sekä saada olla saman hoitajan hoidossa kuin saada valita hoitaja. Jyväskylän työntekijöillä ei näiden asioiden välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. (Liitetaulukot 15 ja 16.)

Yhteistä Jyväskylän ja ympäristökuntien työntekijöille oli se, että hoitosuhdetta samaan hammaslääkärin pidettiin potilaalle tärkeämpänä kuin suhdetta samaan hoitajaan. Tärkeämpää oli myös saada valita hammaslääkäri kuin hoitaja. (Liitetaulukot 17 ja 18.)

### *Sopiva odotusaika ja hoitokäyntien väli*

Jyväskylän ja ympäristökuntien työntekijöiden käsitykset potilaille sopivasta odotusajasta tarkastukseen ja sopivasta hoitokäyntien välistä eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi. Jyväskyläläisistä työntekijöistä lähes puolet ja ympäristökuntalaisista runsas kolmannes piti potilaille sopivana odotusaikana tarkastukseen korkeintaan yhdestä viikosta yhteen kuukauteen. Joka kahdeksas kummassakin työntekijäryhmässä piti sopivana odotusaikana yli kolmea kuukautta. Vajaa puolet molemmissa ryhmissä piti hyvänä käyntien välinä viikkoa tai sitä lyhyempää aikaa ja yli puolet noin kuukautta. (Liitetaulukot 20 ja 22.)

### *Odotukset palveluista itselle potilaana ollessa*

Jyväskylän ja ympäristökuntien työntekijöiden odotukset itselle potilaana ollessaan erosivat kahdessa asiassa. Ensinnäkin Jyväskylän työntekijät pitivät mahdollisuutta valita hammaslääkäri tärkeämpänä kuin ympäristökuntien työntekijät. Toinen asia oli pelon lievitys, jota ympäristökuntalaiset työntekijät pitivät tärkeämpänä kuin jyväskyläläiset. (Kuvio 15; liitekuvio 1; liitetaulukko 9.)

Ryhmien käsitykset erosivat myös siinä, kumpaa pidettiin itselle omassa hoidossa tärkeämpänä, mahdollisuutta valita hammaslääkäri vai mahdollisuutta pysyä saman hammaslääkärin hoidossa. Jyväskylän työntekijät pitivät tärkeämpänä hammaslääkärin valintaa kuin mahdollisuutta olla saman hammaslääkärin hoidossa. Ympäristökuntien työntekijöillä ei näiden asioiden välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Myös ero hoitajan valintamahdollisuuden ja pysyvän hoitajasuhteen tärkeyden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä kummassakaan ryhmässä. (Liitetaulukot 15 ja 16.)

### *Palvelujen toteutuminen*

Tilastollisesti merkitseviä eroja Jyväskylän ja ympäristökuntien työntekijöiden välillä oli siinä, miten hyvin palvelujen järjestämisen nähtiin toteutuneen omalla työpaikalla. Jyväskylässä usea asia toteutui harvemmin kuin ympäristökunnissa. Potilaiden kutsuminen, sama hammaslääkäri, sama hoitaja, tiedon antaminen suun sairauksista sekä hoitoon pääsy nopeasti toteutuivat Jyväskylässä harvemmin, mutta ilta-ajat ja lyhyet hoitokäynnit useammin kuin ympäristökunnissa. (Kuviot 14, 15 ja 16; liitekuviot 1 ja 2; liitetaulukko 9.)

### *Odotusten ja kokemusten kohtaaminen*

Yhteistä molemmille työntekijäryhmille oli se, että harva asia toteutui työntekijöiden odotusten mukaisesti. Jyväskylässä iltavastaanotot sekä sama hoitaja ja ympäristökunnissa toiveiden huomioiminen sekä lyhyet ja pitkät hoitokäynnit toteutuivat työntekijöiden tärkeysarviota vastaavasti. (Taulukko 12.)

Molemmissa organisaatioissa toteutuivat hoitoon pääsy nopeasti, mahdollisuus valita hammaslääkäri tai hoitaja, kohtuuhintaisuus, tiedon saaminen suun sairauksista, mahdollisuus vaikuttaa hoitoon, suun sairauksien ehkäisyneuvonta, kotihoidon mahdollistuminen ja pelon lievitys sekä hoidon kivuttomuus harvemmin kuin niiden tärkeys olisi edellyttänyt. Jyväskylässä toteutuivat lyhyet hoito-

käynnit ja ympäristökunnissa kutsu, sama hammaslääkäri ja sama hoitaja useammin kuin niiden tärkeys olisi edellyttänyt. (Taulukko 12.)

**TAULUKKO 12.** Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä potilaille ja työntekijöiden kokemukset vastaavien asioiden toteutumisesta omalla työpaikalla. Tärkeyden ja toteutuman parivertailu.

Muuttuja	Jyväskylän työntekijät n = 52			Ympäristökuntien työntekijät n = 85		
	ka.ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p	ka.ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p
Kutsu	1,2	-4,31	< 0,001	-0,8	-4,62	< 0,001
<b>Iltajat</b>	0,1	-0,52	<b>0,613</b>	0,7	-3,99	< 0,001
Nopeasti hoitoon	1,8	-5,54	< 0,001	1,0	-4,95	< 0,001
Hammaslääkärin valinta	0,9	-4,06	< 0,001	0,4	-2,41	0,016
Hoitajan valinta	1,1	-5,07	< 0,001	0,6	-3,85	< 0,001
Sama hammaslääkäri	0,6	-3,24	0,001	-0,3	-2,60	0,008
<b>Sama hoitaja</b>	0,2	-1,03	<b>0,311</b>	-0,6	-3,37	0,001
Kohtuuhintaisuus	0,4	-3,52	< 0,001	0,3	-2,37	0,018
Tietoa suun sairauksista	0,4	-3,77	< 0,001	0,3	-4,54	< 0,001
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	0,9	-4,42	< 0,001	0,5	-4,19	< 0,001
Sairauksien ehkäisyneuvonta	0,3	-3,69	< 0,001	0,3	-4,60	< 0,001
Kotihoidon mahdollistuminen	0,5	-4,35	< 0,001	0,4	-5,04	< 0,001
<b>Toiveiden huomioiminen</b>	0,6	-4,50	< 0,001	0,2	-1,82	<b>0,072</b>
<b>Lyhyet hoitokäynnit</b>	-0,4	-2,47	0,014	-0,3	-1,96	<b>0,052</b>
<b>Pitkät hoitokäynnit</b>	0,4	-2,67	0,008	0,2	-1,28	<b>0,208</b>
Pelon lievitys	0,2	-2,84	0,006	0,2	-2,72	0,008
Helläkätisyys ja kivuttomuus	0,2	-2,52	0,019	0,3	-3,50	< 0,001

<sup>1</sup>Työntekijöiden arvioiman tärkeyden ja toteutuman keskiarvojen erotus

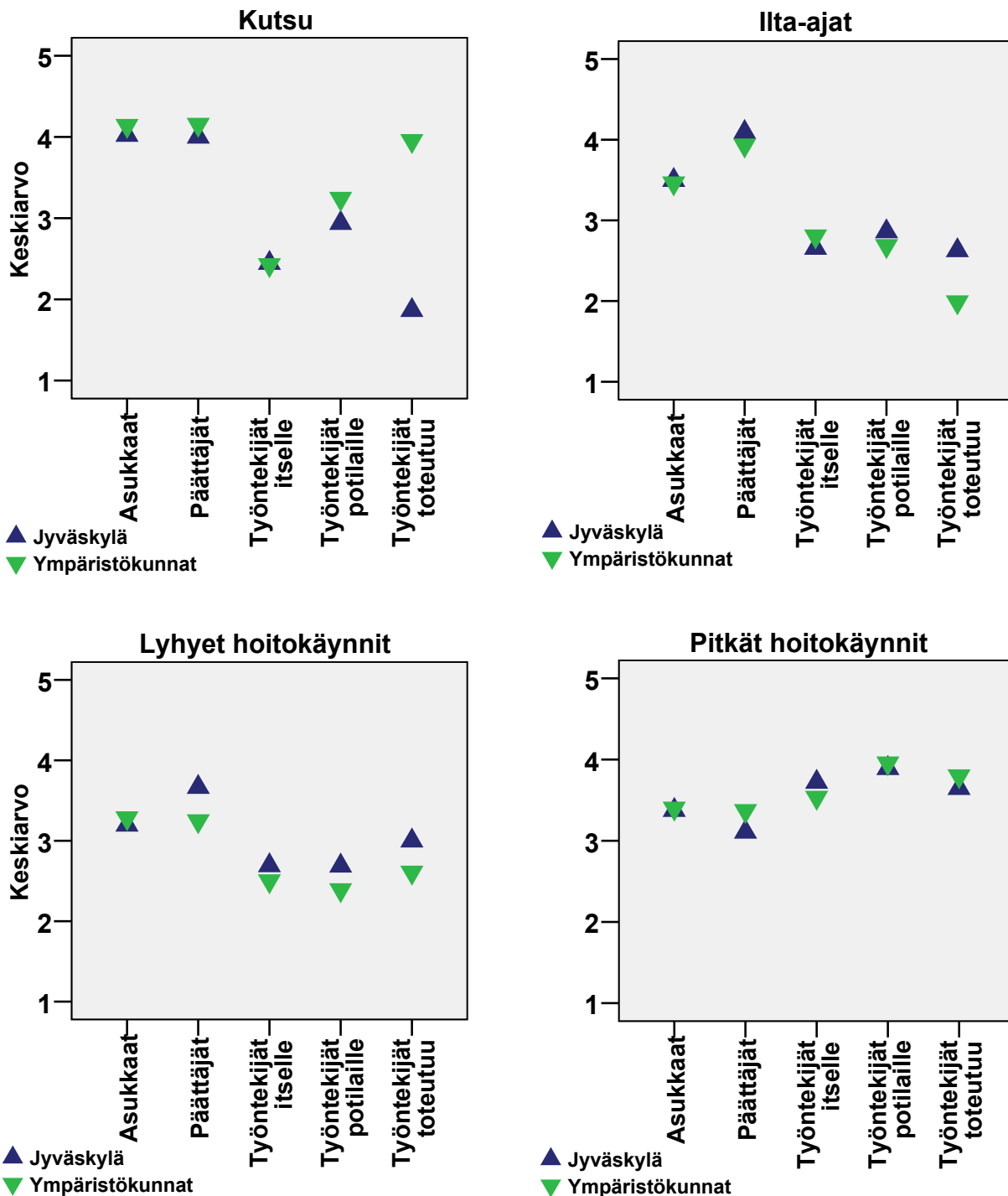
<sup>2</sup>Wilcoxonin merkittävien järjestyslukujen testin testisuure

Lihavoituna muuttujat, jotka toteutuivat joko molemmissa tai vain toisessa vertailuryhmässä siinä määrin kuin niiden tärkeys edellytti. Lihavoituna myös vastaava p-arvo.

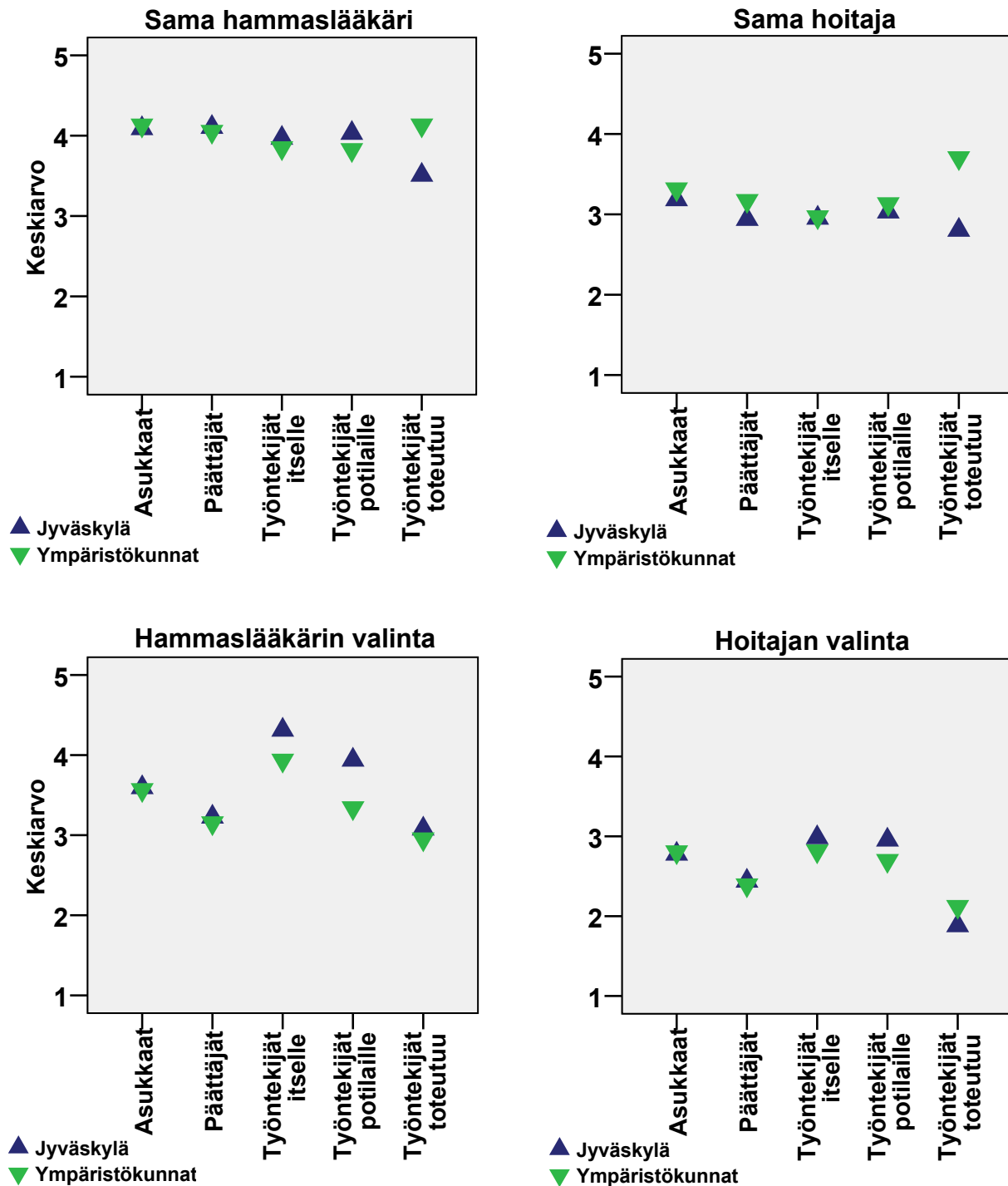
### ***Palvelusektorin valinta, palvelujen käyttö ja koettu hoidon tarve***

Jyväskylän ja ympäristökuntien työntekijät kävivät hoidossa pääosin terveyskeskuksessa ja käyttivät suun terveydenhuollon palveluja epäsäännöllisesti. Tulevaisuudessa kumpikin työntekijäryhmä aikoi käyttää palveluja säännöllisemmin ja käydä edelleen terveyskeskuksessa. (Kuvio 12 s. 69 ja kuvio 13 s. 73; liitetaulukot 24, 26, 30 ja 32.) Kummassakaan ryhmässä tulevaisuuden hoitosektori ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä sukupuoleen eikä ammattiasemaan.

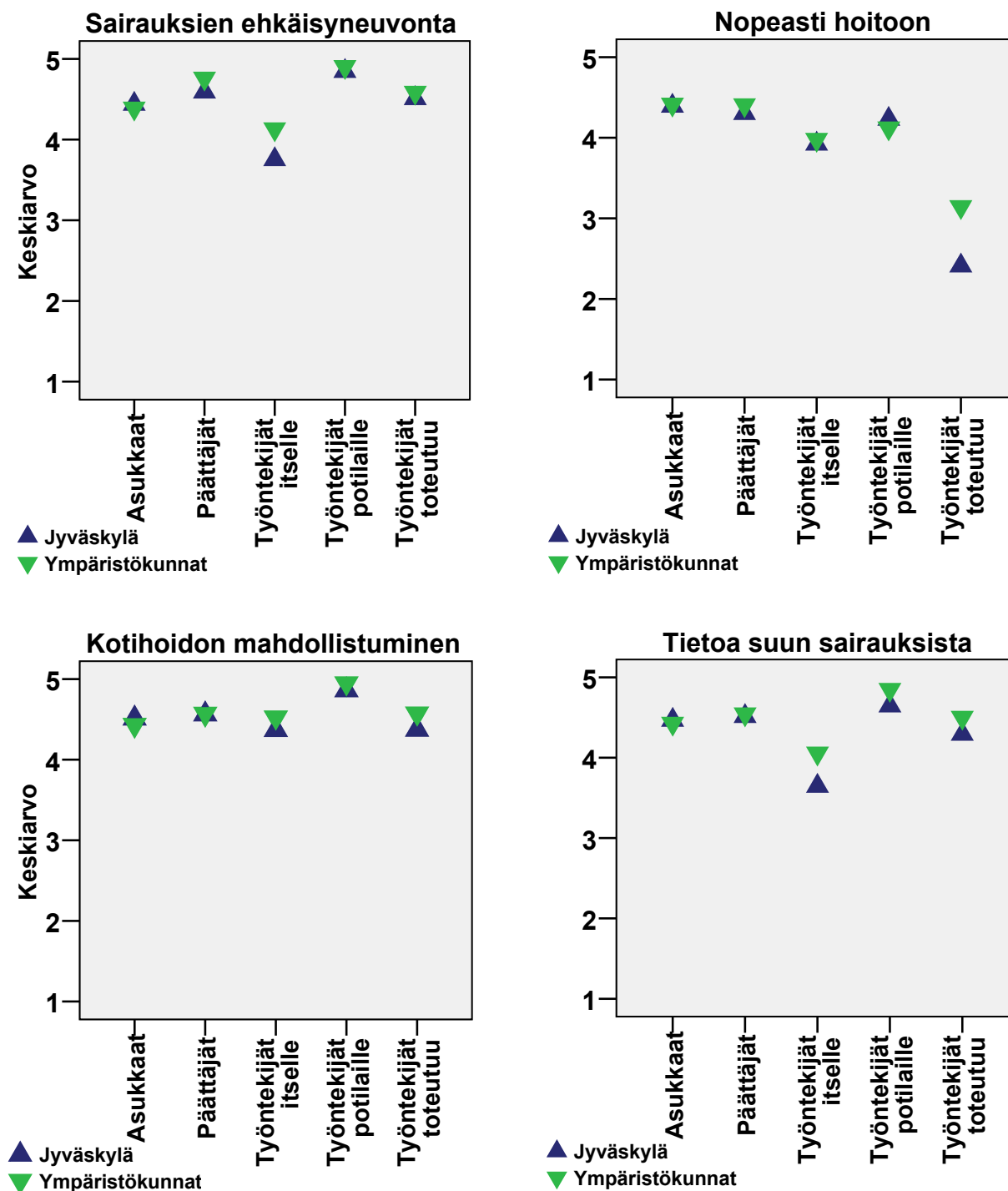
Koettu suunterveys ja hammashoidon tarve eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi Jyväskylän ja ympäristökuntien työntekijöiden välillä. Lähes kaikki työntekijät kummassakin ryhmässä kokivat suunsa terveyden erittäin tai melko hyväksi ja noin puolet ei omasta mielestään tarvinnut hammashoitoa sillä hetkellä ollenkaan. (Liitetaulukot 34 ja 35.)



**KUVIO 14.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset kutsun, ilta-aikojen sekä lyhyiden ja pitkien hoitokäyntien tärkeydestä suun terveydenhuollossa ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukoissa 7, 8 ja 9.



**KUVIO 15.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset hammaslääkäriin ja hoitajan valintamahdollisuuden sekä pysyvien hammaslääkäri- ja hoitajasuhteiden tärkeydestä suun terveydenhuollossa ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukoissa 7, 8 ja 9.



**KUVIO 16.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset suun sairauksien ehkäisyneuvonnan, nopean hoitoon pääsyn, kotihoidon mahdollistumisen sekä suun sairauksista tiedon jakamisen tärkeydestä suun terveydenhuollossa ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastajamäärät liitetaulukossa 7, 8 ja 9.

## 5.2 Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden ja päättäjien käsitykset alan työmotivaatiosta

Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden sekä päättäjien näkemuserot alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä olivat suurimmillaan työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksien, työn kuormittavuuden, työajan hallinnan sekä työn mielekkyyden yhteydessä. Ryhmien välinen vaihtelu oli vähäisintä työilmapiiri -summamuuttujassa. (Taulukko 13.)

Työajan hallinta, työn kuormittavuus, työn mielekkyys, vaikutusmahdollisuudet, kannustus ja fyysiset työolot erottelivat merkittävimmin *Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijät ympäristökuntien päättäjistä* (taulukot 14 ja 15).

Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä erosivat vain vähän, samoin kuin Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien käsitykset. Sen sijaan työntekijöiden ja päättäjien käsityksissä oli suuria eroja. Jyväskylän työntekijät erosivat Jyväskylän päättäjistä ja ympäristökuntien työntekijät ympäristökuntien päättäjistä tilastollisesti merkitsevästi kuudessa samassa motivaatioulottuvuudessa. Kummankin henkilöstön mielestä työmotivaatioon vaikuttivat työn kuormittavuus, mielekkyys, työajan hallinta ja fyysiset työolot enemmän, mutta vaikutusmahdollisuudet ja kannustus vähemmän kuin päättäjät arvioivat. Lisäksi Jyväskylän työntekijöitä motivoi palkkaus enemmän kuin Jyväskylän päättäjät arvioivat ja ympäristökuntien työntekijöitä kehittymismahdollisuudet vähemmän kuin ympäristökuntien päättäjät arvioivat. (Kuviot 17 ja 18; liitekuvio 3; liitetaulukko 36.)

**TAULUKKO 13.** Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden sekä päätäjien käsitykset työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä suun terveydenhuollossa. Käsitysten homogeenisuus mitattuna sisäkorrelaatiolla: kuinka paljon ryhmien väliset erot summamuuttujan keskiarvossa selittävät käsitysten yksilöllisestä kokonaisvaihtelusta.

Työmotivaatiosummamuuttuja	Sisä- korrelaatio- kerroin	Ryhmien väliset erot selittävät yksilöllisestä kokonaisvaihtelusta
		%
Työajan hallinta	0,202	20
Työn kuormittavuus	0,143	14
Vaikutusmahdollisuudet koko suun terveydenhuollossa ja työyksikössä	0,135	14
Työn mielekkyys	0,101	10
Fyysiset työolot	0,087	9
Kannustus	0,077	8
Kehittymismahdollisuudet työssä	0,054	5
Palkkaus	0,023	2
Työilmapiiri	0	0

**TAULUKKO 14.** Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden sekä päätäjien käsitykset työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä. Erotteluanalyysi: erottelufunktiot ja niihin sisältyvät muuttujat.

Erottelufunktio 1:lle painottuneet muuttujat, korrelaatio > [0,3]	Erottelufunktio 1:n ja muuttujan välinen korrelaatio
Työajan hallinta	-0,583
Työn kuormittavuus	-0,483
Työn mielekkyys	-0,415
Vaikutusmahdollisuudet koko suun terveydenhuollossa ja työyksikössä	0,432
Kannustus	0,332
Fyysiset työolot	-0,332

Erottelufunktion ominaisarvo: 0,586

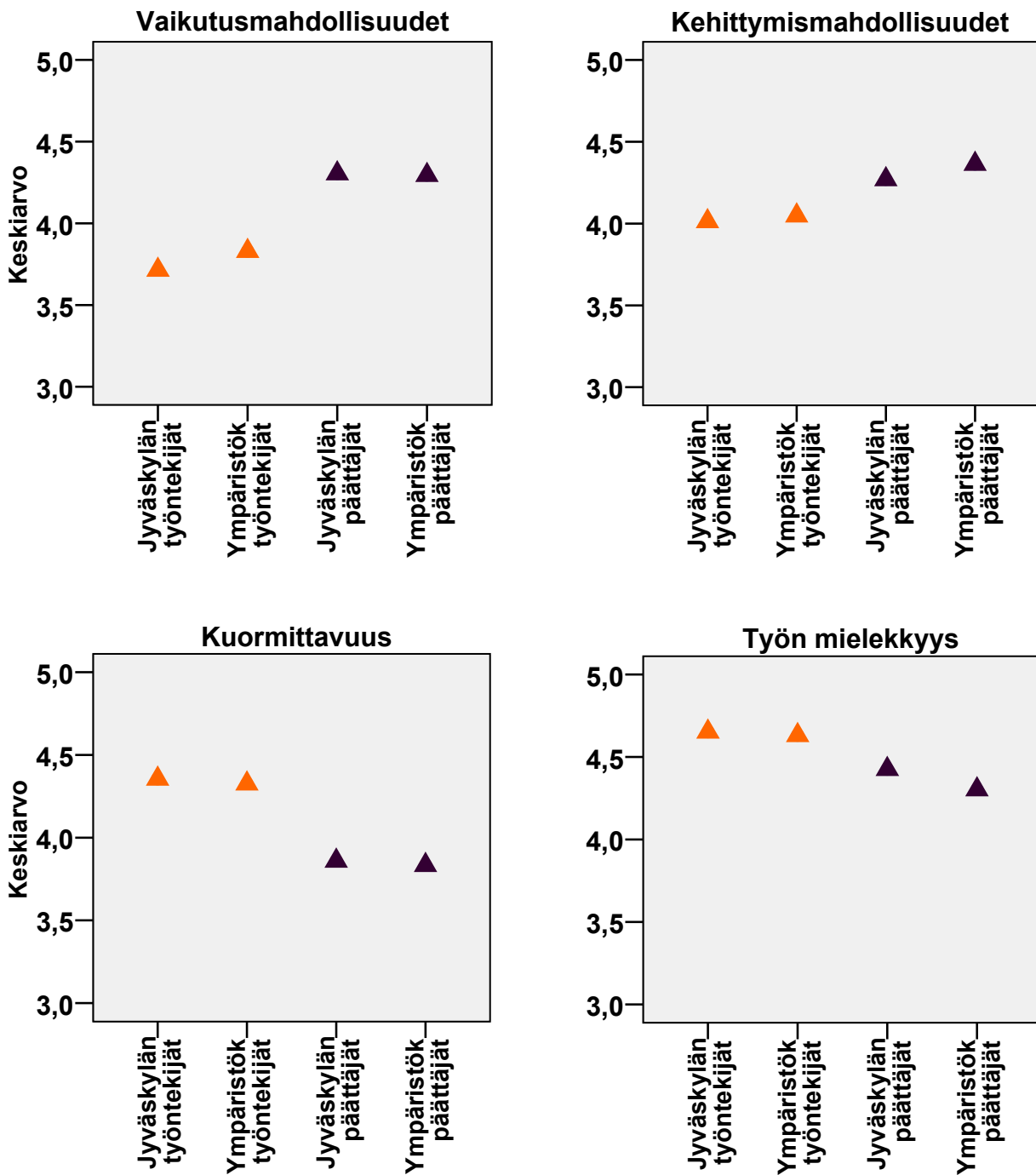
Erottelufunktion suhteellinen erottelukyky: 89 %

Wilksin lambdan tilastollinen merkitsevyys: < 0,001

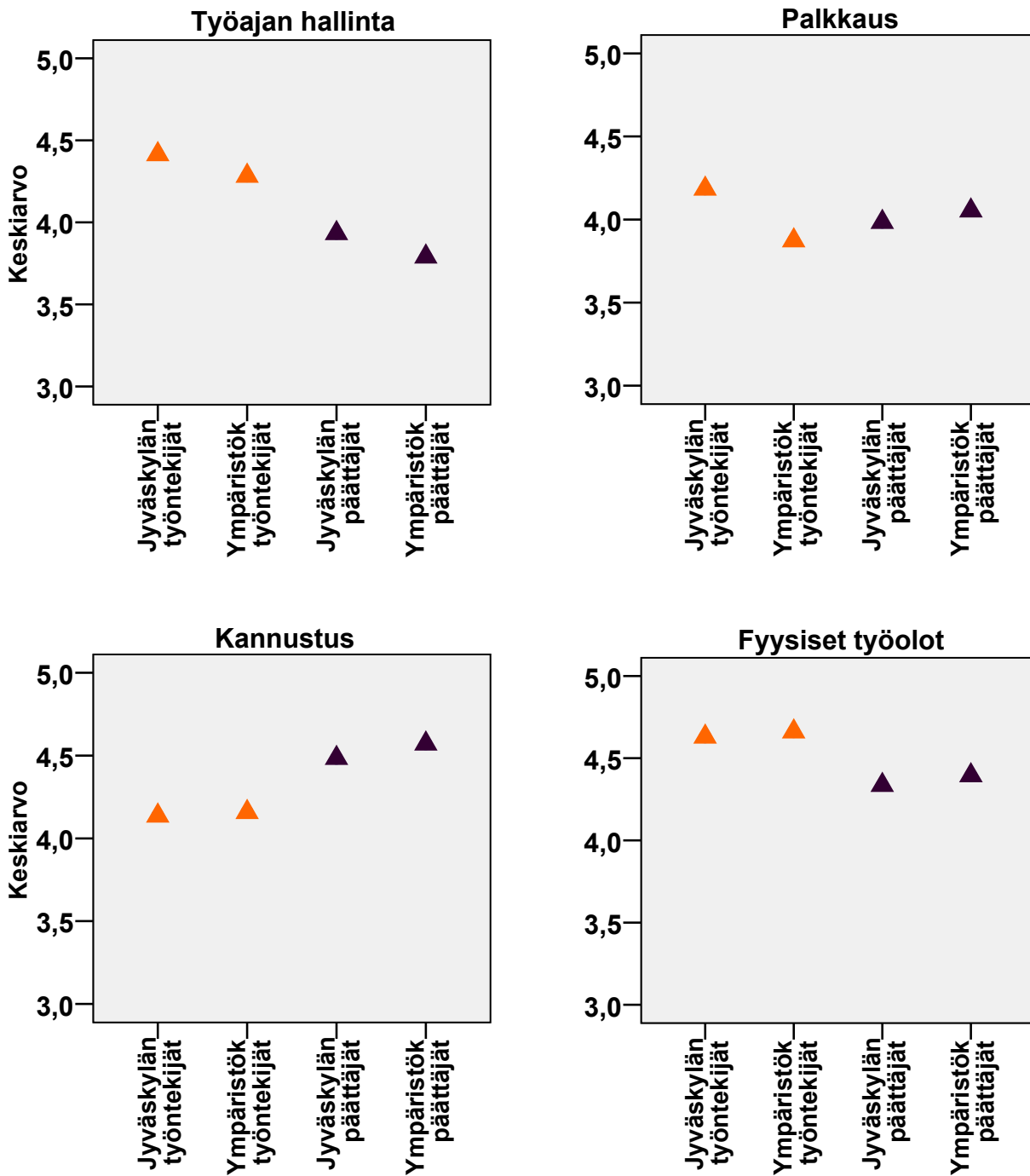
**TAULUKKO 15.** Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden sekä päätäjien käsitykset työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä. Erotteluanalyysi: ryhmän painopiste erottelufunktiolla.

Ryhmä	Ryhmän painopiste erottelufunktiolla 1
Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijät	-0,763
Ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijät	-0,533
Jyväskylän päättäjät	0,727
Ympäristökuntien päättäjät	1,047

52 % luokiteltiin oikein



**KUVIO 17.** Jyväskylän ja ympäristökuntien (= ympäristök) suun terveydenhuollon työntekijöiden sekä päättäjien käsitykset vaikutus- ja kehittymismahdollisuuksien, työn kuormittavuuden ja mielekkyyden vaikutuksesta työmotivaatioon suun terveydenhuollossa. Mitä suurempi keskiarvo, sitä parempi työmotivaatiovaikutus. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukossa 36.



**KUVIO 18.** Jyväskylän ja ympäristökuntien (= ympäristök) suun terveydenhuollon työntekijöiden sekä päättäjien käsitykset työajan hallinnan, palkkauksen ja kannustuksen sekä fyysisten työolojen vaikutuksesta työmotivaatioon suun terveydenhuollossa. Mitä suurempi keskiarvo, sitä parempi työmotivaatiovaikutus. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetäulukossa 36.

### 5.3 Työelämän laatu julkisessa ja yksityisessä suun terveydenhuollossa

#### 5.3.1 Työhyvinvointi

##### *Koko henkilöstö*

Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden kokemukset työhyvinvoinnista erosivat eniten fyysisten työolojen ja kehittymismahdollisuuksien yhteydessä. Vähiten vaihtelivat kokemukset työn mielekkyydestä ja työajan hallinnasta. (Taulukko 16.)

Fyysiset työolot, kehittymismahdollisuudet, kannustus ja työn kuormittavuus erottelivat merkittävimmin *Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijät yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijöistä* (taulukot 17 ja 18).

##### *Fyysiset työolot sekä kehittämis- ja vaikutusmahdollisuudet*

Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijät kokivat fyysiset työolonsa, kehittymismahdollisuutensa ja vaikutusmahdollisuutensa työyksikköön heikommiksi kuin FosSaKa:n ja Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijät (taulukko 19).

##### *Kannustus*

Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijät kokivat kannustuksen huonommaksi kuin Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijät (taulukko 19).

##### *Työn kuormittavuus*

Jyväskylän suun terveydenhuollossa työ koettiin kuormittavampana kuin ympäristökunnissa ja Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla (taulukko 19).

**TAULUKKO 16.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden ja erikseen hammaslääkäreiden ja muiden työntekijöiden (= suuhygienistit, hammashoitajat ja muut työntekijät) työhyvinvointikokemusten homogeenisuus mitattuna sisäkorrelaatiolla: kuinka paljon ryhmien väliset erot summamuuttujan keskiarvossa selittävät työhyvinvoinnin kokemisen yksilöllisestä kokonaisvaihtelusta.

	Sisäkorrelaatiokerroin			Ryhmien väliset erot selittävät yksilöllisestä kokonaisvaihtelusta		
	Kaikki työntekijät yhdessä	Hammaslääkärit	Muut työntekijät	Kaikki työntekijät yhdessä		
				Hammaslääkärit	Muut työntekijät	Muut työntekijät
Työhyvinvointi-summamuuttuja				%	%	%
<b>Vaikutusmahdollisuudet</b>						
työyksikössä	0,016	0,049	0	2	5	0
Työilmapiiri	0,006	0	0,005	1	0	1
Työn kuormittavuus	0,048	0,155	0,020	5	16	2
Työn mielekkyys	0,004	0,049	0	0	5	0
Työajan hallinta	0,002	0,126	0	0	13	0
Fyysiset työolot	0,087	0,132	0,085	9	13	9
Kannustus	0,053	0,034	0,046	5	3	5
<b>Kehittymismahdollisuudet työssä</b>	<b>0,055</b>	<b>0,085</b>	<b>0,010</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

**TAULUKKO 17.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointikokemukset. Erotteluanalyysi: erottelufunktiot ja niihin sisältyvät muuttujat.

Erottelufunktio 1:lle painottuneet muuttujat, korrelaatio > [0,3]	Erottelufunktio 1:n ja muuttujan välinen korrelaatio
Fyysiset työolot	0,702
Kehittymismahdollisuudet työssä	0,457
Kannustus	0,394
Työn kuormittavuus	0,392

Erottelufunktion ominaisarvo: 0,142

Erottelufunktion suhteellinen erottelukyky: 65 %

Wilksin lambdan tilastollinen merkitsevyys: < 0,001

**TAULUKKO 18.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointikokemukset. Erotteluanalyysi: ryhmän painopiste erottelufunktiolla.

Ryhmä	Ryhmän painopiste erottelufunktiolla 1
Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijät	-0,659
Ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijät	-0,118
FosSaKa:n suun terveydenhuollon työntekijät	0,273
Yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijät	0,353

41 % luokiteltiin oikein

**TAULUKKO 19.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden kokemukset työhyvinvoinnista.

	Jyväskylän työntekijät n = 77		Ympäristö- kuntien työntekijät n = 100		FosSaKa:n työntekijät n = 122		Yksityisvas- taanottojen työntekijät n = 89		Tilastollinen merkitsevyys					
	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>	p <sup>5</sup>	
Työhyvinvointisummamuuttuja														
<b>Tavoitetietoisuus koko suun terveyden- huollossa ja työyksikössä</b>	4,1	0,7	<b>4,2</b>	0,8	4,2	0,7	-	-	0,181	-	-	-	-	-
Vaikutusmahdollisuudet koko suun terveydenhuollossa	2,3	0,9	2,9	1,2	3,0	1,0	-	-	<0,001	-	0,001	<0,001	-	-
Vaikutusmahdollisuudet työyksikössä	3,4	0,9	3,6	1,2	3,7	1,0	3,8	1,1	-	0,024	0,141	0,042	0,001	-
Työilmapiiri	3,5	0,7	3,3	0,9	3,3	0,8	3,5	0,9	-	0,267	-	-	-	-
Työn kuormittavuus	2,8	0,8	3,1	0,9	3,0	0,8	3,3	0,8	-	0,001	0,020	0,076	<0,001	-
<b>Työn mielekkyys</b>	<b>4,2</b>	0,5	4,1	0,5	4,2	0,6	<b>4,3</b>	0,5	-	0,260	-	-	-	-
Työajan hallinta	3,4	0,8	3,6	0,8	3,5	0,8	3,6	0,9	-	0,127	-	-	-	-
<b>Fyysiset työolot</b>	3,7	1,1	3,9	1,1	<b>4,3</b>	0,7	4,2	0,8	-	<0,001	0,115	<0,001	0,001	0,001
Kannustus	3,0	1,0	3,1	1,1	3,1	1,1	3,6	1,0	-	0,001	0,485	0,415	<0,001	<0,001
Kehittymismahdollisuudet työssä	3,6	0,8	3,8	0,9	4,0	0,9	4,1	0,9	-	<0,001	0,072	0,001	<0,001	<0,001

Mitä suurempi keskiarvo, sitä paremmin työhyvinvointitekijä toteutuu

<sup>1</sup>Ryhmälle: Jyväskylän työntekijät, ympäristökuntien työntekijät, FosSaKa:n työntekijät, Kruskalin-Wallis test

<sup>2</sup>Ryhmälle: Jyväskylän työntekijät, ympäristökuntien työntekijät, FosSaKa:n työntekijät, Jyväskylän yksityisvastaanottojen työntekijät, Kruskalin-Wallis test

<sup>3</sup>Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät, <sup>4</sup>Jyväskylän työntekijät vs. FosSaKa:n työntekijät,

<sup>5</sup>Jyväskylän työntekijät vs. Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijät, Mann-Whitney U-testi

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut muuttuja joka ryhmässä

### ***Hammaslääkärit ja muut työntekijät***

Työhyvinvointikokemukset erosivat organisaatioiden välillä enemmän hammaslääkäreillä kuin muilla työntekijöillä. Hammaslääkäreiden työhyvinvointikokemukset erosivat eniten työn kuormittavuuden, työajan hallinnan, fyysisten työolojen ja kehittymismahdollisuuksien yhteydessä. Vähiten hammaslääkäreillä vaihtelivat kokemukset työilmapiiristä ja kannustuksesta. Suurimmat erot muilla työntekijöillä liittyivät fyysisiin työoloihin ja pienimmät vaikutusmahdollisuuksiin työyksikössä, työajan hallintaan ja työn mielekkyyteen. (Taulukko 16.)

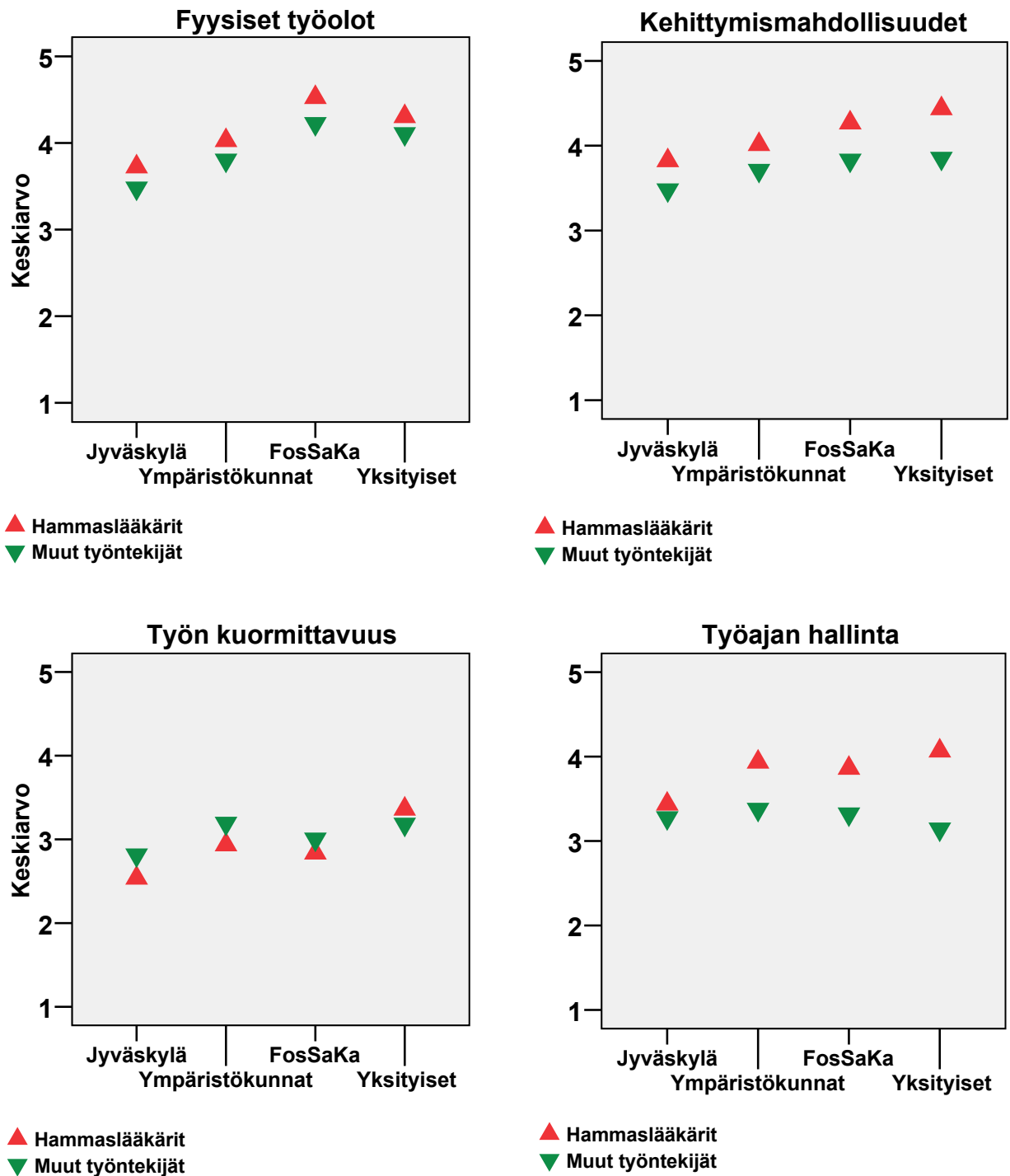
Jyväskylän terveystieteiden hammaslääkärit kokivat työajan hallinnan heikommaksi kuin kaikkien muiden terveystieteiden hammaslääkärit ja Jyväskylän yksityishammaslääkärit. Jyväskylän terveystieteiden hammaslääkäreillä työ oli kuormittavampaa ja vaikutusmahdollisuudet huonommat kuin yksityishammaslääkäreillä. Jyväskylän terveystieteiden hammaslääkäreistä kolme neljästä piti työtään kuormittavana, ympäristökunnissa ja FosSaKa:ssä noin joka toinen ja yksityishammaslääkäreistä vain noin joka viides. Lisäksi kehittymismahdollisuudet ja fyysiset työolot olivat Jyväskylän terveystieteiden hammaslääkäreillä huonommat kuin FosSaKa:n hammaslääkäreillä ja Jyväskylän yksityishammaslääkäreillä. (Kuviot 19 ja 20; liitetaulukko 37.)

Jyväskylän suun terveydenhuollon muut työntekijät kokivat työssä kehittymismahdollisuutensa ja fyysiset työolonsa heikommiksi kuin FosSaKa:n ja Jyväskylän yksityishammaslääkäri vastaanottojen muut työntekijät ja lisäksi kannustuksen vähäisemmäksi kuin Jyväskylän yksityishammaslääkäri vastaanottojen muut työntekijät (kuviot 19 ja 20; liitetaulukko 38).

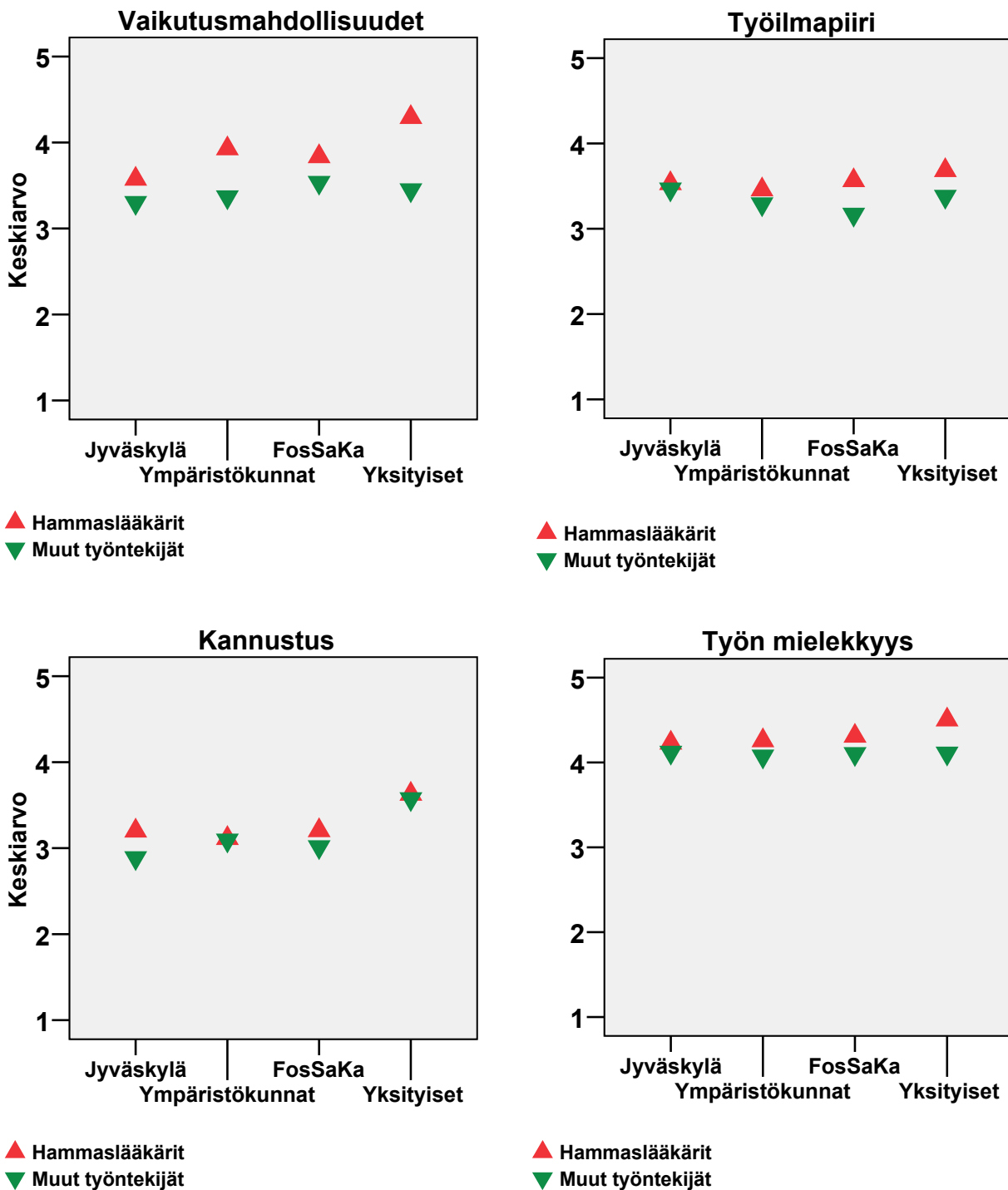
### **5.3.2 Työmotivaatio**

Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveystieteiden sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä erosivat hyvin vähän (liitetaulukko 40). Työn mielekkyydellä, fyysisillä työoloilla ja työilmapiirillä koettiin olevan suuri vaikutus työmotivaatioon kaikissa organisaatioissa (liitetaulukko 41).

Jyväskylän terveystieteiden hammaslääkäreiden käsitykset eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi verrokkihammaslääkäreiden käsityksistä missään työmotivaatioulottuvuudessa (liitetaulukko 42). Sen sijaan muut työntekijät erosivat tilastollisesti merkitsevästi kahdessa ulottuvuudessa: Jyväskylän suun terveydenhuollon muita työntekijöitä motivoi palkkaus enemmän kuin FosSaKa:n ja ympäristökuntien muita työntekijöitä sekä vaikutusmahdollisuudet vähemmän kuin FosSaKa:n muita työntekijöitä (liitetaulukko 43).



**KUVIO 19.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveystieteiden sekä Jyväskylän yksityisvastaanottojen hammaslääkäreiden ja muiden työntekijöiden (= suuhygienistit, hammashoitajat ja muut työntekijät) kokemukset fyysisistä työoloista, kehittymismahdollisuuksista, työn kuormittavuudesta ja työajan hallinnasta omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä paremmin työhyvinvointitekijä toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukoissa 37 ja 38.



**KUVIO 20.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveystieteiden sekä Jyväskylän yksityisvastaanottojen hammaslääkäreiden ja muiden työntekijöiden (= suuhygienistit, hammashoitajat ja muut työntekijät) kokemukset vaikutusmahdollisuuksista työyksikössä, työilmapiiristä, kannustuksesta ja työn mielekkyydestä omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä paremmin työhyvinvointitekijä toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukoissa 37 ja 38.

### 5.3.3 Kuormittuneet ja ei-kuormittuneet työntekijät

Työtään kuormittavana pitävien osuus oli Jyväskylän suun terveydenhuollossa suurempi kuin verrokkiorganisaatioissa. Tilastollisesti merkitsevästi Jyväskylän suun terveydenhuolto erosi vain Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoista. (Taulukko 20.)

Jyväskylän suun terveydenhuollossa kuormittuneet ja ei-kuormittuneet erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan vain yhden voimavaratekijän osalta, kun taas muissa organisaatioissa eroja oli useammassa voimavaratekijässä. Jyväskylän suun terveydenhuollossa ei-kuormittuneilla oli parempi työajan hallinta kuin kuormittuneilla. Ympäristökunnissa ja yksityissektorilla olivat kaikki kuusi voimavaratekijää ei-kuormittuneilla paremmat kuin kuormittuneilla ja FosSaKa:ssä kolme: työajan hallinta, kannustus sekä vaikutusmahdollisuudet työyksikössä. Fyysiset työolot olivat kaikissa organisaatioissa FosSaKa:ää lukuun ottamatta kuormittuneilla huonommat kuin ei-kuormittuneilla. (Kuviot 21 ja 22; liitetaulukko 39.)

Kuormittuneet ja ei-kuormittuneet työntekijät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi minkään työmotivaatioulottuvuuden osalta lukuun ottamatta työilmapiiriä, joka FosSaKa:ssä motivoi kuormittuneita enemmän kuin ei-kuormittuneita ( $4,6 \pm 0,46$  vs.  $4,5 \pm 0,46$ ;  $p = 0,028$ ).

**TAULUKKO 20.** Kuormittuneiden ja ei-kuormittuneiden suun terveydenhuollon työntekijöiden osuudet Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveystieteiden keskuksissa sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla.

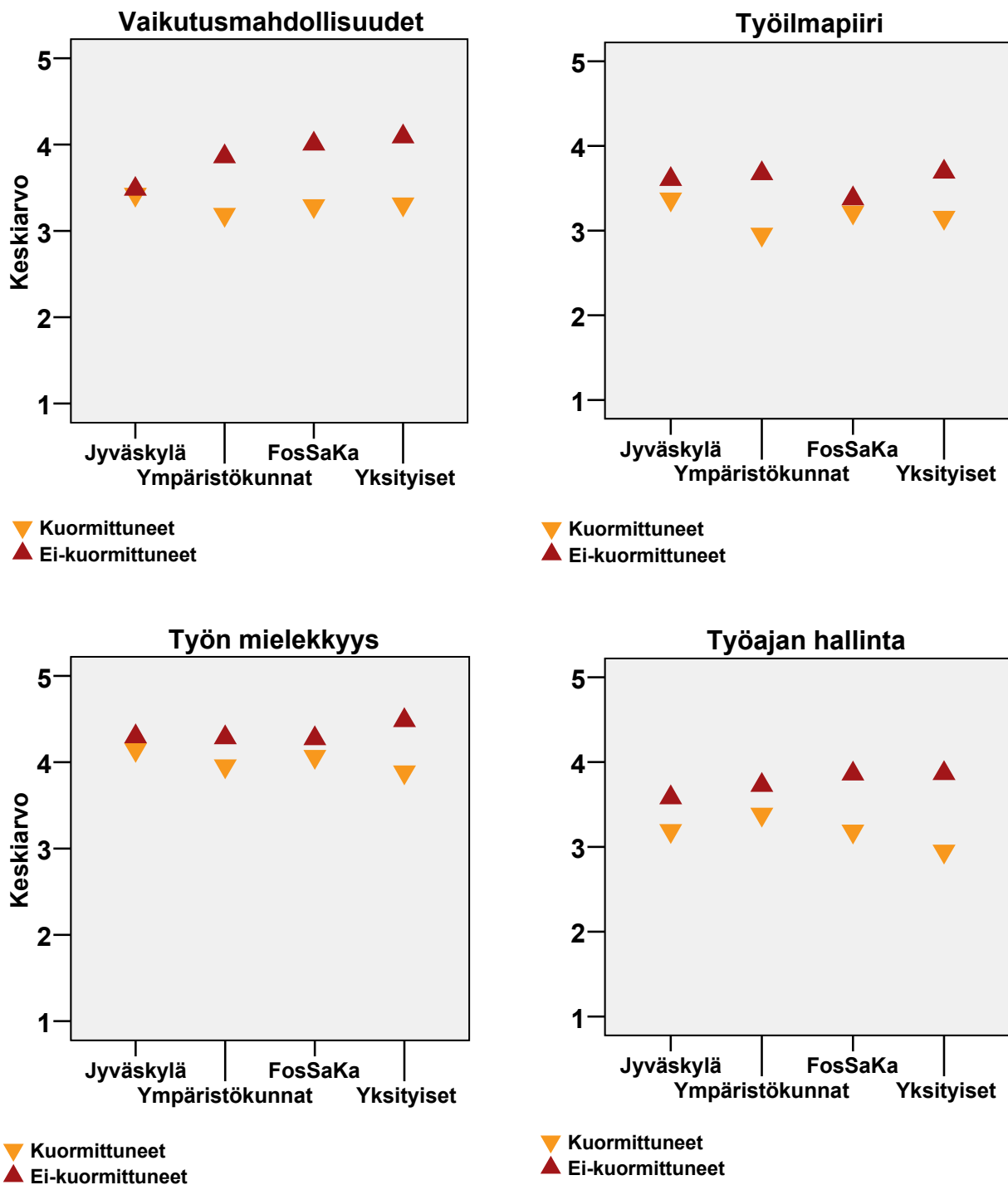
	Jyväskylän työntekijät n = 76	Ympäristö- kuntien työntekijät n = 99	FosSaKa:n työntekijät n = 121	Yksityis- vastaanottojen työntekijät n = 89
	%	%	%	%
kuormittuneet	59	46	48	33
ei-kuormittuneet	41	55	52	67

Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät,  $p = 0,093$

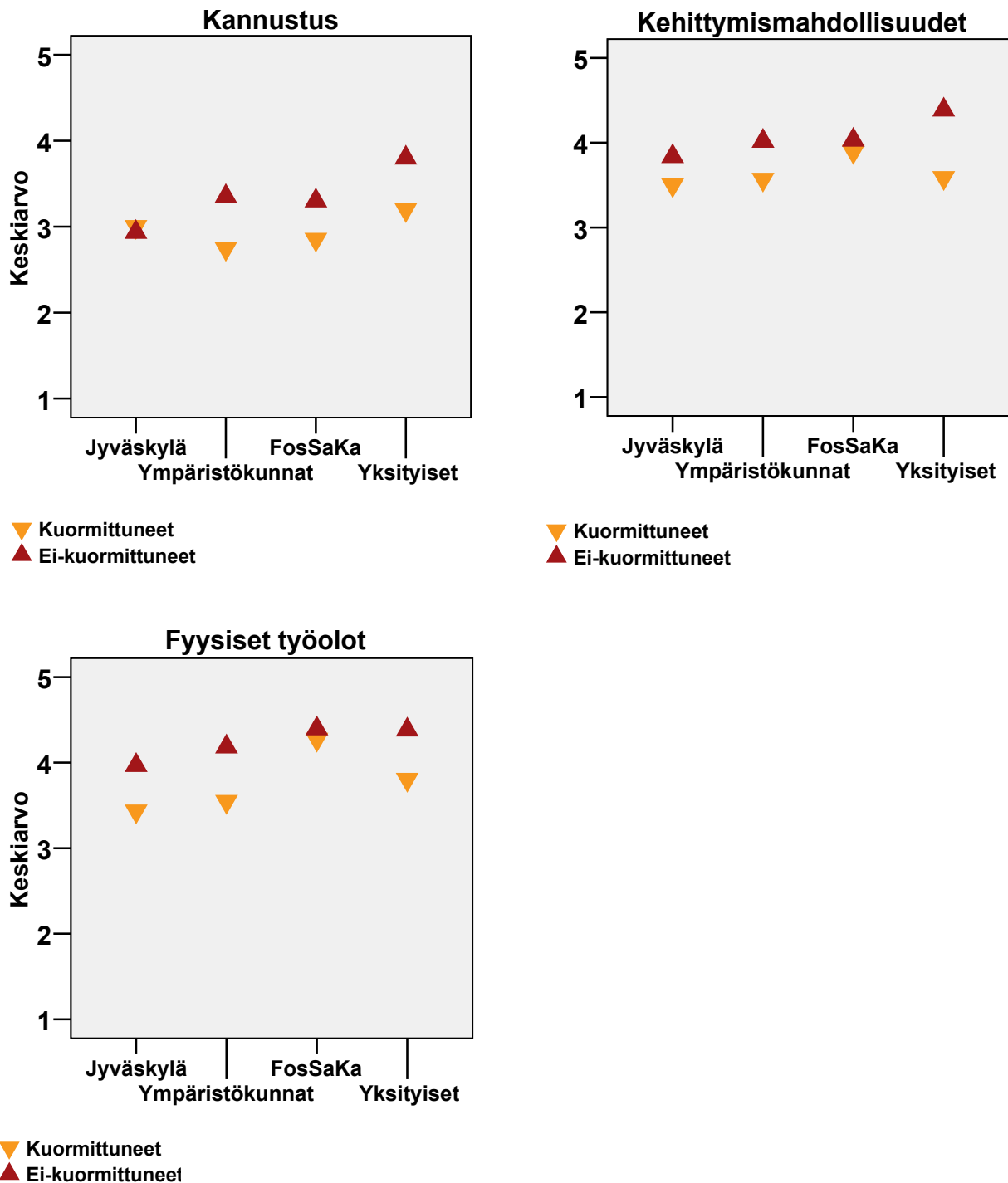
Jyväskylän työntekijät vs. FosSaKa:n työntekijät,  $p = 0,144$

Jyväskylän työntekijät vs. Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijät,  $p = 0,001$

Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo



**KUVIO 21.** Kuormittuneiden ja ei-kuormittuneiden suun terveydenhuollon työntekijöiden kokemukset vaikutusmahdollisuuksista työyksikössä, työilmapiiristä, työn mielekkyudesta sekä työajan hallinnasta Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskuksissa sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä paremmin työhyvinvointitekijä toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukossa 39.



**KUVIO 22.** Kuormittuneiden ja ei-kuormittuneiden suun terveydenhuollon työntekijöiden kokemukset kannustuksesta, työssä kehittymismahdollisuuksista sekä fyysisistä työoloista Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskuksissa sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä paremmin työhyvinvointitekijä toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukossa 39.

## 5.4 Työhyvinvoinnin ja työmotivaation kohtaaminen suun terveydenhuollossa

### 5.4.1 Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijät ja päättäjät

Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden kokemukset työhyvinvointiin vaikuttavien asioiden toteutumisesta eivät vastanneet Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien käsityksiä samojen asioiden työmotivaatiovaikutuksesta lukuun ottamatta työajan hallintaa, joka ympäristökunnissa toteutui päättäjien arvioimaa työmotivaatiovaikutusta vastaavasti (taulukko 21).

**TAULUKKO 21.** Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden kokemukset työhyvinvointiin vaikuttavien asioiden toteutumisesta sekä Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien käsitykset vastaavien asioiden vaikutuksesta työmotivaatioon suun terveydenhuollossa. Päättäjien arvioiman työmotivaatiovaikutuksen ja työntekijöiden arvioiman työhyvinvointikokemuksen parivertailu.

Työmotivaatio- ja työhyvinvointisummamuuttuja	Jyväskylän päättäjät n = 66			Ympäristökuntien päättäjät n = 59		
	Jyväskylän työntekijät n = 77			Ympäristökuntien työntekijät n = 100		
	ka. ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p	ka. ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p
Vaikutusmahdollisuudet koko suun terveydenhuollossa <sup>3</sup>	1,7	-8,42	< 0,001	1,2	-5,28	< 0,001
Vaikutusmahdollisuudet työyksikössä <sup>3</sup>	1,2	-7,69	< 0,001	1,0	-5,55	< 0,001
Työilmapiiri	1,1	-8,39	< 0,001	1,2	-7,52	< 0,001
Työn kuormittavuus	1,1	-7,29	< 0,001	0,7	-4,83	< 0,001
Työn mielekkyys	0,2	-2,30	0,022	0,2	-2,02	0,044
<b>Työajan hallinta</b>	0,6	-4,85	< 0,001	0,2	-1,34	<b>0,181</b>
Fyysiset työolot	0,7	-3,69	< 0,001	0,5	-2,63	0,009
Kannustus	1,5	-8,23	< 0,001	1,5	-8,37	< 0,001
Kehittymismahdollisuudet työssä	0,6	-4,95	< 0,001	0,6	-3,66	< 0,001

<sup>1</sup>Työmotivaatiosummamuuttujan (päättäjät) keskiarvon ja työhyvinvointisummamuuttujan (suun terveydenhuollon työntekijät) keskiarvon erotus

<sup>2</sup>Mann-Whitneyn U-testin testisuure

<sup>3</sup>Yksi työmotivaatiomuuttuja

Lihavoituna summamuuttuja, joka toteutui toisessa vertailuryhmässä työntekijöiden arvioimana siinä määrin kuin sen työmotivaatiovaikutus päättäjien arvioimana edellytti. Lihavoituna myös vastaava p-arvo.

### 5.4.2 Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijät

Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöille oli yhteistä se, etteivät käsitykset työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä vastanneet työhyvinvointikokemuksia lukuun ottamatta työssäkehittymismahdollisuuksia, jotka toteutuivat FosSaKa:ssa, ympäristökunnissa sekä yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla siinä määrin kuin niiden työmotivaatiovaikutus edellytti (taulukko 22).

**TAULUKKO 22.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden kokemukset työhyvinvointiin vaikuttavien asioiden toteutumisesta ja niiden työmotivaatiovaikutuksesta. Työmotivaatiovaikutuksen ja työhyvinvointikokemuksen parivertailu.

Työhyvinvointi- ja työmotivaatio-summamuuttuja	Jyväskylän työntekijät n = 77			Ympäristökuntien työntekijät n = 100			FosSaKa:n työntekijät n = 122			Yksityisvastaanottojen työntekijät n = 89		
	ka. ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p	ka. ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p	ka. ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p	ka. ero <sup>1</sup>	Z <sup>2</sup>	p
Vaikutusmahdollisuudet työyksikössä <sup>3</sup>	0,7	-4,87	< 0,001	0,5	-4,25	< 0,001	0,5	-4,30	< 0,001	0,3	-2,33	0,019
Työilmapiiri	1,0	-6,70	< 0,001	1,2	-8,06	< 0,001	1,2	-8,89	< 0,001	1,0	-6,70	< 0,001
Työn kuormittavuus	1,6	-7,33	< 0,001	1,2	-7,27	< 0,001	1,2	-8,26	< 0,001	0,9	-6,26	< 0,001
Työn mielekkyys	0,4	-5,80	< 0,001	0,5	-6,80	< 0,001	0,4	-6,81	< 0,001	0,3	-4,01	< 0,001
Työajan hallinta	1,1	-6,52	< 0,001	0,7	-6,28	< 0,001	0,7	-5,79	< 0,001	0,7	-5,15	< 0,001
Fyysiset työolot	1,0	-5,70	< 0,001	0,8	-5,87	< 0,001	0,2	-2,46	0,013	0,4	-3,51	< 0,001
Kannustus	1,2	-6,01	< 0,001	1,1	-6,85	< 0,001	1,2	-7,91	< 0,001	0,7	-4,47	< 0,001
<b>Kehittymismahdollisuudet työssä</b>	0,4	-2,96	0,003	0,2	-1,95	<b>0,051</b>	0,0	-0,07	<b>0,943</b>	0,0	-0,54	<b>0,595</b>

<sup>1</sup>Työmotivaatiosummamuuttujan keskiarvon ja työhyvinvointisummamuuttujan keskiarvon erotus

<sup>2</sup>Wilcoxonin merkittävien järjestyslukujen testin testisuure

<sup>3</sup>Yksi työmotivaatiomuuttuja

Lihavoituna summamuuttuja, joka toteutui kolmessa vertailuryhmässä siinä määrin kuin sen työmotivaatiovaikutus edellytti. Lihavoituna myös vastaava p-arvo.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimusasetelma

Jyväskylän seudun hammashuollon voimavarojen alueellisen kehittämisen ja hyödyntämisen hankkeessa toteutetut kyselyt muodostivat tämän tutkimuksen empiirisen aineiston. Hankkeeseen osallistuivat Jyväskylän seudun kahdeksan kuntaa – Jyväskylä, Jyväskylän maalaiskunta, Korpilahti, Laukaa, Muurame, Petäjävesi, Toivakka ja Uurainen – sekä Jyväskylän kaupungin alueella toimivien yksityishammaslääkäreiden vastaanotot. Hankkeen edetessä mukaan liittyi vielä Hankasalmi. Suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyyn saatiin vertailuaineisto Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymästä, Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymästä sekä Kaarinan–Piikkiön terveystieteiden kuntayhtymästä.

Työelämän laadun, palvelujen laadun ja toiminnan kustannustehokkuuden on todettu olevan yhteydessä toisiinsa (Nakari 2004, 61; Bond ym. 2006; Nakari & Sjöblom 2009, 52–53). Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli, että kunnassa asukkailla, päättäjillä ja suun terveydenhuollon palveluja antavilla työntekijöillä on asemaansa ja rooliinsa liittyviä erilaisia intressejä, jotka aiheuttavat jännitteitä ja ristiriitoja toiminnassa ja päätöksenteossa. Optimaaliseen palvelujen ja työelämän laatuun ei päästä, eikä näin ollen myöskään optimaaliseen tuloksellisuuteen, ellei käydä dialogia osapuolten välillä, selvitetä näkemuseroja ja ratkaista ristiriitoja.

Tässä tutkimuksessa käytettiin kolmea asetelmaa. Ensimmäistä niistä ei ole käytetty aiemmin julkaistuissa tutkimuksissa. Asetelmassa verrattiin kolmen ryhmän – asukkaiden, päättäjien ja alan ammattilaisten – odotuksia suun terveydenhuollon palveluista, verrattiin heidän palvelujen käyttöönsä sekä selvitettiin, toteutuivatko odotukset siinä määrin kuin niiden tärkeys olisi edellyttänyt. Harvat julkaistut tutkimukset, joissa on ollut nämä kolme näkökulmaa, ovat liittyneet pääosin terveydenhuollon rahoitukseen, resurssien kohdentamiseen ja hoidon priorisointiin (esim. Myllykangas ym. 1996; 1997; 2003; Kinnunen ym. 1998; Rosen & Karlberg 2002). Tämän tutkimuksen toista asetelmaa, jossa verrattiin kunnan päättäjien ja alan työntekijöiden käsityksiä suun terveydenhuollon työmotivaatioon vaikuttavista asioista, ei myöskään ole käytetty aiemmin julkaistuissa tutkimuksissa. Kolmatta tämän tutkimuksen asetelmaa, jossa selvitettiin, toteutuvatko työhyvinvointiin vaikuttavat asiat suun terveydenhuollon työpaikoilla niiden työmotivaatiovaikutusta vastaavasti, on käytetty samantyyppisesti muutamassa aiemmassa tutkimuksessa (esim. Aronsson ym. 1999; Kottonen 2009).

Tutkimuksen aineiston kerääminen sattui hyvään ajankohtaan. Se osui juuri Jyväskylän seudulla tapahtuvien kuntaliitosten kynnykselle. Liitokset ja alueen muut Paras-lain (Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007) edellyttämät palvelurakennemuutokset ovat koskettaneet Jyväskylän seudun terveydenhuoltoa vuoden 2011 alusta alkaen.

Vaikka Jyväskylä, Jyväskylän maalaiskunta ja Korpilahti yhdistyivät uudeksi Jyväskylän kaupungiksi jo vuoden 2009 alussa, eivät kuntien terveydenhuollot kuitenkaan vielä yhdistyneet. Vuoteen 2011 asti jatkoivat sekä Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä että Korpilahden–Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä. Edellinen tarjosi palvelujaan entisen Jyväskylän maalaiskunnan asukkaille ja lisäksi itsenäisiksi kunniksi jääneiden Uuraisten, Petäjäveden ja Toivakan asukkaille sekä jälkimmäinen entisen Korpilahden ja itsenäiseksi jääneen Muuramen kunnan asukkaille. Vuoden 2011 alussa kuntayhtymät purkautuivat, ja silloin muodostettiin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus. Se tarjoaa palveluja ”vanhan” Jyväskylän asukkaille, entisen Jyväskylän maalaiskunnan ja entisen Korpilahden kunnan asukkaille sekä isäntäkuntamallilla Muuramen, Uuraisten ja Hankasalmen kuntien asukkaille. Laukaa, Petäjävesi ja Toivakka muodostivat yhdessä muutaman muun keskisuomalaisen kunnan kanssa seututerveyskeskuksen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin liikelaitokseksi. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyödyksi harmonisoitaessa yhdistyneiden terveyskeskusten toimintoja ja rakennettaessa yhteistä arvopohjaa ja hoitokulttuuria Jyväskylän yhteistoiminta-alueen suun terveydenhuollossa.

## 6.2 Menetelmät

Koska kyselyissä haluttiin korostaa luottamuksellisuutta, niihin vastattiin nimettöminä eikä vastauslomakkeissa tai palautuskuorissa ollut mitään tunnisteita. Myös taustamuuttujat valittiin siten, ettei vastaajan henkilöllisyyden paljastuminen olisi ollut mahdollista. Erityisesti työntekijäkyselyissä vastaajat saattoivat pelätä anonymiteettinsä puolesta, koska tutkija kuului Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijöihin. Siksi työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyssä käytettiin taustamuuttujana vain ammattinimikettä (hammaslääkäri, suuhygienisti, hammashoitaja ja muu).

Mielipidekyselyihin liittyy useita heikkouksia ja harhan mahdollisuuksia. Galtung (1969) on listannut viisi epäkohtaa. Mielipidekysely on liian individualistinen. Ihmiset eivät useinkaan muodosta kantaansa yksin, vaan esimerkiksi yhdessä perheenjäsentensä kanssa. Mielipidekysely on liian staatinen, koska se tuottaa tietoa vain sen hetken mielipiteistä. Mielipidekysely on liian demokraattinen. Kaikkien ihmisten mielipiteillä ei ole samaa painoa, vaan päätöksiä tehdään esimerkiksi valtaeliitin näkemysten mukaan. Mielipidekysely on liian keskiluokkainen. Ylemmät sosiaaliluokat eivät halua vastata ja alemmat eivät ”osaa”. Mielipidekysely toimii vain sosiaalisilla lähietäisyyksillä. Kyselyillä on vaikeaa saada mielipiteitä niiltä, jotka ovat haastattelijan tai tutkijan ”vihollisia”. (Galtung 1969, 148–160.)

Mielipidekyselyissä valmiiksi luokiteltujen vaihtoehtojen valintaan liittyy aina satunnaisuutta ja siten virhettä ja sisäisen luotettavuuden heikkenemistä. Kysymysten sanamuodoilla ja erityyppisellä kehystämällä on suuri vaikutus siihen, miten ihmiset kysymyksen mieltävät ja kuinka he siihen vastaavat. Myös kysymysten yhteydessä annettavalla informaatiolla saattaa olla ratkaiseva merkitys vastauksiin. (Ervasti & Kangas 1994, 30–31 ja 54; Kangas 1995a, 58; 1995b.) Kyselyissä saatetaan joutua ottamaan kantaa asioihin, jotka vastaajille ovat vieraita tai vaikeasti ymmärrettäviä. Tällöin

vastaukset voivat heijastaa ennemminkin julkisuudessa yleisesti vallalla olevia käsityksiä. (Alkula ym. 1994, 90–91 ja 120; Marski 1996, 12–13; Sjöström & Holst 2002.) Vastaajilla on myös pyrkimys antaa sellaisia vastauksia kuin he olettavat kyselijän heiltä haluavan sekä sellaisia, jotka he kokevat sosiaalisesti hyväksyttäväksi (Phillips & Clancy 1972; Sjöström ym. 1999). Mielipiteet saattavat olla epäjohdonmukaisia sekä ajallisesti kovin ailahtelevia (Marski 1996, 13). Tätä käsitystä vastaan eli mielipiteiden vakauden puolesta on saatu tutkimusnäyttöä sekä Yhdysvalloista että Suomesta (esim. Page & Shapiro 1982; Forma 1998b).

Tässä tutkimuksessa käytettiin strukturoituja kyselylomakkeita. Väittämissä oli viisiportainen järjestysasteikko. Tätä Likert-asteikkoa on kritisoitu, koska välimatkaa esimerkiksi ykkösen ja kakkosen välillä pidetään eripituisena kuin nelosen ja viitosen välillä. Tämä saattaa aiheuttaa harhaa tulosten tulkinnassa varsinkin, jos tehdään keskiarvotestejä. (Ware ym. 1995.) Lomakkeen kysymykset ja väittämät olivat suun terveydenhuollon asiantuntijoiden laatimat ja perustuivat heidän näkemykseensä siitä, mitä asioita oli tärkeää selvittää. Osa niistä oli samoja kuin aiemmissa Jyväskylässä tehdyissä tutkimuksissa. Lomakkeet testattiin suun terveydenhuollon työntekijöillä, eikä niihin tarvinnut tehdä kuin vähäisiä muutoksia. Työhyvinvointi- ja työmotivaatiokysely oli tehty samalla lomakkeella Jyväskylän suun terveydenhuollossa ensimmäisen kerran jo vuonna 2002. Mittarit olivat toimineet tällöin hyvin. Tutkimuksen sisäistä luotettavuutta voidaan pitää hyvänä, koska saadut tulokset olivat sopusoinnussa teorian kanssa. Lisäksi summamuuttujamittareiden reliabiliteetit olivat korkeita (liitetaulukot 3 ja 4).

Tässä tutkimuksessa väestökyselyn otantamenetelmät erosivat kuntien välillä. Kuitenkin jokaisella perusjoukkoon kuuluvalla oli kunnasta riippumatta yhtä suuri todennäköisyys joutua otokseen. Muissa kyselyissä ei käytetty otantaa, vaan kyselyt kohdistettiin joko koko perusjoukkoon tai käytettiin ei-satunnaistettua otosta eli näytettä. Tutkimuksen ulkoista luotettavuutta heikensi väestökyselyn pieni vastausprosentti sekä se, ettei katoanalyysiä pystytty tekemään. Väestökyselyn vastausprosentti oli Jyväskylässä 47 ja ympäristökunnissa keskimäärin 46. Vastausprosentteja voidaan kuitenkin pitää hyvinä ottaen huomioon sen, ettei vastauskehotusta hankkeen rajallisten taloudellisten resurssien takia lähetetty.

Postikyselyinä tehdyissä, asenteita ja mielipiteitä mittaavissa tutkimuksissa on usein pienet vastausprosentit (Toivonen 1999, 179 ja 185). Tiukkoja rajoja vastausprosentin alarajaksi ei kuitenkaan ole esitetty. Vastausprosenttia ei pidetä olennaisena kyselyn laatua arvioitaessa, vaan tärkeämpää on se, ettei vastaajien valikoituminen aiheuttaisi harhaa eli että vastaamattomat ja vastanneet olisivat samankaltaisia. (Lansing & Morgan 1972, 233–235 ja 255; Ervasti 1996, 37.) Suuri vastausprosentti ennustaa kuitenkin otoksen edustavuutta (Asch ym. 1997). Koska tässä tutkimuksessa väestökyselykaavakkeita ei koodattu, ei katoanalyysiä voitu tehdä. Siten ei pystytty selvittämään, vastasiiko väestöstä tehty otos taustamuuttujiltaan perusjoukkoa ja erosivatko vastanneet ja vastaamatta jättäneet toisistaan taustamuuttujiltaan. Kato on voinut olla systemaattista ja aiheuttaa siten virhettä. Tällöin väestökyselyn johtopäätökset voivat olla harhaisia. (Toivonen 1999, 113; Locker 2000;

Sjöström & Holst 2002.) Shemeikan ym. (1988) tutkimuksessa vastaamatta jättäneet eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi vastanneista taustamuuttujiltaan, mutta myös vastakkaisia tuloksia (eroja niin taustamuuttujissa kuin mielipiteissäkin) on saatu (esim. Rubin 1990; Barkley & Furse 1996; Etter & Perneger 1997; Groves & Peytcheva 2008).

Vertaamalla väestökyselyyn vastanneiden ikä-, sukupuoli- ja koulutusjakauksia vastaaviin perusjoukossa pyrittiin arvioimaan systemaattisen kadon mahdollisuutta. Kyselyyn vastanneet jyväskyläläiset eivät ikäjakaumaltaan eronneet tilastollisesti merkitsevästi koko väestön ikäjakaumasta, mutta olivat useammin naisia ja vähemmän koulutettuja kuin perusjoukkoon kuuluvat. Ympäristökuntalaiset olivat iältään vanhempia, vähemmän koulutettuja ja useammin naisia kuin perusjoukkoon kuuluvat. Väestökyselyn tulosten yleistettävyyteen koskemaan koko perusjoukkoa tulee suhtautua varovasti, koska otoksen edustavuutta tutkivaa katoanalyysiä ei pystytty tekemään.

Päätäjät- ja henkilöstökyselyiden sekä työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyiden vastausprosentit olivat suuret (vaihtelivat välillä 64–95) ja siten ulkoinen luotettavuus oli hyvä. Koska molempien kyselyiden kohdejoukot tunnettiin taustamuuttujiltaan, voitiin aineiston edustavuutta niiden osalta tarkastella luotettavasti. Päätäjäkyselyyn vastanneiden sukupuoli- ja päätäjääsemajakaumat eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi perusjoukon jakaumista. Myöskään henkilöstökyselyyn sekä työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyyn vastanneiden ammattijakaumat eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi perusjoukon jakaumista.

Puuttuvia arvoja ei korvattu, koska niiden määrä oli vähäinen ja aineistojen laskennallinen koko säilyi riittävänä (Nummenmaa ym. 1997, 55).

### **6.2.1 Tilastolliset menetelmät**

Käyttämällä analyysitriangulaatiota lisättiin tutkimuksen luotettavuutta ja saatiin moniulotteista tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Kimchi ym. 1991; Thurmond 2001). Kun aineistosta ensin laskettiin sisäkorrelaatiokerroin, saatiin karkea ryhmien keskimääräistä homogeenisuutta kuvaava tunnusluku. Kertoimella arvioitiin, oliko kyseessä ryhmä- vai yksilötason ilmiö. Kun sisäkorrelaatio on suurempi kuin nolla, kyseessä ei ole puhdas yksilötason ilmiö, vaan ryhmien välillä on keskiarvojen välisiä eroja. (Goldstein 1987, 13 ja 16; 1999, 19, 26–27 ja 35; Malin 1997, 196–197; Malin 2005, 58–60; Jokivuori & Hietala 2007, 198.) Tällöin on perusteltua lähteä jatkoanalyysillä selvittämään ryhmien välisiä eroja. Sisäkorrelaation laskeminen perustuu keskiarvoon. Jotkut tutkijat pitävät keskiarvon käyttämistä järjestysasteikolla mitatulle muuttujalle virheellisenä (esim. Räsänen 1996).

Erotteluanalyysillä havainnollistettiin ryhmiin kuulumista. Annetuista muuttujista haettiin sellainen erottelu-ulottuvuus, jolla ryhmät voitiin erotella toisistaan mahdollisimman hyvin. Näiden uusien erottelijoiden keskiarvoiltaan ryhmät poikkesivat mahdollisimman paljon toisistaan. Erotteluanalyysi vaatii, että muuttujat noudattavat multinormaalijakaumaa jokaisessa ryhmässä. Lisäksi yksittäisten muuttujien varianssien ja muuttujien välisten parittaisten kovarianssien tulisi olla samanlaisia

ryhmien välillä. Nämä eivät toteutuneet tässä tutkimuksessa. Ne eivät kuitenkaan ole aivan ehdottomia vaatimuksia. Sen sijaan oleellisempaa on se, että ryhmät ovat toisistaan riippumattomia eikä poikkeavia havaintoja esiinny. Nämä toteutuivat tässä tutkimuksessa. Erotteluanalyysin oletuksena on myös, että muuttujat ovat jatkuvia. (Nummenmaa 1997, 106; Metsämuuronen 2001, 147; Katajisto 2005, 110; Jokivuori & Hietala 2007, 120–121.) Likert-asteikolla mitatut muuttujat ovat järjestyksasteikollisia ja näin ollen diskreettejä, mutta ne voidaan käsittää jatkuviksi muuttujiksi. Kirjallisuudessa pidetään edellä mainittuja oletuksia erotteluanalyysin ideaaliseen käyttöön liittyvinä eikä ehdottomina vaatimuksina. (Jokivuori & Hietala 2007, 9 ja 125.)

Muodostamalla työhyvinvointi- ja työmotivaatioaineiston muuttujista summamuuttujia pyrittiin tiivistämään informaatiota, vähentämään satunnaisvirhettä ja parantamaan mittausmenetelmän reliabiliteettia. Mukaan otettiin vain ne henkilöt, joilla oli vastaus vähintään 75 %:ssa summamuuttujaan sisältyneistä muuttujista, eikä tämä vähentänyt vastaajamäärää merkittävästi (vähemmän 0–7 %). Oppikirjat (esim. Toivonen 1999, 338; Metsämuuronen 2001, 17–18) suosittavat pääkomponentti- ja faktoripistemäärille rakennettavia muuttujia, jolloin lähes jokainen muuttuja on enemmän tai vähemmän mukana jokaisessa summamuuttujassa. Perusteluina esitetään, että manuaalisesti rakennetuista summamuuttujista katoaa sellaista hienojakoista tietoa, joka jää pääkomponentti- ja faktoripistemäärämuuttujiin. Näihin pistemäärämuuttujiin liittyy kuitenkin myös ongelmia. Mukana eri ulottuvuuksilla on kärkimuuttujien lisäksi sellaisia muuttujia, jotka latautuvat heikosti kyseiseen pääkomponenttiin tai faktoriin, ja nämä muuttujat voivat olla sisällöltään aivan erilaisia kuin ne muuttujat, jotka latautuvat komponenttiin voimakkaasti. Sama muuttuja on siten erisuuruisella painotuksella mukana monella eri ulottuvuudella. Faktorit kuitenkin tulkitaan kärkimuuttujien kautta, kun taas faktoripisteet saattavat määräytyä enemmän keskitasoisten muuttujien perusteella. (Alkula ym. 1994, 277–278; Jokivuori & Hietala 2007, 103–104.) Tässä tutkimuksessa ei oltu niinkään kiinnostuneita selvittämään faktorirakenteen luonnetta, sen hienojakoisuutta ja sen heijastumista summamuuttujiin, vaan tarkoituksena oli vahvistaa teorian toimivuus vallitsevissa olosuhteissa, kertoa tutkittavasta ilmiöstä. Manuaalisesti tehtyihin summamuuttujiin mukaan tulivat vain ne muuttujat, jotka tutkija oman näkemyksensä ja tietämyksensä perusteella näki mielekkääksi yhdistää. Manuaalisesti rakennettujen työhyvinvointi- ja työmotivaatiosummamuuttujien rakenteen osuvuutta arvioitiin eksploratiivisella faktorianalyysillä ja homogeenisuutta reliabiliteettitestauksella. Summamuuttujien rakenteen osuvuus sekä homogeenisuus olivat hyviä lukuun ottamatta palkkaus-työmotivaatiosummamuuttuja, jonka reliabiliteettikerroin jäi alle 0,6:n, mitä pidetään mittarin sisäistä yhtenäisyyttä osoittavan hyvyyden alarajana. Tätä summamuuttujaa käytettäessä tulee tuloksiin suhtautua varovaisesti.

Parivertailussa käytettiin nonparametrisiä testejä, koska suurin osa sekä yksittäisten muuttujien että summamuuttujien jakaumista olivat vinoja ja koska mittaus oli tehty järjestyksasteikolla.

Tutkimuksessa tehtiin useita parittaisia vertailuja. Kun testien määrä samassa tutkimuksessa kasvaa, väärin positiivisten tulosten todennäköisyys lisääntyy. Monivertailutilanteessa tulee 64 %:n toden-

näköisyydellä yksi kahdestakymmenestä tilastotestistä merkitseväksi 0,05:n tasolla, vaikka eroa ei todellisuudessa olisikaan (Läärä & Lammi 1989, 227). On siis mahdollista saada sattumalta ainakin yksi tilastollisesti merkitsevä tulos eli todellinen p-arvo on suurempi kuin nimellinen p-arvo. Tämän perusteella on esitetty yksittäisten nimellisten p-arvojen menettävän merkityksensä, ja siksi suositellaan Bonferroni-korjauksen tekemistä eli todennäköisyystason jakamista testien lukumäärällä (Chilton 1982, 110). Tämän korjauksen käyttö saattaa kuitenkin johtaa liian konservatiivisiin päätelmiin, mikäli tutkimuksessa testataan etukäteen johdettuja hypoteeseja ja tutkittavat asiat ovat toisistaan riippumattomia (Cuppless ym. 1984; Miettinen 1985, 114–115; Uhari 1988; Hernberg 1998, 256–257; Rothman & Greenland 1998, 227–228; Uhari & Nieminen 2001, 132). Läärän ja Lammin (1989, 227) mukaan, ”jos testataan toisiinsa liittymättömiä asioita, ei ole mitään mieltä tehdä päätelmiä tiettyä parametriä koskevasta p-arvosta sen perusteella, kuinka monta testiä tutkimuksessa muuten satuttiin suorittamaan, jos nämä testit kohdistuvat tästä parametrystä täysin riippumattomiin suureisiin”. Mikä tahansa tilastollinen yhteyshän voitaisiin hävittää tekemällä samaan aineistoon riittävä määrä testejä. Jos aineistot ovat vertailukelpoisia useisiin eri hypoteeseihin nähden, Bonferroni-korjauksen käyttö ei ole perusteltua (Alanen 1991, 106). Tässä tutkimuksessa ei edellä mainittuihin perusteluihin viitaten käytetty Bonferroni-korjausta.

### **6.3 Odotukset ja kokemukset suun terveydenhuollon palveluista**

#### **6.3.1 Jyväskylän asukkaat, päättäjät ja suun terveydenhuollon työntekijät**

##### **6.3.1.1 Odotukset ja kokemukset sekä niiden kohtaaminen**

Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja työntekijöiden odotukset suun terveydenhuollon palveluista erosivat erityisesti palvelujen organisointiin liittyvissä asioissa. Hoidon sisällöstä oltiin enemmän samaa mieltä. Asukkaiden odotukset erosivat enemmän päättäjien kuin työntekijöiden odotuksista. Suurimmat erot olivat päättäjien ja työntekijöiden välillä. Palvelut toteutuivat useammin päättäjien kuin asukkaiden ja työntekijöiden odotusten mukaisesti. Päättäjät eivät näyttäneet tuntevan suun terveydenhuollon arkipäivää. Työntekijät olisivat hyviä lähteitä välittämään tietoa kuntalaisten tilanteesta päättäjille, mutta sitä ei riittävässä määrin tapahtunut. Tiedon välittymisen kanavia joko ei ollut tarpeeksi tai ne toimivat huonosti. Työkulttuuriin ei näyttänyt kuuluvan kuntalaisten ”asianajajana” toimiminen. Syynä voi olla myös se, että työntekijöiden omat intressit ja potilaiden intressit saattoivat olla ristiriidassa, eikä silloin potilaiden näkemyksiä haluttu viedä eteenpäin. Luottamus henkilöiden ja johtavien viranhaltijoiden odotukset olivat hyvin yhteneväiset, joten he kuuntelivat enemmän toisiaan kuin kuntalaisia tai palveluja antavia työntekijöitä. Vastaavanlaisista tiedon välittämisen ongelmista, rooliristiriidoista ja vuorovaikutuksen kuiluista kuntalaisten ja päättäjien välillä sekä kunnan työntekijöiden ja päättäjien välillä on raportoitu suomalaisissa yhteiskunnallisissa tutkimuksissa. (Esim. Niiranen 1997b; Niiranen & Kinnunen 1997; Blomberg & Kroll 1999; Forma 1999b; Kunnallisan alan kehittämissäätiö 2004; 2006; 2009.)

Odotuksia ja niiden toteutumista mitattiin samoilla väittämillä, mutta käytetyt asteikot eivät olleet yhteismitallisia. Lisäksi vain suun terveydenhuollon työntekijät arvioivat asian toteutumista omilla vastaanotoillaan. Sitä verrattiin asukkaiden, päättäjien ja työntekijöiden arvioon asian tärkeydestä. Kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä ei siten odotusten ja niiden toteutumisen eroista voida tehdä. Esiin saatiin kuitenkin kuva siitä, miten hyvin odotukset ja kokemukset kohtasivat. Asian, jonka tärkeys on vähäinen, tulisi toteutuakin harvoin ja päinvastoin. Oletuksena oli, että alan ammattilaisten kokemukset asian toteutumisesta vastasivat hyvin todellisuutta terveyskeskuksessa. Työntekijät saattoivat kuitenkin olla liian kriittisiä arvioidessaan asioiden toteutumista ammattilaisen näkökulmasta, tai sitten he saattoivat kaunistella niiden asioiden toteutumista, jotka liittyivät heidän omaan ammattiosaamiseensa.

### *Kutsu ja säännöllinen hoidossa käynti*

Asukkaat ja päättäjät pitivät kutsun lähettämistä potilaille tärkeänä, mutta työntekijät taas eivät. Asukkaat ovat aikaisemmissakin Jyväskylän väestötutkimuksissa toivoneet kutsujärjestelmän käyttöönottoa, ja sen tärkeys näytti lisääntyneen kymmenen vuoden aikana (Nakari & Paavola 1988, 36; Paavola ym. 1992, 23). Koko aikuisväestön kattavaa ja potilastietojärjestelmään integroitua kutsujärjestelmää ei Jyväskylässä ollut otettu käyttöön tämän tutkimuksen ajankohtaan mennessä.

Asukkaiden säännöllinen suun terveydenhuollon palvelujen käyttö oli lähes samaa luokkaa ja päättäjillä jonkin verran yleisempää kuin keskimäärin suomalaisella väestöllä (Suominen-Taipale ym. 2006, 62–63). Sekä asukkaat että päättäjät halusivat tulevaisuudessa käydä hoidossa aiempaa säännöllisemmin. Säännöllisessä hammastarkastuksessa käymistä pidetään yleisesti toivottavana, ja siihen ammattilaisetkin potilaitaan kannustavat. Tämä näytti menneen perille niin asukkaille kuin päättäjillekin. Kutsujärjestelmä on hyvä keino tukea säännöllistä hoidossa käymistä. Kysely tehtiin juuri lainsäädäntöuudistuksen jälkeen, jolloin koko väestölle luotiin mahdollisuus käyttää yhteiskunnan subventoimana joko terveyskeskuksen hammashoitopalveluja tai vaihtoehtoisesti yksityis-hammaslääkäripalveluja. Tämä varmaan lisäsi asukkaiden halukkuutta käyttää hammashoitopalveluja säännöllisemmin samoin kuin se, että lainsäädäntöuudistuksen aikoihin lehdistössä kirjoitettiin aktiivisesti suun terveyden merkityksestä yleisterveyteen. Kutsun arvostaminen saattoi myös liittyä kuntalaisten roolin muuttumiseen palvelujen käyttäjästä kuluttajaksi. Tällöin palvelujen yksilöllisyys korostuu ja kutsu voidaan nähdä yhtenä sen ilmentymänä.

Työntekijöiden kielteinen asenne kutsujärjestelmää kohtaan saattoi johtua siitä, että sen käyttöönoton pelättiin lisäävän terveiden potilaiden turhia tarkastuksia, johtavan liian tiheisiin hoitoväleihin, ”ylihoitoon” ja liikaan ”holhoamiseen” ja siten ruuhkauttavan vastaanottoja entistä enemmän. Pelkona oli ehkä myös se, että kutsujen lähettäminen lisää hoitohenkilökunnan työmäärää, koska vain vaivalloisista käsinkirjoitetuista kutsuista oli kokemusta. Tämä selittänee muiden työntekijöiden hammaslääkäreitäkin negatiivisemmän suhtautumisen kutsujen käyttöönottoon.

Kutsujärjestelmällä voidaan tutkimusten perusteella nähdä olevan sekä etuja että haittoja. Sen on todettu lisäävän tarjoajan luomaa kysyntää (Helöe ym. 1994; Hugoson ym. 1995; Sintonen & Maljanen 1995), hoitoon hakeutumisen todennäköisyyttä, palvelujen käytön määrää ja kokonaiskäyttöä (Sintonen & Maljanen 1995; Nguyen ym. 2005; Sintonen & Pekurinen 2006, 182–183). Terveyspalvelujen tuottajan päätöksellä kutsua potilas vaikutetaan tuottajan työmäärään ja siten myös terveydenhuollon kustannuksiin (Chapko ym. 1999). Kutsujärjestelmän on havaittu lisäävän potilaille annetun hoidon määrää (Eriksen & Håkansson 1982; Sheiham ym. 1985).

Kutsujärjestelmällä on mahdollista tukea säännöllistä hoidossa käymistä. Säännöllisemmin käyvillä on todettu olevan vähemmän kariesta ja sairauden löytyminen todennäköisempää kuin epäsäännöllisesti käyvillä (Sheiham ym. 1985). Kutsujärjestelmässä mukana olevilla potilailla esiintyi Sintosen (1986) tutkimuksessa merkittävästi enemmän hampaiden tarkastuksia ja ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, mutta harvemmin paikkausta ja poistoja kuin kutsujärjestelmän ulkopuolella olevilla. Työterveyshuoltona järjestetyssä ja säännölliseen kutsuun perustuvassa hammashoidossa saatiin uusien potilaiden ensimmäisen vuoden lähes kolmen tunnin hoitoaika lyhenemään kahdessa vuodessa noin tunnin vuosittaiseen hoitoaikaan. Tämä vastasi vanhojen potilaiden vuosittaisia hoitoaikoja samana ajankohtana. (Ahlberg 1997, 32.) Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan säännöllinen hammastarkastuksissa käyminen oli erittäin merkittävä hampaiden kuntoa määrittävä tekijä. Säännöllisesti käyvillä terveitä hampaita oli enemmän, hoidon tarpeessa olevia hampaita vähemmän ja paikattuja hampaita enemmän kuin epäsäännöllisesti käyvillä. Parhaan hyödyn saivat harvemmin kuin kahden vuoden välein tarkastuksissa kävijät. (Vehkalahti ym. 2004, 85.) On raportoitu myös päinvastaisia tuloksia: satunnaisesti hoidossa käyvillä oli vähemmän kiinnityskudossairautta ja enemmän hampaita kuin säännöllisesti käyvillä (Sheiham 2000).

Kutsujärjestelmää käyttämällä voidaan kohdentaa tutkimusvälit yksilöllisesti, mitä tutkimukset ja suositukset puoltavat niin aikuisilla kuin lapsillakin (Wang & Holst 1995; Eerola ym. 1998; Frame ym. 2000; Kärkkäinen ym. 2001; Lahti ym. 2001; Helminen & Vehkalahti 2002; National Institute for Clinical Excellence 2004). Optimaalisen tutkimusvälin määrittäminen ei kuitenkaan ole helppoa, sillä suun sairauksien riskin määrittämiseen ei ole olemassa riittävän tarkkoja menetelmiä (Manji ym. 1991; Alanen ym. 1994; Hausen ym. 1994; Hausen 1997). On ehdotettu potilasnäkökulman mukaan ottamista siten, että asiantuntija ja potilas yhdessä sopisivat hoitoon tulon frekvenssistä (Schouten ym. 2006). Vahvaa näyttöä siitä, että tutkimusvälien yksilöllistämällä olisi vaikutusta suun terveyden parantumiseen tai heikentymiseen, ei ole saatu (Davenport ym. 2003; Beirne ym. 2009).

Kutsujärjestelmällä voitaisiin vähentää terveyseroja ja edistää huonossa sosioekonomisessa asemassa olevien hoitoon hakeutumista. Muissa pohjoismaissa säännöllisessä hoidossa käyvien ja kutsujärjestelmän piirissä olevien osuus on paljon suurempi kuin Suomessa (Hugoson ym. 1995; Suominen-Taipale ym. 2004, 66–67). Vaikka Suomi kuuluu maailman pienimpien tuloerojen maihin, ovat meillä koulutusryhmittäiset erot terveydessä ja terveyspalvelujen käytössä suuret. OECD-maiden

vertailussa terveydenhuoltopalvelujen käyttö jakaantuu tulojen mukaan epätasaisesti Portugalissa, Suomessa ja Irlannissa (van Doorslaer ym. 2006). Myös suun terveydenhuollon palvelujen käytössä sekä suun terveydessä erot ovat Suomessa suuret. Ne suosivat suurituloisia ja korkeasti koulutettuja. (Suominen-Taipale ym. 2004, 62, 80 ja 157.) Hammashoitouudistuksen jälkeen tilanne ei ole muuttunut, vaan palvelujen käyttö oli vuonna 2004 edelleen suurituloisia suosiva. Sektoreiden välillä oli tässä selvä ero: terveystieteiden hammashoidon käyttö painottui pienituloisiin ja yksityisen sektorin käyttö suurituloisiin. (Manderbacka ym. 2006, 49.)

### *Iltavastaanotot*

Asukkaat ja päättäjät pitivät iltavastaanottoaikoja tärkeinä, mutta niitä Jyväskylän suun terveydenhuollossa oli tarjolla hyvin harvoin. Ilta-aikojen vähäinen tarjonta vastasi työntekijöiden tärkeysarviota, mutta asukkaiden ja päättäjien odotuksia se ei vastannut. Asukkaista naiset pitivät hoitoon pääsyä iltaisin tärkeämpänä kuin miehet. Tämä vastaa aikaisempien Jyväskylän väestötutkimusten tuloksia, joiden mukaan naisille hoitoon pääseminen heidän oman työaikansa ulkopuolella oli vaikeampaa kuin miehille (Nakari & Paavola 1988, 35; Paavola ym. 1992, 22; Aroheinä ym. 2000, 25).

Joustavien aukioloaikojen vaatimus liittyy asiakaslähtöiseen ja kuluttajuutta sekä yksilöllisyyttä heijastavaan palvelukulttuuriin. Julkisen sektorin palveluja pidetään joustamattomina ja tavoitettavuutta huonona verrattuna yksityiseen sektoriin. Siksi kuntiin on lähdetty kehittämään uudenlaisia palvelumuotoja, esimerkiksi terveystieteiden kioskkeja, jotka ovat auki myös iltaisin ja toimivat matalan kynnyksen periaatteella. Niillä tavoitellaan erityisesti terveystieteiden syrjäytyneitä ja niitä, jotka hyötyisivät parhaiten terveystieteiden neuvonnasta ja kädestä pitäen -ohjauksesta. (Esim. Kivimäki ym. 2010.) Terveystieteiden kioskkeilla ei kuitenkaan pystytä vastaamaan väestön tarpeeseen saada varsinaisia hoitoaikoja iltaisin.

Päättäjien myönteinen suhtautuminen ilta-aikoihin johtunee heidän asemastaan. Palvelujen järjestäminen väestön tarpeiden mukaan ja resurssien tehokas käyttö ovat heidän vastuullaan. Palveluajkoja pidentämällä on mahdollista lisätä tilojen ja koneiden käyttöä ja siten tehostaa toimintaa. Tuoreessa asiantuntijaraportissa esitetään, että vastaanotto toiminta iltaisin ja viikonloppuisin voisi olla keino vähentää ruuhkaa terveydenhuollon päivystyspalveluissa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010b, 28), mikä saattaa pitää paikkansa myös suun terveydenhuollossa.

Työntekijöiden kielteinen suhtautuminen iltavastaanottoihin johtunee heidän omista intresseistään. Iltavastaanottohan merkitsisivät heille itselleen epämiellyttävien työaikojen lisääntymistä, fyysisten työolojen heikentymistä ja työajan joustojen vähentymistä varsinkin silloin, jos siirryttäisiin kaksivuorotyöhön. Työntekijät eivät kuitenkaan välttämättä katsoneet asiaa vain omista lähtökohdistaan ja mukavuussyistä. Heillä oli omakohtaisia kokemuksia fyysisten työolojen vaikutuksesta työn kuormittavuuteen. Kuten aiemmissakin tutkimuksissa (esim. Murtomaa ym. 1990) niin myös tässä tutkimuksessa huonot fyysiset työolot ja työn kokeminen kuormittavana olivat yhteydessä toisiinsa.

Näin ollen iltaan painottuva työ voi kasvattaa entisestään terveystieteiden kuormittavuutta, heikentää työn laatua sekä lisätä työssä uupumista ja aiheuttaa säästöjen sijaan kustannusten kasvua sairauslomien yleistyessä. Lisäksi iltatyöpakko voi vähentää terveystieteiden työpaikkojen houkuttelevuutta ja aiheuttaa rekrytointivaikeuksia, koska työntekijät tässä tutkimuksessa pitivät fyysistä työympäristöään erittäin merkittävänä työmotivaatioon vaikuttavana tekijänä. Myös Kottosen (2009, 59–62 ja 90) tutkimus osoitti, että sekä työssä olevat hammaslääkärit että alaa opiskelevat laittoivat paljon painoa työajan joustoille, työtiloille ja -laitteille.

### *Pysyvät hoitosuhteet ja hoitavan henkilön valinta*

Asukkaat, päättäjät ja työntekijät arvostivat pysyviä hoitosuhteita samaan hammaslääkäriin. Ne eivät kuitenkaan toteutuneet Jyväskylän suun terveydenhuollossa heidän odotustensa mukaisesti. Myöskään mahdollisuus valita hammaslääkäri ei toteutunut siinä määrin kuin sen tärkeys asukkaiden ja alan ammattilaisten arvioimana olisi edellyttänyt – päättäjien tärkeysarviota se kuitenkin vastasi. Aikaisemmissakin Jyväskylän väestötutkimuksessa on omahammaslääkäriin tärkeys tullut esille (Nakari & Syyrakki-Komulainen 1990, 27; Aroheinä ym. 2000, 29 ja 38).

Mahdollisuus pysyä saman hammaslääkäriin tai hoitajan hoidossa on valinnanmahdollisuus, joka julkisen sektorin palveluissa on perinteisesti toteutunut harvoin. Kun julkisella sektorilla on kehitetty asiakaslähtöisyyttä markkinoiden esikuvien mukaisesti, on valinnanmahdollisuuteen ja pysyviin hoitosuhteisiin alettu kiinnittää enemmän huomiota. Ne on kirjoitettu jo uuteen terveydenhuollon lainsäädäntöönkin. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan potilas tulee ohjata jatkohoitoon mahdollisuuksien mukaan häntä aiemmin hoitaneelle lääkärille tai hammaslääkäriin ja lisäksi potilas voi aiempaa vapaammin valita häntä hoitavan terveydenhuollon ammattilaisen ”toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa”.

Odotetusti pysyvien hammaslääkärisuhteiden tärkeys asukkailla oli yhteydessä yksityishammaslääkärillä käymiseen. Koska yksityissektori toimii omahammaslääkäriperiaatteella, on selvää, että sitä arvostavat hakeutuvat sinne terveystieteiden sijaan varsinkin, jos terveystieteiden pitkä hoitosuhteet eivät toteudu. Terveystieteiden 2000 -tutkimuksen mukaan kahdella kolmesta hammashoidossa yksityissektorilla käyneistä aikuisista, mutta vain yhdellä kolmesta terveystieteiden käyneistä aikuisista oli omahammaslääkäri (Suominen-Taipale ym. 2006, 64; Kiiskinen 2005, 25).

Tutkimukset puoltavat pitkiä hammaslääkärisuhteita. Hoitavan hammaslääkäriin vaihtuminen on potilaalle epäedullista, sillä sen on todettu lisäävän sekä tehtyjen toimenpiteiden määrää että kustannuksia (Davies 1984; Elderton ym. 1985). Hoidon jatkuvuutta pidetään terveydenhuollon kulmakivenä (Murray & Berwick 2003; Halonen ym. 2006; Richards 2009; Pelkonen 2010). Työhyvinvoinnin kannalta pitkä hoitosuhteet lisäävät työn mielekkyyttä ja parantavat työn laatua, koska silloin ammattilaisten on mahdollista seurata työnsä tuloksia ja arvioida onnistumistaan pitkällä aikavälillä (Hakanen 2004a, 35; Hakanen & Perhoniemi 2006, 33).

Jyväskylän seudullisessa viikonloppupäivystyksessä käyneistä joka toisella oli edellisestä hammashoitokäynnistä kulunut aikaa alle yksi kuukausi (Raivisto 2005, 32). Toimivalla omahammaslääkärijärjestelmällä voitaisiin vähentää potilaiden joutumista käyttämään viikonloppupäivystystä.

Huolestuttava tulos oli se, että terveyskeskuksessa tavallisesti käyneet jyväskyläläiset näyttivät olevan valmiita luopumaan omahammaslääkäriperiaatteesta, kunhan vain nopea hoitoon pääsy toteutuisi. Koska terveyskeskushammashoito on ruuhkautunut, saattavat kuntalaiset olla valmiita luopumaan aikaisemmin arvostamistaan hyvän hoidon periaatteista päästäkseen ylipäätään hoitoon. Yksityisellä käyneillä ei tällaista arvostuseroa omahammaslääkärin ja nopean hoitoon pääsyn välillä ollut.

Omahoitaja ei missään vastaajaryhmässä noussut niin tärkeäksi kuin omahammaslääkäri. Vaikka Jyväskylän suun terveydenhuollossa työnjakoa on kehitetty ja hoitohenkilökunnan vastaanottotoimintaa lisätty, ei omahoitajaperiaate tutkimuksen ajankohtana ollut vielä vakiintunut. Siitä ei ollut karttunut vielä riittävästi kokemuksia, jotta sitä olisi arvostettu enemmän.

Käsitykset hoitavan henkilön valinnan tärkeydestä verrattuna pysyviin hoitosuhteisiin erosivat ryhmien välillä. Pysyvä hoitosuhde samaan hammaslääkäriin oli asukkaille ja päättäjille tärkeämpi kuin mahdollisuus valita hammaslääkäri. Sen sijaan työntekijät eivät omilla potilaillaan nähneet näiden asioiden tärkeydessä merkittävää eroa. Kuitenkin omassa hoidossaan työntekijät pitivät tärkeämpänä hammaslääkärin valintaa kuin pysyvää hoitosuhdetta. Ammatillisilla on ymmärrettävästi parempaa tietoa alan työntekijöiden osaamisesta ja erityistaidoista kuin tavallisilla ihmisillä. Siksi ammattilaiset omassa hoidossaan käyttävät hyödykseen tätä tietämystään ja haluavat valita hoitavan hammaslääkärinsä. Asukkaat ja päättäjät muodostavat käsityksensä hoitavasta henkilöstä vastaanotokäynnin yhteydessä saatujen kokemusten perusteella. Siksi mahdollisuus valita hoitava henkilö ei ollut niin tärkeä kuin mahdollisuus saada käydä jatkossakin hyväksi koetun ammattilaisen hoidossa.

### *Hoitokäyntien pituus*

Päättäjien vastauksissa näkyi talouden näkökulma: he arvostivat lyhyitä hoitokäyntejä, ja työntekijöiden vastauksissa taas ammattilaisen näkökulma: he arvostivat pitkiä hoitokäyntejä. Käynti on nykyään yleinen mittari, jolla toiminnan tehokkuutta arvioidaan. Lisäämällä käyntejä saadaan tuotavuus kasvamaan, mikä on päättäjien intressinä. Se ei kuitenkaan takaa terveyshyödyn lisääntymistä eikä hoidon vaikuttavuuden parantumista – eikä näin ollen tehokkuuden lisääntymistä. (Sintonen & Pekurinen 2006, 53–56.)

Päättäjien ja työntekijöiden käsitysten vastakkaisuus ilmeni hyvin, kun verrattiin eripituisten käyntien toteutumista ja niiden tärkeyttä. Lyhyet hoitokäynnit toteutuivat Jyväskylän suun terveydenhuollossa harvemmin ja pitkät useammin kuin niiden tärkeys päättäjien arvioimana olisi edellyttänyt. Sen sijaan pitkät hoitokäynnit toteutuivat harvemmin ja lyhyet useammin kuin niiden tärkeys työntekijöiden arvioimana olisi edellyttänyt. Työntekijöillä ei siten näyttänyt olevan mahdollisuuk-

sia antaa potilaille tarpeeksi pitkiä hoitoaikoja. Asukkaiden odotuksia sekä pitkien että lyhyiden hoitokäyntien toteutumat vastasivat.

Työntekijät katsoivat pitkiä hoitokäyntejä arvostaessaan toiminnan tehokkuutta ammattilaisen näkökulmasta. Lyhyet käynnit saattavat olla tehottomia, koska noudatettaessa nykypäivän hygieniasuosituksia (Lääkelaitos 2003) potilasvaihtoon kuluu aikaa – keskimäärin viidestä seitsemään minuuttia (tutkijan oma arvio). Pitkillä hoitokäynneillä voidaan tehdä useampia toimenpiteitä sekä samankaltaisia toimenpiteitä ”sarjatyönä” ja siten nopeammin ja materiaalikustannuksiltaan halvemmalla kuin erillisillä lyhyillä käynneillä. Pitkillä hoitokäynneillä voitaneen paremmin hyödyntää myös työnjakoa. Lisäksi hoito on potilaalle hinnaltaan edullisempi, kun tehdään monta toimenpidettä samalla kertaa pitkissä istunnoissa, jolloin esimerkiksi käyntimaksu tai puudutus veloitetaan vain kerran. Harvat mutta pitkät käynnit pienentävät myös potilaan aikakustannuksia. Ne pitäisi ottaa huomioon hoidon kokonaiskustannuksia arvioitaessa (Sintonen & Pekurinen 2006, 173).

Ammattilaiset ovat työssään nähneet, kuinka terveystieteiden hammashoidon potilaista yhä suurempi osa on nykyään iäkkäitä ja monisairaita, mutta omat hampaansa säilyttäneitä, ja heille tehtävät toimenpiteet ovat vaikeita, monimutkaisia ja siten aikaa vieviä. Myös paikkaushoito uusilla materiaaleilla vie usein enemmän aikaa kuin aiemmin käytetyllä amalgaamilla. Potilaslaki (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785) ja asetus potilasasiakirjoista (298/2009) edellyttävät potilasasiakirjojen huolellista täyttämistä. Kun viranomaisvalvonta perustuu asiakirjadokumentteihin, on sekä potilaan että ammattihenkilön oikeusturvan takia tärkeää, että kaikki oleellinen hoitoon liittyvä tieto on viivytyksettä kirjattuna asiakirjoihin. Potilaslain mukaan potilailla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hyvä laatu syntyy paitsi vankasta ammattitaidosta niin myös hyvästä kohtelusta ja onnistuneesta vuorovaikutuksesta sekä potilasasiakirjojen asianmukaisesta täytöstä, joille pidemmällä hoitokäynneillä pystyy jättämään riittävästi aikaa.

### *Terveyden edistäminen ja vuorovaikutus vastaanotoilla*

Asukkaiden tiedonsaanti suun sairauksista, toiveiden huomioiminen ja omaan hoitoon vaikuttamisen mahdollisuudet eivät toteutuneet Jyväskylän suun terveydenhuollossa heidän odotustensa mukaisesti. Vastaanotoilla näytti olevan ongelmia vuorovaikutuksessa. Ammattilaisten antamalla tiedolla, neuvonnalla ja tuella on tärkeä merkitys kuntalaisten osallistumisen edellytysten luomisessa. Merkittävänä hoitomyöntyvyyteen vaikuttavana tekijänä pidetään sitä, kuinka hyvin lääkäri vastaa potilaan odotuksiin, jotka liittyvät tiedon saamiseen sairaudesta ja sen hoitamisesta (Gray 2004). Ihmiset haluavat enemmän tietoa sairauksista, parempia mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa ja toiveiden huomioon ottamista useammin (Ruusuvoori ym. 2003). Ristiriitoja suun terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä Jyväskylässä saattaa tulla siksi, että päättäjät arvostivat potilaiden yksilöllisten toiveiden ja vaikutusmahdollisuuksien huomioon ottamista vähemmän kuin asukkaat ja työntekijät.

Yksisuuntainen tiedon antaminen oli Jyväskylän suun terveydenhuollossa yleisempää kuin vuorovaikutteinen kommunikointi, keskustelu hoitovaihtoehdoista sekä potilaiden toiveiden ja mahdollisuuksien huomioiminen. Aiemmatkin tutkimukset ovat osoittaneet, että terveydenhuollon vastaanotoilla on ongelmia vuorovaikutuksessa. Potilaat ovat kokeneet saaneensa puutteellista tietoa hoidon tarpeesta, hoitovaihtoehdoista ja palvelujen laadusta. (Nakari & Syyrakki-Komulainen 1990, 21; Lahti ym. 1996a; Toivanen ym. 1999.) Neuvonta on ollut pinnallista ja epätarkkaa sekä ammattilaisten ja potilaiden välinen vuorovaikutus rajoittunutta. Vastaanotoilla on vallinnut yksisuuntainen ja autoritäärinen, terveydenhuollon ammattilaisen kontrolloima ja hallitsema viestintä. Mieluummin on kysytty kuin neuvottu, jolloin elämäntapaa koskeva keskustelu on jäänyt yleiselle tasolle. Potilas on jätetty yksin arvioimaan, onko elämäntavan muuttamiseen syytä. (Kettunen ym. 2001; Peräkylä ym. 2001, 161–169; Poskiparta ym. 2001; Kasila ym. 2003.) Onnistuneen vuorovaikutuksen seurauksena potilaat ovat tyytyväisiä, sitoutuvat hoitoonsa ja noudattavat saamiaan ohjeita, jolloin hoitotuloksetkin paranevat (Bertakis ym. 1998; Barry ym. 2000).

Työntekijät pitivät terveysterveystietoa sekä potilaiden mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa ja heidän toiveidensa huomioon ottamista erittäin tärkeinä. Ne eivät kuitenkaan toteutuneet Jyväskylän suun terveydenhuollossa työntekijöiden arvioimaa tärkeyttä vastaavasti. Heillä ei siten näyttänyt olevan tarpeeksi mahdollisuuksia vaikuttaa työnsä sisältöön, tai sitten kannustimet ehkäisevään ja vuorovaikutukseen perustuvaan työhön eivät olleet riittävät (ks. Vesivalo ym. 2006). Valtakunnallistenkin tutkimustulosten mukaan terveyden edistämistä suun terveydenhuollossa tehdään vähän. Terveyden edistämisen taloudellisen arvioinnin hanke osoitti, että hammaslääkäreiden ja hammashoitajien työstä terveystieteissä vain muutama prosentti ja suuhygienistienkin työstä vähemmän kuin puolet kului lasten ja nuorten terveyttä edistävään työhön. (Hakamäki ym. 2011, 44 ja 47.) Työikäisten terveystietäytymistutkimukset osoittivat, että hammaslääkärit hyvin harvoin kehottivat potilaitaan lopettamaan tupakoinnin (Helakorpi ym. 2003, 91; 2010, 85; 2011, 81). Vaikka terveysterveystietoa annettaisiinkin, voivat sen aikaansaamat vaikutukset olla hyvin vähäisiä. Ongelmana on se, etteivät sähköiset terveystietojärjestelmät mahdollista riskitekijöiden ja elintapaneuvonnan kirjaamista siten, että henkilökunnan olisi helppo hyödyntää potilastietoja vastaanotolla terveystietäytymisen muutoksen tukemisessa sekä kommunikoida muiden potilasta hoitavien tahojen kanssa (Poskiparta ym. 2004; Saaristo ym. 2010; Koskela ym. 2011).

### *Pelon huomioiminen*

Työntekijöistä lähes kaikki olivat sitä mieltä, että pelkoa lievitettiin Jyväskylän suun terveydenhuollossa joko erittäin tai melko usein. Yli puolet piti potilaan pelon huomioon ottamista erittäin tärkeänä. Alan ammattilaiset näyttivät siten tiedostavan hammashoitopelon merkityksen potilaiden hammashoitotapoihin vaikuttavana tekijänä. Kivun pelon on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu vaikeutettavan hammashoittoa hakeutumista joka kymmenennellä jyvaskyläläisellä aikuisella – nuorista aikuisista jopa joka viidennellä (Nakari & Paavola 1988, 33; Paavola ym. 1992, 19).

Joka neljäs asukas piti pelon huomioimista erittäin tärkeänä. Osuus on suurempi kuin Pohjolan (2009, 55) tutkimuksessa oli voimakkaasti pelkäävien osuus. Nähtävästi vähänkin pelkäävät asukkaat pitivät pelon huomioon ottamista tärkeänä. Asukkaiden hoidossa käynnin säännöllisyydellä ja pelon lievityksen tärkeydellä ei ollut yhteyttä, ei myöskään koetulla suunterveydellä ja pelon lievityksen tärkeydellä, vaikka niin olisi voinut aiempien tutkimusten perusteella olettaa (esim. Pohjola 2009, 59 ja 64). Koska hammashoitopelon on todettu olevan yleisempää naisilla kuin miehillä (Hakeberg ym. 2003), oli odotettavaa, että naiset pitivät pelon huomioimista tärkeämpänä kuin miehet.

Syynä siihen, että ammattilaiset pitivät pelon huomioon ottamista niin paljon tärkeämpänä kuin asukkaat ja päättäjät, voi olla näkökulmaero. Asukkaat ja päättäjät katsoivat asiaa omasta näkökulmastaan – eli kuinka tärkeää pelon lievitys on heille itselleen potilaana ollessaan. Työntekijät katsoivat asiaa ammatillisesta näkökulmasta, jolloin hyvään ammattitaitoon kuuluu ottaa pelon mahdollisuus huomioon jokaisen potilaan kohdalla.

### **6.3.1.2 Palvelusektorin valinta, palveluiden käyttö ja koettu hoidon tarve**

#### *Hoitopaikka*

Sekä asukkaista että päättäjistä suurempi osuus oli käynyt hammashoidossa yksityishammaslääkärillä kuin terveyskeskuksessa, mikä vastasi tilannetta koko valtakunnassa (Klavus ym. 2007, 192). Odotetusti työntekijät käyttivät yleensä terveyskeskushammashoidon palveluja.

Jyväskylässä on perinteisesti ollut tarjolla paljon yksityisiä hammashoitopalveluja. Tämän tutkimuksen ajankohtana Jyväskylän kaupungin alueella työskenteli 58 yksityishammaslääkärinä (48 hammaslääkärihenkilötyövuotta) ja terveyskeskuksessa 31 hammaslääkärinä (24 hammaslääkärihenkilötyövuotta). Hammaslääkäri työvoimaa Jyväskylän kaupungin alueella näytti olevan riittävästi, kun otetaan huomioon sekä julkinen että yksityinen kapasiteetti. Vuonna 2004 oli Jyväskylässä yksi hammaslääkärihenkilötyövuosi noin 1 100 asukasta kohti ja vuonna 2008 yksi hammaslääkärihenkilötyövuosi noin 1 300 asukasta kohti (lähteet: tutkijan julkaisemattomat selvitykset vuodelta 2004 ja 2008). WHO:n suositus on yksi hammaslääkäri 2 000 asukasta kohti. Vuonna 2005 hammaslääkäri-tiheys Suomessa oli 1/1200. (Suominen-Taipale 2007, 26.) Rungas yksityishammaslääkäripalvelujen tarjonta on luultavasti ollut syynä siihen, että Jyväskylän kaupungin päättäjät eivät ole olleet halukkaita lisäämään julkisen sektorin suun terveydenhuollon resursseja isoista hammashoitouudistuksista ja lakimuutoksista huolimatta. Suurten kaupunkien vertailussa Jyväskylän panostus on ollut jatkuvasti keskimääräistä vähäisempää. Jyväskylässä julkisen ja yksityisen sektorin suhdetta voitaisiinkin kuvata negatiiviseksi riippuvuudeksi: niukat kunnalliset suun terveydenhuollon palvelut ovat luoneet markkinoita yksityishammaslääkäripalveluille. Julkisen ja yksityisen sektorin suhde ei kuitenkaan ole näin suoraviivainen, sillä selvitysten mukaan hyvin resursoitu julkinen sektori ei välttämättä ole ollut yksityissektorin laajentumisen esteenä (Kinnunen ym. 2011, 10). Jyväskylän ympäristökunnissa yksityishammaslääkäreiden vastaanottoja on ollut vain muutamia, joten on selvää, että siellä on pakon sanelemana jouduttu panostamaan julkisiin palveluihin. Ympäristökunnissa

euromääräinen panostus julkiseen suun terveydenhuoltoon asukasta kohden on ollut jatkuvasti suurempi kuin Jyväskylässä.

Huomionarvoista tämän tutkimuksen tuloksissa oli se, että runsas viidennes jyväskyläläisistä yksityishammaslääkärin potilaista aikoi tulevaisuudessa vaihtaa hoitopaikkansa kokonaan terveyskeskukseen, kun taas terveyskeskuksen potilaista sektorin vaihtoa suunnitteli vain muutama prosentti. Suuri ero omavastuuosuuksissa oli luultavasti yksi syy halukkuuteen vaihtaa sektoria ja hakeutua terveyskeskushammashoitoon (ks. s. 115). Sektorinvaihtohalukkuutta lisäsi ehkä myös se, että juuri ennen kyselyä oli voimaan tullut kansanterveyslain muutos, joka antoi koko väestölle oikeuden hakeutua hammashoitoon terveyskeskukseen. Se saattoi luoda uskoa ihmisiin, että he sinne myös pääsevät. Jyväskyläläisistä 55 vuotta täyttäneet ja vanhemmat ilmoittivat nuorempia ikäluokkia useammin aikovansa vaihtaa hoitosuhteensa yksityiseltä sektorilta julkiselle. Tämä vastaa koko valtakunnassa vallalla olevaa kehitystä, jonka mukaan ennen vuotta 1956 syntyneiden osuus terveyskeskushammasoidossa näyttää lisääntyvän ja nuoret aikuiset näyttävät siirtyvän yhä useammin yksityishammaslääkäreiden potilaiksi. Koska ikääntyvien hoidon tarve on nuoria aikuisia suurempaa, johtaa tämä potilasmäärän kasvua suhteellisesti suurempaan kuormituksen lisääntymiseen terveyskeskuksissa. (Kiiskinen ym. 2005, 34.)

Tämä tutkimus osoitti, että jyväskyläläiset olivat melko halukkaita käyttämään tulevaisuudessa sekä julkisia että yksityisiä hammashoitopalveluja. Molempien sektoreiden käyttäjiksi halusivat erityisesti yksityissektorin potilaat. Myös valtakunnallisissa kyselyissä kansalaiset ovat ilmaisseet hyväksyvänsä molemmat sektorit tuottamaan sosiaali- ja terveyspalveluja, mutta päävastuu palvelujen järjestämisestä tulee heidän mielestään säilyttää julkisella sektorilla (esim. Forma & Saarinen 2008, 173). Suun terveydenhuollossa molempia sektoreita käyttäneiden osuus on Suomessa ollut vähäinen, noin kahden prosentin luokkaa (Kiiskinen ym. 2005, 19; Pekurinen ym. 2010, 62). Molempien sektoreiden rinnakkaiskäyttö ei ole toivottavaa, jos se johtaa omahammaslääkäri- ja omahoitajaperiaatteen romuttumiseen ja hoidon liialliseen pirstaloitumiseen.

Jyväskylässä julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö suun terveydenhuollossa on pääosin liittynyt koulutukseen ja hoitopalveluista tiedottamiseen. Ostopalveluja on käytetty vain rajallisesti erikoishammasoidossa. Jyväskylän terveyskeskushammasoidon ruuhkaututtua on yhteistyötä lisätty tavoitteena parantaa hoidon saatavuutta ja tasoittaa työkuormaa sektoreiden välillä. Asukkaiden myönteinen suhtautuminen molempien sektoreiden käyttöön antaa hyvät mahdollisuudet yhteistyön lisäämiselle. Tammikuussa 2011 aloitettiin julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuteen perustuva aikuisten ehkäisevän hoidon yhteistyöhanke. Ehkäisevien hoitopakettien sairausvakuutuskorvauksia on nostettu määräaikaaisesti, jolloin pakettien omavastuuosuudet on saatu lähes samalle tasolle kummallakin sektorilla. Tämän toivotaan lisäävän hakeutumista yksityissektorille ja vähentävän potilaspainetta terveyskeskushammasoidossa. (Valtioneuvoston asetus 2010; Tilander 2011.) Lisäksi toukokuussa 2011 otettiin käyttöön palveluseteli tilapäiseksi keinoksi jonojen purkuun (Jyväskylän kaupunki 2011).

### *Hoitoon pääsy ja hoitovälit*

Kaikki vastaajaryhmät toivoivat huomattavasti nopeampaa hoitoon pääsyä kuin hoitotakuulainsäädäntö edellyttää enimmillään. Suurin osa asukkaista, päättäjistä ja työntekijöistä piti kolmea kuukautta lyhyempää odotusaikaa sopivana itselle samoin kuin alan ammattilaiset omille potilailleen. Tämän olettaisi merkitsevän sitä, että päättäjien on hyvin vaikea hyväksyä edustamilleen kuntalaisillekaan yli kolmen kuukauden odotusaikoja. Kiireettömään hammashoitoon pääsyssä on ollut kuitenkin ongelmia niin Jyväskylässä kuin koko valtakunnassakin, eivätkä palvelut ole toimineet käyttäjien toivomalla tavalla (Klavus ym. 2007, 192; 2008, 187, Miettinen 2007, 4; FCG 2010, 16). Ongelmat ovat jatkuneet, sillä kiireettömään hammashoitoon yli kuusi kuukautta jonottaneiden määrä vuoden 2010 lopulla oli sekä Jyväskylässä että koko maassa selvästi suurempi verrattuna edelliseen vuoteen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010b). Ongelmia hoitoon pääsyssä Jyväskylässä voidaan selittää vähäisillä hammaslääkäriresursseilla. Budjetoitujen hammaslääkäriavokanssien määrä vuonna 2010 oli sama kuin kaksikymmentä vuotta aiemmin, jolloin terveyskeskushammashoitoon pääsivät vain lapset ja nuoret ja jotkin erityisryhmät (ks. kuvio 7 s. 48).

Vaikka tässä tutkimuksessa kiireettömään hoitoon pääsyä oltiin valmiita odottamaan kuukausiakin, piti itse hoidon sen sijaan sujua lyhyillä hoitoväleillä – yhdestä viikosta yhteen kuukauteen. Tästä asukkaat, päättäjät ja työntekijät olivat yhtä mieltä. Päättäjät hyväksyivät kuitenkin pidempiä hoitovälejä kuin muut. Myös aikaisemmassa Jyväskylän väestötutkimuksessa suurin osa vastaajista piti parhaimpana hoitokäyntien välinä terveyskeskuksessa kuukautta tai sitä lyhyempää aikaa (Aroheinä ym. 2000, 27). Kun yksityissektorille pääsee hoitoon nopeasti ja hoitovälit siellä ovat lyhyitä, niin odotetusti yksityisellä käyneet jyvaskyläläiset asukkaat toivoivat nopeampaa hoitoon pääsyä ja lyhyempiä hoitovälejä kuin terveyskeskuksessa käyneet. Huomionarvoista oli kuitenkin se, etteivät päättäjien käsitykset sopivasta odotusajasta ja hoitokäyntien välistä riippuneet siitä, kummalla sektorilla he itse olivat käyneet hoidossa.

### *Koettu hoidon tarve*

Jyväskylän asukkaat ja päättäjät kokivat suunsa terveyden paremmaksi kuin suomalaiset keskimäärin. Noin kolme neljästä asukkaasta ja päättäjistä koki suunsa terveyden erittäin tai melko hyväksi, kun Terveys 2000 -tutkimuksessa näin ilmoitti kaksi kolmesta vastaajasta (Harju ym. 2004, 35). Ero selittynee sillä, että edellä mainitussa Terveys 2000 -tutkimuksen analyysissä oli mukana ainoastaan 30 vuotta täyttäneet ja vanhemmat. Kun mukaan otettiin myös nuoret aikuiset, jotka arvioivat suunsa terveyden paremmaksi kuin vanhemmat ikäluokat (Suominen-Taipale ym. 2005, 96), niin silloin jyvaskyläläisten ja muiden suomalaisten kokema suunterveys ei eronnut kovinkaan paljon.

Jyvaskyläläisten asukkaiden kokema hammashoidon tarve oli suurempi kuin valtakunnassa keskimäärin ja oli selvästi lisääntynyt viidessä vuodessa (Aroheinä ym. 2000, 18). Kun Terveys 2000 -tutkimukseen vastanneista aikuisista joka toinen ei tarvinnut omasta mielestään hammashoitoa sillä hetkellä ollenkaan (Harju ym. 2004, 37), niin osuus tässä tutkimuksessa oli 27 %. Näin suuri ero valtakunnallisen kyselyn ja tämän tutkimuksen välillä voi selittyä sillä, että tässä tutkimuksessa

hoidon tarpeessa olevaksi määriteltiin myös henkilö, joka koki olevansa tarkastuksen tarpeessa. Näitä vastaajista oli joka kolmas. Kun nämä tarkastukseen halunneet jätettiin pois, niin hoidon tarpeessa omasta mielestään oli tällöin noin 40 % jyväskyläläisistä asukkaista, mikä vastaa vuoden 2004 valtakunnallisen kyselyn tulosta (45 %) (Kiiskinen ym. 2005, 15).

Jyväskyläläisten asukkaiden kokeman hammashoitotarpeen lisääntyminen viiden vuoden aikana voi johtua kahdestakin syystä. Ensinnäkin sekä ikääntyminen että hampaattomuuden vähentyminen lisäävät palvelutarvetta – erityisesti iensairauksien hoidon tarvetta. Hampaalliset käyttävät suun terveydenhuollon palveluja kuusi kertaa enemmän kuin hampaattomat (Suominen-Taipale 2000, 76). Toiseksi suurten ikäluokkien amalgaamilla runsaasti paikatut hampaat tarvitsevat usein uusintapaikkausta lohkeamien vuoksi. Terveyskeskuksessa joka toinen aikuiselle tehty toimenpide oli vuosituhannen vaihteessa paikkaus (Läärä ym. 2000, 12–14). Lisäksi yleisimmän täytemateriaalin vaihtuminen amalgaamista yhdistelmämuoviin on aiheuttanut sen, että paikkojen kestoikä on lyhentynyt. Amalgaamitäytteiden kestoian mediaanin on todettu olevan 11–15 vuotta ja yhdistelmämuovitäytteiden 6–8 vuotta (Mjör ym. 2000; Forss & Widström 2004). Toisenlaisiakin tutkimustuloksia on saatu. Esimerkiksi suomalainen retrospektiivinen tutkimus osoitti, että yhdistelmämuovi-paikat kestivät yhtä kauan kuin amalgaamipaikat (Käkilehto ym. 2009).

Vaikka hoidossa käynti oli säännöllisempää yksityissektoria kuin terveystalosta käyttäneillä asukkailla, ei heidän välillään ollut merkittävää eroa koetussa hoidon tarpeessa eikä koetussa suun-terveydessä. Terveystalopotilaiden epäsäännöllisempi palvelujen käyttö ei siten näyttänyt lisäävän subjektiivista hoidon tarvetta.

### **6.3.2 Jyväskylä verrattuna ympäristökuntiin**

#### **6.3.2.1 Erot asukkaiden välillä**

Jyväskylän asukkaista useampi kuin ympäristökuntalaisista oli käyttänyt yksityishammaslääkäripalveluja ja aikoi käyttää tulevaisuudessakin. Palvelujen käyttöeroista ja erilaisesta elinympäristöstä huolimatta jyväskyläläisten ja ympäristökuntalaisten – niin naisten kuin miestenkin – odotukset suun terveydenhuollon palveluista eivät eronneet merkittävästi. Kumpikin väestö arvosti erityisesti itse hoitotapahtumaan ja hoidon sisältöön liittyviä asioita.

Käsitykset pysyvien hoitosuhteiden ja hoitavan henkilön valintamahdollisuuden tärkeydestä olivat odotetusti yhteydessä tavanomaiseen hoitopaikkaan. Kummassakin väestössä yksityishammaslääkärillä käyneet arvostivat enemmän omahammaslääkärinä ja hammaslääkärin valintaa ja olivat käyttäneet palveluja säännöllisemmin kuin terveystaloksessa käyneet.

Vaikeudet hoitoon pääsyssä näyttivät muokanneen terveystaloshammashoidossa käyneiden asukkaiden arvostuksia. Sekä jyväskyläläiset että ympäristökuntalaiset terveystaloshammashoidossa käyneet arvostivat enemmän nopeaa hoitoon pääsyä kuin pysyviä hammaslääkärisuhteita. Sen si-

jaan yksityishammaslääkäripalveluja käyttäneet eivät kummassakaan väestössä nähneet merkittävää eroa näiden kahden asian tärkeydessä.

Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että ympäristökuntien terveystieteissä oli paremmin kuin Jyväskylässä pystytty ylläpitämään omahammaslääkäri- ja omahoitajaperiaatetta. Ympäristökuntien terveystieteissä tavallisesti käyneet kuntalaiset pitivät sekä pysyviä hammaslääkäri- että hoitajasuhteita tärkeämpinä kuin jyväskyläläiset terveystieteissä käyneet. Sen sijaan yksityishammaslääkäri- käyneiden jyväskyläläisten ja ympäristökuntalaisten käsitykset näiden asioiden tärkeydestä eivät eronneet merkittävästi. Ympäristökuntalaiset terveystieteskushammashoidon potilaat olivat käyttäneet palveluita säännöllisemmin kuin vastaavat jyväskyläläiset. Tämäkin osaltaan vahvistaa käsitystä siitä, että ympäristökunnissa oli toimivampi omahammaslääkäri- ja hoitajajärjestelmä kuin Jyväskylässä. Myös suun terveydenhuollon työntekijöiden arvioiden mukaan sekä omahammaslääkäri että omahoitaja toteutuivat ympäristökunnissa useammin kuin Jyväskylässä.

Hoitoon pääsyn ajoista ja hoitokäyntien välisistä ajoista jyväskyläläiset ja ympäristökuntalaiset asukkaat olivat hyvin samaa mieltä. Odotetusti kummassakin väestössä yksityisellä käyneet halusivat odottaa tarkastukseen lyhyemmän aikaa ja toivoivat myös lyhyempiä hoitokäyntien välejä kuin terveystieteissä käyneet. Yksityishammashoitoon on päässyt lyhyellä odotusajalla. Vuonna 2004 tehtyyn kyselyyn vastanneista jyväskyläläisistä yksityishammaslääkäreistä 88 % ilmoitti, että uusi potilas pääsi vastaanotolle kahden viikon kuluessa tai nopeammin (lähde: tutkijan julkaisematon selvitys vuodelta 2004).

Kummassakin väestössä terveystieteskushammashoidossa käyneet halusivat hoitoon nopeammin kuin tilanne oli useimmissa terveystieteissä vuonna 2010. Terveystieteskohtaisia jonotusaikoja suun terveydenhuollossa ei ole saatavilla ennen hoitotakuun voimaantuloa, joten luotettavaa kuvaa jonotustilanteesta tämän tutkimuksen kyselyjen ajankohdalta ei saada. On vain työntekijöiden arvio, jonka mukaan ympäristökunnissa pääsi hoitoon nopeammin kuin Jyväskylässä.

Vuonna 2010 maaliskuussa sekä Jyväskylässä että sen ympäristöterveystieteisistä Palokassa ja Laukaassa kiireetöntä hammaslääkärihoitoa joutui odottamaan keskimäärin kolmesta kuuteen kuukauteen. Sen sijaan Korpilahti–Muuramessa ja Hankasalmella kiireettömään hammaslääkärihoitoon pääsi alle kolmessa kuukaudessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010a) – juuri niin kuin suurin osa tähän tutkimukseen vastanneista asukkaista toivoi. Terveystieteskusten mahdollisuudet tarjota palveluja riippuvat paljon henkilöstöresursseista. Nopea hoitoon pääsy Korpilahti–Muuramessa selittyy sillä, että siellä on ollut hammaslääkäri- ja suuhygienistiresursseja enemmän kuin verrokkiterveystieteisissä. Toinen syy lienee muista poikkeava henkilöstörakenne – siellä hammaslääkäreitä ja suuhygienistejä on ollut saman verran. Suuhygienistien suuri määrä on mahdollistanut suun sairauksien ehkäisyn omahoitajaperiaatteella ja todennäköisesti vähentänyt korjaavan hoidon tarvetta. Hyvä hammaslääkäri- ja suuhygienistiresursointi asukasluokkaan nähden selittää nopeaa hoitoon pääsyä myös Hankasalmella. Jyväskylän terveystieteskuksen hammaslääkäriresurssit suhteessa väestömäärään olivat vuoden 2010 alussa muita niukemmat.

Siellä oli yksi hammaslääkärihenkilötyövuosi noin 3 300 asukasta kohden. Vastaavat suhdeluvut muissa terveyskeskuksissa olivat Hankasalmella 1/2700, Korpilahti–Muuramessa 1/2500, Laukaassa 1/3300 ja Palokassa 1/2900. (Lähteet: Jyväskylän terveyskeskuksen tilastot ja muiden terveyskeskusten vastaavien hammaslääkäreiden tutkijalle antamat tilastot.) Parempi resursointi ja sen ansiosta nopeampi hoitoon pääsy sekä omahammaslääkäri- ja omahoitaja-toimintamalli olivat varmaan syynä siihen, että ympäristökuntien asukkaista ainakin Jyväskylän maalaiskuntalaiset ja korpilahtelaiset olivat suun terveydenhuollon palveluihin tyytyväisempiä kuin Jyväskylän asukkaat (FCG 2010, 16).

Sekä Jyväskylän että ympäristökuntien asukkaiden tuki julkista suun terveydenhuoltoa kohtaan vaikutti vankalta. He halusivat tulevaisuudessakin käyttää terveyskeskuksen suun terveydenhuollon palveluja samassa määrin kuin aiemmin. Jos sektoria oltiin vaihtamassa, niin se tapahtui sekä Jyväskylässä että ympäristökunnissa pääosin yksityiseltä terveyskeskukseen. Myös molempia sektoreita oltiin valmiita käyttämään. Kansalaisten ilmoituksiin tulevasta valinnoista kannattaa kuitenkin suhtautua varauksellisesti. Kansalaiset kertovat hakeutuvansa tulevaisuudessa yksityiselle lääkäriasemalle selvästi vähemmän kuin todellisuudessa tapahtuu. Tätä on selitetty sillä, että vaikka kansalaiset veronmaksajina kannattavatkin julkista terveydenhuoltoa, he käytännön pakosta joutuvat turvautumaan yksityisiin palveluihin esimerkiksi julkisten palvelujen huonon saatavuuden takia. (Kallio 2008b.)

Julkiseen suun terveydenhuoltoon hakeutuminen on tutkimusten mukaan yhteydessä tuloihin (Klavus ym. 2007, 190; 2008, 184–185; Kallio 2008b). Jyväskylän terveyskeskuksessa tavallisesti käyneet eivät kuitenkaan pitäneet hoidon kohtuuhintaisuutta tärkeämpänä kuin yksityisellä käyneet, kuten tilanne oli ympäristökunnissa. Jyväskylän terveyskeskushammashoidon huono saatavuus on varmaan aiheuttanut myös vähävaraisempien asukkaiden siirtymisen käytännön pakosta yksityissektorille. Tulevaisuuden toiveena kuitenkin ilmaistiin halukkuus vaihtaa sektoria, kuten edellä kerrottiin.

Vuonna 2008 Jyväskylän terveyskeskuksen aikuispotilaat maksoivat hammashoitonsa todellisista kustannuksista asiakasmaksuina noin kolmanneksen (lähde: tutkijan laskelma Jyväskylän suun terveydenhuollon toimintakertomustiedoista vuodelta 2008) ja Jyväskylän yksityishammashoidossa käyneet noin kaksi kolmannesta (Kela 2009). Nämä vastaavat koko valtakunnasta saatuja tilastoja (Matveinen & Knape 2011, 49). Suuri ero potilaiden omavastuuosuuksissa vaikutti Jyväskylässä ja ympäristökunnissa varmaan siihen, että moni yksityissektorin potilas suunnitteli sektorin vaihtoa ja halusi hoitoa tulevaisuudessa terveyskeskuksesta. Suomalaiset ovat kansalaiskyselyissä toivoneet potilaille koituvien kustannusten pienentämistä (esim. Klavus ym. 2007, 195). Suomessa kotitalouksien rahoitusosuus koko terveydenhuollon menoista on korkea. Vuonna 2008 osuus oli vajaa 20 % ja vain muutamassa muussa EU-maassa se oli suurempi kuin Suomessa. Suun terveydenhuollon kokonaismenoista kotitaloudet rahoittivat Suomessa jopa yli puolet. (Matveinen & Knape 2011, 7–8 ja 50.)

Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaille oli yhteistä paitsi palveluihin kohdistuneiden odotusten samankaltaisuus niin myös se, että harva asia toteutui odotusten mukaisesti. Siten sekä Jyväskylässä että ympäristökunnissa oltiin vielä kaukana kansalaislähtöisyydestä. Ympäristökunnissa kuitenkin omahammaslääkäri toteutui asukkaiden odotusten mukaisesti, sen sijaan Jyväskylässä ei. Tämä vahvistaa edellä esiin tuotua olettamusta, että ympäristökunnissa oli omahammaslääkäriperiaatetta pystytty ylläpitämään paremmin kuin Jyväskylässä. Myös hoitajien vaihtuvuus näytti ympäristökunnissa olevan harvinaisempaa kuin Jyväskylässä. Ympäristökunnissa sama hoitaja toteutui jopa useammin kuin väestön tarkeysarvio olisi edellyttänyt.

### 6.3.2.2 Erot päättäjien välillä

Jyväskylän päättäjistä useampi kuin ympäristökuntien päättäjistä oli käyttänyt yksityishammaslääkäripalveluja ja aikoi käyttää tulevaisuudessakin. Palvelujen käyttöeroista huolimatta Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien – niin johtavien viranhaltijoiden kuin luottamushenkilöidenkin – odotukset suun terveydenhuollon palveluista eivät eronneet merkittävästi. Päättäjät ymmärsivät suun sairauksien ehkäisyn ja terveyden edistämisen tärkeyden ja niissä tapahtuvan laaja-alaisen yhteistyön merkityksen. Elintapamuutosneuvonnassa tehtävällä yhteistyöllä voidaan saada aikaan merkittävää terveyshyötyä. Suun sairauksilla ja kansansairauksista erityisesti valtimosairauksilla on todettu olevan yhteisiä riskitekijöitä, jotka liittyvät epäterveellisiin elintapoihin (Tuomilehto ym. 2001; Knowler ym. 2002). Lisäksi ehkäistäessä ja hoidettaessa suun sairauksia voidaan mahdollisesti samalla joko vähentää riskiä sairastua kroonisiin kansansairauksiin tai vähentää jo sairastuneiden riskiä saada komplikaatioita (Oliver & Tervonen 1994; Shultis ym. 2007; Demmer ym. 2008; D’Aiuto ym. 2008; Ylöstalo 2008, 49; de Oliveira ym. 2010). Rimpelän (2009) mukaan terveyskeskuksissa tapahtuva terveyden edistäminen kaipaa suunnitelmallista johtamista – nykyisin se ”vaikuttaa pikemminkin harrastuksenomaiselta toiminnalta”.

Suurin osa molemmista päättäjiryhmistä piti erityisosaamista vaativien potilaiden hoitoa ja viikonloppupäivystystä eniten hyötyä tuottavina kuntien välisinä yhteistyömuotoina. Viikonloppupäivystyksen valintaa voidaan pitää odotettuna, koska yhteistyö siinä oli kyselyn aikana juuri aloitettu. Sen sijaan erityisosaamista vaativien potilaiden hoidossa Jyväskylä ja sen ympäristökunnat ovat tehneet yhteistyötä vain vähän. Halukkuus tiivistää yhteistyötä johtunee ensinnäkin siitä, että päättäjien tavoitteena on saada hoidon porrastus toimimaan optimaalisesti, jolloin kalliiseen erikoissairaanhoidon ei lähetetä muita kuin sen tasoista hoitoa tarvitsevat potilaat. Toiseksi erikoishammaslääkäreiden saanti erityisesti pienemmille paikkakunnille on vaikeaa, joten järkevää on keskittää perusterveydenhuollossa erikoistason hoito yksikköön, joka tarjoaa palveluja koko seutukunnalle. Jyväskylässä on jo vuoden 2009 alusta toiminut suun terveydenhuollon erikoishoidon yksikkö, jota suunnitellaan laajennettavan tulevaisuudessa antamaan erikoishoidon palveluja koko maakunnalle.

Yhteistä Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjille oli se, että useat asiat toteutuivat heidän odotuksensa mukaisesti. Näin ollen sen hetkinen tilanne suun terveydenhuollon palveluissa näytti vastaavan melko hyvin päättäjien odotuksia sekä Jyväskylässä että ympäristökunnissa. Toteutuneet hoito-

käyntien pituudet eivät kuitenkaan vastanneet päättäjien odotuksia. Lyhyet hoitokäynnit toteutuivat sekä Jyväskylässä että ympäristökunnissa harvemmin ja pitkät hoitokäynnit taas useammin kuin niiden tärkeys päättäjien arvioimana olisi edellyttänyt. Nämä tulokset olivat odotettuja, koska käyntimääriä seurataan terveydenhuollossa yleisesti toiminnan tuloksellisuuden mittarina. Käyntien määrä tehokkuuden mittarina ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukainen suun terveydenhuollossa (ks. s. 107–108). Päättäjät eivät siten näyttäneet tuntevan suun terveydenhuollon toiminnan sisältöä.

### **6.3.2.3 Erot suun terveydenhuollon työntekijöiden välillä**

Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden odotukset suun terveydenhuollon palveluista erosivat vain vähän. Siten terveystieteiden yhdistymiselle vuoden 2011 alusta ja yhtenäisten toimintaperiaatteiden luomiselle oli olemassa hyvä pohja. Sen sijaan kokemukset toiminnan onnistumisesta vaihtelivat melko paljon. Lähes kaikki toimintatapaerot liittyivät palvelujen organisointiin. Monelta osin palvelut toimivat paremmin ympäristökunnissa kuin Jyväskylässä. Lyhyet hoitokäynnit toteutuivat ympäristökunnissa harvemmin ja kutsu, nopea hoitoon pääsy, mahdollisuus olla saman hammaslääkärin ja saman hoitajan hoidossa useammin kuin Jyväskylässä. Ilta-aikoja sen sijaan sai paremmin Jyväskylässä kuin ympäristökunnissa. Yhteistä oli se, että vain harva asia toteutui kummankin työntekijäryhmän odotusten mukaisesti. Näin ollen toimintatavat niin Jyväskylässä kuin ympäristökunnissakin olivat vielä kaukana siitä, mitä alan ammattilaiset pitivät optimaalisena.

## **6.4 Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden ja päättäjien käsitykset alan työmotivaatiosta**

Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä erosivat vain vähän. Sen sijaan molempien päättäjärühmien käsityksistä ne erosivat paljon. Suuret erot päättäjien ja alan ammattilaisten välillä osoittivat sen, etteivät päättäjät tunteneet suun terveydenhuollon työntekijöiden arkipäivää eivätkä hammashoitotyön vaatimuksia. Vuorovaikutuksessa oli puutteita.

Sekä Jyväskylän että ympäristökuntien päättäjät pitivät tärkeimpinä työmotivaatiota lisäävinä tekijöinä sisäiseen motivaation vaikuttavia ja vähän kustannuksia aiheuttavia asioita, kuten esimiehen ja työtoverien kannustusta ja hyvää palautetta sekä työssäkehittymis- ja vaikutusmahdollisuuksia. Sen sijaan alan ammattilaisten mielestä heidän työmotivaatioonsa vaikuttivat eniten monet työn sujuvuuteen liittyvät ja lisäresursseja vaativat asiat, kuten työkuorman kohtuullisuus, kiireettömyys, toimivat työtilat ja -laitteet, työpäivän sopiva rytmitys ja työtahti. Päättäjien vastauksista näkyi heidän roolinsa taloudesta vastuussa olevina päätöksentekijöinä: työelämän laatua haluttiin kehittää kustannuksia lisäämättä. Kun lisäksi työn mielekkyyteen vaikuttavat tekijät, kuten työn sisältö ja oikeudenmukainen kohtelu työssä, olivat työntekijöille tärkeämpiä kuin päättäjät arvioivat niiden olevan, saattavat nämä näkemysristiriidat vaikeuttaa suun terveydenhuollon työelämän laadun kehittämistä Jyväskylässä.

Jyväskylän työntekijöitä ja erityisesti muita kuin hammaslääkäreitä motivoivat ulkoiset palkkiot enemmän kuin ympäristökuntien työntekijöitä ja myös enemmän kuin Jyväskylän päättäjät arvioivat niiden vaikuttavan. Tämä ulkoisten palkkioiden suuri arvostus saattoi johtua siitä, että Jyväskylän suun terveydenhuollossa ei kyselyn ajankohtana ollut käytössä motivoivan palkkauksen elementtejä, kun taas ympäristökunnissa oli. Vaikka ulkoisten palkkioiden on todettukin olevan lyhytkestoisia motivaation lähteitä, voi niistä tulla pätemisen mitta, jos ne sidotaan suoritukseen. Silloin ne voivat palkita myös sisäisesti ja olla pitkäkestoisen motivaation lähteenä. (Ruohotie & Honka 2002, 44–50.)

## **6.5 Työelämän laatu julkisessa ja yksityisessä suun terveydenhuollossa**

### **6.5.1 Työhyvinvointi**

Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi oli lähempänä ympäristökuntien kuin FosSaKa:n suun terveydenhuoltojen ja Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijöiden työhyvinvointia. Suurimmat työhyvinvointierot olivat Jyväskylän suun terveydenhuollon ja yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijöiden välillä. Työn mielekkyys nousi yhdeksi suurimmista voimavaroista kaikissa organisaatioissa. Siten vastaavanlaista työn mielekkyyden kriisiä kuin työolobarometrit osoittivat palkansaaajilla olleen sektorista riippumatta 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä (Ylöstalo & Jukka 2011, 12), ei tämän tutkimuksen tulosten mukaan ollut havaittavissa suun terveydenhuollossa.

Työ Jyväskylän suun terveydenhuollossa oli kuormittavampaa kuin ympäristökunnissa. Työntekijöiden voimavarat organisaatioiden välillä erosivat kuitenkin vain vähän. Vain vaikutusmahdollisuudet suun terveydenhuollon toiminnan kehittämiseen olivat ympäristökunnissa paremmat. Näillä voimavaraeroilla ei voida täysin selittää eroja työn raskaaksi kokemisessa. Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollossa käyneiden potilaiden ikärakennekaan ei poikennut paljon toisistaan. Näin ollen eroja työn kuormittavuudessa ei voida selittää sillä, että Jyväskylässä potilaat olisivat olleet iäkkäämpiä ja sen vuoksi raskashoitoisempia kuin ympäristökunnissa. Syyt eroon saattavatkin selvitä osittain tämän tutkimuksen henkilöstökyselyn tuloksista. Jyväskylässä omahammaslääkäri ja omahoitaja toteutuivat harvemmin kuin ympäristökunnissa. Myös työntekijöiden mahdollisuudet vaikuttaa hoitokäyntien pituuteen olivat henkilöstökyselyn perusteella heikommalla Jyväskylässä kuin ympäristökunnissa. Työajan hallinta olikin hammaslääkäreillä parempi ympäristökunnissa kuin Jyväskylässä. Pitkät, työntekijää palkitsevat hoitosuhteet ja jyvaskyläläisiä paremmat mahdollisuudet vaikuttaa työtahtiin hoitokäyntien pituuksia säätelämällä saattoivat suojata ympäristökuntien työntekijöitä työn haitallisilta vaatimuksilta ja vähentää työn raskaaksi kokemista. Tutkimusten mukaan yksi hammashoitotyön suurimmista voimavaroista on se, että työntekijä voi nähdä työnsä tulokset pitkällä aikavälillä (Hakanen & Perhoniemi 2006, 33). Ympäristökunnissa suun terveydenhuolto oli suhteellisesti paremmin resursoitu kuin Jyväskylässä. Siten työn vaatimukset ja

henkilöstöresurssit olivat ympäristökunnissa paremmassa tasapainossa, mikä mahdollisti edellä mainittujen työn voimavaratekijöiden ylläpitämisen ja työn kokemisen vähemmän kuormittavana.

Jyväskylän suun terveydenhuollossa työ oli kuormittavampaa kuin yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla, erityisesti hammaslääkäreillä. Yksityishammaslääkärit pystyvät säätelemään työmääräänsä, vaikuttamaan työtahtiin, työmenetelmiin ja laitehankintoihin paremmin kuin terveyskeskushammaslääkärit (Murtomaa ym. 2003, 21). Yksityissektorilla yrittäjyyden, itsenäisyyden, vapauden ja työn kehittävyys on todettu olevan erityisiä voimavaroja ja suojaavan hammaslääkäreitä työn kuormittavuuden haitallisilta vaikutuksilta (Hakanen & Perhoniemi 2011). Tässäkin tutkimuksessa kuormittavuutta puskuroivista voimavaroista kehittymismahdollisuudet, kannustus ja vaikutusmahdollisuudet olivat yksityissektorin työntekijöillä paremmat kuin Jyväskylän suun terveydenhuollossa. Lisäksi yksityishammaslääkäreillä oli parempi työajan hallinta verrattuna Jyväskylän terveyskeskushammaslääkäreihin.

Samansuuntaisia tuloksia julkisen ja yksityisen sektorin eroista työn kuormittavuudessa ja voimavaroissa on saatu sekä brittiläisissä että suomalaisissa työhyvinvointitutkimuksissa. Britanniassa julkisen sektorin (NHS, National Health Service) hammaslääkärit kokivat työnsä kuormittavammaksi kuin yksityishammaslääkärit tai molemmilla sektoreilla työskentelevät hammaslääkärit (Harris ym. 2009). Suomalaisten hammaslääkärien työhyvinvointitutkimusten tulosten mukaan työn vaatimustekijät olivat kohtuullisemmat yksityisellä kuin julkisella sektorilla – sen sijaan erot voimavaratekijöissä olivat pienemmät. Yksityissektorilla oli kuitenkin keskimäärin parempi ”voimavarakapasiteetti” kuin julkisella sektorilla. (Hakanen 2004a, 84 ja 115; Hakanen & Perhoniemi 2006, 101; Hakanen & Perhoniemi 2011.) Myös Kottosen (2009, 66) hammaslääkäreiden uratutkimuksessa yksityishammaslääkärit kokivat useampien asioiden tilan työssä paremmaksi kuin terveyskeskushammaslääkärit.

Kuormittava työ on erityisen haitallista yksilön hyvinvoinnille silloin, jos hän ei saa esimiehiltä tai työtovereilta tukea työssään (Beehr 1998, 22–23; Kivimäki ym. 2000). Esimiehen tuella katsotaan olevan aina positiivinen yhteys työhyvinvointiin (Warr 2002, 6–7). Jyväskylän suun terveydenhuollon muut työntekijät kokivat saavansa kannustusta vähemmän kuin Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen muut työntekijät. Esimiestoimintaan ja kannustukseen tulisi Jyväskylän suun terveydenhuollossa kiinnittää enemmän huomiota erityisesti siksi, että siellä Nakarin (2003, 125–140) tutkimuksen mukaan koettiin keskimääräistä enemmän stressiä.

Kuormitushypoteesin mukaan kuormittavaa työtä kuvaavat työn korkeat vaatimukset ja vähäiset hallintamahdollisuudet (Karasek 1979). Työn voimavaroilla on suuri merkitys työkuormasta selviytymisessä sekä työn kokemisessä motivoivana ja merkityksellisenä (Hakanen 2004b, 255–259). Siten tässä tutkimuksessa ei-kuormittuneiden työhyvinvoinnin olisi olettanut olevan parempi kuin kuormittuneilla. Näin olikin ympäristökunnissa, FosSaKa:ssa ja yksityissektorilla lähes kaikkien voimavaraulottuvuuksien osalta. Sen sijaan Jyväskylän suun terveydenhuollossa ei-kuormittuneilla ainoastaan työajan hallinta oli parempi kuin kuormittuneilla. Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä

siitä, että Jyväskylän suun terveydenhuollossa oli huonommat mahdollisuudet puskuroida työn kuormittavuuden haittoja ja siten vähemmän ”pelivaraa” kasvattaa työn vaatimuksia kuin muissa organisaatioissa.

Odotettu tulos oli, että fyysiset työolot olivat huonommat kuormittuneilla kuin ei-kuormittuneilla. Näin oli kaikissa organisaatioissa lukuun ottamatta FosSaKa:ää. Hammashoitotyössä staattisuus ja tarkkuusvaatimukset (Murphy 1997) sekä lisäksi materiaalien aiheuttamat vaarat (Lahtinen ym. 2000; Jolanki & Alanko 2005, 164–165) ovat merkittäviä arkipäivän ongelmia, jotka kuormittavat työntekijöitä ja voivat vaikuttaa heidän työkykyynsä. Hammashoitotyössä fyysiset ja psyykkiset tekijät ovat yhteydessä toisiinsa. Ruotsalaisessa tutkimuksessa ne hammaslääkärit, joilla oli työperäisiä vaivoja, kokivat työssä kuormittumista ja ahdistusta enemmän ja uskoa tulevaisuuteen vähemmän kuin ne, joilla fyysisiä vaivoja ei ollut (Rundcrantz 1991a). Siten hammashoitotyössä hyvä fyysinen työympäristö on voimavaratekijä, joka suojaa työntekijöitä työn kuormittavuuden haitallisilta vaikutuksilta. Työskentelyolosuhteisiin ja ergonomiaan tulisi Jyväskylän julkisessa suun terveydenhuollossa kiinnittää enemmän huomiota, koska siellä työn kuormittavuus oli suuri (ks. Lehto 1990, 113–114; Murtomaa ym. 1990).

### **6.5.2 Työmotivaatio**

Suun terveydenhuollon työntekijöillä oli hyvin yhdenmukainen näkemys hyvän työn ja hyvän työelämän edellytyksistä riippumatta työskentelyorganisaatiosta, työskentelysektorista, ammattiasteesta tai siitä, kuinka kuormittavaksi he työnsä kokivat. Työn mielekkyyttä, fyysisiä työoloja ja työilmapiiriä pidettiin kaikissa organisaatioissa merkittävinä motivaattoreina. Se, että fyysisiä työoloja pidettiin työmotivaatiolle tärkeinä, kertoo hammashoitotyön luonteesta. Huonot työolot sekä huono työergonomia näkyvät herkästi ongelmina hammashoitohenkilöstön työtyytyväisyydessä ja työkyvyssä (esim. Lindfors ym. 2006).

## **6.6 Työhyvinvoinnin ja työmotivaation kohtaaminen suun terveydenhuollossa**

Pitkälle meneviä johtopäätöksiä suun terveydenhuollon työhyvinvointitekijöiden toteutuman ja niiden motivaatiovaikutuksen eroista ei pidä tehdä, koska työhyvinvointi- ja työmotivaatiosummamuuttujien asteikot eivät olleet yhteismitallisia. Esiin saatiin kuitenkin kuva siitä, miten hyvin asioiden toteutuminen ja niiden motivaatiovaikutus vastasivat toisiaan. Asia, jonka vaikutusta työmotivaatioon pidetään suurena, pitäisi toteutuakin hyvin, jotta työ olisi motivoivaa ja töitä tehtäisiin tehokkaasti. Toinen seikka, joka antaa aihetta varovaisuuteen verrattaessa asioiden toteutumaa ja motivaatiovaikutusta, on se, että joissakin työhyvinvointi- ja työmotivaatiosummamuuttujissa muutusten lukumäärät eivät täysin vastanneet toisiaan.

### **6.6.1 Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijät ja päättäjät**

Yksikään työhyvinvointitekijä ei toteutunut Jyväskylän suun terveydenhuollossa siinä määrin kuin sen motivaatiovaikutus Jyväskylän päättäjien arvioimana olisi edellyttänyt; ympäristökunnissakin toteutui vain yksi. Suun terveydenhuollon työelämän laatu oli siten sekä Jyväskylässä että ympäristökunnissa kaukana siitä tasosta, mitä päättäjät pitivät alan työmotivaation kannalta optimaalisena.

### **6.6.2 Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveystieteiden sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijät**

Yhteistä kaikille organisaatioille oli se, että työhyvinvointitekiäjät eivät toteutuneet siinä määrin kuin niiden työmotivaatiovaikutus henkilöstön arvioimana olisi edellyttänyt lukuun ottamatta työssäkehittämismahdollisuuksia, jotka muualla paitsi Jyväskylän suun terveydenhuollossa toteutuivat niiden työmotivaatiovaikutusta vastaavasti. Työelämän laatu ei siten Jyväskylässä eikä muissakaan terveystieteissä eikä yksityissektorilla ollut työmotivaation kannalta paras mahdollinen. Tämä tutkimus ei osoittanut vastaavanlaisia sektoreiden välisiä eroja kuin Kottosen (2009, 66) ja Aronssonin ym. (1999) tutkimukset, joiden mukaan yksityisellä sektorilla toimivilla hammaslääkäreillä ero työssä vallitsevan todellisuuden ja heidän ihanteena pitämänsä tilan välillä oli pienempi kuin julkisella sektorilla toimivilla.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Jyväskylän julkisen suun terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä ei kuulla tarpeeksi kuntalaisia eikä alan ammattilaisia. Palvelut toteutuvat useammin päättäjien kuin asukkaiden ja työntekijöiden odotusten mukaisesti. Luottamushenkilöt ja johtavat viranhaltijat kuuntelevat enemmän toisiaan kuin kuntalaisia ja palveluja antavia työntekijöitä. Odotukset eroavat erityisesti palvelujen organisointiin liittyvissä asioissa. Hoidon sisällöstä ollaan enemmän samaa mieltä. Kuntalaisten odotukset ovat lähempänä työntekijöiden kuin päättäjien odotuksia.

Hoitoon pääsy Jyväskylän julkisessa suun terveydenhuollossa ei toteudu kuntalaisten odotusten mukaisesti – eivät myöskään tarkastukseen kutsuminen, iltavastanotot eivätkä pitkät hoitosuhteet. Lisäksi potilaiden toiveiden huomioon ottaminen ja heidän mahdollisuutensa vaikuttaa omaan hoitoonsa ja hoitavan henkilön valintaan toteutuvat harvemmin kuin niiden tärkeys kuntalaisten arvioimana edellyttäisi. Kuntalaiset kuitenkin luottavat julkisiin suun terveydenhuollon palveluihin ja haluavat käyttää niitä.

Suurimmat erot palveluodotuksissa Jyväskylässä ovat päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden välillä. Päättäjät eivät tunne tarpeeksi julkisessa suun terveydenhuollossa tehtävän työn vaatimuksia eivätkä sen erityispiirteitä. Heille tulisi selvittää, mitä merkitystä pitkällä hoitokäyntien väleillä ja lyhytkestoisilla hoitokäynneillä on palvelujen laatuun ja tehokkuuteen suun terveydenhuollossa. Toiminnan tehokkuutta mittaamaan tulisi kehittää terveyshyödyn mittareita määrällisten tunnuslukujen sijaan.

Jyväskylän julkisessa suun terveydenhuollossa potilaiden kuulemista ja heidän mahdollisuuksiaan vaikuttaa hoitoonsa ja myös hoitavan henkilön valintaan tulisi lisätä. Olisi otettava käyttöön vuorovaikutteisempia toimintatapoja erityisesti terveyden edistämisessä ja liitettävä niihin kannusteita sekä väestölle että ammattilaisille. Jyväskylän päättäjät pitävät suun sairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä sekä niissä tehtävää laaja-alaista yhteistyötä eri toimijoiden kesken tärkeinä. Yhteistyön onnistuminen edellyttäisi yli hallintokuntien ulottuvia terveydenedistämisen rakenteita ja keskushallinnon aktiivista roolia toiminnan mahdollistajana ja koordinoijana. Tarvittaisiin nykyistä enemmän tietoa terveydenedistämistyön vaikuttavuudesta ja vaihtoehtoiskustannuksista. Kaiken kaikkiaan suun terveydenhuollon merkitys kuntalaisten hyvinvoinnille ja elämänlaadulle pitäisi paremmin ottaa huomioon Jyväskylän julkisessa terveydenhuollossa resursseja jaettaessa sekä toimintatapoja ja palvelurakenteita uudistettaessa.

Jyväskylän ja ympäristökuntien välillä asukkaiden, päättäjien ja alan ammattilaisten odotukset suun terveydenhuollon palveluista eroavat vain vähän. Sen sijaan palveluiden toteutumisessa erot ovat suuremmat. Palvelut toimivat monelta osin paremmin ja työntekijät ovat vähemmän kuormittuneita ympäristökunnissa kuin Jyväskylässä. Ympäristökunnissa julkista suun terveydenhuoltoa on resur-

soitu suhteellisesti enemmän kuin Jyväskylässä. Siten siellä on paremmin pystytty sovittamaan yhteen työn vaatimukset ja voimavarat sekä ylläpitämään hoitosuhteissa säännöllisyyttä ja jatkuvuutta.

Ongelmat työelämän laadussa ovat suuremmat Jyväskylän suun terveydenhuollossa kuin verrokki-terveyskeskuksissa. Kun kunnille on lainsäädännöllä annettu uusia velvoitteita eikä Jyväskylän suun terveydenhuoltoon ole lisätty tarpeeksi resursseja niihin vastaamiseksi, on työkuorma siellä kasvanut kohtuuttomaksi eikä aikuisten hoidossa ole voitu riittävästi noudattaa jatkuvuutta eikä säännöllisyyttä. Hyvä fyysinen työympäristö sekä hyvä työajan hallinta ovat voimavaratekijöitä, jotka Jyväskylän suun terveydenhuollossa suojaavat työntekijöitä työn kuormittavuuden haitallisilta vaikutuksilta. Työelämän laadun parantaminen vaatisi erityisesti näiden voimavarojen vahvistamista. Päätäjien tulisi tiedostaa niiden vaikutus työntekijöiden työmotivaatioon ja resursoida julkista suun terveydenhuoltoa riittävästi siellä tehtävän työn vaatimuksiin nähden. Ottamalla käyttöön kutsujärjestelmä sekä omahammaslääkäri- ja omahoitaja-toimintamalli voitaisiin työajan hallintaa lisätä. Tällöin parannettaisiin myös työn mielekkyyttä, palvelujen saatavuutta ja laatua sekä vastattaisiin paremmin kuntalaisten odotuksiin.

Jyväskylän julkisessa suun terveydenhuollossa työn kuormittavuus on suurempi ja työn voimavarat vähäisemmät kuin Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla – erityisesti hammaslääkäreillä. Vastaavanlaisia tuloksia on saatu valtakunnallisissakin hammaslääkäreiden työhyvinvointitutkimuksissa. Kuormittavuus Jyväskylän suun terveydenhuollossa näyttäisi lisääntyvän, sillä vanhemmat ikäluokat nuorempia useammin ilmoittivat aikovansa vaihtaa hoitosuhteensa yksityiseltä sektorilta julkiselle. Tämä vastaa koko valtakunnassa vallalla olevaa kehitystä. Koska ikääntyvien hoidon tarve on nuoria aikuisia suurempaa, johtaa tämä potilasmäärän kasvua suhteellisesti suurempaan kuormituksen lisääntymiseen terveyskeskuksissa. Julkisen suun terveydenhuollon työntekijöiden hyvinvoinnin ja toiminnan tuloksellisuuden näkökulmasta työkuorman tasoittaminen sektoreiden välillä olisi tarpeellista. Tarvitaan suun terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen uudistamista, jotta voitaisiin tehokkaammin hyödyntää sekä julkisen että yksityisen sektorin resurssit, tasata työkuormaa sekä parantaa kansalaisten tasa-arvoa palveluiden saatavuudessa ja heille koituvissa hammashoidon kustannuksissa.

Kuntalaisten palvelutyytyväisyyden, henkilöstön työelämän laadun ja toiminnan kustannustehokkuuden on osoitettu olevan yhteydessä toisiinsa. Tuloksellisuus suun terveydenhuollossa edellyttäisi, että palveluja kehitettäisiin vastaamaan mahdollisimman hyvin sekä kuntalaisten että työelämän tarpeita resurssien antamisrajoissa. Jyväskylässä tarvittaisiin asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden välillä jatkuvaa vuoropuhelua ja parempaa tiedon välittymistä. Tällöin päättäjät palveluja järjestäessään pystyisivät paremmin sovittamaan yhteen eri osapuolten tarpeet ja tavoitteet sekä ratkaisemaan intressiristiriitoja.

Tässä tutkimuksessa julkisen suun terveydenhuollon palvelujen onnistumista arvioivat vain näitä palveluja antavat työntekijät. He saattavat olla liian kriittisiä arvioidessaan asioiden toteutumista ammattilaisen näkökulmasta, tai sitten he voivat kaunistella niiden asioiden toteutumista, jotka liit-

tyvät heidän omaan ammattiosaamiseensa. Tarpeellista olisi selvittää myös hoidossa käyneiden potilaiden palvelukokemuksia ja sitä, eroavatko heidän ja palveluja antavien työntekijöiden käsitykset toiminnan onnistumisesta. Suun terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä tarvitaan monipuolista tietoa. Jatkotutkimuksessa näkökulmia pitäisi lisätä ja ottaa mukaan myös hoidossa käyneet potilaat ja verrata heidän sekä kunnan asukkaiden, päättäjien ja alan ammattilaisten käsityksiä suun terveydenhuollon palveluista.

## KIITOKSET

Tämä työ on nuoruuteni unelmien täyttymys. Tuoreena ylioppilaana vuonna 1972 haaveilin tutkijan urasta luonnontieteiden alalla. Käytännön työ terveystieteiden hammaslääkärinä vei kuitenkin voiton. Kun vuonna 2003 silloinen esimieheni ja Jyväskylän hammashuollon johtaja Pekka Utriainen kysyi halukkuuttani tehdä tutkimusta, en epäröinyt kuin hetken. Kipinä tutkimuksen tekoon syttyi nopeasti uudelleen. Kiitän häntä rohkaisusta ja ”tien avaamisesta”.

Turun yliopiston hammaslääketieteen laitos ja professori Pentti Alanen olivat alusta alkaen mukana Jyväshankkeessa, jossa tämän tutkimuksen empiirinen materiaali kerättiin. Professori Alanen kannusti tekemään hankkeessa myös opinnäytetöitä ja lupautui heti kysyttäessä ohjaajakseni. Olen kiitollinen professori Alaselle ohjauksesta, tieteellisen ajattelun ja tieteen tekemisen perusteellisesta opetuksesta, tuesta ja pitkämielisyydestä useita vuosia kestäneen tutkimusprosessin ajan. ”Rajoittamisessa piilee mestari” kaikuu yhä mielessäni.

Kiitos dosentti Kaisu Pienihäkkinenille, professori Eino Honkalalle ja kaikille kanssani Turun yliopiston hammaslääketieteen laitoksella ja sosiaalihammaslääketieteen osastolla erikoistumisaikani työskennelleille, joilta aina sain tarvittaessa apua. Kiitos ylihammaslääkäri Heli Yli-Knuutilalle, ylihammaslääkäri Jari Lindenille, lehtori Hanna Oksalalle ja HLT Pia Meurmanille kollegatuesta.

Työni esitarkastajia dosentti Tuija Palin-Palokasta, dosentti Markku Myllykangasta ja dosentti Pauli Formaa kiitän lämpimästi siitä, että he paneutuivat tarkastustyöhön perusteellisesti ja jaksoivat samalla myös kannustaa. Heidän asiantuntijuutensa antoi arvokasta apua väitöskirjan loppuunsaattamiselle.

Jyväskylän kaupunki on ollut hieno ja kannustava työnantaja väitöskirjantekijälle. Jyväskylän kaupunki on monella eri tavalla edesauttanut tutkimustani. Erityisesti palkallisen virkavapaan saamisella tutkimuksen loppumetreillä oli suuri merkitys, sillä se mahdollisti työni loppuunsaattamisen. Kiitän siitä esimiestäni vastuualuejohtaja Jarmo Koskea ja apulaiskaupunginjohtaja Pekka Utriaista. Kiitän Jyväskylän kaupungin strategiajohtaja Sakari Möttöstä tohtoritapaamisista, jotka loivat minuun uskoa siihen, että itsekin olen joskus väitellyt tohtori. Kiitos Jyväskylän silloiselle sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajalle ja nykyiselle kaupunginhallituksen jäsenelle Veijo Koskiselle antamastaan tuesta.

Erityisesti haluan kiittää vastaavaa hammaslääkärinä Elina Tuppurasta, joka toimi pitkäaikaisena sijaiseni ja mahdollisti poissaoloni Jyväskylän suun terveydenhuollon johtajan tehtävistä. Kiitokset myös muille vastaaville hammaslääkäreille Leena Hakiolle, Sinikka Hakiolle, Olli Saloheimolle ja Teemu Taipaleelle, jotka olivat lyhyelläkin varoitusajalla valmiita auttamaan ja hoitamaan tehtäviäni. Olen kiitollinen työparilleni hoitotyönjohtaja Terttu Hyväriselle, sihteereilleni Marjatta Lahti-

selle ja Sirpa Varilalle sekä ylilääkäri Sirkka Keikkalalle, joilta väsymyksen hetkillä olen aina saanut tukea ja ymmärrystä. Kiitos kaikille työkavereilleni Jyväskylän suun terveydenhuollossa ja koko terveydenhuollossa ja Kyllön hallintosiivessä. Kiitos sukulaisilleni ja ystävilleni. Pienillä ymmärryksen eleillänne ja lämpimillä sanoillanne olette auttaneet minua usein huomaamattanne.

Jyväshankkeeseen osallistuneiden terveystieteiden silloisia ylihammaslääkäreitä Paavo Luukkosta, Jorma Jokelaa ja Unnukka Suutaria sekä vastaavia hammaslääkäreitä Juha Mäkelää ja Pekka Heliä kiitän luvasta käyttää tutkimuksessani hankkeessa kerättyä materiaalia sekä ylihammaslääkäri Eija Peltosta ja HLT Kaisa Heikinheimoa käytännön avusta materiaalin keruussa. Samoin kiitän Forssan seudun, Salon seudun ja Kaarina–Piikkiön terveystieteiden silloisia ylihammaslääkäreitä Olli Lähteenojaa, Seppo Mäkelää ja Jouko Kalliota vertailuaineiston keräämisestä tutkimukseeni. Kiitos KTM Heini Enlundille, DI Tuukka Paavolalle ja LL Manu Jokelalle avusta kyselyiden vastausten koodauksessa.

Kiitän lämpimästi FM Tero Vahlbergiä, jolla aina oli aikaa ottaa minut vastaan ja jolla oli kärsivällisyyttä ja taitoa opettaa minua tilastotieteessä. Kiitos FM Hans Heleniukselle tilastotieteen neuvoista ja menetelmien tarkastamisesta. Kiitos myös FM Arto Pietilälle tilastollisten analyysien tuolin vierusopetuksesta. YTT Pertti Jokivuorta ja YTT Maija Nakaria kiitän oivista neuvoista tutkimusanalyysien teossa.

Hum. kand. Merja Suomelaa kiitän lämpimästi perusteellisesta suomen kielen tarkastuksesta. Hän jaksoi loppumetreille asti kärsivällisesti vastata lukuisiin oikeakielisyyttä koskeviin kysymyksiini. Kiitos Jyväskylän yliopistolle tiivistelmän englannin kielen käännöksestä.

Tutkimukseen osallistuneiden kuntien asukkaita, päättäjiä ja suun terveydenhuollon työntekijöitä kiitän siitä, että he antoivat omaa aikaansa, näkivät vaivaa ja vastasivat kyselyihin. Ilman näitä vastauksia tätä tutkimusta ei olisi voitu tehdä.

Isälleni Aimo Hakalalle ja edesmenneelle äidilleni Ellen Hakalalle lämpimät kiitokseni siitä, että he ovat aina kannustaneet opiskeluun ja itsensä kehittämiseen. Suurin kiitos kuuluu rakkaalle perheeleni, puolisololleni Pekalle ja lapsilleni Heinille, Tuukalle ja Jaakolle. Heiltä on vaatinut paljon ymmärrystä sille, että olen välillä lukkiutunut työhuoneeseeni osallistumatta ollenkaan yhteiseloon. He ovat siitä huolimatta jaksaneet kannustaa ja auttaa arjen asioissa ja olla mukana loppuun asti. Kahden vuoden ajan on lapsenlapsemme Viktor antanut elämäni uutta tarkoitusta ja suunnattomasti rikastuttanut sitä. Hänen nauravat silmänsä ja hymykuoppansa ovat vieneet minut mukanaan lapsen kiehtovaan maailmaan, jolloin kaikki muu on unohtunut. Kiitos Heinille ja Rogerille tästä ihanasta lapsenlapsesta, jolta olen saanut voimia arkeen.

Suomen Hammaslääkäriseura Apolloniaa ja Suomen Hammaslääkäriliittoa kiitän saamastani taloudellisesta tuesta.

Jyväskylässä helmikuussa 2012

  
Pirkko Paavola

## LÄHTEET

- Ahlberg J. Implications of a Subsidized Dental Care Program for Oral Health and Its Determinants. Thesis. University of Helsinki, Helsinki 1997.
- Ainamo J. Changes in the frequency of edentulousness and use of removable dentures in the adult population in Finland, 1970–80. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983;11:122–126.
- Ainamo J, Murtomaa H. Hampaattomuus Suomessa vuosina 1970, 1980 ja 1990. *Suom Hammaslääkäril* 1991;38:289–293.
- Alanen P. *Epidemiologia ja hammaslääketiede*. Turun hammaslääkäriseuran kustannus, Turku 1991.
- Alanen P, Hurskainen K, Isokangas P, Pietilä I, Levänen J, Saarni UM, Tiekso J. Clinician's ability to identify caries risk subjects. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:86–89.
- Alasoini T. Työnteon mielekkyyden muutos Suomessa vuosina 1992–2005. Työolobarometrin aineistoihin perustuva analyysi. Työelämän kehittämissuunnitelman raportteja 45. Työministeriö, Helsinki 2006.
- Alestalo M, Flora P, Uusitalo H. Structure and Politics in the Making of the Welfare State: Finland in Comparative Perspective. Teoksessa Alapuro R, Alestalo M, Haavio-Mannila E, Väyrynen R. (toim.) *Small States in Comparative Perspective. Essays for Erik Allardt*. Norwegian University Press, Oslo 1985. 188–210.
- Alestalo P, Widström E. Erillisyys ongelmana suun terveydenhuollossa. *Hallinnon tutkimus* 2002;21:78–89.
- Alkula T, Pöntinen S, Ylöstalo P. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY, Porvoo 1994.
- Allardt E. *Sosiologia*. 4. p. WSOY, Porvoo 1988.
- Allardt M, Sihvo T, Uusitalo H. Mitä mieltä hyvinvointivaltioista? Suomalaisten sosiaaliturvamielipiteet 1975–1991. *Tutkimuksia* 17. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki 1992.
- Alma Atan julistus 1978. Saatavilla: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf) [Viitatuspäivä: 6.1.2012.]
- Antikainen J, Luukkonen J, Pyöriä T. *Kaupunkiverkko ja kaupunkiseudut* 2006. Alueiden kehittäminen. Sisäasiainministeriö, Helsinki 2006.
- Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. 2. p. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1988.
- Anttonen A, Sipilä J. *Suomalaista sosiaalipolitiikkaa*. Vastapaino, Tampere 2000.
- Arajärvi E, Väyrynen R. *Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveyspalveluissa* 2009. Privat serviceproduktion inom social- och hälsovården 2009. Tilastoraportti 33/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2011. Saatavilla: [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr33\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr33_11.pdf) [Viitatuspäivä: 6.1.2012.]
- Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. *SVT Terveys* 1998;5. Kela, Stakes, Helsinki 1998.
- Aro S, Byckling T, Häkkinen U, Kerppilä S, Salonen M. Aikuisväestön terveyspalvelujen käyttö ja terveydentila 1993. *Stakesin Aiheita* 24/1994. Helsinki 1994.
- Aro S, Byckling T, Häkkinen U, Notkola V, Ollila JP. Suomalaisen aikuisväestön terveyspalvelujen käyttö ja terveydentila 1991. *Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja* 70. Helsinki 1992.
- Aro S, Noro A, Byckling T, Häkkinen U, Salinto M, Kerppilä S. Aikuisväestön terveyspalvelujen käyttö ja terveydentila 1992. *Stakesin raportteja* 120. Helsinki 1993.
- Aro T. *Esipuhe*. Teoksessa Ojala LM, Ahonen G. *Työhyvinvointi tuloksentehtävänä*. 2. uud. p. WSOYPro, Helsinki 2005. 11–20.
- Aroheinä A, Koskela P, Luukkonen P, Nakari M. Aikuisväestön hammashuoltopalvelujen käyttö, tarve ja odotukset. *Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen julkaisuja* 5/2000. Jyväskylä 2000.
- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. *Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveys tutkimuksen perustulokset*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Helsinki 1989.
- Aromaa A, Koskinen S. (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa*. Terveys 2000 -tutkimuksen perus-

- tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002.
- Aronsson G, Bejerot E, Härenstam A. Healthy Work: Ideal and Reality among Public and Private Employed Academics in Sweden. *Public Personnel Management* 1999;28:197–215.
- Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response Rates to Mail Surveys Published in Medical Journals. *J Clin Epidemiol* 1997;50:1129–1136.
- Asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Barkley WM, Furse DH. Changing Priorities for Improvement: The Impact of Low Response Rates in Patient Satisfaction. *Jt Comm J Qual Improv* 1996;22:427–433.
- Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000;320:1246–1250.
- Batt R. Managing Customer Services: Human Resource Practices, Quit Rates, and Sales Growth. *Acad Manag J* 2002;45:587–597.
- Beehr T. An Organizational Psychology. Meta-Model of Occupational Stress. Teoksessa Cooper CL. (toim.) *Theories of organizational stress*. Oxford University Press, Oxford 1998. 6–27.
- Beirne PV, Clarkson JE, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, 2009.
- Bertakis KD, Callahan EJ, Helms LJ, Azari R, Robbins JA, Miller J. Physician practice styles and patient outcomes: differences between family practice and general internal medicine. *Med Care* 1998;36:879–891.
- Blomberg H. Do cutbacks pay off? Perceived changes in the standard of municipal services and attitudes towards services among citizens and municipal decision makers in Finland. *Int J Soc Welfare* 1999;8:206–220.
- Blomberg H, Kroll C. Vem vill bevara servicestaten? Attityder till offentliga tjänster bland befolkning och kommunala eliter 1992–96. *Janus* 1997;5:113–133.
- Blomberg H, Kroll C. Who wants to preserve the 'Scandinavian Service State'? Attitudes to welfare services among citizens and local government elites in Finland 1992–1996. Teoksessa Svallfors S, Taylor-Gooby P. (toim.) *The End of the Welfare State? Responses to state retrenchment*. Routledge, London 1999. 52–86.
- Blomberg H, Kroll C. Kuntalaiset, paikalliset päättäjät ja hyvinvointipalvelut 1990-luvulla. Teoksessa Kangas O. (toim.) *Laman varjo ja nousun huuma. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 72*. Kansaneläkelaitos, Helsinki 2003. 221–243.
- Bond FW, Flaxman PE, Loivette S. A business case for the Management Standards for stress. *Health and Safety Executive Research Report 431*. HSE Books, London 2006.
- Bowling A, Jacobson B, Southgate L. Health service priorities. Explorations in consultation of the public and health professionals on priority setting in an inner London health district. *Soc Sci Med* 1993;37:851–857.
- Brill PL. The need for an operational definition of burnout. *Fam Community Health* 1984;6:12–24.
- Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Improving Health: Measuring Effects of Medical Care. *Milbank Q* 1994;72:225–258.
- Burns D. Can Local Democracy Survive Governance? *Urban Studies* 2000;37:963–973.
- Buunk BP, Schaufeli WB. Reciprocity in Interpersonal Relationships: An Evolutionary Perspective on its Importance for Health and Well-being. *Eur Rev Soc Psychol* 1999;10:259–291.
- Chapko MK, Fisher ES, Welch HG. When Should This Patient Be Seen Again? *Effective Clinical Practice* 1999;2:37–43.
- Cheyne C, Comrie M. Enhanced Legitimacy for Local Authority Decision Making: Challenges, Setbacks and Innovation. *Policy & Politics* 2002;30:469–482.
- Chilton NW. *Design and Analysis in Dental and Oral Research*. 2. p. Praeger Publishers, New York 1982.
- Christensen T, Lægreid P. New Public Management: Puzzles of Democracy and the Influence of Citizens. *J Political Philosophy* 2002;10:267–295.
- Coaffee J, Healey P. 'My Voice: My Place': Tracking Transformations in Urban Governance. *Urban Studies* 2003;40:1979–1999.
- Cupples LA, Heeren T, Schatzkin A, Colton T. Multiple Testing of Hypotheses in Comparing Two Groups. *Ann Intern Med* 1984;100:122–129.
- D'Aiuto F, Sabbah W, Netuveli G, Donos N, Hingorani AD, Deanfield J, Tsakos G. Association of the metabolic syndrome with periodontitis in a

- large U.S. population-based survey. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93:3989–3994.
- Daly B, Watt R, Batchelor P, Treasure E. *Essential Dental Public Health*. 4. p. Oxford University Press, Oxford 2006.
- Davenport CF, Elley KM, Fry-Smith A, Taylor-Weetman CL, Taylor RS. The effectiveness of routine dental checks: a systematic review of the evidence base. *BMJ* 2003;195:87–98.
- Davies JA. The Relationship between Change of Dentist and Treatment Received in the General Dental Service. *Br Dent J* 1984;157:322–324.
- Deci EL. *Intrinsic Motivation*. Plenum Press, New York 1975.
- De Jonge J, Dollard MF, Dormann C, Le Blanc PM, Houtman ILD. The Demand-Control Model: Specific Demands, Specific Control, and Well-Defined Groups. *Int J Stress Manag* 2000;7:269–287.
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction among nurses. *J Advanced Nursing* 2000;32:454–464.
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001;86:499–512.
- Demmer RT, Jacobs DR Jr, Desvarieux M. Periodontal Disease and Incident Type 2 Diabetes: Results from the First National Health and Nutrition Examination Survey and its Epidemiologic Follow-Up Study. *Diabetes Care* 2008;31:1373–1379.
- Denhardt R, Denhardt J. The New Public Service: Putting Democracy First. *National Civic Review* 2001;90:391–400.
- Denison DR. *Corporate culture and organizational effectiveness*. John Wiley & Sons, New York 1990.
- De Oliveira C, Watt R, Hamer M. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *BMJ* 2010;340:c2451.
- Downs A. *An Economic Theory of Democracy*. Harper & Row, New York 1957.
- Edwards J, Caplan RD, Harrison RV. Pension-Environment Fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. Teoksessa Cooper CL. (toim.) *Theories of organizational stress*. Oxford University Press, Oxford 2000. 28–67.
- Eerola A, Hausen H, Lahti S, Widström E. (toim.) *Tutkimus- ja tarkastusvälit lasten ja nuorten suun terveydenhuollossa*. Asiantuntijaryhmän raportti. Stakesin raportteja 225. Helsinki 1998.
- Efeko Oy. *Kaupunki- ja kuntapalvelut 2005*. Efeko Oy 2005.
- Elderton RJ, Nuttall NM, Eddie S, Davies JA. Dental health services research in Scotland: a review of some 5-year results. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985;13:249–252.
- Elster J. The market and the forum: three varieties of political theory. Teoksessa Elster J, Hylland A. (toim.) *Foundations of social choice theory*. Cambridge University Press, Cambridge 1986. 103–132.
- Elster J. *The cement of society. Studies in rationality and social change*. Cambridge University Press, Cambridge 1989.
- Eriksen TE, Håkansson J. Frequency of dental visit in Sweden during 1974–77. *Community Dent Oral Epidemiol* 1982;10:242–248.
- Eronen A, Londén P, Perälähti A, Siltaniemi A, Särkelä R. *Sosiaalibarometri 2009. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Yhteenveto ja johtopäätökset. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto*, Helsinki 2009.
- Ervasti H. *Yhteiskuntaluokat ja hyvinvointipalvelut. Sosiologia* 1994;31:274–287.
- Ervasti H. *Kenen vastuu? Tutkimuksia hyvinvointipluralismista legitimitietin näkökulmasta. Stakesin tutkimuksia 62*. Helsinki 1996.
- Ervasti H, Kangas O. *Ammattiryhmät ja hyvinvointivaltio. Tutkimus kahdeksan etujärjestön jäsenten sosiaalipoliittisista asenteista. Turun yliopisto, Sosiaalipoliittikan laitos, Sosiaalipoliittikan julkaisuja B:3/1994*. Turku 1994.
- Esping-Andersen G. *Social Foundations of Post-industrial Economies*. Oxford University Press, Oxford 1999.
- Esping-Andersen G, Korpi W. *From Poor Relief to Institutional Welfare States: The Development of Scandinavian Social Policy*. Teoksessa Erikson R, Hansen EJ, Ringen S, Uusitalo H. (toim.) *The Scandinavian Model. Welfare States and Welfare Research*. M. E. Sharpe, New York 1987. 39–74.
- Etter JF, Perneger TV. Analysis of Non-Response Bias in a Mailed Health Survey. *J Clin Epidemiol* 1997;50:1123–1128.

- Euroopan unioni. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU. Euroopan unionin virallinen lehti L88/45. 4.4.2011. Saatavilla: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:FI:PDF> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Everson SA, Lynch JW, Chesney MA, Kaplan GA, Goldberg DE, Shade SB, Cohen RD, Salonen R, Salonen JT. Interaction of workplace demands and cardiovascular reactivity in progression of carotid atherosclerosis: population based study. *BMJ* 1997;314:553–558.
- FCG Efeko Oy. Kaupunki- ja kuntapalvelut 2008. Kyselytutkimuksen tulokset. FCG Efeko Oy 2008. Saatavilla: [http://www.fcg.fi/fin/palvelut/konsultointi\\_ja\\_kehittaminen/tutkimukset\\_ja\\_selvitykset/](http://www.fcg.fi/fin/palvelut/konsultointi_ja_kehittaminen/tutkimukset_ja_selvitykset/) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- FCG. Uuden Jyväskylän palvelut. Asukaskyselyn tulokset. FCG 2010. Saatavilla: [http://www.jyvaskyla.fi/hallinto/hankkeet\\_ja\\_strategiat](http://www.jyvaskyla.fi/hallinto/hankkeet_ja_strategiat) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Feldt T. Sense of Coherence. Structure, Stability and Health Promoting Role in Working Life. Thesis. University of Jyväskylä, Jyväskylä 2000.
- Forma P. Agentit kansan asialla. *Politiikka* 1996;38:201–217.
- Forma P. Alhaalta ylös vai päinvastoin? Sosiaalipoliitisten intressien välittyminen mielipidekyselyn valossa. *Hallinnon tutkimus* 1998a;17:25–35.
- Forma P. Mielipiteiden muutos ja pysyvyys. Suomalaisen mielipiteet hyvinvointivaltiosta, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuosina 1992 ja 1996. *Stakesin raportteja* 222. Helsinki 1998b.
- Forma P. Interests, Institutions and the Welfare State. *Studies on Public Opinion Towards the Welfare State. Stakes Research Report* 102. Helsinki 1999a.
- Forma P. Welfare state opinions among citizens, MP-candidates and elites: Evidence from Finland. Teoksessa Svallfors S, Taylor-Gooby P. (toim.) *The End of the Welfare State? Responses to state retrenchment*. Routledge, London 1999b. 87–105.
- Forma P. Sen lauluja laulat, kenen leipää syöt? Sosiaaliturvaa ja hyvinvointivaltiota koskevien mielipidetutkimusten julkisuushakuinen ja manipulatiivinen käyttö. Teoksessa Ritakallio VM. (toim.) *Riskit, instituutiot ja tuotokset. Esseitä hyvinvointitutkimuksesta* professori Olli Kankaan täyttäessä 50 vuotta. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia nro 59. Helsinki 2003. 279–300.
- Forma P. Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina – Suomalaisen sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipiteet vuonna 2004. Teoksessa Kautto M. (toim.) *Suomalaisen hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus*, Helsinki 2007. 160–184.
- Forma P, Kallio J, Pirttilä J, Uusitalo R. Kuinka hyvinvointivaltio pelastetaan? Tutkimus kansalaisten sosiaaliturvaa koskevista mielipiteistä ja valinnoista. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 89. Kansaneläkelaitos, Helsinki 2007.
- Forma P, Saarinen A. Väestön mielipiteet sosiaaliturvasta vuonna 2006. Teoksessa Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M. (toim.) *Suomalaisen hyvinvointi 2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus*, Helsinki 2008. 162–177.
- Forss H, Widström E. Reasons for restorative therapy and the longevity of restorations in adults. *Acta Odontol Scand* 2004;62:82–86.
- Forssell M, Heikinheimo K, Helin P, Hyvärinen T, Jokela J, Kerkelä E, Mäkelä J, Parhiala T, Peltonen E, Pitkänen I, Suutari U. Jyväskylän seudun suun terveydenhuollon voimavarojen alueellinen kehittäminen ja hyödyntäminen. *Loppuraportti vaiheet 1–4*. Jyväskylä 2004. Saatavilla: <http://www.jyvaskyla.fi/sote/terveys/suunterveys> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Fos PJ, Zuniga MA. Assessment of primary health care access status: an analytic technique for decision making. *Health Care Manag Sci* 1999;2:229–238.
- Frame PS, Sawai R, Bowen WH, Meyerowitz C. Preventive Dentistry: Practitioners' Recommendations for Low-Risk Patients Compared with Scientific Evidence and Practice Guidelines. *Am J Prev Med* 2000;18:159–162.
- Friedrichs J. *Werte und soziales Handeln. Ein Beitrag zur soziologischen Theorie*. J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen 1968.
- Galtung J. *Theory and Methods of Social Research*. 2. korj p. Universitetsforlaget, Oslo 1969.
- Gelissen J. Popular Support for Institutionalised Solidarity: A Comparison between European Welfare States. *Int J Soc Welfare* 2000;9:285–300.
- Gevers J, Gelissen J, Arts W, Muffels R. Public Health Care in the Balance: Exploring Popular Support for Health Care Systems in the European Union. *Int J Soc Welfare* 2000;9:301–321.
- Gilbert N. *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford University Press, Oxford 2002.

- Gilljam M, Nilsson L. Svenska folkets åsikter om den offentliga sektorn – två förklaringsansatser. *Statsvetenskaplig Tidskrift* 1985;88:123–139.
- Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychology & Health* 1996;11:23–48.
- Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:147–155.
- Goldstein H. *Multilevel Models in Educational and Social Research*. Oxford University Press, New York 1987.
- Goldstein H. *Multilevel Statistical Models*. 2. p. Edward Arnold, London 1999.
- Gray JAM. Self-management in chronic illness. *Lancet* 2004;364:1467–1468.
- Groves RM, Peytcheva E. The Impact of Nonresponse Rates on Nonresponse Bias. *Public Opinion Quarterly* 2008;72:167–189.
- Groves T. Public disagrees with professionals over NHS rationing. *BMJ* 1993;306:673.
- Haavisto I, Kiljunen P, Nyberg M. Satavuotias kunto-testissä. EVAn kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2007. *Taloustieto*, Helsinki 2007.
- Haikonen J, Kiljunen P. Mitä mieltä suomalainen? EVAn asennetutkimuksien kertomaa vuosilta 1984–2003. *Taloustieto*, Helsinki 2003.
- Hakamäki P, Perttilä K, Hujanen T, Ståhl T. (toim.) *Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa*. TEVA-hanke. Kehittämispöytäkirja. Perusterveydenhuolto. Raportti 11/2011. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki 2011.
- Hakanen J. Työuupumuksesta työn imuun – positiivisen työhyvinvointikäsitteen arviointimenetelmän suomalaisen version validointi opetusalan organisaatioissa. *Työ ja ihminen* 2002;16:42–58.
- Hakanen J. *Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa*. Työterveyslaitos ja Suomen Hammaslääkäriliitto, Helsinki 2004a.
- Hakanen J. Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. *Työ ja ihminen*. Tutkimusraportti 27. Työterveyslaitos, Helsinki 2004b.
- Hakanen J, Perhoniemi R. *Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa*. Seurantatutkimus 2003–2006. Työterveyslaitos ja Suomen Hammaslääkäriliitto, Helsinki 2006.
- Hakanen J, Perhoniemi R. *Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa – seitsemän vuoden seurantatutkimus 2003, 2006 ja 2010*. Suom Hammaslääkäril 2011;18(1):LIITE.
- Hakeberg M, Hallonsten AL, Hägglin C, Skaret E. *Hammashoitopelon epidemiologia*. Suom Hammaslääkäril 2003;10:210–217.
- Halava I, Pantzar M. *Kuluttajakansalaiset tulevat! Miksi työnjohtaminen muuttuu? EVA*. Taloustieto Oy, Helsinki 2010.
- Halila H. Onko meillä EU:n taholta paineita maamme terveydenhuollon järjestämiseksi lähitulevaisuudessa? *Suom Lääkäril* 2006;61:5211–5213.
- Hallituksen esitykset, HE 149/2000. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidonlain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2000/20000149> [Viittauspäivä 6.1.2012.]
- Halonen P, Vehviläinen A, Mäntyselkä P, Takala J, Lehto S, Kaitokari P, Kumpusalo E. Lääkäripalvelujen laatu väestön arvioimana. *Suom Lääkäril* 2006;61:1739–1744.
- Harju P, Hausen H, Suominen-Taipale L. Koettu suunterveys, koettu hoidon tarve ja hampaista, suusta ja proteeseista johtuvien ongelmien yleisyys. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A. (toim.) *Suomalaisten aikuisten suunterveys*. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki 2004. 33–40.
- Harris RV, Ashcroft A, Burnside G, Dancer JM, Smith D, Grieveson B. Measurement of attitudes of UK dental practitioners to core job constructs. *Community Dent Health* 2009;26:43–51.
- Hatland A. Til dem som trenger det mest? Økonomisk behovsprøving i norsk sosialpolitikk. *Universitetsforlaget*, Oslo 1992.
- Hausen H. Caries prediction – state of the art. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:87–96.
- Hausen H, Seppä L, Fejerskov O. Can caries be predicted? Teoksessa Thylstrup A, Fejerskov O. (toim.) *Textbook of clinical cariology*. Munksgaard, Copenhagen 1994. 393–411.
- Helakorpi S, Laitalainen E, Uutela A. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009*. Raportti 7/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttä-*

- tyminen ja terveys, kevät 2010. Raportti 15/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2011.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003. Helsinki 2003.
- Helminen SKJ, Vehkalahti MM. Do check-up intervals correspond to caries indices in the free public dental service in Helsinki, Finland? *Community Dent Health* 2002;19:166–172.
- Helsingin kaupungin terveystoimisto. Palvelututkimus. Tammikuu 2003. Taloustutkimus Oy, Jari Pajunen / Tuomo Turja 3.2.2003. Saatavilla: <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/2c7559804a179f38b765ff3d8d1d4668/vaestokysely02.pdf?MOD=AJPERES> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Helöe LA, Grytten J, Warren GB, Brown LJ. A comparative study of costs for dental services and dentists' income in the United States and Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:65–70.
- Hernberg S. *Epidemiologia ja työterveys*. 2. täys uud p. Työterveyslaitos, Helsinki 1998.
- Herzberg F. *Work and the Nature of Man*. 5. p. Work Publishing, Times Mirror, New York 1971.
- Hoel M, Knutsen O. Social Class, Gender, and Sector Employment as Political Cleavages in Scandinavia. *Acta Sociologica* 1989;32:181–201.
- Hugoson A, Koch G, Bergendahl T, Hallonsten AL, Slotte C, Thorstensson B, Thorstensson H. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden in 1973, 1983, and 1993. I. Review of findings on dental care habits and knowledge of oral health. *Swed Dent J* 1995;19:225–241.
- Hukkanen E, Vallimies-Patomäki M. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki 2005.
- Huuskonen MS, Bergström M, Ahonen G, Järvisalo J, Laitinen H, Lindström K, Rantanen J. Työkykyä edistävä ja työkyvyttömyyttä ehkäisevä toiminta pientyöpaikoilla 1995–1998: yhteenveto. Teoksessa Huuskonen M, Laitinen H, Bergström M. (toim.) Työkyky yksilön, pienyrityksen ja yhteiskunnan menestystekijänä 2. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 16. Työterveyslaitos, Helsinki 2000. 155–166.
- Häikiö L. Muuttuva kansalaisuus. Mikä on kuntalaisen asema tilaaja-tuottaja-mallissa? *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 2007;35:147–160.
- Hänninen S. Terveystieteiden oikeudenmukaisuus etiikan ja politiikan valossa. Teoksessa Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I. (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Helsinki 2006. 14–27.
- Hyötilä M, Yli-Junnila P. FosSaKa 1- ja 2- kehittämissuunnitelmien loppuraportti vuosilta 2003–2007. Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymän, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän ja Kaarinan–Piikkiön terveyskeskuskuntayhtymän kehittämistoiminta. 2008. Saatavilla: <http://www.fstky.fi/DowebEasyCMS/Sivusto/Dokumentit/hankkeet/Fossaka-hankkeen%20loppuraportti.pdf> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Ilmarinen J, Suurnäkki T, Eskelinen L, Huuhtanen P, Järvinen M, Peltomaa T, Merisalo T, Fahlström P, Järvinen E, Aalto L, Wägar G. Kunnallisten ammattien työn profiilit eläkeiän perusteena. Teoksessa Ilmarinen J. (toim.) Työ, terveys ja eläkeikä kunta-alalla. Työterveyslaitoksen tutkimuksia 2. Helsinki 1985. 164–211.
- Inglehart R. *The Silent Revolution. Changing Values and Political Styles Among Western Publics*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey 1977.
- Inglehart R. *Modernization and Postmodernization. Cultural, Economic, and Political Change in 43 Societies*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey 1997.
- Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an Understanding of the Burnout Phenomenon. *J Appl Psychol* 1986;71:630–640.
- Jokivuori P, Hietala R. Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. WSOY, Porvoo 2007.
- Jolanki R, Alanko K. Ihoa herkistävät aineet. Teoksessa Vainio H, Liesvuori J, Lehtola M, Louekari K, Engström K, Kauppinen T, Kurppa K, Riipinen H, Savolainen K, Tossavainen A. (toim.) Kemikaalit ja työ. Selvitys työympäristön kemikaalirikkeistä. Työterveyslaitos, Helsinki 2005. 161–174.
- Julkunen R. Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino, Tampere 2001.
- Julkunen R. Hyvinvointivaltion uusi politiikka – Paul Piersonin historiallinen institutionalismi. Teoksessa Saari J. (toim.) Hyvinvointivaltio. Suomen mallia analysoimassa. Yliopistopaino, Helsinki 2005. 332–359.
- Julkunen R. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes, Helsinki 2007.

- Julkunen R. Uuden työn paradoksit. Keskusteluja 2000-luvun työprosess(e)ista. Vastapaino, Tampere 2008.
- Jurvansuu S, Seitsamo J, Tuuli P. Toimipaikan menestyminen, organisaation terveys ja henkilöstön hyvinvointi. Teoksessa Tuomi K. (toim.) Yrityksen menestyminen ja henkilöstön hyvinvointi. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 15. Työterveyslaitos, Helsinki 2000a. 110–128.
- Jurvansuu S, Tuomi K, Seitsamo J, Vahtera J. Työn vaatimukset, organisaation toiminta ja henkilöstön hyvinvointi. Teoksessa Tuomi K. (toim.) Yrityksen menestyminen ja henkilöstön hyvinvointi. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 15. Työterveyslaitos, Helsinki 2000b. 21–39.
- Juuti P. Organisaatiokäyttäytyminen. Täysin uud. laitos. Otava, Helsinki 2006.
- Jyväskylän kaupunki. Jyväskylän kaupungin hyvinvointikertomus 2005. Jyväskylä 21.7.2006. Saatavilla: [http://www.jyvaskyla.fi/hallinto/hankkeet\\_ja\\_strategiat](http://www.jyvaskyla.fi/hallinto/hankkeet_ja_strategiat) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Jyväskylän kaupunki. Perusturvalautakunnan pöytäkirja. Jyväskylä 17.3.2011. Saatavilla: <http://www3.jkl.fi/paatokset/ptltk/2011/17031500.0/frmtxt37.htm> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Jæger M. What Makes People Support Public Responsibility for Welfare Provision: Self-interest or Political Ideology? A Longitudinal Approach. *Acta Sociologica* 2006;49:321–338.
- Jäske-Rovio S. Hammashuoltohenkilökunnan työtyytyväisyyskartoitus Mikkelin ja Savonlinnan terveyskeskuksissa 2001. *Suom Hammaslääkäril* 2002;9:1034–1037.
- Kaila S. Suomussalmen terveyskeskuksen toiminta; asukkaiden ja henkilökunnan näkökulma suun terveydenhuoltoon ja yleisterveydenhuoltoon. Turun yliopisto, Hammaslääketieteen laitos. Turku 1993.
- Kairinen M, Koskinen S, Laitinen A, Niemelä J, Uhmavaara H. Työelämän muutossuunnat. Työsopimuslain seurantalutkimuksen I osaraportti. Työpoliittinen tutkimus 252. Työministeriö, Helsinki 2003.
- Kalimo R, Toppinen S. Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä. Työterveyslaitos, Helsinki 1997.
- Kallio J. Kansalaisten asennoituminen kunnallisten palvelujen markkinoistumiseen vuosina 1996–2004. *Yhteiskuntapolitiikka* 2007;72:239–255.
- Kallio J. Kansalaisten asennoituminen hyvinvointivaltion uudelleenmuotoiluun. *Sociologia* 2008a;45:3–20.
- Kallio J. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja ideologiset tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 2008b;73:477–493.
- Kangas O. Pohjoismainen eläketurva ja rationaalinen toiminta. *Janus* 1992;1:38–46.
- Kangas O. Interest mediation and popular will. Teoksessa Svallfors S. (toim.) In the eye of the beholder. Opinions on welfare and justice in comparative perspective. The Bank of Sweden Tercentenary Foundation, Umeå 1995a. 52–58.
- Kangas O. Metsä vastaa miten huudetaan: kysymysten muotoilun vaikutus mielipiteisiin. *Politiikka* 1995b;37:128–137.
- Kangas O. Self-Interest and the Common Good: The Impact of Norms, Selfishness and Context in Social Policy Opinions. *J Socio-Economics* 1997;26:475–494.
- Kantola A, Kautto M. Hyvinvoinnin valinnat. Suomen malli 2000-luvulla. Edita, Helsinki 2002.
- Karasek R. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979;24:285–308.
- Karasek R, Theorell T. *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. BasicBooks, New York 1990.
- Kari M, Saari J. Sosiaalinen Eurooppa. Euroopan unionin sosiaalipolitiikka. Ulkoasiainministeriö, Helsinki 2005.
- Karisto A, Takala P, Haapola I. Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutokset Suomessa. WSOY, Porvoo 1998.
- Karttunen L, Nyysönen V. (toim.) Joensuun eläkeikäisen väestön suun terveydentila ja siihen liittyvät tekijät. Joensuun terveyskeskus, hammashuolto: Kuopion yliopisto, sosiaalihammaslääketieteen laitos. Kuopio 1993.
- Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *J Hum Nutr Dietet* 2003;16:159–166.
- Kasvio A, Huuhtanen P. Työelämän kehityssuunnat teollisuusmaissa. Työ nyky-yhteiskuntien ydininstituutiona. Teoksessa Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Kasvio A, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J, Tossavainen A. (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos, Helsinki 2007. 7–30.

- Katajisto J. Monimuuttujamenetelmät 1. Tilastotiede, Turun yliopisto. Turku 2005.
- Katevuo K, Aitasalo K, Lehtinen R, Pietilä J. Hammaslääkäreiden ja maanviljelijöiden tukirangan muutokset. *Suom Hammaslääkäril* 1980;27:977–983.
- Kautto M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki 2007a.
- Kautto M. Suomalaisten hyvinvointi uuden kyselytutkimuksen valossa. Teoksessa Kautto M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki 2007b. 19–34.
- Kela. Kelan sairausvakuutuslasko 2008. Kansaneläkelaitoksen tilastoryhmä. Helsinki 2009.
- Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Empowering counseling – a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research* 2001;16:227–238.
- Kiander J, Lönnqvist H. Hyvinvointivaltio ja talouskasvu. WSOY, Porvoo 2002.
- Kiander J, Pekkarinen J, Vartia P, Ylä-Anttila P. Suomi maailmantaloudessa. Uuden ajan talouspolitiikkaa. Edita, Helsinki 2005.
- Kiiskinen U, Suominen-Taipale AL, Aromaa A, Arinen S. Koettu suunterveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana. Hammashoitouudistuksen arviointitutkimuksen perustaulukot. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B22/2005*. Helsinki 2005.
- Kimchi J, Polivka B, Stevenson JS. Triangulation: Operational Definitions. *Nursing Research* 1991;40:364–366.
- Kinnunen J. Ovatko terveyspalvelujen käyttäjät potilaita, asiakkaita vai kuluttajia? *Hyvinvointikatsaus*. Tilastollinen aikakauslehti 1995;(4):33–37.
- Kinnunen J, Lammintakanen J, Myllykangas M, Ryyänen OP, Takala J. Health care priorities as a problem of local resource allocation. *Int J Health Plann Manag* 1998;13:216–229.
- Kinnunen J, Ohtonen J, Teperi J. Suun terveydenhuolto suomalaisen terveydenhuollon uudistamisen erityiskohtena. Suomen Hammaslääkäriliitto, Helsinki 2011.
- Kinnunen U, Feldt T, Mauno S. (toim.) Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-Kustannus, Jyväskylä 2005.
- Kinnunen U, Hätinä M, Toskala A, Männikkö K, Pekkonen M, Sörensen L, Mauno S, Aro A, Alén M. Työuupumus: arviointi, kehittyminen ja intervention vaikuttavuus. *Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja* 350. Jyväskylä 2004.
- Kira M. Byrokratian jälkeen – kohti uudistavaa työtä ja kestävää työjärjestelmäkehitystä. Työpoliittinen tutkimus. Nro 254. Työministeriö, Helsinki 2003.
- Kivimäki J, Hurri H. Tuki- ja liikuntaelämistön oireet hammaslääkäreillä ja -hoitajilla. *Suom Hammaslääkäril* 1989;36:284–289.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med* 2000;57:656–660.
- Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 2002;325:857–860.
- Kivimäki R, Rimpelä A, Vakkuri J. Terveyskioski palveluinnovaationa. Ylöjärven terveyskioski-hankkeen väliarviointi (Vaihe II). Sitran selvityksiä 36. Helsinki 2010. Saatavilla: <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2036.pdf> [Viittauspäivä 6.1.2012.]
- Klavus J, Kapiainen S, Nguyen L, Pekurinen M. Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset. Teoksessa Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki 2008. 178–190.
- Klavus J, Pekurinen M, Nguyen L, Häkkinen U. Väestön kokemukset, mielipiteet ja odotukset terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Teoksessa Kautto M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki 2007. 185–203.
- Knapp TR. Coefficient Alpha: Conceptualizations and Anomalies. *Research in Nursing & Health* 1991;14:457–460.
- Knapp TR, Brown JK. Ten Measurement Commandments That Often Should Be Broken. *Research in Nursing & Health* 1995;18:465–469.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393–403.
- Knuutinen M. Kunnallinen priorisointi ja peruspalvelujen määrittely prosessina - prosessin systematisointia ja tarkastelua. Teoksessa Niemelä P,

- Knuutinen M, Hyvärinen S, Kainulainen S, Myllykangas M, Rynnänen OP. Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointi. Tutkimus priorisointiprosessista ja -näkemysistä kunnissa. Stakesin raportteja 174. Helsinki 1995. 45–102.
- Koivumäki J. Hammaslääkäriyövoimasselvitykset 2010: Vuokratyö yleistynyt hammaslääkärivajeen paikkauksessa – yksityishammaslääkäreistä osa voisi hoitaa enemmän potilaita. *Suom Hammaslääkäril* 2011a;18(1):14–15.
- Koivumäki J. Terveyskeskushammaslääkärivaje pahentunut – yksityisen sektorin vapaa kapasiteetti lisääntynyt. *Suom Hammaslääkäril* 2011b;18(15):18–19.
- Kokko S. Tilaaminen terveystaloustalouden välineenä. Teoksessa Kontinen M. (toim.) Tilaajatuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Työpapereita 10/2005. Stakes, Helsinki 2005. 10–12.
- Koskela T, Nykänen I, Kumpusalo E. Potilastietojärjestelmät eivät tue systemaattista ennaltaehkäisyä. Tuloksia EPA Cardio -tutkimuksesta. *Suom Lääkäril* 2011;66:1581–1585.
- Kosunen E. Perusterveydenhuolto terveyden edistäjänä – visioita tulevaisuuteen. *Suom Lääkäril* 2007;62:69–73.
- Kottonen A. Hammaslääkärin ura. Odotukset ja kokemukset. Väitöskirja. Turun yliopisto, Turku 2009.
- Kraus S. J. Attitudes and the Prediction of Behavior: A Meta-Analysis of the Empirical Literature. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1995;21:58–75.
- Kunnallisalan kehittämissäätiö. Kansalaismielipide ja kunnat. Ilmapuntari 2004. Helsinki 2004.
- Kunnallisalan kehittämissäätiö. Kansalaismielipide ja kunnat. Ilmapuntari 2006. Helsinki 2006.
- Kunnallisalan kehittämissäätiö. Kansalaismielipide ja kunnat. Ilmapuntari 2009. Helsinki 2009.
- Kuntalaki 17.3.1995/365. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Kuntaliitto. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset euroa/asukas vuonna 2003. Saatavilla: [http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/asiakasmaksut-talous-rahoitus/talous/nettokustannukset/2003/Documents/2003\\_kantatiedot\\_kunnat\\_euro.xls](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/asiakasmaksut-talous-rahoitus/talous/nettokustannukset/2003/Documents/2003_kantatiedot_kunnat_euro.xls) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Kuntaliitto. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset euroa/asukas vuonna 2008. Saatavilla: [http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/asiakasmaksut-talous-rahoitus/talous/nettokustannukset/2008/Documents/2008\\_kantatiedot\\_kunnat\\_euro.xls](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/asiakasmaksut-talous-rahoitus/talous/nettokustannukset/2008/Documents/2008_kantatiedot_kunnat_euro.xls) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Käkilehto T, Salo S, Larmas M. Data mining of clinical oral health documents for analysis of the longevity of different restorative materials in Finland. *Int J Med Inform* 2009;78:e68–74.
- Kärkkäinen S, Seppä L, Hausen H. Dental check-up intervals and caries preventive measures received by adolescents in Finland. *Community Dent Health* 2001;18:157–161.
- Laamanen R, Jaakkonen K, Brommels M. Suosivatko päättäjät yksityistämistä? *Kuntalehti* 1998;(4):31–33.
- Laatikainen T, Tapanainen H, Alftan G, Salminen I, Sundvall J, Leiviskä J, Harald K, Jousilahti P, Salomaa V, Vartiainen E. FINRISKI 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveystaloustalouden käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja tulokset 2. Taulukkoliite (687 sivua). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2003. Helsinki 2003.
- Laatu M. Missä kulkevat sosiaalipalvelujen kaupallistamisen riskirajat? *Yhteiskuntapolitiikka* 2009;74:80–83.
- Lahtela H. Vuosina 1920–1955 syntyneiden posio-laisten suun ja hampaiden terveydentilan ja hoidon tarpeen kartoitus. Suun terveydenhuollon kehittämissäätiön liittyvä katsaus. *Stakes / Pala /* 1999;3. Helsinki 1999.
- Lahti S, Hausen H, Widström E, Eerola A. Intervals for oral health examinations among Finnish children and adolescents: recommendations for the future. *Int Dent J* 2001;51:57–61.
- Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Kääriäinen R. Dentist and patient opinions about the ideal dentist and patient – developing a compact questionnaire. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:229–234.
- Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Kääriäinen R. Patients' expectations of an ideal dentist and their concerning the dentist they visited: do the views conform to the expectations and what determines how well they conform? *Community Dent Oral Epidemiol* 1996a;24:240–244.

- Lahti S, Verkasalo M, Hausen H, Tuutti H. Ideal role behaviours as seen by dentists and patients themselves and by their role partners: do they differ? *Community Dent Oral Epidemiol* 1996b;24:245–248.
- Lahtinen A, Kanerva L, Alanko K, Estlander T, Jolanki R, Savela A. Työperäiset metakrylaattiallergiaihottumat edelleen yleisiä hammashoitohenkilöstöllä. *Suom Hammaslääkäril* 2000;7:753–755.
- Lahtinen Y, Mikkola T, Palomäki T. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2003. Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kotka, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2004.
- Laine M. Terveydenhuolto ja sosiaalipalvelut. Teoksessa Kauppinen T, Hanhela R, Kandolin I, Karjalainen A, Kasvio A, Perkiö-Mäkelä M, Priha E, Toikkanen J, Viluksela M. (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2009. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. 228–233.
- Laine M, Wickström G, Pentti J, Elovainio M, Kaarlela-Tuomaala A, Lindström K, Raitoharju R, Suomala T. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Työterveyslaitos, Helsinki 2006.
- Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 856/2004. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 1219/2000. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20001219> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 1202/2000. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20001202> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Lansing JB, Morgan JN. Economic survey methods. *LithoCrafters Ann Arbor, Michigan* 1972.
- Launis K, Pihlaja J. Työhyvinvointi ja toimintakonseptien muutokset. *KONSEPTI – toimintakonseptin uudistajien verkkolehti* 2005;2(1):1–26. Saatavilla: [http://www.muutoslaboratorio.fi/files/Tyohyvinvointi\\_ja\\_toimintakonseptien\\_muutokset.pdf](http://www.muutoslaboratorio.fi/files/Tyohyvinvointi_ja_toimintakonseptien_muutokset.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Lehto AL, Sutela H. Työolojen kolme vuosikymmentä. Työolotutkimusten tuloksia 1997–2008. Tilastokeskus, Helsinki 2008.
- Lehto J. Terveyspolitiikka ja palvelujen tarve. Teoksessa Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J, Viitala J. (toim.) Terveyspalvelujen suunnittelu. Duodecim, Helsinki 2004. 24–26.
- Lehto J, Blomster P. Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Teoksessa Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakesin raportteja 250. Helsinki 2000. 161–184.
- Lehto T. Health of the dentist with reference to work-related and individual factors. Thesis. University of Turku. Kansaneläkelaitos, Turku 1990.
- Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organiz Behav* 1988;9:297–308.
- Leppänen J. Kajaanin perusturvatoimialan tutkimuksista potkua laatuun. *Suom Hammaslääkäril* 1996;3:752–756.
- Leppänen J. Perusturvatoimialan laatuvertailu Kajaanissa: Hammashuollon palvelut menestyivät parhaiten. *Suom Hammaslääkäril* 1999;6:224–228.
- Lindenberg S. Homo Socio-oeconomicus: The Emergence of a General Model of Man in the Social Sciences. *J Inst Theor Econ* 1990;146:727–748.
- Lindfors P, Thiele U, Lundberg U. Work Characteristics and Upper Extremity Disorders in Female Dental Health Workers. *J Occup Health* 2006;48:192–197.
- Lindholm H. Suomalaisen hyvinvoinnin muutokset 1995–2000. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 63. Kansaneläkelaitos, Helsinki 2001.
- Lindström K, Schrey K, Ahonen G, Kaleva S, Lahtinen M. Keskitetyn kehittämissuunnan työyhteisövaikutukset pientyöpaikoilla. Teoksessa Huuskonen M, Laitinen H, Bergström M. (toim.) Työkyky yksilön, pienyrityksen ja yhteiskunnan menestystekijänä 2. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 16. Helsinki 2000. 40–63.
- Locke EA. Motivation by Goal Setting. Teoksessa Golembiewski RT. (toim.) *Handbook of*

- Organizational Behavior. Marcel Dekker, New York 2001. 43–80.
- Locker D. Response and Nonresponse Bias in Oral Health Surveys. *J Public Health Dent* 2000;60:72–81.
- Lynch J, Krause N, Kaplan GA, Tuomilehto J, Salonen JT. Workplace Conditions, Socioeconomic Status, and the Risk of Mortality and Acute Myocardial Infarction: the Kuopio Ischemic Disease Risk Factor Study. *Am J Public Health* 1997;87: 617–622.
- Lääkelaitos. Terveydenhuollon laadunhallinta. Hygienia suun terveydenhuollossa. Lääkelaitos, Helsinki 2003.
- Läärä E, Lammi S. Tilastotieteen perusteet lääketiedettä ja lähialoja varten. Kuopion yliopiston ylioppilaskunta, Kuopio 1989.
- Läärä M, Widström E, Mattelmäki-Rimpelä U, Meriläinen T. Hoitotoimenpiteet terveyskeskusten hammashuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:17. Helsinki 2000.
- Malin A. Monitasomallit koulututkimuksessa. Teoksessa Suomen Tilastoseuran vuosikirja 1996. Helsinki 1997. 193–207.
- Malin A. School Differences and Inequities in Educational Outcomes. PISA 2000 Results of Reading Literacy in Finland. Thesis. University of Jyväskylä, Jyväskylä 2005.
- Manderbacka K, Gissler M, Husman K, Husman P, Häkkinen U, Keskimäki I, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A, Wahlbeck K, Widström E. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I. (toim.) Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelu jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Helsinki 2006. 42–55.
- Manji F, Fejerskov O, Nagelkerke NJD, Baelum V. A random effects model for some epidemiological features of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19:324–328.
- Markkula J, Ainamo J, Murtomaa H. Dental knowledge and behaviour in Finland. I. An interview on edentulousness and occurrence of removable dentures. *Proc Finn Dent Soc* 1973;69:266–272.
- Marski J. Suomalaisten käsitykset sosiaaliturvasta 1995. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 7. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1996.
- Maslach C. Burnout: A Multidimensional Perspective. Teoksessa Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. (toim.) Professional Burnout. Recent Developments in Theory and Research. Taylor & Francis, Washington 1993. 19–32.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99–113.
- Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles* 1985;12:837–851.
- Maslach C, Leiter MP. The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It. Jossey-Bass, San Francisco 1997.
- Maslow A. Motivation and Personality. 2. p. Harper & Row, New York 1970.
- Matveinen P, Knappe N. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009. Hälso- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering 2009. Health Expenditure and Financing 2009. Tilastoraportti 14/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2011. Saatavilla: [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr14\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr14_11.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Metsämuuronen J. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Metodologia-sarja 6. Jaabes OU, Viro 2000.
- Metsämuuronen J. Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä. Metodologia-sarja 7. International Methelp Ky, Viro 2001.
- Miettinen H. Kuntapalvelut asukkaiden arvioimina Jyväskylässä vuonna 2007. Tutkimuksia 296/2007. Efeko Oy 2007. Saatavilla: [http://www.jyvaskyla.fi/hallinto/hankkeet\\_ja\\_strategiat](http://www.jyvaskyla.fi/hallinto/hankkeet_ja_strategiat) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Miettinen OS. Theoretical Epidemiology. Principles of Occurrence Research in Medicine. John Wiley & Sons, New York 1985.
- Mikkola T. Muuttuvat arvot ja uusi keskiluokka. Tutkimus arvojen mittaamisesta ja monitasoisuudesta. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Helsinki 2003.
- Mikkola T. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2008. Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kotka, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2009.
- Mikkola T. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2010. Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kouvola, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2010.
- Mjör IA, Dahl JE, Moorhead JE. Age of restorations at replacement in permanent teeth in general dental practice. *Acta Odontol Scand* 2000;58:97–101.

- Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki 2008.
- Monroe AD. Consistency between Public Preferences and National Policy Decisions. *American Politics Quarterly* 1979;7:3–19.
- Murphy D. Ergonomics and dentistry. *NYSDJ* 1997;63:30–34.
- Murray M, Berwick DM. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. *JAMA* 2003;289:1035–1040.
- Murtomaa H. Dental Health Knowledge and Behaviour among Finnish People. *Proc Finn Dent Soc* 1977;73 Suppl 7:1–60.
- Murtomaa H. Work-Related Complaints of Dentists and Dental Assistants. *Int Arch Occup Environ Health* 1982;50:231–236.
- Murtomaa H, Haavio-Mannila E, Kandolin I. Burnout and its causes in Finnish dentists. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990;18:208–212.
- Murtomaa H, Hatakka P, Nordblad A, Räsänen K. Kipeitä paikkoja? Suomalaisen hammaslääkäreiden työolot ja kuormittuneisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:13. Helsinki 2003.
- Murtomaa H, Laine P. Differentiating dental satisfaction in Finns by means of discriminant analyses. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985;13:7–10.
- Murtomaa H, Markkula J. Utilization and hindrances to utilization of dental services in Finland prior to the Public Health Act. *Proc Finn Dent Soc* 1977;73:138–143.
- Murtomaa H, Metsäniitty M, Pöyry M. Aikuisväestön käsitykset ja kokemukset hammashoitopalveluista Suomessa vuosina 1983 ja 1993. *Sosiaalilääk Aikak* 1994;31:189–195.
- Murtomaa H, Suni J. Hammaslääkäreiden työterveysprojekti 2. Hammaslääkäreiden tuki- ja liikuntaelinten sairausoireet ja niiden yleisyys. *Suom Hammaslääkäril* 1991;38:366–377.
- Muuri A. Vaikuttaako palvelujen käyttö mielipiteisiin sosiaalipalvelujärjestelmästä? *Yhteiskuntapolitiikka* 2007;72:22–34.
- Myllykangas M. Miksi tieto ei muuta ihmisen käyttäytymistä? *Duodecim* 2006;122:889–890.
- Myllykangas M, Ryyänänen OP, Kinnunen J, Takala J. Comparison of doctors', nurses', politicians' and public attitudes to health care priorities. *J Health Serv Res Policy* 1996;1:212–216.
- Myllykangas M, Ryyänänen OP, Kinnunen J, Takala J. Attitudes to cuts in expenditure and increased fees in health care. *Public Health* 1997;111:71–75.
- Myllykangas M, Ryyänänen OP, Kinnunen J, Takala J. Lääkärien, hoitajien ja johtajien asenteet terveydenhuollon muutoksiin. Osa II: Toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset. *Suom Lääkäril* 2000;55:2913–2915.
- Myllykangas M, Ryyänänen OP, Lammintakanen J, Isomäki VP, Kinnunen J, Halonen P. Clinical management and prioritisation criteria. Finnish experiences. *J Health Organ Manag* 2003;17:338–348.
- Mäkelä K. Sosiaalisen toiminnan järkevyyden, norminmukaisuuden ja ymmärrettävyyden. *Sosiologia* 1991;28:1–14.
- Mäkitalo J. Work-related well-being in the transformation of nursing home work. Thesis. University of Oulu, Oulu 2005.
- Mäkitalo J, Launis K. Häiriökuormitus – työn kuormittavuuden uusi muoto muuttuvassa työssä. *Tapaustutkimus vanhainkotityöstä. Työ ja ihminen* 2007;21:70–90.
- Mäntyranta T, Elonheimo O, Brommels M. Mitä on terveyspalvelujen tarve? *Suom Lääkäril* 2005;60:3281–3284.
- Möttönen S. Mitä tulosjohtamisesta on seurannut? *Suom Lääkäril* 1999;54:1117–1121.
- Möttönen S. Ovatko järjestöt hyvinvointivaltion purkajia vai puolustajia? *Yhteiskuntapolitiikka* 2009;74:60–71.
- Möttönen S. Kuntalaisen muuttuvat roolit. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2010.
- Nakari M, Paavola S. 26–64-vuotiaiden jyvaskyläläisten hammashoitopalvelujen käyttöä, terveydenhuoltotottumuksia, suun ja hampaiden terveydentilaa sekä hoidon tarvetta kartoittava tutkimus. *Jyväskylän kaupunki, Terveysvirasto. Julkaisu* 1/1988. Jyväskylä 1988.
- Nakari M, Syyrakki-Komulainen L. Jyväskylän kaupungin terveyspalvelut puntarissa. Väestökysely terveyspalveluista. *Julkaisu* 1/1990. Jyväskylä 1990.
- Nakari ML. Työilmapiiri, työntekijöiden hyvinvointi ja muutoksen mahdollisuus. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2003.
- Nakari R. Kuntien erilaistuva työelämä. Tutkimus kunnallisista työyhteisöistä 1995–2003. *KuntaSuomi* 2004 -tutkimuksia nro 50. Tampereen yliopisto, Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2004.

- Nakari R, Sjöblom S. Toimiva kunnallinen palveluorganisaatio. Työelämän laadun, asiakastyytyvyyden ja palvelukustannusten väliset yhteydet strategisen henkilöstöjohtamisen näkökulmasta. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2009.
- National Institute for Clinical Excellence. Dental Recall. Recall interval between routine dental examinations. Clinical Guideline 19. National Institute for Clinical Excellence 2004. Saatavilla: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg019niceguideline.pdf> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Neuvonen A, Häll B, Hietala M, Forsblom J, Salenius G, Elovainio R. Väestökysely hammashoidosta ja terveystieteiden järjestämien palvelujen koetusta tarpeesta Sipoon kunnassa. Suun terveydenhuollon kehittämisprojektiin liittyvä katsaus. Stakes / Pala / 1999:2. Helsinki 1999.
- Nguyen L, Häkkinen U, Rosenqvist G. Determinants of Dental Service Utilization among Adults – the Case of Finland. *Health Care Manag Sci* 2005;8:335–345.
- Niemelä P, Hyvärinen S, Kainulainen S, Myllykangas M, Ryyänen OP. Miten sosiaali- ja terveystieteiden tulisi väestön, päättäjien ja työntekijöiden mukaan priorisoida? Teoksessa Niemelä P, Knuutinen M, Hyvärinen S, Kainulainen S, Myllykangas M, Ryyänen OP. Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointi. Tutkimus priorisointiprosessista ja -näköyksistä kunnissa. Stakesin raportteja 174. Helsinki 1995. 103–173.
- Niemelä P, Kallinen-Kräkin S, Ryyänen OP, Myllykangas M, Tervo T, Takala J, Vaskilampi T. Miten väestö, luottamushenkilöt ja ammattilaiset priorisoivat sosiaali- ja terveystieteiden palveluja? Esitutkimustuloksia Kuopiosta. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos / Kuopion kaupunki opetussosiaalikeskus. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Kuopio 1994.
- Nihtilä AM, Widström E. Haasteena oikeudenmukaisuus – keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. *Yhteiskuntapolitiikka* 2005;70:323–333.
- Niiranen V. Näkökohtia asiakkaiden osallistumista koskevaan keskusteluun. *Hallinnon tutkimus* 1990;9:362–365.
- Niiranen V. Sosiaalitoimen moniulotteinen johtajuus. Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki 1995.
- Niiranen V. Kuntalaisten osallistuminen ja kunnallinen demokratia. Teoksessa Kivinen T, Kinnunen J, Niiranen V, Hyvärinen S. (toim.) Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveystieteiden palveluihin – kuntalaisten, päättäjien ja viranhaltijoiden arviot Kuopion ja Keski-Suomen läänien kunnissa. Kuopion lääninhallitus, Kuopio 1997a. 137–188.
- Niiranen V. Kuntalaisten osallistuminen – puhe- vai toimintateema? *Kunnallistieteellinen Aikakauskirja* 1997b;25:244–253.
- Niiranen V. Vastaako terveydenhuolto väestön ja potilaiden odotuksiin? – Terveystieteiden kansalaisresponsiivisuuden tarkastelua. Teoksessa Häkkinen U, Ollila E. (toim.) Suomen terveydenhuollon tila ja maailman terveystieteiden 2000 -seminaariraportti. Stakesin Aiheita 35/2000. Helsinki 2000. 13–18.
- Niiranen V. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Juhila K, Forsberg H, Roivainen I. (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2002. 63–80.
- Niiranen V, Kinnunen J. Päättäjät ja henkilöstö sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksissa. Teoksessa Kivinen T, Kinnunen J, Niiranen V, Hyvärinen S. (toim.) Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveystieteiden palveluihin – kuntalaisten, päättäjien ja viranhaltijoiden arviot Kuopion ja Keski-Suomen läänien kunnissa. Kuopion lääninhallitus, Kuopio 1997. 189–219.
- Nishii LH, Schneider B. HRM in Service: The Contingencies Abound. CHARS Working Paper 07–07. Cornell University, Ithaca 2007. Saatavilla: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1470&context=cahrswp> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- North D. Institutions, institutional change and economic performance. 6. p. Cambridge University Press, Cambridge 1993.
- North FM, Syme SL, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial Work Environment and Sickness Absence among British Civil Servants: The Whitehall II Study. *Am J Public Health* 1996;86:332–340.
- Nummela O, Uutela A. Jyväskylän aikuisväestön terveystieteiden käyttäytyminen ja terveys 2001. Kansanterveystieteiden laitos, Helsinki 2002.
- Nummenmaa L. Käyttämistieteiden tilastolliset menetelmät. Tammi, Helsinki 2008.
- Nummenmaa T, Konttinen R, Kuusinen J, Leskinen E. Tutkimusaineiston analyysi. WSOY, Helsinki 1997.
- Nunnally J. Psychometric Theory. 2. p. McGraw-Hill, New York 1978.
- Nunnally J, Bernstein IH. Psychometric Theory. 3. p. McGraw-Hill, New York 1994.

- Nyman H, Kiviniemi M. Katsaus eläketurvaan vuonna 2010. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 04/2011. Helsinki 2011.
- Nyman K. Hammaslääkärin palvelusten käyttö ja hampaiden kunto. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:12. Helsinki 1975.
- Nyman K. Aikuisten hammashuollon toteutuminen 1968–1981. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:19. Helsinki 1983.
- Nyman K. Hampaiden tila ja hoito Suomessa 1987. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:76. Helsinki 1990.
- Nyysönen V, Paukkonen M. Jämsän seudun 35–64-vuotiaan väestön suun terveydentila ja siihen liittyvät tekijät. Tilastot ja selvitykset 1. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopion yliopisto, Kuopio 1991.
- Oftedal E. Holder holdninger? Om forholdet mellom holdninger og semiotikk. *Sosiologi i dag* 1992;(3):85–104.
- Oliver RC, Tervonen T. Diabetes – a risk factor for periodontitis in adults? *J Periodontol* 1994;65:530–538.
- Oras PL, Oikarinen K. Tammisaaren malliin – asukkaita ajatellen. Tutkimus Tammisaaren sosiaali- ja terveystaloudesta. Uudenmaan läänin palvelurakenneprojekti, loppuraportti. Uudenmaan lääninhallituksen julkaisusarja 1996:7. Helsinki 1996.
- Otala LM, Ahonen G. Työhyvinvointi tuloksentehtävänä. 2. uud p. WSOYPro, Helsinki 2005.
- Oulasvirta L. Kunta, valtio ja talous: kuntien ja valtion taloudellisia suhteita, valtionapujärjestelmää ja kuntien talousongelmia koskeva tutkimus. Tampereen yliopisto, Kunnallistieteiden laitos. Julkaisusarja 1. Tampere 1992.
- Paavola S. Hammashuollon tarve 80-vuotiailla jyvaskyläläisillä. Ikivihreät-projekti. Jyväskylän kaupunki, Terveystalouden julkaisuja 2/1991. Jyväskylä 1991.
- Paavola S, Santala J, Nakari M. Aikuisten hammashuoltopalvelujen käyttö Jyväskylässä. Terveystalouden julkaisuja 1/1992. Jyväskylä 1992.
- Page BI, Shapiro RY. Changes in Americans' Policy Preferences, 1935–1979. *The Public Opinion Quarterly* 1982;46:24–42.
- Page BI, Shapiro RY. Effects of Public Opinion on Policy. *APSR* 1983;77:175–190.
- Page BI, Shapiro RY. Educating and Manipulating the Public. Teoksessa Margolis M, Mauser GA. (toim.) *Manipulating Public Opinion: Essays on Public Opinion as a Dependent Variable*. Books / Cole Publishing Company, Pacific Grove 1989. 294–320.
- Paronen O, Fogelholm M, Luoto R. Tampereen aikuisväestön terveys ja hyvinvointi 2005. Tampereen terveys- ja sosiaalikeskustuksen päätulokset. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 1/2006. Tampere 2006.
- Parviainen H, Hakulinen H, Koskinen-Ollonqvist P, Forsman O, Huhta H, Ruohonen A. Terveystalouden edistämisen barometri 2010. Ajankohtaiskatsaus järjestöjen ja kuntien terveyden edistämiseen. Terveystalouden edistämisen keskuksen julkaisuja 3/2010. Helsinki 2010.
- Pekka T, Forma P, Saarinen A. Työhyvinvointi ja työnantajamaailma kunta-alalla vuonna 2008. Kuntien eläkevakuutuksen raportteja 5/2008. Helsinki 2008.
- Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U, Jonsson PM, Keskimäki I, Kokko S, Kärkkäinen J, Widström E, Vuorenkoski L. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010.
- Pelkonen R. Jatkuvuuden puolustus. *Suom Lääkäril* 2010;65:9.
- Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo AL, Ervasti J, Huuhtanen P, Kandolin I, Kauppinen K, Kauppinen T, Ketola R, Lindström K, Manninen P, Mikkola J, Reijula K, Riala R, Salminen S, Toivanen M, Viluksela M. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2006. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2006.
- Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo AL, Kandolin I, Kauppinen K, Kauppinen T, Ketola R, Leino T, Manninen P, Miettinen S, Reijula K, Salminen S, Toivanen M, Tuomivaara S, Vartiala M, Venäläinen S, Viluksela M. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Taulukkoliite. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. Saatavilla: [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo\\_ja\\_terveys\\_suomessa/Documents/tyo\\_ja\\_terveys\\_haastattelututkimus\\_taulukkoliite\\_2009.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_taulukkoliite_2009.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Perttula K. Sosiaali- ja terveystalouden uudet tuulet – Kunnallisten vaikuttajien mielikuva ostopalveluista, kilpailuttamisesta ja julkisesta palvelurakenteesta. *Stakesin Aiheita* 25/1994. Helsinki 1994.
- Peräkylä A, Sorjonen ML, Tammi T, Raevaara L, Haakana M. Potilaan elämäntavoista keskusteleminen. Teoksessa Sorjonen ML, Peräkylä A, Es-

- kola K. (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino, Tampere 2001. 161–182.
- Perälähti A, Londén P, Siltaniemi A, Särkelä R, Peltonen J, Eronen A. Sosiaalibarometri 2011. Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki 2011.
- Phillips DL, Clancy KJ. Some Effects of ‘Social Desirability’ in Survey Studies. *Am J Sociol* 1972;77:921–940.
- Pierson P. When Effect Becomes Cause. Policy Feedback and Political Change. *World Politics* 1993;45:595–628.
- Pierson P. The New Politics of the Welfare States. *World Politics* 1996;48:143–179.
- Pierson P. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *APSR* 2000;94:251–267.
- Pierson P. Coping with Permanent Austerity. Welfare State Restructuring in Affluent Democracies. Teoksessa Pierson P. (toim.) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press, New York 2001. 410–456.
- Pierson P. Dismantling the Welfare State? 7. p. Cambridge University Press, New York 2003.
- Pines AM. Burnout: An Existential Perspective. Teoksessa Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. (toim.) *Professional Burnout. Recent Developments in Theory and Research*. Taylor & Francis, Washington 1993. 33–51.
- Pirkola S, Lönnqvist J ja mielenterveyden työryhmä. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S. (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002. 51–54.
- Pohjola V. Dental fear among adults in Finland. Thesis. University of Oulu, Oulu 2009.
- Pollitt C, Bouckaert G. Public Management Reform. A Comparative Analysis. 2. p. Oxford University Press, Oxford 2004.
- Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T, Kiuru P. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. *Suom Lääkäril* 2004;59:1491–1495.
- Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T, Karhila P. From nurse-centered health counseling to empowerment health counseling. *Patient Educ Couns* 2001;45:69–79.
- Poutanen R, Widström E. Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö. Katsaus 1950-luvulta nykypäivään. *Yhteiskuntapolitiikka* 2001;66:248–255.
- Puohiniemi M. Suomalaisten arvot ja tulevaisuus. Analyysi väestön ja vaikuttajien näkemyksistä. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle pitkän aikavälin tulevaisuudesta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1993/5. Tilastokeskuksen tutkimuksia 202. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki 1993.
- Purola T, Kalimo E, Sievers K, Nyman K. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:1. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1967.
- Purola T, Nyman K, Kalimo E, Sievers K. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:7. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1971.
- Pöntinen S, Uusitalo H. The Legitimacy of the Welfare State: Social Security Opinions in Finland 1975–1985. Finnish Gallup Report n:o 15. Helsinki 1986.
- Raivisto T. Päivystystoiminnan järjestäminen osana Jyväskylän seudun hammashuollon voimavarojen alueellista kehittämistä. Kirjallinen lopputyö. Turun yliopisto, Hammaslääketieteen laitos. Turku 2005.
- Rantala E, Letto-Lauren P. Suun terveydenhuollon kehittäminen I. Ulkoinen palvelukuva ja palvelujen kehittämiseen liittyvät mielipiteet. Väestökysely. Vantaan kaupungin terveystieteiden julkaisuja. Vantaa 1990.
- Rasinkangas J. Hyvinvointi ja työmarkkina-asema. Tutkimus hyvinvoinnista eri työmarkkina-asemissa ja työmarkkina-aseman muuttamisen valmiuksista. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 33. Helsinki 1998.
- Richards H. We must defend personal continuity in primary care. *BMJ* 2009;339:b3923.
- Rienoja T, Kukkola S. Terveyskeskustoimintojen arvojärjestys. Käyttäjien, päättäjien ja henkilökunnan näkemys. *Suom Lääkäril* 1994;49:941–944.
- Rimpelä M. Terveystieteiden hoito on jäänyt terveyskeskuksissa harrastukseksi. *Suom Lääkäril* 2009;64:3642–3643.
- Roivainen I. Täällä Kaino – kuuleeko kunta? Päättäjänä kuntalaisten ja virkamiesten välimaastossa. *Janus* 2002;10:266–273.
- Rosen P, Karlberg I. Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators and doctors

- on rationing and health-care financing. *Health Expect* 2002;5:148–155.
- Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1998.
- Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? *Med Care Rev* 1990;47:267–326.
- Runderantz BL. Occupational cervico-brachial disorders among dentists. Psychosocial work environment, personal harmony and life-satisfaction. *Scand J Soc Med* 1991a;19:174–180.
- Runderantz BL. Pain and Discomfort in the Musculoskeletal System among Dentists. Thesis. University of Lund, Lund 1991b.
- Ruohotie P. Motivaatio, tahto ja oppiminen. Edita, Helsinki 1998.
- Ruohotie P, Honka J. Palkitseva ja kannustava johtaminen. 2. p. Edita, Helsinki 2002.
- Ruusuvuori J, Raevaara L, Peräkylä A. Potilas vai vansa tulkkina – ymmärtääkö lääkäri yskän? *Suom Lääkäril* 2003;58:4219–4225.
- Ryynänen OP, Myllykangas M. Terveysthuollon etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY, Helsinki 2000.
- Ryynänen OP, Myllykangas M, Kinnunen J, Takala J. Lääkärien, hoitajien ja johtajien asenteet terveydenhuollon muutoksiin. Osa I: Hoito- ja korvauskäytännöt sekä toimintojen keskittäminen. *Suom Lääkäril* 2000;55:2793–2795.
- Räsänen K. Miten terveydenhuollon asiakastytyväisyysmittausten tuloksia tulisi esittää ja tulkita. *Suom Lääkäril* 1996;51:3148–3151.
- Saari J. Sosiaalipolitiikka markkinariippuvuuden vähentäjänä. Sosiaalitaloudellinen näkökulma jälkiteollistuvan yhteiskunnan sosiaalipolitiikkaan. *Stakesin tutkimuksia* 69. Helsinki 1996.
- Saari S. Laatuun perustuva talous. Johdatus tuotannon teoriaan ja mittaamiseen. Mido, Espoo 2002.
- Saarinen A. Lääkärien mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 2007a;72:599–612.
- Saarinen A. Lääkäreiden näkemykset terveydenhuoltojärjestelmästä. Hoitotakuujärjestelmä on tuonut riittävästi resursseja harvojen lääkäreiden mielestä. *Suom Lääkäril* 2007b;62:4441–4445.
- Saarinen A. Raportti suomalaisten lääkäreiden terveyspoliittisia mielipiteitä kartoittavan kyselyaineiston keruusta ja teknisistä seikoista. Turun yliopiston Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja B:33/2007. Turku 2007c.
- Saaristo T, Moilanen L, Jokelainen J, Oksa H, Korpi-Hyövälti E, Saltevo J, Vanhala M, Niskanen L, Peltonen M, Tuomilehto J, Uusitupa M, Keinänen-Kiukaanniemi S. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin. Taudin ilmaantuvuus pieneni D2D-hankkeessa. *Suom Lääkäril* 2010;65:2369–2379.
- Salminen K. Yhteiskunnan rakenne, politiikka ja eläketurva. *Eläketurvakeskuksen tutkimuksia* 1987:2. Helsinki 1987.
- Schaufeli W, Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. Taylor & Francis, Washington DC 1998.
- Schaufeli WB, Janczur B. Burnout among Nurses: A Polish-Dutch comparison. *J Cross Cult Psychol* 1994;25:95–113.
- Schaufeli WB, Le Blanc P. Personnel. Teoksessa Reis Miranda D, Ryan DW, Schaufeli WB, Fidler V. (toim.) *Organisation and Management of Intensive Care. A Prospective Study in 12 European Countries*. Springer, Berlin 1998. 169–207.
- Schaufeli WB, Salanova M, Gonzáles-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *J Happiness Stud* 2002;3:71–92.
- Schouten BC, Mettes TG, Weeda W, Hoogstraten J. Dental check-up frequency: preferences of Dutch patients. *Community Dent Health* 2006;23:133–139.
- Selye H. Confusion and controversy in the stress field. *J Human Stress* 1975;1:37–44.
- Sheiham A. Routine check-ups (letter to the editor). *Br Dent J* 2000;189:181–182.
- Sheiham A, Maizels J, Cushing A, Holmes J. Dental attendance and dental status. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985;13:304–309.
- Shemeikka S, Myllykangas M, Korhonen AL. Kuka vastaa postikyselyyn? – Vastaamishaluttomuuden vaikutus tulosten yleistettävyyteen. *Sosiaalilääk Aikak* 1988;25:352–360.
- Shultis WA, Weil EJ, Looker HC, Curtis JM, Shlossman M, Genco RJ, Knowler WC, Nelson RG. Effect of Periodontitis on Overt Nephropathy and End-Stage Renal Disease in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:306–311.
- Siegrist J. Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *J Occup Health Psychol* 1996;1:27–41.

- Sihvo T, Uusitalo H. Mielipiteiden uudet ulottuvuudet. Suomalaisten hyvinvointivaltiota, sosiaaliturvaa ja sosiaali- ja terveysturva- ja palveluja koskevat asenteet vuonna 1992. Stakesin tutkimuksia 33. Helsinki 1993.
- Sihvo T, Uusitalo H. Economic Crisis and Support for the Welfare State in Finland 1975–1993. *Acta Sociologica* 1995;38:251–262.
- Siltala J. Aggressio työelämässä. *Suom Lääkäril* 2003;58:3689–3692.
- Siltaniemi A, Perälähti A, Eronen A, Londén P. Hyvinvointi, palvelut ja elämänlaatu Keski-Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki 2007.
- Siltaniemi A, Hakkarainen T, Londén P, Luhtanen M, Perälähti A, Särkelä R. Kansalaisbarometri 2011. Hyvinvointi, palvelut ja osallisuus kansalaismielipiteissä. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki 2011.
- Sinkkonen S, Merasto M. Terveydenhuolto vapaa-kuntakokeilussa. Itsehallintoprojektin julkaisuja 3/1991. Sisäasiainministeriö. VAPK-kustannus, Helsinki 1991.
- Sintonen H. Terveystaloustieteen hammaslääketieteellisiä sovelluksia. *Proc Finn Dent Soc* 1986;82:82–88.
- Sintonen H, Maljanen T. Explaining the utilisation of dental care. Experiences from the Finnish dental market. *Health Econ* 1995;4:453–466.
- Sintonen H, Pekurinen M. Terveystaloustiede. Uud laitos. WSOY, Porvoo 2006.
- Sjöström O, Holst D. Validity of a questionnaire survey: response patterns in different subgroups and the effect of social desirability. *Acta Odontol Scand* 2002;60:136–140.
- Sjöström O, Holst D, Lind SO. Validity of a questionnaire survey: the role of non-response and incorrect answers. *Acta Odontol Scand* 1999;57:242–246.
- Soininvaara O. Suun terveydenhuolto tasapainoa etsimässä. Selvitysmiesraportti elokuussa 2008. Suomen Hammaslääkäriliitto, Helsinki 2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Suun terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998–2000. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 2001:13. Helsinki 2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki 2002.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2003:33. Helsinki 2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuottavuusohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2005:5. Helsinki 2005a.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Työhyvinvointitutkimus Suomessa ja sen painoalueet terveyden ja turvallisuuden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2005:25. Helsinki 2005b.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2005:5. Helsinki 2005c.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2009:5. Helsinki 2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma. Verkkosivut 2010a. Saatavilla: [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/toimivaterveyskeskus](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimivaterveyskeskus) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2010:4. Verkkojulkaisu 2010b. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1486181](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1486181) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2011:7. Verkkojulkaisu 2011. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1559496](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1559496) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Sotamaa M. Päättäjien palapelissä. Suomen Hammaslääkäriliitto vuosina 1975–1999. Suomen Hammaslääkäriliitto, Helsinki 1999.
- Spector PE. Perceived control by employees: a meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work. *Human Relations* 1986;11:1005–1016.
- Suhonen P. Suomalaisten arvot ja politiikka. WSOY, Porvoo 1988.
- Suhonen P. Mielipidetutkimukset, journalismi ja politiikka. *Tiedotustutkimus* 1996;19:36–51.

- Sulkunen P. Projektiyhteiskunta ja uusi yhteiskuntasopimus. Teoksessa Rantala K, Sulkunen P. (toim.) Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Gaudeamus, Helsinki 2006. 17–38.
- Suomen Hammaslääkäriliitto. Suun terveydenhuolto muutoksessa. Paikallistoiminnan neuvottelupäivät. Suom Hammaslääkäril 2006;13:1110–1115.
- Suomen Hammaslääkäriliitto. Toimintakertomus 2007. Saatavilla:  
[http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/toke\\_2007.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/toke_2007.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Suomen Hammaslääkäriliitto. Vuosikertomus 2010. 2010. Saatavilla:  
[http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/vuosikertomus\\_2010.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/vuosikertomus_2010.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Saatavilla:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Suominen-Taipale AL, Alanen P, Helenius H, Nordblad A, Uutela A. Edentulism among Finnish adults of working age, 1978–1997. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999;27:353–365.
- Suominen-Taipale AL, Widström E. Hammashoito-uudistus ja hoitopalvelujen käyttö ja sisältö terveystakeskuksissa. *Sosiaalilääk Aikak* 2006;43:134–145.
- Suominen-Taipale AL, Widström E, Alanen P, Uutela A. Trends in self-reported use of dental services among Finnish adults during two decades. *Community Dent Health* 2000;17:31–37.
- Suominen-Taipale L. Demand for Oral Health Care Services in Adult Finns. Thesis. University of Turku, Turku 2000.
- Suominen-Taipale L. Selvitys hammaslääkäri työvoimasta. Arvioita hammaslääkärien määrästä tulevana vuosikymmeninä. Suomen Hammaslääkäriliitto, 2007. Saatavilla:  
[http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/tutkimusraportit/tyovoimaraaportti\\_net.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/tutkimusraportit/tyovoimaraaportti_net.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Arinen S. Hammashoitopalvelut. Teoksessa Häkkinen U, Alha P. (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006. Helsinki 2006. 55–67.
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A. (toim.) Suomalaisten aikuisten suun-terveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki 2004.
- Suominen-Taipale L, Vehkalahti M, Nordblad A ja suun terveyden työryhmä. Suunterveys ja suunhoitotavat. Teoksessa Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A. (toim.) Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005. Helsinki 2005. 96–103.
- Svallfors S. Vem älskar välfärdsstaten? Attityder, organiserade intressen och svensk välfärdspolitik. Arkiv, Lund 1989.
- Syme SL. Preventing disease and promoting health: the need for some new thinking. *Soz Präventivmed* 2006;51:247–248.
- Syme SL, Balfour JL. Social Determinants of Disease. Teoksessa Wallace RB. (toim.) Maxcy-Rosenau-Last. Public Health & Preventive Medicine. 14. p. Appleton & Lange, Stamford, Connecticut 1998. 795–810.
- Tarlov AR. Public Policy Frameworks for Improving Population Health. *Ann N Y Acad Sci* 1999;896:281–293.
- Taylor-Gooby P. Public opinion, ideology and state welfare. Routledge & Kegan Paul, London 1985.
- Taylor-Gooby P. Sustaining State Welfare in Hard Times: Who Will Foot the Bill? *J Eur Soc Pol* 2001;11:133–147.
- Taylor-Gooby P. Open Markets and Welfare Values, Inequality and Social Change in the Silver Age of the Welfare State. *European Societies* 2004;6:29–48.
- Telivuo M, Kallio P, Berg MA, Korhonen HJ, Murtomaa H. Smoking and Oral Health: a Population Survey in Finland. *J Public Health Dent* 1995;55:133–138.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintaympäristön muutos. Verkkosivut 3.11.2006. Saatavilla:  
<http://www.stakes.fi/FI/Stakes/strategia/toimintaymparisto/index.htm> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa. Kysely terveystakeskuksille hoidon saatavuudesta. Maaliskuu 2010a. Saatavilla:  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Hoitoonpaasy/suunth\\_hoitoonpaasy\\_03\\_2010\\_thl.xls](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Hoitoonpaasy/suunth_hoitoonpaasy_03_2010_thl.xls) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Jonotuksen kesto. Lokakuu 2010b. Saatavilla:  
<https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=re>

- [port-HH\\_jonotuksen\\_kesto-prod](#) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kuinka monen kokoaikaisen hammaslääkärin työpanoksen mahdollinen ostopalvelun volyyymi korvaa? Lokakuu 2010c. Saatavilla: [https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH\\_ostopalvelu-prod](https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH_ostopalvelu-prod) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kuinka monta % hammaslääkärin viroista/toimista on täysin täyttämättä (ei vakituista viranhaltijaa, ei sijaista, ei vuokralääkärinä)? Lokakuu 2010d. Saatavilla: [https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH\\_viroista\\_tayttamatta-prod](https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH_viroista_tayttamatta-prod) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toteutuvatko kiireettömän hoidon perusteet hoidon järjestämisessä? Lokakuu 2010e. Saatavilla: [https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH\\_toteutuuko\\_kiireettoman\\_hoidon\\_perusteet-prod](https://sampo.thl.fi/select?area=STHjono&what=report-HH_toteutuuko_kiireettoman_hoidon_perusteet-prod) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Thurmond VA. The Point of Triangulation. *J Nursing Scholarship* 2001;33:253–258.
- Tilander A. Kumppanuushanke käynnistyi Jyväskylässä. *Suom Hammaslääkäril* 2011;18(2):12.
- Tiuraniemi J. Työn, työyhteisön ja esimiestoiminnan arviointi. Arviointien keskinäiset yhteydet kahdessa julkisen sektorin organisaatiossa. Väitöskirja. Turun yliopisto, Turku 1994.
- Toivanen T, Lahti S, Leino-Kilpi H. Applicability of SWOT analysis for measuring quality of public oral health services as perceived by adult patients in Finland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999;27:386–391.
- Toivonen T. Empiirinen sosiaalitutkimus. Filosofia ja metodologia. WSOY, Porvoo 1999.
- Tsui AS, Pearce JL, Porter LW, Tripoli AM. Alternative approaches to the employee-organization relationship: does investment in employees pay off? *Acad Manag J* 1997;40:1089–1121.
- Tuomi K, Wägar G, Eskelinen L, Järvinen E, Huuhtanen P, Suurnäkki T, Fahlström P, Aalto L, Ilmarinen J. Terveys, työkyky ja työolot kunnallisissa ammattiryhmissä. Teoksessa Ilmarinen J. (toim.) Työ, terveys ja eläkeikä kunta-alalla. Työterveyslaitoksen tutkimuksia 2. Vantaa 1985. 95–132.
- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343–1350.
- Tuomioja E. Hyvinvointivaltio ja globalisaation hallinta. Teoksessa Kosonen P, Simpura J. (toim.) Sosiaalipolitiikka globalisoituvassa maailmassa. Sosiaalipoliittinen yhdistys, Helsinki 1999. 46–60.
- Tuomola S. Terveydenhuolto tarvitsee strategista ohjausta. Teoksessa Junnila M. (toim.) Sairaaloiden tuottavuus. Stakesin raportteja 280. Helsinki 2004. 15–19.
- Tuuli P. Uupumusasteinen väsymys, organisaatioon sitoutuminen ja työelämän laatu. Teoksessa Tuomi K. (toim.) Yrityksen menestyminen ja henkilöstön hyvinvointi. Tutkimus metalliteollisuudessa ja vähittäiskaupassa. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 15. Työterveyslaitos, Helsinki 2000. 40–61.
- Tymstra T. Opinions of Dutch Physicians, Nurses, and Citizens on Health Care Policy, Rationing, and Technology. *JAMA* 1993;270:2995–2999.
- Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Udehn L. The Limits of Public Choice. A sociological critique of economic theory of politics. Routledge, London 1996.
- Uhari M. T-testin käyttö kahden ryhmän vertailussa. *Duodecim* 1988;104:73–78.
- Uhari M, Nieminen P. Epidemiologia ja biostatistiikka. Duodecim, Helsinki 2001.
- Utriainen P, Nyrhinen A, Pahkala K, Laippala P. Terveyskeskusten hammashuollon organisaation toimivuus henkilöstön näkökulmasta. *Suom Hammaslääkäril* 2000;7:82–89.
- Utriainen P, Pahkala K, Widström E, Kentala J. Terveyskeskusten hammashuollossa työskentelevien työtyytyväisyys. *Sosiaalilääk Aikak* 1995;32:37–42.
- Vahtera J. Työn hallinta, sosiaalinen tuki ja terveys. Työ ja ihminen. Työympäristötutkimuksen aikauskirja, lisänumero 1/93. Työterveyslaitos, Helsinki 1993.

- Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:484–493.
- Vahtera J, Pentti J. Voimavarat, terveys ja työelämän murros. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 7. Työterveyslaitos, Helsinki 1995.
- Vallimies-Patomäki M, Turpeinen A, Ailasmaa R, Taipale V. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman rekrytointi ja riittävyys. Teoksessa Heikkilä M, Parpo A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakesin raportteja 268. Helsinki 2002. 171–190.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2001. Saatavilla: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Tarve terveydenhuollossa – kuka tai mikä määrittää? ETENE:n 7. kesäseminaari Helsinki, 29. elokuuta 2006. ETENE-julkaisuja 18. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007. Saatavilla: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17145&name=DLFE-528.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-528.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Valtioneuvoston asetus. Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista annetun valtioneuvoston asetuksen 2 luvun 3 ja 3 a §:n väliaikaisesta muuttamisesta. 2010. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100857> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 2006;174:177–183.
- Vanhala S, Kotila O. Korkean tuloksellisuuden ja työhyvinvoinnin kytkenät henkilöstövoimavarojen johtamisen tutkimuksessa. Työelämän tutkimus 2006;4:69–82.
- Vehkalahti M. Suunterveyden ja terveystapojen muutos 1980–2000. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A. (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki 2004. 135–154.
- Vehkalahti M, Varsio S, Hausen H. Hampaiden kunto. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A. (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki 2004. 73–87.
- Vehmanen R, Kerppola T. Asiakaspalvelu- ja työtyytyväisyyskyselyt Tampereen terveyskeskuksen hammashuollossa. *Suom Hammaslääkäril* 1995;2:966–971.
- Vesivalo A, Widström E, Mikkola H, Tampusi-Jarvala T. Terveyskeskusten hammashoidon tavoitteet ja kannusteet hammashoitouudistuksen implementoinnissa. *Sosiaalilääk Aikak* 2006;43:146–156.
- Virtanen T. Kohti tasapainoista työskentelyä – Liikuntaelinten kuormitusta ja terveyttä säätelevät tekijät hammashoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Turku 2002.
- Von Bruun S. Kuntien tulevaisuus. Kuntajohdon ja asiantuntijoiden näkemyksiä kuntien tulevaisuudesta. Kunta-alan tulevaisuusbarometri. Acta nro 179. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2005.
- Vuori H, Barnard K. Perusterveydenhuollon haasteet Euroopassa. *Suom Lääkäril* 2006;61:5363–5365.
- Vuorma S, Aromaa A, Laakso A. Miksi terveystalujen tarvetta arvioidaan ja miten sitä on tehty? *Suom Lääkäril* 2006;61:1389–1392.
- Wang NJ, Holst D. Individualizing recall intervals in child dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:1–7.
- Ware JE, Keller SD, Gandek B, Brazier JE, Sullivan M. Evaluating translations of health status questionnaires. Methods from the IQOLA project. *Int J Technol Assess Health Care* 1995;11:525–551.
- Warr P. The Study of Well-being, Behaviour and Attitudes. Teoksessa Warr P. (toim.) Psychology at Work. 5. p. Penguin Books, London 2002. 1–25.
- Werntoft E, Edberg AK. Decision makers' experiences of prioritisation and views about how to finance healthcare costs. *Health Policy* 2009a;92:259–267.
- Werntoft E, Edberg AK. The views of physicians and politicians concerning age-related prioritisation in healthcare. *J Health Organ Manag* 2009b;23:38–52.
- Whiteley P. Public Opinion and the Demand for Social Welfare in Britain. *J Soc Pol* 1981;10:453–470.
- WHO (World Health Organization). Global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. WHO, Geneva 2000.

- Wickström G, Laine M, Pentti J, Elovainio M, Lindström K. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – muutokset 1990-luvulla. Työterveyslaitos, Helsinki 2000.
- Widström E, Niskanen T, Rintanen H. Hammashoito-uudistuksen seuranta vuosina 2000–2003. Stakesin Aiheita 13/2005. Helsinki 2005.
- Widström E, Pietilä I, Erkinantti J. Hammashoito-uudistuksen toteutuminen terveyskeskuksissa. *Suom Lääkäril* 2004;59:937–941.
- Widström E, Tiira H, Alestalo P, Pietilä I. Terveyskeskushammaslääkärit uuden edessä. *Suom Hammaslääkäril* 2010;17(8):28–33.
- Wilensky H. *The Welfare State and Equality*. University of California Press, Berkeley 1975.
- Wilensky H. *Democratic Corporatism, Consensus, and Social Policy: Reflections on changing values and the “crisis” of the Welfare State*. Teoksessa OECD. *The Welfare State in Crisis: An account of the Conference on Social Policies in the 1980s*, OECD, Paris, 20–23 October 1981. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 1981. 185–195.
- Winblad I. Terveyskeskuksen johtamisen peli ja pelaajat. *Suom Lääkäril* 2000;55:3361–3364.
- Ylöstalo P. *Dental health, lifestyle and cardiovascular risk factors – a study among a cohort of young adult population in northern Finland*. Thesis. University of Oulu, Oulu 2008.
- Ylöstalo P, Antila J, Harjanne K, Suurnäkki T, Andersson B, Vuoriluoto I. Kunta-alan työolobarometri 2002. Työturvallisuuskeskus, Helsinki 2003. Saatavilla: <http://www.ttk.fi/files/90/kuntabaro2002.pdf> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Ylöstalo P, Heikkilä A, Suurnäkki T, Andersson B, Vuoriluoto I, Pekka T, Marttila O. Kunta-alan työolobarometri 2008. Työturvallisuuskeskus, Helsinki 2009. Saatavilla: <http://www.tyoturva.fi/files/700/Kuntabaro2008.pdf> [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Ylöstalo P, Heikkilä A, Suurnäkki T, Andersson B, Vuoriluoto I, Pekka T, Marttila O. Kunta-alan työolobarometri 2009. Työturvallisuuskeskus, Helsinki 2010. Saatavilla: [http://www.tyoturva.fi/files/1418/Kuntabaroraportti\\_2009\\_23022010.pdf](http://www.tyoturva.fi/files/1418/Kuntabaroraportti_2009_23022010.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Ylöstalo P, Jukka P. Työolobarometri lokakuu 2008. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 33/2009. Helsinki 2009. Saatavilla: [http://www.tem.fi/files/23217/TEM\\_33\\_2009\\_työ\\_ja\\_yrittajyys.pdf](http://www.tem.fi/files/23217/TEM_33_2009_työ_ja_yrittajyys.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Ylöstalo P, Jukka P. Työolobarometri lokakuu 2010. Ennakkotietoja. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki 2011. Saatavilla: [http://www.tem.fi/files/29001/TEM\\_raportteja\\_4\\_2011.pdf](http://www.tem.fi/files/29001/TEM_raportteja_4_2011.pdf) [Viittauspäivä: 6.1.2012.]
- Ylöstalo P, Knuutila M, Uutela A. Hampaallisuus – tulevaisuuden haaste suun terveydenhuollolle. *Suom Hammaslääkäril* 2001;8:164–167.
- Äärelä E. Mikä lääkärin työssä uuvuttaa? *Suom Lääkäril* 2000;55:1989–1991.

**LIITTEET**

Liite 1. Liitekuviot 1–3

Liite 2. Liitetaulukot 1–43

Liite 3. Kyselylomake: Väestökysely

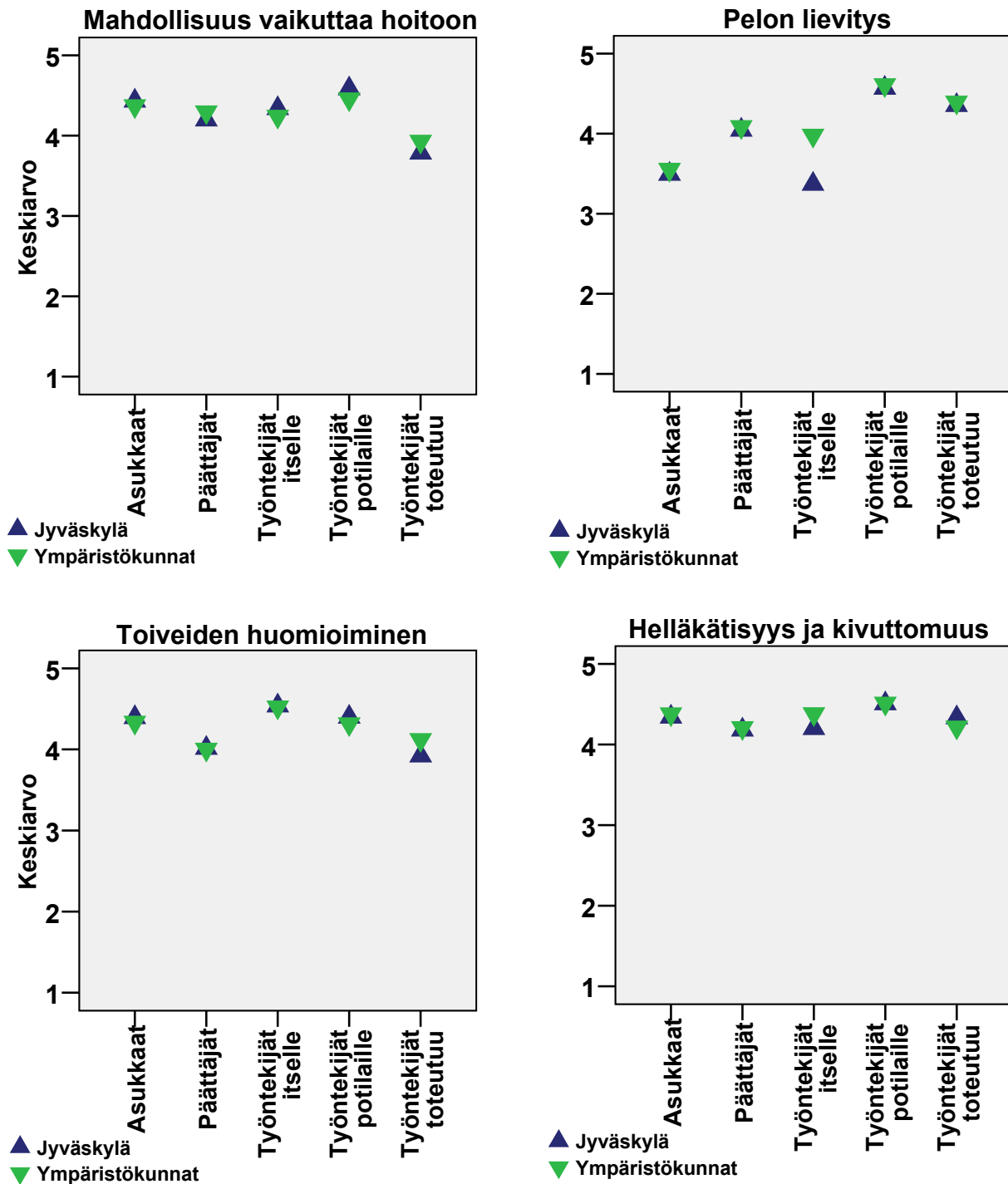
Liite 4. Kyselylomake: Päättäjäkysely

Liite 5. Kyselylomake: Henkilöstökysely

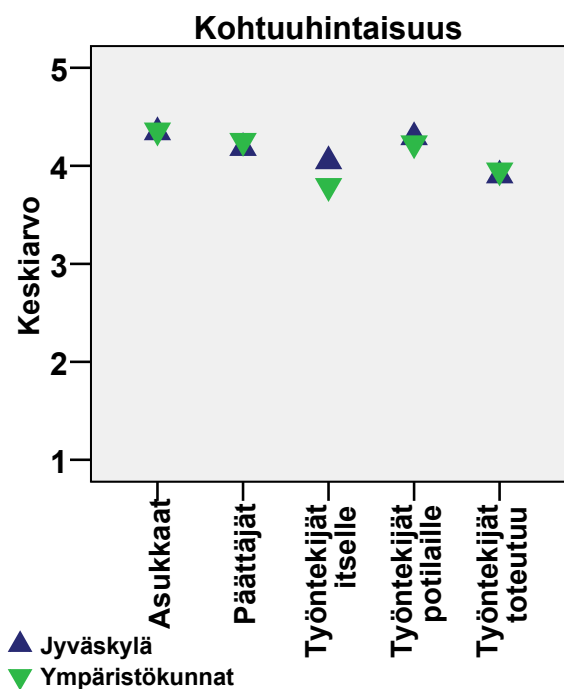
Liite 6. Kyselylomake: Työhyvinvointi- ja työmotivaatiokysely

**LIITE 1.****LIITEKUVIOT**

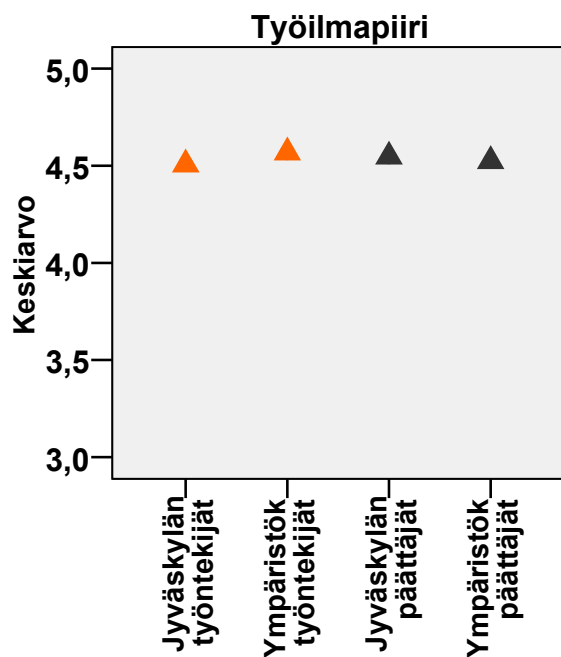
1. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset toiveiden huomioimisen, tiedon saamisen suun sairauksista, hoitoon vaikuttamisen mahdollisuuksien ja suun sairauksien ehkäisyneuvonnan tärkeydestä suun terveydenhuollossa sekä työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu.
2. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset kohtuuhintaisuuden tärkeydestä suun terveydenhuollossa sekä työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein tämä toteutuu omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu.
3. Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden ja päättäjien käsitykset työilmapiirin vaikutuksesta työmotivaatioon suun terveydenhuollossa. Mitä suurempi keskiarvo, sitä parempi työmotivaatiovaikutus.



**LIITEKUVIO 1.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset hoitoon vaikuttamisen mahdollisuuksien, pelon lievityksen, toiveiden huomioimisen sekä helläkätisyyden ja kivuttomuuden tärkeydestä suun terveydenhuollossa ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastajamäärät liitetaulukkoissa 7, 8 ja 9.



**LIITEKUVIO 2.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset kohtuuhintaisuuden tärkeydestä suun terveydenhuollossa ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein tämä toteutuu omalla työpaikalla. Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukossa 7, 8 ja 9.



**LIITEKUVIO 3.** Jyväskylän ja ympäristökuntien (= ympäristök) suun terveydenhuollon työntekijöiden ja päättäjien käsitykset työilmapiirin vaikutuksesta työmotivaatioon suun terveydenhuollossa. Mitä suurempi keskiarvo, sitä parempi työmotivaatiovaikutus. Keskiarvot, tilastolliset merkitsevyydet ja vastaajamäärät liitetaulukossa 36.

**LIITE 2****LIITETAULUKOT**

1. Henkilöstökyselyyn vastanneiden Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden sukupuoli, ikä ja työkokemus.
2. Suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyn vastausprosentit eri terveyskeskuksissa ja Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla ammattiryhmittäin.
3. Työhyvinvointisummamuuttajat ja niiden muuttujarakenne suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyssä. Summamuuttujan Cronbachin alfa-kerroin ja sen luottamusväli.
4. Työmotivaatiosummamuuttajat ja niiden muuttujarakenne suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyssä sekä päättäjäkyselyssä. Summamuuttujan Cronbachin alfa-kerroin ja sen luottamusväli.
5. Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä potilaille.
6. Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset suun terveydenhuoltoon liittyvien asioiden tärkeydestä potilaille sekä itselle potilaana ollessa ja kokemukset näiden asioiden toteutumisesta omalla työpaikalla.
7. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä.
8. Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien – luottamushenkilöiden ja johtajien – käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä.
9. Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä potilaille ja itselle potilaana ollessa sekä kokemukset näiden asioiden toteutumisesta omalla työpaikalla.
10. Jyväskylän ja ympäristökuntien naisten ja miesten käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä.
11. Terveyskeskushammashoidossa ja yksityishammaslääkärillä tavallisesti käyneiden Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä.
12. Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien hyödyllisinä pitämät yhteistyömuodot suun terveydenhuollossa eri kuntien välillä.
13. Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien hyödyllisinä pitämät yhteistyömuodot omassa kunnassa suun terveydenhuollon ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden välillä.
14. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset lyhyiden ja pitkien hammashoitokäyntien tärkeydestä silloin, kun potilailla on paljon hoidon tarvetta ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein näillä potilailla lyhyet ja pitkät hoitokäynnit toteutuvat. Parivertailu, kummat ovat tärkeämpiä ja kummat toteutuvat useammin.

15. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset hammaslääkärin valinnan ja pysyvien hammaslääkärisuhteiden tärkeydestä sekä työntekijöiden kokemukset siitä, kuinka usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Parivertailu, kumpi on tärkeämpää ja kumpi toteutuu useammin.
16. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset hoitajan valinnan ja pysyvien hoitajasuhteiden tärkeydestä hammashoidossa sekä työntekijöiden kokemukset siitä, kuinka usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Parivertailu, kumpi on tärkeämpää ja kumpi toteutuu useammin.
17. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset pysyvien hammaslääkärisuhteiden ja pysyvien hoitajasuhteiden tärkeydestä sekä työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Parivertailu, kumpi on tärkeämpää ja kumpi toteutuu useammin.
18. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset siitä, kuinka tärkeää on saada valita hammaslääkäri ja saada valita hoitaja sekä työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Parivertailu, kumpi on tärkeämpää ja kumpi toteutuu useammin.
19. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden käsitykset siitä, kuinka tärkeää on nopea hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa ja kuinka tärkeää on saada käydä hoidossa samalla hammaslääkärillä. Parivertailu, kumpi on tärkeämpää. Ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.
20. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden ja päättäjien itselle sekä suun terveydenhuollon työntekijöiden potilaille sekä itselle toivoma odotusaika suun ja hampaiden tarkastukseen.
21. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden toivoma odotusaika suun ja hampaiden tarkastukseen. Ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.
22. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden ja päättäjien itselle sekä suun terveydenhuollon työntekijöiden potilaille sekä itselle toivoma hammashoitokäyntien väli.
23. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden toivoma hammashoitokäyntien väli. Ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.
24. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden hammashoidossa käynnin säännöllisyys viimeisen viiden vuoden aikana. Aasukkaat ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.
25. Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden hammashoidossa käynnin säännöllisyys viimeisen viiden vuoden aikana. Ryhmitelty sukupuolen mukaan, asukkaat myös ikäryhmittäin.
26. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden hammashoitoon hakeutuminen tulevaisuudessa.
27. Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden hammashoitoon hakeutuminen tulevaisuudessa. Ryhmitelty sukupuolen mukaan, asukkaat myös ikäryhmittäin.
28. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden edellisestä hammashoitokäynnistä kulunut aika. Aasukkaat ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.

29. Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden edellisestä hammashoitokäynnistä kulunut aika. Ryhmitelty sukupuolen mukaan, asukkaat myös ikäryhmittäin.
30. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden tavanomaisen hoitopaikka viimeisen viiden vuoden aikana.
31. Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden tavanomaisen hammashoidon hoitopaikka viimeisen viiden vuoden aikana. Ryhmitelty sukupuolen mukaan, asukkaat myös ikäryhmittäin.
32. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden tavanomaisen hoitopaikka vastaisuudessa.
33. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden tavanomaisen hoitopaikka vastaisuudessa. Ryhmitelty sukupuolen mukaan, asukkaat myös ikäryhmittäin.
34. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden kokema suun ja hampaiden terveydentila. Asukkaat ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.
35. Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden kokema hammashoidon tarve. Asukkaat ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.
36. Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden sekä päättäjien käsitykset työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä suun terveydenhuollossa.
37. Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskushammaslääkärien ja Jyväskylän yksityishammaslääkärien kokemukset työhyvinvoinnista.
38. Suun terveydenhuollon muiden työntekijöiden (= suuhygienistit, hammashoitajat ja muut työntekijät) kokemukset työhyvinvoinnista Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskuksissa sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla.
39. Kuormittuneiden ja ei-kuormittuneiden suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointikokemukset Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskuksissa sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla.
40. Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten ja Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden sekä erikseen hammaslääkäreiden ja muiden työntekijöiden (= suuhygienistit, hammashoitajat ja muut työntekijät) käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä. Käsitysten homogeenisuus mitattuna sisäkorrelaatiolla: kuinka paljon organisaatioiden väliset erot summamuuttujan keskiarvossa selittävät käsitysten yksilöllisestä kokonaisvaihtelusta.
41. Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä.
42. Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskushammaslääkäreiden sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä.

- 
43. Suun terveydenhuollon muiden työntekijöiden (= suuhygienistit, hammashoitajat ja muut työntekijät) käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskuksissa sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla.

**LIITETAULUKKO 1.** Henkilöstökyselyyn vastanneiden Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden sukupuoli, ikä ja työkokemus.

Perusjoukko	n	Vastannet	n	Ikä vuosina ka.	Työkokemus vuosina ka.
<b>Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijät</b>	91	Kaikki	65	45	18
		• Naiset	60	45	18
		• Miehet	5	46	21
Hammaslääkärit	29	Kaikki	22	48	23
		• Naiset	17	48	23
		• Miehet	5	46	21
Suuhygienistit	13	Kaikki	8	43	11
		• Naiset	8	43	11
		• Miehet	0	-	-
Hammashoitajat	38	Kaikki	27	45	19
		• Naiset	27	45	19
		• Miehet	0	-	-
Muut työntekijät	11	Kaikki	8	44	11
		• Naiset	8	44	11
		• Miehet	0	-	-
<b>Ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijät</b>	97	Kaikki	92	44	18
		• Naiset	79	44	18
		• Miehet	13	45	19
Hammaslääkärit	36	Kaikki	32	43	17
		• Naiset	21	41	16
		• Miehet	11	46	20
Suuhygienistit	17	Kaikki	16	47	14
		• Naiset	15	47	14
		• Miehet	1	49	22
Hammashoitajat	42	Kaikki	42	44	20
		• Naiset	41	45	20
		• Miehet	1	29	3
Muut työntekijät	2	Kaikki	2	36	15
		• Naiset	2	36	15
		• Miehet	0	-	-

**LIITETAULUKKO 2.** Suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyn vastausprosentit eri terveyskeskuksissa ja Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla ammattiryhmittäin.

Ammatti	Jyväskylä v. 2004		Hankasalmi v. 2004		Korpilahti– Muurame v. 2004		Laukaa v. 2004		Palokka v. 2004		Forssan seutu v. 2003		Salon seutu v. 2003		Kaarina– Piikkiö v. 2003		Jyväskylän yksityishammaslääkäri- vastaanotot v. 2004	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hammaslääkäri	65	50	86	88	91	81	84	58	71									
Suuhygienisti	93	0	100	100	100	80	89	33	67									
Hammashoitaja	66	50	80	78	96	82	85	50	69									
Muut työntekijät	82	50	-	50	100	75	100	100	100									
<b>Koko henkilöstö</b>	<b>85</b>	<b>50</b>	<b>95</b>	<b>86</b>	<b>98</b>	<b>88</b>	<b>93</b>	<b>57</b>	<b>72</b>									

**LIITETAULUKKO 3.** Työhyvinvointisummamuuttujat ja niiden muuttujarakenne suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyssä. Summamuuuttujan Cronbachin alfa-kerroin ja sen luottamusväli.

Työhyvinvointi- summamuuttuja	Muuttujat	n <sup>1</sup>	n <sup>2</sup>	Cronbachin alfa-kerroin <sup>1</sup>		95 %-n luottamusväli <sup>1</sup>		95 %-n luottamusväli <sup>2</sup>	
				alfa-kerroin <sup>2</sup>	alfa-kerroin <sup>1</sup>	väli <sup>1</sup>	väli <sup>2</sup>	väli <sup>1</sup>	väli <sup>2</sup>
Tavoitetietoisuus koko suun terveydenhuollossa ja työyksikössä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiedän, mitkä ovat koko suun terveydenhuollon tavoitteet</li> <li>Tiedän, mitkä ovat työyksikköni tavoitteet</li> </ul>	298	-	0,715	-	0,642–0,773	-	-	
Vaikutusmahdollisuudet koko suunterveydenhuollossa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minulla on hyvät mahdollisuudet osallistua koko hammashuollon toiminnan kehittämiseen</li> <li>Minulla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa koko hammashuollon tavoiteasetteluun</li> </ul>	299	-	0,865	-	0,830–0,892	-	-	
Vaikutusmahdollisuudet työyksikössä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minulla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa työyksikköni (hammashoitolani) kehittämiseen</li> <li>Minulla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa työyksikköni tavoiteasetteluun</li> </ul>	298	387	0,806	0,831	0,756–0,846	0,790–0,860	0,790–0,860	
Työilmapiiri	<ul style="list-style-type: none"> <li>Työtehtävien jako aiheuttaa työyksikössäni ristiriitoja</li> <li>Työyksikköni ilmapiiri on hyvä</li> <li>Töiden erilainen suorittamistapa ja erilaiset työmenetelmät aiheuttavat työyksikössäni ristiriitoja</li> <li>Vastuuta koskevat asiat aiheuttavat työyksikössäni ristiriitoja</li> <li>Työyksikössäni ristiriidat johtuvat työntekijöiden persoonallisista ominaisuuksista</li> </ul>	294	380	0,779	0,790	0,736–0,817	0,750–0,820	0,750–0,820	

<b>Työn kuormittavuus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tunnen itseni usein uupuneeksi työpaikallani</li> <li>• Työmääräni on liian suuri</li> <li>• Työssäni on alituinen kiire</li> <li>• Työni on fyysisesti raskasta</li> <li>• Työni on psyykkisesti raskasta</li> <li>• En pysty tekemään työtehtäviäni niin hyvin kuin haluaisin</li> </ul>	287	375	0,794	0,789	0,755–0,829	0,750–0,820
<b>Työn mielekkäisyys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saan usein hyvää palautetta potilailta</li> <li>• Teen työtehtäviä, jotka vastaavat osaamistani</li> <li>• Koen tekeväni työtehtäviä, joilla on merkitystä</li> <li>• Minua kohdellaan työpaikallani oikeudenmukaisesti</li> <li>• Päivittäisten työtehtävien hoitaminen tuottaa minulle mielihyvää</li> </ul>	290	376	0,634	0,653	0,563–0,697	0,590–0,710
<b>Työajan hallinta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työyksikössäni työaikajärjestelyissä joustetaan hyvin työntekijöiden tarpeen mukaan</li> <li>• Voin vaikuttaa siihen, että päivittäinen työtahti työssäni on sopiva</li> <li>• Pääsen pitämään taukoja työtehtävien lomassa etukäteissuunnitelmien mukaisesti</li> <li>• Työyksikössäni pysytään päivittäin aikataulussa potilasaikojen suhteen</li> </ul>	297	384	0,663	0,652	0,596–0,722	0,590–0,710
<b>Fyysiset työolot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työtilat työyksikössäni ovat toimivat</li> <li>• Työlaitteet työyksikössäni ovat hyvät</li> </ul>	297	385	0,792	0,783	0,739–0,834	0,730–0,820
<b>Kannustus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saan usein kannustusta työyksikössäni työtovereiltani</li> <li>• Saan usein kannustusta lähimmältä esimieheltäni / hammashoitolani vastuuhenkilöltä</li> </ul>	297	380	0,712	0,727	0,638–0,771	0,670–0,780
<b>Kehittymismahdollisuudet työssä</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minulla on hyvät mahdollisuudet oppia ja kehittyä työssäni</li> <li>• Minulla on hyvät mahdollisuudet saada täydennyskoulutusta</li> </ul>	298	385	0,730	0,754	0,661–0,785	0,700–0,800

<sup>1</sup>Terveyskeskusten työntekijöiden vastausten datatiedosto

<sup>2</sup>Terveyskeskusten ja yksityishammaslääkärivastaanottojen työntekijöiden vastausten datatiedosto

**LIITETAULUKKO 4.** Työmotivaatiosummamuuttajat ja niiden muuttujarakenne suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi- ja työmotivaatiokyselyssä sekä päättäjäkyselyssä. Summamuuttujan Cronbachin alfa-kerroin ja sen luottamusväli.

Työmotivaatio- summamuuttujia	Muuttujat	n <sup>1</sup>	n <sup>2</sup>	Cron- bachin		95 %-n		95 %-n	
				alfa- kerroin <sup>1</sup>	alfa- kerroin <sup>2</sup>	luottamus- väli <sup>1</sup>	luottamus- väli <sup>2</sup>	luottamus- väli <sup>1</sup>	luottamus- väli <sup>2</sup>
Vaikutusmahdollisuudet koko suun terveyden- huollossa ja työyksikössä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mahdollisuus vaikuttaa ja olla mukana työyksikön toiminnan kehittämisessä</li> <li>Mahdollisuus vaikuttaa ja olla mukana koko hammashuollon toiminnan kehittämisessä</li> </ul>	419	-	0,743	-	0,690–0,790	-	-	-
Työilmapiiri	<ul style="list-style-type: none"> <li>Työpaikan hyvä ilmapiiri</li> <li>Työtehtävien oikea jako</li> <li>Selkeät vastuut työtehtävissä</li> </ul>	416	384	0,740	0,737	0,690–0,780	0,688–0,779		
Työn kuormittavuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kiiirettömyys</li> <li>Sopiva työ määrä</li> </ul>	415	382	0,721	0,732	0,660–0,770	0,672–0,781		
Työn mielekkyys	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osaamista vastaavat työtehtävät</li> <li>Työtehtävät, joilla on merkitystä</li> <li>Mielihyvää tuottava työ</li> <li>Oikeudenmukainen kohtelu työpaikalla</li> </ul>	418	383	0,751	0,756	0,710–0,790	0,714–0,794		
Työajan hallinta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mahdollisuus pitää taukoja sopivasti</li> <li>Mahdollisuus joustaviin työaikoihin</li> <li>Mahdollisuus vaikuttaa työtahtiin</li> <li>Päivittäinen aikataulussa pysyminen potilasaikojen suhteen</li> </ul>	415	380	0,776	0,764	0,740–0,810	0,723–0,801		
Fyysiset työolot	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toimivat työtilat</li> <li>Hyvät työvälineet</li> </ul>	419	386	0,879	0,898	0,850–0,900	0,875–0,916		

<b>Kannustus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työtovereiden sanallinen kannustus / hyvä palaute</li> <li>• Esimiehen sanallinen kannustus / hyvä palaute</li> </ul>	417	379	0,825	0,832	0,790–0,860	0,794–0,863
<b>Kehittymismahdollisuudet työssä</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mahdollisuus oppia ja kehittyä työssä</li> <li>• Mahdollisuus edetä uralla</li> <li>• Mahdollisuus saada täydennyskoulutusta</li> </ul>	410	374	0,740	0,733	0,690–0,780	0,682–0,777
<b>Palkka</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palkan suuruus</li> <li>• Kannustava palkkaus: oikeudenmukaiset palkkasuhteet, jolloin on otettu huomioon tehtävien vaativuus, henkilökohtainen pätevyys ja työssä saavutetut tulokset</li> </ul>	402	367	0,572	0,611	0,480–0,650	0,522–0,683

<sup>1</sup>Terveyskeskusten työntekijöiden ja päättäjien vastausten datatiedosto

<sup>2</sup>Terveyskeskusten ja yksityishammaslääkäriavustajien työntekijöiden vastausten datatiedosto

**LIITETAULUKKO 5.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä potilaille.

Muuttuja	Asukkaat n = 320		Päättäjät n = 66		Työntekijät n = 65		Tilastollinen merkitsevyys			
	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>
Kutsu	4,0	1,1	4,0	0,9	2,9	1,3	<0,001	0,251	<0,001	<0,001
Iltatimet	3,5	1,2	4,1	1,0	2,9	1,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Nopeasti hoitoon	4,4	0,7	4,3	0,8	4,2	0,6	0,096	-	-	-
Hammaslääkärin valinta	3,6	1,2	3,2	1,2	3,9	0,9	0,007	0,021	0,111	0,001
Hoitajan valinta	2,8	1,2	2,4	1,1	3,0	1,1	0,032	0,032	0,278	0,010
Sama hammaslääkäri	4,1	1,0	4,1	0,7	4,0	0,8	0,243	-	-	-
Sama hoitaja	3,2	1,2	2,9	1,3	3,0	1,1	0,268	-	-	-
Kohtuuhintaisuus	4,3	0,8	4,2	0,6	4,3	0,6	0,027	0,012	0,191	0,294
Tietoa suun sairauksista	4,5	0,7	4,5	0,7	4,7	0,5	0,149	-	-	-
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	4,4	0,7	4,2	0,8	4,6	0,6	0,006	0,009	0,181	0,002
<b>Sairauksien ehkäisyneuvonta</b>	4,4	0,8	<b>4,6</b>	0,5	4,9	0,4	<0,001	0,437	<0,001	0,001
<b>Kotihoidon mahdollistuminen</b>	<b>4,5</b>	0,7	4,6	0,6	<b>4,9</b>	0,4	<0,001	0,695	<0,001	<0,001
Toiveiden huomioiminen	4,4	0,7	4,0	0,8	4,4	0,6	0,001	<0,001	0,891	0,003
Lyhyet hoitokäynnit	3,2	1,3	3,7	0,8	2,7	1,0	<0,001	0,008	0,002	<0,001
Pitkät hoitokäynnit	3,4	1,2	3,1	1,0	3,9	0,9	<0,001	0,061	0,002	<0,001
Pelon lievyys	3,5	1,3	4,1	0,9	4,6	0,5	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
Helläkätisyys ja kivuttomuus	4,3	0,8	4,2	0,7	4,5	0,6	0,025	0,023	0,331	0,007

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi

<sup>1</sup>Ryhmälle: asukkaat, päättäjät, työntekijät, Kruskalin-Wallis testit

<sup>2</sup>Asukkaat vs. päättäjät, <sup>3</sup>Asukkaat vs. työntekijät, <sup>4</sup>Päättäjät vs. työntekijät, Mann-Whitneyn U-testi

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä

**LIITETAULUKKO 6.** Jyväskylän suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset suun terveydenhuoltoon liittyvien asioiden tärkeydestä potilaille sekä itselle potilaana ollessa ja kokemukset näiden asioiden toteutumisesta omalla työpaikalla.

Muuttuja	Potilaille tärkeää n = 65			Itselle tärkeää n = 65			Toteutuu potilaille n = 52			Tilastollinen merkitsevyys	
	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	
Kutsu	2,9	1,3	2,5	1,5	1,9	1,3	1,9	1,3	0,001	<0,001	
Ilta-ajat	2,9	1,1	2,7	1,3	2,6	1,2	2,6	1,2	0,147	0,613	
Nopeasti hoitoon	4,2	0,6	3,9	0,9	2,4	1,0	2,4	1,0	0,001	<0,001	
Hammaslääkärin valinta	3,9	0,9	4,3	0,9	3,1	1,2	3,1	1,2	0,001	<0,001	
Hoitajan valinta	3,0	1,1	3,0	1,2	1,9	1,1	1,9	1,1	0,907	<0,001	
Sama hammaslääkäri	4,0	0,8	4,0	1,1	3,5	1,0	3,5	1,0	0,720	<0,001	
Sama hoitaja	3,0	1,1	3,0	1,2	2,8	1,2	2,8	1,2	0,586	0,311	
Kohtuuhintaisuus	4,3	0,6	4,0	0,8	3,9	0,7	3,9	0,7	0,006	<0,001	
Tietoa suun sairauksista	4,7	0,5	3,7	1,4	4,3	0,6	4,3	0,6	<0,001	<0,001	
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	4,6	0,6	4,3	0,9	3,8	1,0	3,8	1,0	0,018	<0,001	
<b>Sairauksien ehkäisyneuvonta</b>	4,9	0,4	3,8	1,4	<b>4,5</b>	0,6	<b>4,5</b>	0,6	<0,001	<0,001	
<b>Kotihoidon mahdollistuminen</b>	<b>4,9</b>	0,4	4,4	0,9	4,4	0,6	4,4	0,6	<0,001	<0,001	
<b>Toiveiden huomioiminen</b>	4,4	0,6	<b>4,5</b>	0,7	3,9	0,6	3,9	0,6	0,164	<0,001	
Lyhyet hoitokäynnit	2,7	1,0	2,7	1,1	3,0	0,9	3,0	0,9	0,972	0,014	
Pitkät hoitokäynnit	3,9	0,9	3,7	1,1	3,7	0,9	3,7	0,9	0,122	0,008	
Pelon lievitys	4,6	0,5	3,4	1,3	4,4	0,6	4,4	0,6	<0,001	0,006	
Helläkäisyys ja kivuttomuus	4,5	0,6	4,2	0,8	4,3	0,6	4,3	0,6	0,002	0,019	

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu

<sup>1</sup>Työntekijät potilaille tärkeää vs. työntekijät itselle tärkeää, <sup>2</sup>Työntekijät potilaille tärkeää vs. työntekijät toteutuu,

Wilcoxonin merkittävien järjestyslukujen testi

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä

**LIITETAULUKKO 7.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä.

Muuttuja	Jyväskylän asukkaat n = 320		Ympäristökuntien asukkaat n = 831		Tilastollinen merkitsevyys p
	ka.	kh.	ka.	kh.	
Kutsu	4,0	1,1	4,1	1,1	0,079
Ilta-ajat	3,5	1,2	3,5	1,3	0,775
Nopeasti hoitoon	4,4	0,7	4,4	0,7	0,337
Hammaslääkärin valinta	3,6	1,2	3,6	1,3	0,789
Hoitajan valinta	2,8	1,2	2,8	1,2	0,832
Sama hammaslääkäri	4,1	1,0	4,1	1,1	0,370
Sama hoitaja	3,2	1,2	3,3	1,2	0,097
Kohtuuhintaisuus	4,3	0,8	4,4	0,8	0,995
Tietoa suun sairauksista	4,5	0,7	4,4	0,9	0,648
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	4,4	0,7	4,4	0,8	0,483
Sairauksien ehkäisyneuvonta	4,4	0,8	4,4	0,8	0,322
<b>Kotihoidon mahdollistuminen</b>	<b>4,5</b>	<b>0,7</b>	<b>4,4</b>	<b>0,8</b>	<b>0,147</b>
Toiveiden huomioiminen	4,4	0,7	4,3	0,8	0,356
Lyhyet hoitokäynnit	3,2	1,3	3,3	1,3	0,303
Pitkät hoitokäynnit	3,4	1,2	3,4	1,2	0,783
Pelon lievitys	3,5	1,3	3,6	1,3	0,326
Helläkätisyys ja kivuttomuus	4,3	0,8	4,4	0,9	0,168

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi

<sup>1</sup> Jyväskylän asukkaat vs. ympäristökuntien asukkaat, Mann-Whitneyn U-testi

Lihavoituna korkeimman keskiarvon saanut muuttuja kummassakin ryhmässä

**LIITETAULUKKO 8.** Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien – luottamushenkilöiden ja johtajien – käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä.

	Jyväskylän päättäjät n = 66		Ympäristökuntien päättäjät n = 59		Jyväskylän johtajat n = 28		Ympäristökuntien johtajat n = 21		Jyväskylän luottamushenkilöt n = 38		Ympäristökuntien luottamushenkilöt n = 38		Tilastollinen merkitsevyys
	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	
Muuttuja	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	p <sup>2</sup>
Yhteistyö kuntien välillä	4,3	0,8	4,4	0,5	4,2	0,7	4,5	0,5	4,4	0,9	4,4	0,5	0,932 0,333
Kutsu	4,0	0,9	4,2	1,0	3,9	0,8	3,8	1,2	4,1	0,9	4,4	0,8	0,144 0,051
Ilta-ajat	4,1	1,0	3,9	1,0	4,1	1,0	3,6	1,0	4,1	1,0	4,1	0,9	0,202 0,119
Nopeasti hoitoon	4,3	0,8	4,4	0,6	4,2	0,8	4,4	0,5	4,4	0,8	4,4	0,6	0,653 0,702
Hammaslääkärin valinta	3,2	1,2	3,2	1,3	3,4	1,3	2,7	1,4	3,1	1,2	3,4	1,2	0,771 0,205
Hoitajan valinta	2,4	1,1	2,4	1,0	2,5	1,0	2,1	0,9	2,4	1,2	2,6	1,0	0,878 0,212
Sama hammaslääkäri	4,1	0,7	4,1	0,9	4,0	0,7	3,8	1,0	4,2	0,7	4,2	0,8	0,897 0,225
Sama hoitaja	2,9	1,3	3,2	1,2	3,0	1,0	2,8	1,2	2,9	1,4	3,4	1,1	0,324 0,206
Kohtuuhintaisuus	4,2	0,6	4,3	0,9	4,1	0,5	4,1	0,9	4,2	0,7	4,3	0,9	0,169 0,244
<b>Tietoa suun sairauksista</b>	4,5	0,7	4,5	0,5	4,4	0,8	4,4	0,6	4,6 <sup>3</sup>	0,6	4,6	0,5	0,833 0,435
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	4,2	0,8	4,3	0,7	4,2	0,7	4,3	0,6	4,2	0,8	4,3	0,8	0,520 0,887
<b>Sairauksien ehkäisyneuvonta</b>	4,6	0,5	4,8	0,4	4,6	0,5	4,7	0,5	4,6 <sup>3</sup>	0,5	4,8	0,4	0,057 0,158
<b>Kotihoidon mahdollistuminen</b>	4,6	0,6	4,6	0,6	4,6	0,7	4,7	0,5	4,5	0,6	4,5	0,6	0,955 0,267
Toiveiden huomioiminen	4,0	0,8	4,0	0,9	4,0	0,9	3,9	0,8	4,0	0,8	4,1	0,9	0,975 0,831
Lyhyet hoitokäynnit	3,7	0,8	3,3	1,2	3,7	0,7	3,2	1,0	3,7	0,9	3,3	1,2	0,057 0,229
Pitkät hoitokäynnit	3,1	1,0	3,4	1,2	3,2	1,0	3,3	1,1	3,1	1,1	3,4	1,1	0,225 0,581
Pelon lieivitys	4,1	0,9	4,1	0,9	4,1	0,9	4,1	0,8	4,0	0,9	4,1	1,0	0,770 0,988
Helläkäisyys ja kivuttomuus	4,2	0,7	4,2	0,9	4,1	0,7	3,9	1,0	4,2	0,7	4,4	0,8	0,533 0,195

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi

<sup>1</sup>Jyväskylän päättäjät vs. ympäristökuntien päättäjät, Mann-Whitneyn U-testi

<sup>2</sup>Ryhmälle: Jyväskylän johtajat, Jyväskylän luottamushenkilöt, ympäristökuntien johtajat, ympäristökuntien luottamushenkilöt, Kruskal-Wallis testi  
Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä, <sup>3</sup>täsmälleen sama arvo

**LIITETAULUKKO 9.** Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä potilaille ja itselle potilaana ollessa sekä kokemukset näiden asioiden toteutumisesta omalla työpaikalla.

Muuttuja	Ympäristökuntien Jyväskylän työntekijät potilaille n = 65			Ympäristökuntien Jyväskylän työntekijät itselle n = 65			Ympäristökuntien Jyväskylän työntekijät n = 52			Ympäristökuntien Jyväskylän työntekijät n = 85			Tilastollinen merkitsevyys p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	
	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.			
Kutsu	2,9	1,3	3,2	2,5	1,5	2,4	1,4	1,4	1,9	1,3	4,0	1,0	0,147	0,983	<0,001
Ilta-ajat	2,9	1,1	2,7	2,7	1,3	2,8	1,3	1,3	2,6	1,2	2,0	1,1	0,305	0,500	0,002
Nopeasti hoitoon	4,2	0,6	4,1	3,9	0,9	4,0	1,0	1,0	2,4	1,0	3,1	1,2	0,340	0,475	<0,001
Hammaslääkärin valinta	3,9	0,9	3,3	4,3	0,9	3,9	1,2	1,2	3,1	1,2	3,0	1,3	0,002	0,037	0,515
Hoitajan valinta	3,0	1,1	2,7	3,0	1,2	2,8	1,3	1,3	1,9	1,1	2,1	1,1	0,162	0,354	0,138
Sama hammaslääkäri	4,0	0,8	3,8	4,0	1,1	3,9	1,2	1,2	3,5	1,0	4,1	0,7	0,369	0,592	<0,001
Sama hoitaja	3,0	1,1	3,1	3,0	1,2	3,0	1,3	1,3	2,8	1,2	3,7	1,1	0,539	0,980	<0,001
Kohtuuhintaisuus	4,3	0,6	4,2	4,0	0,8	3,8	1,0	1,0	3,9	0,7	4,0	0,8	0,836	0,166	0,520
Tietoa suun sairauksista	4,7	0,5	4,9	3,7	1,4	4,1	1,2	1,2	4,3	0,6	4,5	0,6	0,008	0,086	0,033
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	4,6	0,6	4,5	4,3	0,9	4,2	1,0	1,0	3,8	1,0	3,9	1,0	0,381	0,711	0,425
<b>Sairauksien ehkäisyneuvonta</b>	4,9	0,4	4,9	3,8	1,4	4,1	1,3	1,3	<b>4,5</b>	0,6	<b>4,6</b>	0,6	0,382	0,091	0,549
<b>Kotihoidon mahdollistuminen</b>	<b>4,9</b>	0,4	<b>5,0</b>	4,4	0,9	<b>4,5</b> <sup>4</sup>	1,0	1,0	4,4	0,6	4,6	0,6	0,120	0,077	0,069
<b>Toiveiden huomioiminen</b>	4,4	0,6	4,3	<b>4,5</b>	0,7	<b>4,5</b> <sup>4</sup>	0,6	0,6	3,9	0,6	4,1	0,7	0,500	0,566	0,053
Lyhyet hoitokäynnit	2,7	1,0	2,4	2,7	1,1	2,5	1,2	1,2	3,0	0,9	2,6	1,0	0,052	0,208	0,010
Pitkät hoitokäynnit	3,9	0,9	4,0	3,7	1,1	3,5	1,2	1,2	3,7	0,9	3,8	0,9	0,761	0,353	0,280
Pelon lievitys	4,6	0,5	4,6	3,4	1,3	4,0	1,2	1,2	4,4	0,6	4,4	0,6	0,389	0,001	0,648
Helläkäisyys ja kivuttomuus	4,5	0,6	4,5	4,2	0,8	4,4	0,8	0,8	4,3	0,6	4,2	0,6	0,802	0,093	0,355

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu

<sup>1</sup>Jyväskylän työntekijät potilaille vs. ympäristökuntien työntekijät potilaille, <sup>2</sup>Jyväskylän työntekijät itselle vs. ympäristökuntien työntekijät itselle,

<sup>3</sup>Jyväskylän työntekijät toteutuu vs. ympäristökuntien työntekijät toteutuu, Mann-Whitneyn U-testi

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä, <sup>4</sup>täsmälleen sama arvo

**LIITETAULUKKO 10.** Jyväskylän ja ympäristökuntien naisten ja miesten käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä.

	Jyväskylän naiset n = 193			Ympäristökuntien naiset n = 488			Ympäristökuntien miehet n = 126			Ympäristökuntien miehet n = 341			Tilastollinen merkitsevyys					
	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>	p <sup>5</sup>	
Muuttuja																		
Kutsu	4,1	1,1	1,1	4,2	1,1	1,1	3,9	1,1	1,1	4,1	1,0	<0,001	0,033	0,001	0,213	0,144		
Ilta-ajat	3,6	1,3	1,3	3,5	1,3	1,3	3,4	1,2	1,2	3,4	1,3	0,115	-	-	-	-		
Nopeasti hoitoon	4,5	0,6	0,7	4,5	0,7	0,7	4,2	0,8	0,8	4,3	0,7	<0,001	<0,001	<0,001	0,683	0,193		
Hammaslääkärin valinta	3,7	1,2	1,2	3,7	1,2	1,2	3,4	1,3	1,3	3,4	1,3	<0,001	0,023	<0,001	0,967	0,720		
Hoitajan valinta	2,9	1,2	1,2	2,9	1,2	1,2	2,7	1,2	1,2	2,7	1,12	0,032	0,201	0,008	0,715	0,930		
Sama hammaslääkäri	4,3	0,9	1,0	4,2	1,0	1,0	3,8	1,2	1,2	4,0	1,1	<0,001	<0,001	0,001	0,920	0,076		
Sama hoitaja	3,3	1,2	1,2	3,4	1,2	1,2	3,0	1,2	1,2	3,2	1,2	0,010	0,045	0,028	0,376	0,132		
Kohtuuhintaisuus	4,5	0,7	0,8	4,4	0,8	0,8	4,1	0,9	0,9	4,3	0,7	<0,001	<0,001	0,019	0,281	0,096		
<b>Tietoa suun sairauksista</b>	4,6	0,6	0,9	4,5	0,9	0,9	4,3	0,8	0,8	<b>4,3</b>	0,8	<0,001	<0,001	<0,001	0,912	0,401		
<b>Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon</b>	4,5	0,7	0,8	4,5	0,8	0,8	<b>4,3</b>	0,8	0,8	4,2	0,9	<0,001	0,080	<0,001	0,979	0,367		
Sairauksien ehkäisyneuvonta	4,6	0,7	0,8	4,5	0,8	0,8	4,3	0,8	0,8	4,3	0,8	<0,001	<0,001	<0,001	0,148	0,798		
<b>Kotihoidon mahdollistuminen</b>	<b>4,7</b>	0,5	0,7	<b>4,5</b>	0,7	0,7	4,3	0,8	0,8	4,3	0,8	<0,001	<0,001	<0,001	0,195	0,587		
Toiveiden huomioiminen	4,5	0,7	0,8	4,4	0,8	0,8	4,2	0,7	0,7	4,2	0,7	<0,001	<0,001	<0,001	0,474	0,602		
Lyhyet hoitokäynnit	3,3	1,3	1,3	3,4	1,3	1,3	3,0	1,3	1,3	3,2	1,2	0,012	0,023	0,028	0,710	0,182		
Pitkät hoitokäynnit	3,4	1,2	1,2	3,4	1,2	1,2	3,4	1,2	1,2	3,3	1,2	0,677	-	-	-	-		
Pelon lievitys	3,7	1,2	1,3	3,8	1,3	1,3	3,2	1,4	1,4	3,2	1,3	<0,001	<0,001	<0,001	0,207	0,889		
Helläkäisyys ja kivuttomuus	4,5	0,7	0,8	4,5	0,8	0,8	4,1	1,0	1,0	4,2	1,0	<0,001	<0,001	<0,001	0,255	0,228		

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi

<sup>1</sup>Ryhmälle: Jyväskylän naiset, Jyväskylän miehet, ympäristökuntien naiset, ympäristökuntien miehet, Kruskalin-Wallis testin tulos

<sup>2</sup>Jyväskylän naiset vs. Jyväskylän miehet, <sup>3</sup>Ympäristökuntien naiset vs. ympäristökuntien miehet,

<sup>4</sup>Jyväskylän naiset vs. ympäristökuntien naiset, <sup>5</sup>Jyväskylän miehet vs. ympäristökuntien miehet, Mann-Whitneyn U-testin tulos

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä

**LIITETAULUKKO 11.** Terveyskeskushammas- ja yksityishammaslääkärillä tavallisesti käyneiden Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden käsitykset suun terveydenhuollon palveluihin liittyvien asioiden tärkeydestä.

Muuttuja	Jyväskylän asukkaat			Ympäristökuntien asukkaat			Jyväskylän asukkaat			Ympäristökuntien asukkaat			Tilastollinen merkitsevyys				
	ka.	kh.	n	ka.	kh.	n	ka.	kh.	n	ka.	kh.	n	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>	p <sup>5</sup>
Kutsu	4,1	1,1	4,2	1,0	1,1	4,1	1,1	4,2	1,1	0,486	-	-	-	-	-	-	-
Ilta-ajat	3,5	1,2	3,4	1,3	3,5	1,3	3,6	1,3	0,226	-	-	-	-	-	-	-	-
Nopeasti hoitoon	4,4	0,6	4,5	0,6	4,4	0,6	4,5	0,7	0,363	-	-	-	-	-	-	-	-
Hammaslääkärin valinta	3,1	1,3	3,4	1,2	4,2	0,9	4,2	1,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,007	0,007	0,007	0,337	0,337
Hoitajan valinta	2,4	1,1	2,8	1,1	3,2	1,1	3,0	1,2	<0,001	<0,001	0,036	0,002	0,002	0,002	0,087	0,087	0,087
<b>Sama hammaslääkäri</b>	3,8	1,1	4,1	1,1	4,5	0,7	<b>4,5<sup>6</sup></b>	0,8	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,010	0,010	0,010	0,426	0,426
Sama hoitaja	2,9	1,2	3,4	1,2	3,5	1,1	3,2	1,2	<0,001	<0,001	0,121	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,056	0,056
Kohtuuhintaisuus	4,3	0,8	4,4	0,7	4,2	0,9	4,3	0,8	0,030	0,322	0,017	0,323	0,323	0,861	0,861	0,861	0,861
<b>Tietoa suun sairauksista</b>	4,4	0,7	4,5	0,8	<b>4,5</b>	0,7	4,5	0,8	0,099	-	-	-	-	-	-	-	-
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon	4,4	0,8	4,4	0,8	4,4	0,7	4,5	0,8	0,681	-	-	-	-	-	-	-	-
Sairauksien ehkäisyneuvonta	4,4	0,8	4,4	0,8	4,4	0,8	4,5	0,7	0,970	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Kotihoidon mahdollistuminen</b>	<b>4,5</b>	0,7	<b>4,5</b>	0,7	4,5	0,7	<b>4,5<sup>6</sup></b>	0,6	0,979	-	-	-	-	-	-	-	-
Toiveiden huomioiminen	4,5	0,6	4,3	0,7	4,3	0,7	4,5	0,6	0,011	0,025	0,015	0,019	0,019	0,024	0,024	0,024	0,024
Lyhyet hoitokäynnit	3,0	1,3	3,4	1,3	3,4	1,2	3,1	1,3	0,010	0,020	0,031	0,004	0,004	0,097	0,097	0,097	0,097
Pitkät hoitokäynnit	3,4	1,3	3,4	1,2	3,4	1,2	3,5	1,2	0,924	-	-	-	-	-	-	-	-
Pelon lievitys	3,6	1,3	3,6	1,3	3,5	1,2	3,4	1,3	0,171	-	-	-	-	-	-	-	-
Helläkätisyys ja kivuttomuus	4,4	0,7	4,5	0,8	4,3	0,9	4,3	0,8	0,004	0,092	0,012	0,295	0,295	0,448	0,448	0,448	0,448

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi

- <sup>1</sup>Ryhmälle: Jyväskylän asukkaat terveystieteidenhammaslääkärillä käyneet, Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet, Ympäristökuntien asukkaat terveystieteidenhammaslääkärillä käyneet, Ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet, Kruskalin-Wallis testit
- <sup>2</sup>Jyväskylän asukkaat terveystieteidenhammaslääkärillä käyneet vs. Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet, Kruskalin-Wallis testit
- <sup>3</sup>Ympäristökuntien asukkaat terveystieteidenhammaslääkärillä käyneet vs. Ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet, Mann-Whitney U-testi
- <sup>4</sup>Jyväskylän asukkaat terveystieteidenhammaslääkärillä käyneet vs. Ympäristökuntien asukkaat terveystieteidenhammaslääkärillä käyneet, Mann-Whitney U-testi
- <sup>5</sup>Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet vs. Ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet, Mann-Whitney U-testi
- <sup>6</sup>Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä, <sup>6</sup>täsmälleen sama arvo

**LIITETAULUKKO 12.** Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien hyödyllisinä pitämät yhteistyömuodot suun terveydenhuollossa eri kuntien välillä.

Yhteistyömuoto, josta suun terveydenhuollossa on eniten hyötystä eri kuntien välillä	Jyväskylä päättäjät n = 66				Ympäristökuntien päättäjät n = 59				p
	Valitsi kolmen tärkeimmän joukkoon		Jätti valitsematta kolmen tärkeimmän joukkoon		Valitsi kolmen tärkeimmän joukkoon		Jätti valitsematta kolmen tärkeimmän joukkoon		
	%	joukkoon	%	joukkoon	%	joukkoon	%	joukkoon	
Erityisosaamista vaativien potilaiden hoito	80		20		83		17		0,818 <sup>1</sup>
Viikonloppupäivystys	70		30		81		19		0,151 <sup>1</sup>
Neuvonta ja palveluohjaus, ”callcenter”	42		58		25		75		0,059 <sup>1</sup>
Terveyden edistämistyö	36		64		39		61		0,854 <sup>1</sup>
Koulutus	27		73		37		63		0,254 <sup>1</sup>
Tutkimus- ja kehittämistyö	27		73		22		78		0,539 <sup>1</sup>
Tiedotus	12		88		9		92		0,568 <sup>1</sup>
Muu	2		99		3		97		0,602 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Khin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 13.** Jyväskylän ja ympäristökuntien päättäjien hyödyllisinä pitämät yhteistyömuodot omassa kunnassa suun terveydenhuollon ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden välillä.

	Jyväskylän päättäjät n = 65				Ympäristökuntien päättäjät n = 58				Tilastollinen merkitsevyys p
	Valitsi kolmen tärkeimmän joukkoon		Jätti valitsematta kolmen tärkeimmän joukkoon		Valitsi kolmen tärkeimmän joukkoon		Jätti valitsematta kolmen tärkeimmän joukkoon		
	%		%		%		%		
Yhteistyömuoto, josta eniten hyötynyt omassa kunnassa suun terveydenhuollon ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden välillä	42		59		43		57		1,000 <sup>1</sup>
Koulutus	29		71		26		74		0,692 <sup>1</sup>
Tutkimus- ja kehittämistyö	31		69		26		74		0,557 <sup>1</sup>
Tiedotus	68		32		69		31		1,000 <sup>1</sup>
Terveyden edistämistyö	29		71		47		53		0,062 <sup>1</sup>
Potilaskonsultaatiot	57		43		43		57		0,150 <sup>1</sup>
Asiakkaiden neuvonta ja palveluohjaus, ”callcenter”	39		62		40		60		1,000 <sup>1</sup>
Yhteiset tukipalvelut esim. välinehuolto, toimistopalvelu	2		99		2		98		1,000 <sup>2</sup>
Muu									

<sup>1</sup>Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 14.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset lyhyiden ja pitkien hammashoitokäyntien tärkeydestä silloin, kun potilailta on paljon hoidon tarvetta ja työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein näillä potilailta lyhyet ja pitkät hoitokäynnit toteutuvat. Parivertailu, kummat ovat tärkeämpiä ja kummat toteutuvat useammin.

	Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-											
	Jyväskylän asukkaat itselle n = 296	ka. kh.	Jyväskylän asukkaat itselle n = 744	ka. kh.	Jyväskylän päättäjät potilaille n = 65	ka. kh.	Jyväskylän päättäjät potilaille n = 57	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät potilaille n = 64	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät potilaille n = 90	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät itselle n = 90	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät itselle n = 65	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät itselle n = 50	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät n = 84	ka. kh.		
Muuttuja	3,2	1,3	3,2	1,3	3,2	1,3	3,7	0,8	3,3	1,2	2,7	1,0	2,4	1,1	2,7	1,1	2,5	1,2	3,0	0,9	2,6	1,0
Lyhyet hoitokäynnit	3,4	1,2	3,4	1,2	3,1	1,0	3,9	1,0	3,4	1,1	3,9	1,0	3,9	0,8	3,7	1,1	3,5	1,2	3,6	0,9	3,8	0,9
Pitkät hoitokäynnit	p	0,154	0,077	0,007	0,656	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,005	0,005	<0,001	<0,001

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu  
Wilcoxonin merkittyyden järjestyslukujen testi

**LIITETAULUKKO 15.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjiä ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset hammaslääkäriin valinnan ja pysyvien hammaslääkärisuhteiden tärkeydestä sekä työntekijöiden kokemukset siitä, kuinka usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Parivertailu, kumpi on tärkeämpää ja kumpi toteutuu useammin.

	Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-											
	Jyväskylän asukkaat itselle n = 313	ka. kh.	Jyväskylän asukkaat itselle n = 799	ka. kh.	Jyväskylän päättäjät potilaille n = 66	ka. kh.	Jyväskylän päättäjät potilaille n = 59	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät potilaille n = 65	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät itselle n = 91	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät itselle n = 64	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät itselle n = 91	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät itselle n = 51	ka. kh.	Jyväskylän työntekijät itselle n = 83	ka. kh.
Hammaslääkäriin valinta	3,6	1,2	3,6	1,3	3,2	1,2	3,2	1,3	3,9	0,9	3,3	1,2	4,3	0,9	3,9	1,2	3,1	1,2	3,0	1,3
Sama hammaslääkäri	4,1	1,0	4,1	1,1	4,1	0,7	4,1	0,9	4,0	0,8	3,8	1,1	4,0	1,1	3,9	1,2	3,5	1,0	4,1	0,7
<b>p</b>	<b>&lt; 0,001</b>		<b>&lt; 0,001</b>		<b>&lt; 0,001</b>		<b>&lt; 0,001</b>		<b>0,508</b>		<b>&lt; 0,001</b>		<b>0,030</b>		<b>0,528</b>		<b>0,018</b>		<b>&lt; 0,001</b>	

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu  
Wilcoxonin merkityjen järjestyslukujen testi



**LIITETAULUKKO 17.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset pysyvien hammaslääkärisuhteiden ja pysyvien hoitajasuhteiden tärkeydestä sekä työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Parivertailu, kumpi on tärkeämpää ja kumpi toteutuu useammin.

	Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-											
	Jyväskylän asukkaat itselle n = 308	ka. kh. 4,1 1,0	Jyväskylän asukkaat itselle n = 793	ka. kh. 4,1 1,1	Jyväskylän päättäjät potilaille n = 66	ka. kh. 4,1 0,7	Jyväskylän päättäjät potilaille n = 59	ka. kh. 4,1 0,9	Jyväskylän työntekijät potilaille n = 65	ka. kh. 4,0 0,8	Jyväskylän työntekijät potilaille n = 91	ka. kh. 3,8 1,1	Jyväskylän työntekijät itselle n = 65	ka. kh. 4,0 1,1	Jyväskylän työntekijät itselle n = 92	ka. kh. 3,9 1,2	Jyväskylän työntekijät itselle n = 51	ka. kh. 3,5 1,0	Jyväskylän työntekijät toteutuu n = 84	ka. kh. 4,1 0,7
Sama hammaslääkäri	4,1	1,0	4,1	1,1	4,1	0,7	4,1	0,9	4,0	0,8	3,8	1,1	4,0	1,1	3,9	1,2	3,5	1,0	4,1	0,7
Sama hoitaja	3,2	1,2	3,3	1,2	2,9	1,3	3,2	1,2	3,0	1,1	3,1	1,2	3,0	1,2	3,0	1,3	2,8	1,2	3,7	1,1
<b>p</b>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu  
Wilcoxonin merkittävien järjestyslukujen testi

**LIITETAULUKKO 18.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset siitä, kuinka tärkeää on saada valita hammaslääkäri ja saada valita hoitaja sekä työntekijöiden kokemukset siitä, miten usein nämä toteutuvat omalla työpaikalla. Parivertailu, kumpi on tärkeämpää ja kumpi toteutuu useammin.

	Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-											
	Jyväskylän	Jyväskylän	Jyväskylän	Jyväskylän	Jyväskylän	Jyväskylän	Jyväskylän	Jyväskylän	Jyväskylän	Jyväskylän										
	asukkaat	asukkaat	päättäjät	päättäjät	työntekijät	työntekijät	työntekijät	työntekijät	työntekijät	työntekijät										
	itselle	itselle	potilaille	potilaille	potilaille	potilaille	itselle	itselle	itselle	itselle										
	n = 307	n = 788	n = 66	n = 59	n = 65	n = 91	n = 64	n = 91	n = 51	n = 83										
Muuttuja	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.										
Hammaslääkärin valinta	3,6	1,2	3,6	1,3	3,2	1,2	3,2	1,3	3,9	0,9	3,3	1,2	4,3	0,9	3,9	1,2	3,1	1,2	3,0	1,3
Hoitajan valinta	2,8	1,2	2,8	1,2	2,4	1,1	2,4	1,0	3,0	1,1	2,7	1,2	3,0	1,2	2,8	1,3	1,9	1,1	2,1	1,1
<b>p</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi tai sitä useammin toteutuu  
 Wilcoxonin merkittyyden järjestyslukujen testi

**LIITETAULUKKO 19.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden käsitykset siitä, kuinka tärkeää on nopea hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa ja kuinka tärkeää on saada käydä hoidossa samalla hammaslääkärillä. Parivertailu, kumpi on tärkeämpää. Ryhmitely tavanomaisen hoitopaikan mukaan.

	Jyväskylän asukkaat		Ympäristökuntien asukkaat	
	terveyskeskus- hammashoidossa käyneet n = 124 ka.	yksityishammas- lääkärillä käyneet n = 133 ka.	terveyskeskus- hammashoidossa käyneet n = 545 ka.	yksityishammas- lääkärillä käyneet n = 173 ka.
Muuttuja	kh.	kh.	kh.	kh.
Nopeasti hoitoon	4,4	0,6	4,5	0,6
Sama hammaslääkäri	3,8	1,1	4,1	1,1
p	< 0,001	0,283	< 0,001	0,483

Mitä suurempi keskiarvo, sitä tärkeämpi  
Wilcoxonin merkittyyden järjestyslukujen testi

**LIITETAULUKKO 20.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden ja päättäjien itselle sekä suun terveydenhuollon työntekijöiden potilaille sekä itselle toivoma odotusaika suun ja hampaiden tarkastukseen.

	Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-		Ympäristö-	
	Jyväskylän asukkaat itselle n = 309	kuntien asukkaat itselle n = 801	Jyväskylän päättäjät itselle n = 66	kuntien päättäjät itselle n = 58	Jyväskylän työntekijät potilaille n = 64	työntekijät potilaille n = 92	Jyväskylän työntekijät itselle n = 64	työntekijät itselle n = 64	Jyväskylän työntekijät itselle n = 92	työntekijät itselle n = 92
Sopiva odotusaika suun ja hampaiden tarkastukseen on	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
korkeintaan viikko	12	12	8	5	0	1	11	7		
korkeintaan yksi kuukausi	56	52	39	52	42	34	31	32		
korkeintaan kolme kuukautta	23	21	41	29	45	53	34	38		
korkeintaan kuusi kuukautta	2	3	3	3	8	10	5	9		
yli kuusi kuukautta, pääasia, että saa ajan	7	12	9	10	5	2	19	15		

Jyväskylän asukkaat itselle vs. Jyväskylän päättäjät itselle,  $p = 0,032^1$

Jyväskylän päättäjät itselle vs. Jyväskylän työntekijät potilaille,  $p = 0,121^2$

Jyväskylän päättäjät itselle vs. Jyväskylän työntekijät itselle,  $p = 0,432^2$

Jyväskylän asukkaat itselle vs. Jyväskylän työntekijät potilaille,  $p < 0,001^2$

Jyväskylän asukkaat itselle vs. Jyväskylän työntekijät itselle,  $p = 0,002^1$

Jyväskylän työntekijät itselle vs. Jyväskylän työntekijät potilaille,  $p = 0,003^2$

Jyväskylän asukkaat itselle vs. ympäristökuntien asukkaat itselle,  $p = 0,199^1$

Jyväskylän päättäjät itselle vs. ympäristökuntien päättäjät itselle,  $p = 0,623^2$

Jyväskylän työntekijät potilaille vs. ympäristökuntien työntekijät potilaille,  $p = 0,612^2$

Jyväskylän työntekijät itselle vs. ympäristökuntien työntekijät itselle,  $p = 0,710^1$

<sup>1</sup>Khiniin nelio-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 21.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden toivoma odotusaika suun ja hampaiden tarkastukseen. Ryhmitelty tavantomaisen hoitopaikan mukaan.

	Jyväskylän asukkaat		Ympäristökuntien asukkaat	
	terveyskeskus- hammashoidossa käyneet n = 125 %	yksityishammas- lääkärillä käyneet n = 134 %	terveyskeskus- hammashoidossa käyneet n = 546 %	yksityishammas- lääkärillä käyneet n = 170 %
Sopiva odotusaika suun ja hampaiden tarkastukseen on				
korkeintaan viikko	6	16	9	18
korkeintaan yksi kuukausi	54	60	52	54
korkeintaan kolme kuukautta	30	14	23	15
korkeintaan kuusi kuukautta	2	4	4	3
<b>yli kuusi kuukautta, pääasia, että saa ajan</b>	8	6	12	10

Jyväskylän asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,005$   
 Ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,008$   
 Jyväskylän asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet,  $p = 0,272$   
 Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,709$

Khiin nelio-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

**LIITETAULUKKO 22.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden ja päättäjien itselle sekä suun terveydenhuollon työntekijöiden potilaille sekä itselle toivoma hammashoitokäyntien väli.

Sopiva hammashoitokäyntien väli on	Ympäristökuntien asukkaat itselle		Ympäristökuntien päättäjät itselle		Ympäristökuntien potilaille		Ympäristökuntien työntekijät itselle	
	n = 312	%	n = 805	%	n = 65	%	n = 64	%
viikko tai vähemmän	58	18,6	60	7,5	45	69,2	45	70,3
noin kuukausi	30	9,6	27	3,4	35	53,8	52	81,3
kolme kuukautta tai enemmän	1	0,3	1	0,1	6	9,2	2	3,1
käyntien välisellä ajalla ei merkitystä	11	3,5	12	1,5	14	21,5	2	3,1

Jyväskylän asukkaat itselle vs. Jyväskylän päättäjät itselle,  $p = 0,016^1$

Jyväskylän päättäjät itselle vs. Jyväskylän työntekijät potilaille,  $p = 0,014^2$

Jyväskylän päättäjät itselle vs. Jyväskylän työntekijät itselle,  $p = 0,206^2$

Jyväskylän asukkaat itselle vs. Jyväskylän työntekijät potilaille,  $p = 0,001^2$

Jyväskylän asukkaat itselle vs. Jyväskylän työntekijät itselle,  $p = 0,041^2$

Jyväskylän työntekijät itselle vs. Jyväskylän työntekijät potilaille,  $p = 0,019^1$

Jyväskylän asukkaat itselle vs. ympäristökuntien asukkaat itselle,  $p = 0,758^1$

Jyväskylän päättäjät itselle vs. ympäristökuntien päättäjät itselle,  $p = 0,254^2$

Jyväskylän työntekijät potilaille vs. ympäristökuntien työntekijät potilaille,  $p = 0,955^2$

Jyväskylän työntekijät itselle vs. ympäristökuntien työntekijät itselle,  $p = 0,734^1$

<sup>1</sup>Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 23.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden toivoma hammashoitokäyntien väli. Ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.

	Jyväskylän asukkaat		Ympäristökuntien asukkaat	
	terveyskeskus- hammashoidossa käyneet n = 128 %	yksityishammas- lääkärillä käyneet n = 134 %	terveyskeskus- hammashoidossa käyneet n = 550 %	yksityishammas- lääkärillä käyneet n = 170 %
Sopiva hammashoitokäyntien väli on				
viikko tai vähemmän	45	72	55	77
noin kuukausi	40	19	31	15
kolme kuukautta tai enemmän	1	1	2	1
käyntien välisellä ajalla ei merkitystä	15	9	12	8

Jyväskylän asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p < 0,001^2$   
 Ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p < 0,001^1$   
 Jyväskylän asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat terveyskeskussa käyneet,  $p = 0,135^1$   
 Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,796^2$

<sup>1</sup>Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 24.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden hammashoidossa käynnin säännöllisyys viimeisen vuoden aikana. Asukkaat ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.

	Jyväskylän asukkaat		Ympäristökuntien asukkaat		Ympäristökuntien päättäjät n = 59 %	Ympäristökuntien työntekijät n = 64 %	Ympäristökuntien työntekijät n = 92 %
	terveys- keskusham- mashoidossa käyneet n = 129 %	yksityis- hammas- lääkärillä käyneet n = 136 %	terveys- keskusham- mashoidossa käyneet n = 551 %	yksityis- hammas- lääkärillä käyneet n = 175 %			
Olen viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa	52 n = 317 %	44 n = 129 %	71 n = 814 %	57 n = 814 %	64 n = 59 %	16 n = 64 %	16 n = 92 %
säännöllisesti	40	54	29	36	27	78	79
epäsäännöllisesti	8	2	1	8	9	6	4

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän päättäjät,  $p = 0,141^1$

Jyväskylän päättäjät vs. Jyväskylän työntekijät,  $p < 0,001^1$

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän työntekijät,  $p < 0,001^1$

Jyväskylän asukkaat vs. ympäristökuntien asukkaat,  $p = 0,321^1$

Jyväskylän päättäjät vs. ympäristökuntien päättäjät,  $p = 1,000^1$

Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät,  $p = 0,903^2$

Jyväskylän asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p < 0,001^2$

Ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,001^1$

Jyväskylän asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet,  $p = 0,018^1$

Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,616^2$

<sup>1</sup>Khin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 25.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden hammashoidossa käynnin säännöllisyys viimeisen viiden vuoden aikana. Ryhmitelty sukupuolen mukaan, asukkaat myös ikäryhmittäin.

	Asukkaat																
	Asukkaat nainen n = 193		Asukkaat mies n = 123		Asukkaat 15–34- vuotiaat n = 117		Asukkaat 35–54- vuotiaat n = 100		Asukkaat 55-vuotiaat ja vanhemmat n = 99		Päättäjät nainen n = 28		Päättäjät mies n = 37		Työntekijät nainen n = 59		Työntekijät mies n = 5
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Olen viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa	58	43	38	58	64	71	60	17	0								
säännöllisesti	37	45	57	35	25	25	27	76	100								
epäsäännöllisesti	5	12	5	7	11	4	14	7	0								

Asukkaat: nainen vs. mies,  $p = 0,007^1$

Päättäjät: nainen vs. mies,  $p = 0,374^2$

Työntekijät: nainen vs. mies,  $p = 0,698^2$

Asukkaat: 15–34-vuotiaat vs. 35–54-vuotiaat,  $p = 0,004^1$

Asukkaat: 35–54-vuotiaat vs. 55-vuotiaat ja vanhemmat,  $p = 0,246^1$

Asukkaat: 15–34-vuotiaat vs. 55-vuotiaat ja vanhemmat,  $p < 0,001^1$

<sup>1</sup>Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 26.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden hammashoitoon hakeutuminen tulevaisuudessa.

Haluan käydä hammashoidossa	Jyväskylän asukkaat n = 313		Ympäristökuntien asukkaat n = 809		Jyväskylän päättäjät n = 66		Ympäristökuntien päättäjät n = 58		Jyväskylän työntekijät n = 64		Ympäristökuntien työntekijät n = 91	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
säännöllisin väliajoin	81	86	79	72	84	80						
epäsäännöllisesti tai kun minulla on vaivoja tai kipuja suussani	19	14	21	28	16	20						

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän päättäjät,  $p = 0,731$

Jyväskylän päättäjät vs. Jyväskylän työntekijät,  $p = 0,500$

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän työntekijät,  $p = 0,600$

Jyväskylän asukkaat vs. ympäristökuntien asukkaat,  $p = 0,041$

Jyväskylän päättäjät vs. ympäristökuntien päättäjät,  $p = 0,529$

Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät,  $p = 0,534$

Khiin nelio-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

**LIITETAULUKKO 27.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden hammashoitoon hakeutuminen tulevaisuudessa. Ryhmitely sukupuolen mukaan, asukkaat myös ikäryhmittäin.

Haluan käydä hammashoidossa	Asukkaat										
	Asukkaat nainen n = 192	Asukkaat mies n = 120	Asukkaat 15–34- vuotiaat n = 115	Asukkaat 35–54- vuotiaat n = 99	Asukkaat 55-vuotiaat ja vanhemmat n = 98	Päättäjät nainen n = 28	Päättäjät mies n = 37	Työntekijät nainen n = 59	Työntekijät mies n = 5	%	%
säännöllisin väliajoin	83	78	77	90	79	86	76	85	80		
epäsäännöllisesti tai kun minulla on vaivoja tai kipuja suussani	17	22	24	10	21	14	24	15	20		

Asukkaat: nainen vs. mies,  $p = 0,373^1$

Päättäjät: nainen vs. mies,  $p = 0,365^1$

Työntekijät: nainen vs. mies,  $p = 1,000^2$

Asukkaat: 15–34-vuotiaat vs. 35–54-vuotiaat,  $p = 0,011^1$

Asukkaat: 35–54-vuotiaat vs. 55-vuotiaat ja vanhemmat,  $p = 0,033^1$

Asukkaat: 15–34-vuotiaat vs. 55-vuotiaat ja vanhemmat,  $p = 0,745^1$

<sup>1</sup>Khiin nelio-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 28.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden edellisestä hammashoitokäynnistä kulunut aika. Asukkaat ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.

Edellisestä käynnistäni hammas-hoidossa on kulunut	Jyväskylän asukkaat			Ympäristökuntien asukkaat			Ympäristökuntien asukkaat			
	terveys-keskusham-mashoidossa kaikki n = 317	yksityis-hammas-lääkärillä käyneet n = 129	%	terveys-keskusham-mashoidossa kaikki n = 816	yksityis-hammas-lääkärillä käyneet n = 555	%	Ympäristökuntien päättäjät n = 65	Ympäristökuntien työntekijät n = 63	Ympäristökuntien työntekijät n = 92	
vähemmän kuin yksi vuosi	63	59	80	62	63	77	69	63	48	44
1–3 vuotta	22	27	16	27	32	19	26	27	41	42
yli 3 vuotta	15	14	4	11	5	5	5	10	11	14

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän päättäjät, p = 0,070<sup>1</sup>

Jyväskylän päättäjät vs. Jyväskylän työntekijät, p = 0,044<sup>1</sup>

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän työntekijät, p = 0,004<sup>1</sup>

Jyväskylän asukkaat vs. ympäristökuntien asukkaat, p = 0,062<sup>1</sup>

Jyväskylän päättäjät vs. ympäristökuntien päättäjät, p = 0,451<sup>2</sup>

Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät, p = 0,807<sup>1</sup>

Jyväskylän asukkaat terveyskeskushammas-hoidossa käyneet vs. Jyväskylän asukkaat yksityishammas-lääkärillä käyneet, p < 0,001<sup>1</sup>

Ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushammas-hoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammas-lääkärillä käyneet, p = 0,003<sup>1</sup>

Jyväskylän asukkaat terveyskeskushammas-hoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushammas-hoidossa käyneet, p = 0,002<sup>1</sup>

Jyväskylän asukkaat yksityishammas-lääkärillä käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammas-lääkärillä käyneet, p = 0,827<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Khin nelio-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup> Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 29.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden edellisestä hammashoitokäynnistä kulunut aika. Ryhmitelty sukupuolen mukaan, asukkaat myös ikäryhmittäin.

Edellisestä käynnistäni hammashoidossa on kulunut	Asukkaat										
	Asukkaat nainen n = 193	Asukkaat mies n = 123	Asukkaat 15–34- vuotiaat n = 117	Asukkaat 35–54- vuotiaat n = 100	Asukkaat 55-vuotiaat ja vanhemmat n = 99	Päättäjät nainen n = 28	Päättäjät mies n = 36	Työntekijät nainen n = 58	Työntekijät mies n = 5	%	%
vähemmän kuin yksi vuosi	68	56	51	67	75	79	64	47	60		
1–3 vuotta	20	24	34	20	8	21	28	41	40		
yli 3 vuotta	11	20	15	13	17	0	8	12	0		

Asukkaat: nainen vs. mies,  $p = 0,044^1$

Päättäjät: nainen vs. mies,  $p = 0,282^2$

Työntekijät: nainen vs. mies,  $p = 1,000^2$

Asukkaat: 15–34-vuotiaat vs. 35–54-vuotiaat,  $p = 0,043^1$

Asukkaat: 35–54-vuotiaat vs. 55-vuotiaat ja vanhemmat,  $p = 0,049^1$

Asukkaat: 15–34-vuotiaat vs. 55-vuotiaat ja vanhemmat,  $p < 0,001^1$

<sup>1</sup>Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 30.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden tavanomainen hoitopaikka viimeisen viiden vuoden aikana.

	Ympäristökuntien asukkaat		Ympäristökuntien asukkaat		Ympäristökuntien asukkaat		Ympäristökuntien asukkaat		Ympäristökuntien asukkaat	
	Jyväskylän asukkaat n = 302	%	Jyväskylän asukkaat n = 777	%	Jyväskylän asukkaat n = 64	%	Jyväskylän asukkaat n = 56	%	Jyväskylän asukkaat n = 63	%
Olen viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa pääsääntöisesti										
terveyskeskuksessa	43		71		27		73		81	
yksityishammaslääkärillä	45		23		69		23		18	
muualla (YTHS, puolustusvoimat, ulkomaat, erikoishammasteknikko)	12		6		5		4		2	

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän päättäjät,  $p = 0,003^1$

Jyväskylän päättäjät vs. Jyväskylän työntekijät,  $p < 0,001^2$

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän työntekijät,  $p < 0,001^1$

Jyväskylän asukkaat vs. ympäristökuntien asukkaat,  $p < 0,001^1$

Jyväskylän päättäjät vs. ympäristökuntien päättäjät,  $p < 0,001^2$

Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät,  $p = 0,434^2$

<sup>1</sup>Khiiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 31.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden tavanomainen hammashoidon hoitopaikka viimeisen viiden vuoden aikana. Ryhmitely sukupuolen mukaan, asukkaat myös ikäryhmittäin.

Olen viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa pääsääntöisesti	Asukkaat									
	Asukkaat 15–34-vuotiaat		Asukkaat 35–54-vuotiaat		Asukkaat 55-vuotiaat		Päättäjät		Työntekijät	
	nainen n = 187	Asukkaat mies n = 114	Asukkaat 15–34-vuotiaat n = 115	Asukkaat 35–54-vuotiaat n = 94	Asukkaat 55-vuotiaat ja vanhemmat n = 92	Päättäjät nainen n = 27	Päättäjät mies n = 36	Työntekijät nainen n = 58	Työntekijät mies n = 5	%
terveyskeskuksessa	43	41	57	50	17	30	25	83	60	%
yksityishammaslääkärillä	46	45	20	47	75	63	72	17	20	%
muualla (YTHS, puolustusvoimat, ulkomaat, erikoishammasteknikko)	11	14	23	3	8	7	3	0	20	%

Asukkaat: nainen vs. mies,  $p = 0,782^1$

Päättäjät: nainen vs. mies,  $p = 0,669^2$

Työntekijät: nainen vs. mies,  $p = 0,076^2$

Asukkaat: 15–34-vuotiaat vs. 35–54-vuotiaat,  $p < 0,001^1$

Asukkaat: 35–54-vuotiaat vs. 55-vuotiaat ja vanhemmat,  $p < 0,001^1$

Asukkaat: 15–34-vuotiaat vs. 55-vuotiaat ja vanhemmat,  $p < 0,001^1$

<sup>1</sup>Khiin nelio-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 32.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden tavanomainen hoitopaikka vastaisuudessa.

	Jyväskylän asukkaat n = 316		Ympäristökuntien asukkaat n = 814		Jyväskylän päättäjät n = 66		Ympäristökuntien päättäjät n = 59		Jyväskylän työntekijät n = 64		Ympäristökuntien työntekijät n = 92	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Haluan vastaisuudessa käydä hammashoidossa												
terveyskeskuksessa	44	67	38	70	77	80						
yksityishammaslääkärillä	24	14	49	14	9	5						
muualla (YTHS, puolustusvoimat, ulkomaat, erikois-hammasteknikko)	5	4	2	2	0	0						
sekä yksityisellä että terveyskeskuksessa	27	15	12	15	14	14						

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän päättäjät,  $p = 0,001^1$

Jyväskylän päättäjät vs. Jyväskylän työntekijät,  $p < 0,001^2$

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän työntekijät,  $p < 0,001^1$

Jyväskylän asukkaat vs. ympäristökuntien asukkaat,  $p < 0,001^1$

Jyväskylän päättäjät vs. ympäristökuntien päättäjät,  $p < 0,001^2$

Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät,  $p = 0,665^2$

<sup>1</sup>Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 33.** Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden tavanomainen hoitopaikka vastaisuudessa. Ryhmitely sukupuolen mukaan, asukkaat myös ikäryhmittäin.

Haluan vastaisuudessa käydä hammashoidossa	Asukkaat													
	Asukkaat 15–34-vuotiaat		Asukkaat 35–54-vuotiaat		Asukkaat 55-vuotiaat		Päättäjät ja vanhemmat		Päättäjät		Työntekijät			
	nainen n = 192	mies n = 123	%	%	nainen n = 117	mies n = 100	%	%	nainen n = 98	mies n = 28	%	%	nainen n = 59	mies n = 5
terveyskeskuksessa	44	43	50	48	34	43	35	80	40					
yksityishammaslääkärillä	22	27	15	27	33	39	54	9	20					
muualla (YTHS, puolustusvoimat, ulkomaat, erikoishammasteknikko)	5	5	8	0	6	4	0	0	0					
sekä yksityisellä että terveyskeskuksessa	29	25	28	25	28	14	11	12	40					

Asukkaat: nainen vs. mies,  $p = 0,812^1$

Päättäjät: nainen vs. mies,  $p = 0,510^2$

Työntekijät: nainen vs. mies,  $p = 0,079^2$

Asukkaat: 15–34-vuotiaat vs. 35–54-vuotiaat,  $p = 0,004^2$

Asukkaat: 35–54-vuotiaat vs. 55-vuotiaat ja vanhemmat,  $p = 0,022^2$

Asukkaat: 15–34-vuotiaat vs. 55-vuotiaat ja vanhemmat,  $p = 0,011^1$

<sup>1</sup>Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 34.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden kokema suun ja hampaiden terveydentila. Asukkaat ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.

	Ympäristökuntien asukkaat												
	Jyväskylän asukkaat			Ympäristökuntien asukkaat			Ympäristökuntien asukkaat			Ympäristökuntien asukkaat			
	terveys- keskusham- mashoidossa käyneet n = 129	yksityis- hammas- lääkärillä käyneet n = 136	terveys- keskusham- mashoidossa käyneet n = 821	terveys- keskusham- mashoidossa käyneet n = 554	yksityis- hammas- lääkärillä käyneet n = 175	terveys- keskusham- mashoidossa käyneet n = 66	yksityis- hammas- lääkärillä käyneet n = 59	terveys- keskusham- mashoidossa käyneet n = 63	yksityis- hammas- lääkärillä käyneet n = 20	terveys- keskusham- mashoidossa käyneet n = 5	yksityis- hammas- lääkärillä käyneet n = 0	Ympäristö- kuntien päättäjät n = 63	Ympäristö- kuntien päättäjät n = 92
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Suuni ja hampaitteni terveydentila on tällä hetkellä													
erittäin hyvä	20	26	16	15	26	24	20	35	26	26	24	35	26
melko hyvä	53	51	53	55	54	55	56	60	65	54	55	60	65
keskinkertainen	21	18	25	26	18	21	24	5	9	18	21	5	9
melko huono	6	5	5	4	3	0	0	0	0	3	0	0	0
erittäin huono	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän päättäjät,  $p = 0,235^2$

Jyväskylän päättäjät vs. Jyväskylän työntekijät,  $p = 0,019^1$

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän työntekijät,  $p < 0,001^2$

Jyväskylän asukkaat vs. ympäristökuntien asukkaat,  $p = 0,466^1$

Jyväskylän päättäjät vs. ympäristökuntien päättäjät,  $p = 0,913^1$

Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät,  $p = 0,402^1$

Jyväskylän asukkaat terveyskeskushamashoidossa käyneet vs. Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,139^1$

Ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushamashoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,007^1$

Jyväskylän asukkaat terveyskeskushamashoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushamashoidossa käyneet,  $p = 0,078^1$

Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,759^1$

<sup>1</sup>Khiin neliö-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 35.** Jyväskylän ja ympäristökuntien asukkaiden, päättäjien ja suun terveydenhuollon työntekijöiden kokema hammashoidon tarve. Asukkaat ryhmitelty tavanomaisen hoitopaikan mukaan.

	Jyväskylän asukkaat		Ympäristökuntien asukkaat		Ympäristökuntien asukkaat	Ympäristökuntien asukkaat	Ympäristökuntien asukkaat	Ympäristökuntien asukkaat	Ympäristökuntien asukkaat
	terveys- keskusham- mashoidossa käyneet n = 129	yksityis- hammas- lääkärillä käyneet n = 136	terveys- keskusham- mashoidossa käyneet n = 549	yksityis- hammas- lääkärillä käyneet n = 175					
Haluaisin tällä hetkellä hammashoitoa	33	29	32	18	27	25	19		
kipujen, vaivojen, puremis- hankaluuksien, reikien, loh- jenneiden paikkojen tai pro- teesin korjaamisen, uusimisen takia	6	5	6	7	9	0	4		
hampaiston ulkonäön takia	34	30	33	36	36	28	33		
hampaiden tarkastamisen takia	27	23	28	38	29	48	45		

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän päättäjät,  $p = 0,138^1$

Jyväskylän päättäjät vs. Jyväskylän työntekijät,  $p = 0,055^2$

Jyväskylän asukkaat vs. Jyväskylän työntekijät,  $p = 0,005^1$

Jyväskylän asukkaat vs. ympäristökuntien asukkaat,  $p = 0,975^1$

Jyväskylän päättäjät vs. ympäristökuntien päättäjät,  $p = 0,593^2$

Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät,  $p = 0,303^2$

Jyväskylän asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,119^1$

Ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p < 0,001^1$

Jyväskylän asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat terveyskeskushammashoidossa käyneet,  $p = 0,966^1$

Jyväskylän asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet vs. ympäristökuntien asukkaat yksityishammaslääkärillä käyneet,  $p = 0,163^1$

<sup>1</sup>Khin nelio-testi, tarkalla menetelmällä laskettu p-arvo

<sup>2</sup>Fisherin tarkka testi

**LIITETAULUKKO 36.** Jyväskylän ja ympäristökuntien suun terveydenhuollon työntekijöiden sekä päättäjien käsitykset työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä suun terveydenhuollossa.

	Jyväskylän työntekijät n = 77			Ympäristökuntien työntekijät n = 100			Jyväskylän päättäjät n = 66			Ympäristökuntien päättäjät n = 59			Tilastollinen merkitsevyys						
	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>	p <sup>5</sup>	p <sup>6</sup>	p <sup>7</sup>
Työmotivaatio- summamuuttuja	3,7	0,8	3,8	0,9	3,8	0,9	4,3	0,6	4,3	0,6	4,3	0,6	<0,001	0,168	<0,001	<0,001	0,813	0,002	0,001
Vaikutusmahdollisuudet koko suun terveyden- huollossa ja työyksikössä	4,5	0,6	4,6	0,4	4,6	0,4	<b>4,6</b>	0,4	4,5	0,5	0,987	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Työilmapiiri</b>	4,4	0,6	4,3	0,7	4,3	0,7	3,9	0,7	3,8	0,8	<0,001	0,853	<0,001	<0,001	<0,001	0,781	<0,001	<0,001	<0,001
Työn kuormittavuus	<b>4,7</b>	0,4	4,6	0,4	4,6	0,4	4,4	0,5	4,3	0,6	<0,001	0,830	0,001	<0,001	0,385	<0,001	0,001	0,001	0,001
Työajan hallinta	4,4	0,6	4,3	0,5	4,3	0,5	3,9	0,5	3,8	0,7	<0,001	0,028	<0,001	<0,001	0,131	<0,001	0,006	<0,001	<0,001
<b>Fyysiset työolot</b>	4,6	0,5	<b>4,7</b>	0,5	4,7	0,5	4,3	0,6	4,4	0,5	<0,001	0,762	0,001	0,009	0,451	0,006	<0,001	0,001	<0,001
<b>Kannustus</b>	4,1	0,9	4,2	0,8	4,2	0,8	4,5	0,5	<b>4,6</b>	0,5	0,001	0,909	0,017	0,002	0,245	0,001	0,015	0,001	0,015
Kehittymismahdollisuudet	4,0	0,8	4,1	0,6	4,1	0,6	4,3	0,5	4,4	0,6	0,005	0,961	0,065	0,009	0,253	0,002	0,002	0,002	0,028
Palkkaus	4,2	0,8	3,9	0,8	3,9	0,8	4,0	0,6	4,1	0,6	0,033	0,008	0,025	0,164	0,392	0,194	0,485	0,194	0,485

Mitä suurempi keskiarvo, sitä parempi työmotivaatiovaikutus

<sup>1</sup>Ryhmälle: Jyväskylän työntekijät, ympäristökuntien työntekijät, Jyväskylän päättäjät, ympäristökuntien päättäjät, Kruskalin-Wallis testin tulos

<sup>2</sup>Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät, <sup>3</sup>Jyväskylän työntekijät vs. Jyväskylän päättäjät, <sup>4</sup>Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien päättäjät, <sup>5</sup>Jyväskylän päättäjät vs. ympäristökuntien päättäjät, <sup>6</sup>Ympäristökuntien työntekijät vs. ympäristökuntien päättäjät, <sup>7</sup>Ympäristökuntien työntekijät vs. Jyväskylän päättäjät, Mann-Whitneyn U-testin tulos

<sup>8</sup>Ympäristökuntien työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät, Mann-Whitneyn U-testin tulos

<sup>9</sup>Ympäristökuntien työntekijät vs. Jyväskylän päättäjät, Mann-Whitneyn U-testin tulos

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä

**LIITETAULUKKO 37.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskushammaslääkärien ja Jyväskylän yksityishammaslääkärien kokeemukset työhyvinvoinnista.

	Ympäristö-														
	Jyväskylän kuntien				FosSaKa:n				Yksityis-						
	terveyskeskus-		hammaslääkärit		terveyskeskus-		hammaslääkärit		terveyskeskus-		hammaslääkärit				
	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>	p <sup>5</sup>
Työhyvinvointisummamuuttuja															
<b>Tavoitetietoisuus koko suun</b>															
<b>terveydenhuollossa ja työyksikössä</b>	4,1	0,7	<b>4,5</b>	0,6	4,2	0,6	-	-	0,111	-	-	-	-	-	-
Vaikutusmahdollisuudet koko suun															
terveydenhuollossa	2,4	0,9	3,3	1,2	3,4	0,9	-	-	0,002	-	0,006	<0,001	-	-	-
Vaikutusmahdollisuudet työyksikössä	3,6	0,9	3,9	1,1	3,8	1,0	4,3	1,0	-	0,011	0,071	0,329	0,001	-	-
Työilmapiiri	3,5	0,6	3,5	1,0	3,6	0,7	3,7	0,8	-	0,804	-	-	-	-	-
Työn kuormittavuus	2,5	0,6	2,9	0,9	2,8	0,8	3,4	0,6	-	<0,001	0,082	0,125	<0,001	-	-
<b>Työn mielekkyys</b>	<b>4,2</b>	0,5	4,3	0,4	4,3	0,5	<b>4,5</b>	0,3	-	0,070	-	-	-	-	-
Työajan hallinta	3,4	0,7	3,9	0,6	3,9	0,6	4,1	0,5	-	0,009	0,011	0,025	0,001	-	-
<b>Fyysiset työolot</b>	3,7	1,1	4,0	0,9	<b>4,5</b>	0,5	4,3	0,8	-	0,008	0,326	0,001	0,029	-	-
Kannustus	3,2	0,9	3,1	1,0	3,2	0,9	3,6	0,9	-	0,155	-	-	-	-	-
<b>Kehittymismahdollisuudet työssä</b>	3,8	0,8	4,0	0,9	4,3	0,7	4,4	0,7	-	0,006	0,216	0,017	0,001	-	-

Mitä suurempi keskiarvo, sitä paremmin työhyvinvointitekijä toteutuu

<sup>1</sup>Ryhmälle: Jyväskylän hammaslääkärit, ympäristökuntien hammaslääkärit, FosSaKa:n hammaslääkärit, Kruuskalin-Wallisin testi

<sup>2</sup>Ryhmälle: Jyväskylän hammaslääkärit, ympäristökuntien hammaslääkärit, FosSaKa:n hammaslääkärit, Jyväskylän yksityishammaslääkärit, Kruuskalin-Wallisin testi

<sup>3</sup>Jyväskylän hammaslääkärit vs. ympäristökuntien hammaslääkärit, <sup>4</sup>Jyväskylän hammaslääkärit vs. FosSaKa:n hammaslääkärit,

<sup>5</sup>Jyväskylän hammaslääkärit vs. Jyväskylän yksityishammaslääkärit, Mann-Whitneyn U-testi

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä

**LIITETAULUKKO 38.** Suun terveydenhuollon muiden työntekijöiden (= suuhygienistit, hammashoitajat ja muut työntekijät) kokemukset työhyvinvoinnista Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskuksissa sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla.

	Jyväskylä			Ympäristökuntien muut			FosSaKa:n			Yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen muut työntekijät			Tilastollinen merkitsevyys				
	ka.	kh.	n = 45	ka.	kh.	n = 60	ka.	kh.	n = 73	ka.	kh.	n = 48	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>	p <sup>5</sup>
Työhyvinvointisummamuuttuja																	
Tavoitetietoisuus koko suun terveydenhuollossa ja työyksikössä	4,0	0,6	4,1	0,8	0,8	4,2	0,7	0,7	0,303	-	-	-	-	-	-	-	-
Vaikutusmahdollisuudet koko suun terveydenhuollossa	2,2	0,8	2,7	1,1	1,1	2,8	1,0	1,0	0,013	-	0,030	0,003	-	-	-	-	-
Vaikutusmahdollisuudet työyksikössä	3,3	0,9	3,4	1,2	1,2	3,5	0,9	0,9	3,5	1,0	3,5	1,0	-	0,448	-	-	-
Työilmapiiri	3,5	0,7	3,3	0,9	0,9	3,2	0,9	0,9	3,4	1,0	3,4	1,0	-	0,335	-	-	-
Työn kuormittavuus	2,8	0,8	3,2	0,9	0,9	3,0	0,8	0,8	3,2	0,9	3,2	0,9	-	0,121	-	-	-
<b>Työn mielekkyys</b>	<b>4,1</b>	<b>0,5</b>	<b>4,1</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>4,1</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>4,1</b>	<b>0,6</b>	<b>4,1</b>	<b>0,6</b>	-	<b>0,981</b>	-	-	-
Työajan hallinta	3,3	0,8	3,4	0,8	0,8	3,3	0,9	0,9	3,1	0,9	3,1	0,9	-	0,497	-	-	-
<b>Fyysiset työolot</b>	<b>3,5</b>	<b>1,1</b>	<b>3,8</b>	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>4,2</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>4,1</b>	<b>0,9</b>	<b>4,1</b>	<b>0,9</b>	-	<b>0,003</b>	<b>0,074</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,004</b>
Kannustus	2,9	1,0	3,1	1,1	1,1	3,0	1,2	1,2	3,6	1,2	3,6	1,2	-	0,016	0,330	0,587	0,002
Kehittymismahdollisuudet työssä	3,4	0,8	3,7	0,9	0,9	3,8	1,0	1,0	3,9	1,0	3,9	1,0	-	0,048	0,080	0,013	0,019

Mitä suurempi keskiarvo, sitä paremmin työhyvinvointitekiä toteutuu

<sup>1</sup>Ryhmälle: Jyväskylän muut työntekijät, ympäristökuntien muut työntekijät, FosSaKa:n muut työntekijät, Kruskalin-Wallis testit

<sup>2</sup>Ryhmälle: Jyväskylän muut työntekijät, ympäristökuntien muut työntekijät, FosSaKa:n muut työntekijät, Jyväskylän yksityisvastaanottojen muut työntekijät, Kruskalin-Wallis testit

<sup>3</sup>Jyväskylän muut työntekijät vs. ympäristökuntien muut työntekijät, Jyväskylän muut työntekijät vs. FosSaKa:n muut työntekijät, Mann-Whitney U-testi

<sup>4</sup>Jyväskylän muut työntekijät vs. Jyväskylän yksityisvastaanottojen muut työntekijät, Mann-Whitney U-testi

<sup>5</sup>Jyväskylän muut työntekijät vs. Jyväskylän yksityisvastaanottojen muut työntekijät, Mann-Whitney U-testi

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä

**LIITETAULUKKO 39.** Kuormittuneiden ja ei-kuormittuneiden suun terveydenhuollon työntekijöiden kokemukset työhyvinvoinnista Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskuksissa sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla.

	Jyväskylä		Ympäristökunnat		FosSaKa		Yksityishammaslääkäreiden vastaanotot		Tilastollinen merkitsevyys											
	kuormittuneet n = 45 ka. kh.	ei-kuormittuneet n = 31 ka. kh.	kuormittuneet n = 45 ka. kh.	ei-kuormittuneet n = 54 ka. kh.	kuormittuneet n = 58 ka. kh.	ei-kuormittuneet n = 63 ka. kh.	kuormittuneet n = 29 ka. kh.	ei-kuormittuneet n = 60 ka. kh.												
<b>Tavoitetietoisuus</b>																				
<b>koko suun terveydenhuollossa ja työyksikössä</b>	4,1	0,6	4,1	0,7	<b>4,0</b>	1,0	<b>4,3</b>	0,6	4,2	0,7	4,2	0,6	-	-	0,736	0,202	0,850	-		
Vaikutusmahdollisuudet koko suun terveydenhuollossa	2,3	0,8	2,3	1,0	2,6	1,2	3,1	1,1	2,7	1,1	3,3	0,9	-	-	0,813	0,046	0,004	-		
<b>Vaikutusmahdollisuudet</b>																				
työyksikössä	3,4	0,8	3,5	1,0	3,2	1,3	3,9	1,0	3,3	1,1	4,0	0,8	3,3	1,1	4,1	1,0	0,499	0,015	<0,001	0,001
Työilmapiiri	3,4	0,7	3,6	0,6	3,0	0,9	3,7	0,9	3,2	0,9	3,4	0,7	3,2	0,7	3,7	0,9	0,149	<0,001	0,297	0,006
<b>Työn mielekkyys</b>	<b>4,2</b>	0,5	<b>4,3</b>	0,6	4,0	0,5	4,3	0,4	4,1	0,6	4,3	0,5	<b>3,9</b>	0,5	<b>4,5</b>	0,4	0,093	0,001	0,077	<0,001
Työajan hallinta	3,2	0,7	3,6	0,8	3,4	0,8	3,7	0,7	3,2	0,8	3,9	0,7	2,9	0,9	3,9	0,7	0,019	0,050	<0,001	<0,001
Kannustus	3,0	1,0	2,9	1,1	2,7	1,0	3,4	1,0	2,9	1,1	3,3	1,1	3,2	1,0	3,8	1,0	0,793	0,004	0,015	0,012
<b>Kehittymismahdollisuudet työssä</b>	3,5	0,8	3,8	0,8	3,6	0,9	4,0	0,9	3,9	1,0	4,0	0,8	3,6	1,0	4,4	0,8	0,059	0,004	0,566	<0,001
<b>Fyysiset työolot</b>	3,4	1,2	4,0	1,0	3,5	1,2	4,2	0,9	<b>4,3</b>	0,7	<b>4,4</b>	0,7	3,8	1,0	4,4	0,7	0,023	0,005	0,205	0,005

Mitä suurempi keskiarvo, sitä paremmin työhyvinvointitekijä toteutuu

<sup>1</sup>Jyväskylän kuormittuneet vs. Jyväskylän ei-kuormittuneet, <sup>2</sup>Ympäristökuntien kuormittuneet vs. ympäristökuntien ei-kuormittuneet,

<sup>3</sup>FosSaKa:n kuormittuneet vs. FosSaKa:n ei-kuormittuneet, <sup>4</sup>Jyväskylän yksityisvastaanottojen kuormittuneet vs. Jyväskylän yksityisvastaanottojen ei-kuormittuneet,

Mann-Whitneyn U-testi

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä

**LIITETAULUKKO 40.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveystieteiden ja Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden sekä erikseen hammaslääkäreiden ja muiden työntekijöiden (= suuhygienistit, hammashoitajat ja muut työntekijät) käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä. Käsitusten homogeenisuus mitattuna sisäkorrelaatiolla: kuinka paljon ryhmien väliset erot summamuuttujan keskiarvossa selittävät käsitusten yksilöllisestä kokonaisvaihtelusta.

	Sisäkorrelaatiokerroin				Ryhmien väliset erot selittävät yksilöllisestä kokonaisvaihtelusta			
	kaikki työntekijät	hammaslääkärit	muut työntekijät	%	kaikki työntekijät	hammaslääkärit	muut työntekijät	%
Työmotivaatiosummamuuttuja								
Vaikutusmahdollisuudet								
työyksikössä (yksi muuttuja)	0	0	0	0	0	0	0	0
Työilmapiiri	0	0	0	0	0	0	0	0
Työn kuormittavuus	0,008	0,030	0	1	3	0	0	0
Työn mielekkyys	0	0	0	0	0	0	0	0
Työajan hallinta	0,008	0	0,008	1	0	0	1	0
Fyysiset työolot	0,003	0	0	0	0	0	0	0
Kannustus	0	0	0	0	0	0	0	0
Kehittymismahdollisuudet työssä	0	0,018	0,024	0	2	2	2	2
Palkkaus	0,020	0,013	0,050	2	1	1	5	5

**LIITETAULUKKO 41.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskusten sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen suun terveydenhuollon työntekijöiden käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä.

	Jyväskylän työntekijät n = 77			Ympäristökuntien työntekijät n = 100			FosSaKa:n työntekijät n = 122			Yksityishammaslääkäreiden vastaanottojen työntekijät n = 89			Tilastollinen merkitsevyys				
	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>	p <sup>5</sup>
Työmotivaatiosummamuuttuja																	
Vaikutusmahdollisuudet koko suun terveydenhuollossa ja työyksikössä	3,7	0,8	0,8	3,8	0,9	0,8	3,9	0,8	0,8	-	-	0,112	-	-	-	-	-
Työilmapiiri	4,5	0,6	0,6	4,6	0,4	0,5	4,6	0,5	4,5	4,5	0,5	-	0,946	-	-	-	-
Työn kuormittavuus	4,4	0,6	0,6	4,3	0,7	0,7	4,2	0,7	4,2	4,2	0,8	-	0,265	-	-	-	-
<b>Työn mielekkyys</b>	<b>4,7</b>	0,4	0,4	4,6	0,4	0,4	<b>4,6</b>	0,4	<b>4,6</b>	<b>4,6</b>	0,4	-	0,436	-	-	-	-
Työajan hallinta	4,4	0,6	0,6	4,3	0,5	0,7	4,2	0,7	4,3	4,3	0,7	-	0,105	-	-	-	-
<b>Fyysiset työolot</b>	4,6	0,5	0,5	<b>4,7</b>	0,5	0,7	4,5	0,7	4,6	4,6	0,5	-	0,531	-	-	-	-
Kannustus	4,1	0,9	0,9	4,2	0,8	0,8	4,3	0,7	4,3	4,3	0,8	-	0,630	-	-	-	-
Kehittymismahdollisuudet työssä	4,0	0,8	0,8	4,1	0,6	0,6	4,0	0,7	4,2	4,2	0,7	-	0,648	-	-	-	-
Palkkaus	4,2	0,8	0,8	3,9	0,8	0,8	3,9	0,8	3,9	4,0	0,8	-	0,034	0,008	0,014	0,149	-

Mitä suurempi keskiarvo, sitä parempi työmotivaatiovaikutus

<sup>1</sup>Ryhmälle: Jyväskylän työntekijät, ympäristökuntien työntekijät, FosSaKa:n työntekijät, Kruskalin-Wallis testin tulos

<sup>2</sup>Ryhmälle: Jyväskylän työntekijät, ympäristökuntien työntekijät, FosSaKa:n työntekijät, Jyväskylän yksityisvastaanottojen työntekijät, Kruskalin-Wallis testin tulos

<sup>3</sup>Jyväskylän työntekijät vs. ympäristökuntien työntekijät, <sup>4</sup>Jyväskylän työntekijät vs. FosSaKa:n työntekijät, Mann-Whitneyn U-testin tulos

<sup>5</sup>Jyväskylän työntekijät vs. Jyväskylän yksityisvastaanottojen työntekijät, Mann-Whitneyn U-testin tulos

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut, joka ryhmässä

**LIITETAULUKKO 42.** Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskushammaslääkäreiden sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäreiden käsitykset alan työmotivaatioon vaikuttavista tekijöistä.

	Jyväskylän		Ympäristökuntien		FosSaKa:n		Yksityis-		Tilastollinen
	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	
Työmotivaatiosummamuuttuja									
Vaikutusmahdollisuudet koko									
suun terveydenhuollossa ja työyksikössä	4,0	0,7	4,0	0,9	4,0	0,8	-	-	0,821
Työilmapiiri	4,3	0,6	4,5	0,4	4,4	0,5	4,4	0,6	-
Työn kuormittavuus	4,4	0,6	4,4	0,6	4,1	0,7	4,1	0,7	-
<b>Työn mielekkyys</b>	<b>4,6</b>	0,4	4,6	0,5	4,6	0,4	<b>4,5</b>	0,5	-
Työajan hallinta	4,2	0,6	4,3	0,4	4,1	0,6	4,2	0,7	-
<b>Fyysiset työolot</b>	4,5	0,5	<b>4,6</b>	0,5	4,6	0,5	4,5	0,5	-
Kannustus	4,2	0,9	4,1	0,8	4,1	0,6	4,1	0,7	-
Kehittymismahdollisuudet työssä	4,1	0,7	4,3	0,5	4,1	0,6	4,0	0,7	-
Palkkaus	3,9	0,8	3,7	0,8	4,1	0,7	4,0	0,6	-

Mitä suurempi keskiarvo, sitä parempi työmotivaatiovaikutus

<sup>1</sup>Ryhmälle: Jyväskylän hammaslääkärit, ympäristökuntien hammaslääkärit, FosSaKa:n hammaslääkärit, Kruuskalin-Wallisin testi

<sup>2</sup>Ryhmälle: Jyväskylän hammaslääkärit, ympäristökuntien hammaslääkärit, FosSaKa:n hammaslääkärit, Jyväskylän yksityishammaslääkärit, Kruuskalin-Wallisin testi  
Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut, joka ryhmässä

**LIITETAULUKKO 43.** Suun terveydenhuollon muiden työntekijöiden (= suuhygienistit, hammashoitajat ja muut työntekijät) käsitykset alan työtöivaatioon vaikuttavista tekijöistä Jyväskylän, ympäristökuntien ja FosSaKa:n terveyskeskuksissa sekä Jyväskylän yksityishammaslääkäri-  
den vastaanotoilla.

	Jyväskylän muut työntekijät n = 45			Ympäristö- kuntien muut työntekijät n = 60			FosSaKa:n muut työntekijät n = 73			Yksityis- hammas lääkäreiden vastaanottojen muut työntekijät n = 48			Tilastollinen merkitsevyys				
	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	ka.	kh.	kh.	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>	p <sup>5</sup>
Työtöivaatiosummamuuttuja																	
Vaikutusmahdollisuudet koko suun terveydenhuollossa ja työyksikössä	3,6	0,8	1,0	3,7	0,8	1,0	3,9	0,8	0,8	-	0,050	-	0,253	0,011	-	-	-
<b>Työilmapiiri</b>	4,6	0,5	0,4	4,6	0,5	0,4	<b>4,7</b>	0,5	0,5	0,4	0,4	0,543	-	-	-	-	-
Työn kuormittavuus	4,4	0,5	0,7	4,3	0,5	0,7	4,2	0,8	0,8	0,8	0,8	0,933	-	-	-	-	-
<b>Työn mielekkyys</b>	<b>4,7</b>	0,4	0,4	4,7	0,4	0,4	4,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,861	-	-	-	-	-
Työajan hallinta	4,5	0,5	0,5	4,3	0,5	0,5	4,3	0,7	0,7	0,7	0,7	0,109	-	-	-	-	-
<b>Fyysiset työtölot</b>	4,6	0,5	0,4	<b>4,7</b>	0,5	0,4	4,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,621	-	-	-	-	-
Kannustus	4,2	0,8	0,8	4,2	0,8	0,8	4,3	0,7	0,7	0,9	0,9	0,278	-	-	-	-	-
Kehittymismahdollisuudet työssä	4,0	0,8	0,7	3,9	0,8	0,7	4,0	0,8	0,8	0,7	0,7	0,043	0,438	0,875	0,077	-	-
Palkkaus	4,3	0,7	0,8	4,0	0,7	0,8	3,8	0,9	0,9	1,0	1,0	0,009	0,015	0,001	0,156	-	-

Mitä suurempi keskiarvo, sitä parempi työtöivaatiovaikutus

<sup>1</sup>Ryhmälle: Jyväskylän muut työntekijät, ympäristökuntien muut työntekijät, FosSaKa:n muut työntekijät, Kruskalin-Wallis testit

<sup>2</sup>Ryhmälle: Jyväskylän muut työntekijät, ympäristökuntien muut työntekijät, FosSaKa:n muut työntekijät, Jyväskylän yksityisvastaanottojen muut työntekijät, Kruskalin-Wallis testit

<sup>3</sup>Jyväskylän muut työntekijät vs. ympäristökuntien muut työntekijät, <sup>4</sup>Jyväskylän muut työntekijät vs. FosSaKa:n muut työntekijät,

<sup>5</sup>Jyväskylän muut työntekijät vs. Jyväskylän yksityisvastaanottojen muut työntekijät, Mann-Whitneyn U-testi

Lihavoituna suurimman keskiarvon saanut joka ryhmässä

**Arvoisa Jyvässeudun asukas**

Teidät on satunnaisotannan perusteella valittu edustamaan kuntanne väestöä tutkimuksessa, jonka tavoitteena on saada hammashoitopalvelut kohdentumaan oikein ja tehokkaasti väestön odottamalla tavalla. Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin ja palauttamaan lomake oheisessa kirjekuoressa viimeistään 9.5.2003. Käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti eikä vastaajan henkilöllisyys tule vastauksista esiin.

Hankkeen johtoryhmä

**Vastatkaa kysymyksiin ympäröimällä se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa Teitä tai Teidän mielipidettänne tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun kohtaan**

**1. Tämänhetkinen asuinkunta**

- 1.1 Jyväskylä
- 1.2 Jyväskylän maalaiskunta
- 1.3 Korpilahti
- 1.4 Laukaa
- 1.5 Muurame
- 1.6 Petäjävesi
- 1.7 Toivakka
- 1.8 Uurainen

**2. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta****3. Sukupuoli**

- 3.1 nainen
- 3.2 mies

**4. Ammatti** (esim. putkiasentaja, insinööri, myyjä)

Jos olette työtön tai eläkkeellä, kirjoittakaa sen lisäksi ammatti, josta olette jääneet työttömäksi tai eläkkeelle. Rengastakaa myös se ryhmä mihin katsotte lähinnä kuuluvanne.

- 4.1 Maatalousyrittäjä
- 4.2 Muu yrittäjä
- 4.3 Ylempi toimihenkilö
- 4.4 Alempi toimihenkilö
- 4.5 Työntekijä
- 4.6 Opiskelija
- 4.7 Eläkeläinen
- 4.8 Muu (ei mikään yllä olevista)

**5. Koulutus**

- 5.1 kansakoulu
- 5.2 keski- tai peruskoulu
- 5.3 ylioppilas tai ammatillinen tutkinto (myös opistoaste)
- 5.4 ylioppisto- tai ammattikorkeakoulututkinto

**6. Olen viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa**

- 6.1 säännöllisesti
- 6.2 epäsäännöllisesti
- 6.3 en ollenkaan

**7. Olen viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa pääsääntöisesti**

- 7.1 terveyskeskuksen hammashoitolassa
- 7.2 yksityisellä hammaslääkärillä
- 7.3 erikoishammasteknikolla
- 7.4 muualla, missä \_\_\_\_\_  
(esim. ulkomailla, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä, sairaalassa)

**8. Edellisestä käynnistäni hammashoidossa on kulunut**

- 8.1 vähemmän kuin yksi vuosi
- 8.2 1–3 vuotta
- 8.3 yli 3 vuotta

**9. Haluan vastaisuudessa käydä hammashoidossa**

- 9.1 terveyskeskuksessa
- 9.2 yksityishammaslääkärillä
- 9.3 erikoishammasteknikolla
- 9.4 muualla, missä? \_\_\_\_\_
- 9.5 sekä yksityisellä että terveyskeskushammaslääkärillä

**10. Suuni ja hampaitteni terveydentila on tällä hetkellä mielestäni**

- 10.1 erittäin hyvä
- 10.2 melko hyvä
- 10.3 keskinertainen
- 10.4 melko huono
- 10.5 erittäin huono

### 11. Haluaisin tällä hetkellä hammashoitoa

(Ympyröikää tärkein vaihtoehto)

- 11.1 kipujen ja vaivojen takia
- 11.2 hampaiston ulkonäön takia
- 11.3 syömis- ja puremishankaluuksien takia
- 11.4 tiedossani olevien reikien tai lohjenneiden paikkojen takia
- 11.5 proteesien korjaamisen tai uusimisen takia
- 11.6 hampaiden tarkastamisen takia
- 11.7 En mielestäni tarvitse hammashoitoa tällä hetkellä ollenkaan.

### 12. Haluan käydä hammashoidossa

- 12.1 ainoastaan silloin, kun minulla on kipuja tai vaivoja suussani
- 12.2 säännöllisin väliajoin, vaikka minulla ei olisikaan mitään kipuja tai vaivoja suussani

### 13. Kun haluan tarkistuttaa suuni ja hampaitteni kunnon, vaikka minulla ei ole vaivoja, voin odottaa vastaanotolle pääsyä

- 13.1 korkeintaan viikon
- 13.2 korkeintaan yhden kuukauden
- 13.3 korkeintaan kolme kuukautta
- 13.4 korkeintaan kuusi kuukautta
- 13.5 yli kuusi kuukautta, pääasiassa, että saan ajan

### 14. Mikäli tarvitsen hammashoidossa useampia hoitokäyntejä, toivoisin että käyntien väli on

- 14.1 viikko tai vähemmän
- 14.2 noin kuukausi
- 14.3 kolme kuukautta tai enemmän
- 14.4 käytäntien välisellä ajalla ei ole minulle merkitystä, jos minulla ei ole vaivaa

### 15. Tietoa koko Jyväseudun sekä julkisista että yksityisistä hammashoito- ja päivystyspalveluista pitäisi mielestäni saada

- 15.1 yhdestä puhelnumerosta ja internetsivuilta
- 15.2 pysyvästä lehti-ilmoituksesta
- 15.3 kaikista edellä mainituista
- 15.5 nykyinen ilmoituskäytäntö on riittävä

### 16. Hammassärkyyn tai muuhun kiireelliseen vaivaan tulee mielestäni saada apua

- 16.1 vain joka arkipäivä ma-pe asuinkuntani alueelta
- 16.2 joka arkipäivä ma-pe asuinkuntani alueelta, sen lisäksi viikonloppuna sekä pyhäpäivinä ensiapupalvelut keskitetysti Jyväskylästä
- 16.3 muu järjestely, mikä? \_\_\_\_\_

### 17. MitEN TÄRKEITÄ seuraavat hammashoitoon liittyvät ovat teille? Ympyröikää se vastausvaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettänne. Käytäkää asteikkoa 1 = erittäin tärkeää .....5 = ei lainkaan tärkeää.

	1	2	3	4	5	Ei lain- kaan
1 Minut kutsutaan tarkastukseen sovittuun aikaan kuluuttua.	1	2	3	4	5	Ei
2 Hoitoon pääsee myös iltapäivällä.	1	2	3	4	5	lain- kaan
3 Saan vastaanottoajan riittävän nopeasti.	1	2	3	4	5	
4 Saan valita hammaslääkäriini.	1	2	3	4	5	
5 Saan valita minua hoitavan muun hoitohenkilön.	1	2	3	4	5	
6 Voin olla jatkuvasti saman hammaslääkäriin hoidossa.	1	2	3	4	5	
7 Voin olla jatkuvasti saman muun hoitohenkilön hoidossa.	1	2	3	4	5	
8 Tarjolla on kohtuuhintaisia hoitovaihtoehtoja.	1	2	3	4	5	
9 Minulle kerrotaan suun sairauksista ja niiden hoidosta.	1	2	3	4	5	
10 Minulle esitetään eritasoisia ja -hintaisia hoitovaihtoehtoja ja saan vaikuttaa hoitooni.	1	2	3	4	5	
11 Minua neuvotaan siitä, miten itse voin ehkäistä hampaiden ja suun sairauksia.	1	2	3	4	5	
12 Saamani hoito ja ohjeet tekevät mahdolliseksi terveyden säilyttämisen kotihoidon avulla.	1	2	3	4	5	
13 Yksilölliset toiveeni ja mahdollisuuteni otetaan riittävästi huomioon.	1	2	3	4	5	
14 Jos minulla on paljon hoidon tarvetta, käyn mieluummin useita kertoja lyhyillä hoitokäynneillä.	1	2	3	4	5	
15 Jos minulla on paljon hoidon tarvetta, käyn mieluummin pitkillä hoitokäynneillä, jolloin tehdään mahdollisimman paljon toimenpiteitä.	1	2	3	4	5	
16 Hammashoitopelkoa pyritään lievittämään.	1	2	3	4	5	
17 Hoito on helläkäsitä ja kivutonta.	1	2	3	4	5	

### KIIITOS VASTAUKSISTANNE!

Mikäli Teillä on meille muuta kerrottavaa liittyen hammashuollon toimintaan, voitte kirjoittaa ter-  
veysenne tähän ja jatkaa takalehdelle:

## Arvoisa Jyväskylän seudun päättäjä

Jyväskylän terveydenhuollossa johtavassa/päätävässä asemassa oleville lähetettiin keväällä 2003 kysely. Se liittyi osana sosiaali- ja terveysministeriön ja alueen terveyskeskusten kehittämishankkeeseen, jonka avulla pyritään kohdentamaan suun terveydenhuoltopalvelut oikein ja tehokkaasti väestön odottamalla tavalla.

Kysely toistetaan nyt vähän laajempaan ja se lähetetään useammalle Jyväskylän seudun päättäjälle ja johtavalle viranhaltijalle.

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin ja palauttamaan lomake tutkijalle oheisessa kirjekuoressa viimeistään 23.3.2005 mennessä. Käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti eikä vastaajan henkilöllisyys tule raportoinnissa esiin.

Pirkko Paavola  
tutkija  
Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskus  
p 050 5225148

Paavo Luukkonen  
hammashuollon johtaja  
Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskus

Pentti Alanen  
professori  
Turun yliopisto

## 2. Toimin luottamushenkilönä

- 2.1 Jyväskylässä
- 2.2 Jyväskylän maalaiskunnassa
- 2.3 Korpilahdella
- 2.4 Laukaassa
- 2.5 Muuramessa
- 2.6 Petäjävedellä
- 2.7 Toivakassa
- 2.8 Uuraisilla
- 2.9 Hankasalmella
- 2.10 Palokan terveydenhuollon kuntayhtymässä
- 2.11 Korpilahden—Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymässä

## 3. Toimin edellä mainitussa kunnassa ja/tai kuntayhtymässä

- 3.1 Hallituksen/autakunnan/valtuuston jäsenenä
- 3.2 Johtavana lääkärinä/ylilääkärinä
- 3.3 Johtava hoitajana/ylivoitajana
- 3.4 Talousjohtajana/talouspääliikkönä
- 3.5 Kunnanjohtajana
- 3.6 Sosiaalijohtajana/Sosiaali- ja terveysjohtajana
- 3.7 Muussa johtavassa asemassa, missä \_\_\_\_\_

## 4. Olen

- 4.1 Nainen
- 4.2 Mies

## 5. Ikäni on \_\_\_\_\_ vuotta

## 1. Toimin johtavana viranhaltijana

- 1.1 Jyväskylässä
- 1.2 Jyväskylän maalaiskunnassa
- 1.3 Korpilahdella
- 1.4 Laukaassa
- 1.5 Muuramessa
- 1.6 Petäjävedellä
- 1.7 Toivakassa
- 1.8 Uuraisilla
- 1.9 Hankasalmella
- 1.10 Palokan terveydenhuollon kuntayhtymässä
- 1.11 Korpilahden—Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymässä

## 6. Rengastakaa kolme mielestänne tärkeintä yhteistyömuotoa, josta olisi eniten hyötävä eri kuntien välillä suun terveydenhuollossa.

- 6.1 Viikonloppupäivystys
- 6.2 Yhteistyö erityisosaamista vaativien potilaiden hoidossa
- 6.3 Koulutusyhteistyö
- 6.4 Tutkimus- ja kehittämis työ
- 6.5 Terveyden edistämis työ
- 6.6 Tiedotusyhteistyö
- 6.7 Neuvonta ja palveluohjaus, yhteinen ”callcenter”
- 6.8 Muu, mikä \_\_\_\_\_

7. Rengastakaa kolme mielestänne tärkeintä yhteistyömuotoa, josta olisi eniten hyötyä omassa kunnassanne suun terveydenhuollon ja kunnan muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden välillä.
- 7.1 Koulutusyhteistyö
  - 7.2 Tutkimus- ja kehittämissyö
  - 7.3 Tiedotusyhdistyö
  - 7.4 Terveystieteiden edistämisyö
  - 7.5 Potilaskonsultaatit
  - 7.6 Asiakkaiden neuvonta ja palveluohjaus, yhteinen ”callcenter”
  - 7.7 Yhteiset tukipalvelut esim. välinehuolto, toimistopalvelu
  - 7.8 Muu, mikä \_\_\_\_\_

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä vain yksi vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa Teitä tai Teidän mielipidettä tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun kohtaan.

8. Olen viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa
- 8.1 Säännöllisesti
  - 8.2 Epäsäännöllisesti
  - 8.3 En ollenkaan

9. Mikäli olen viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa, olen käynyt pääsääntöisesti
- 9.1 Terveystieteiden hammashoitolassa
  - 9.2 Yksityisellä hammaslääkärillä
  - 9.3 Erikoishammasteknikolla
  - 9.4 Muualla, missä \_\_\_\_\_

(esim. ulkomailta, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä, sairaalassa)

10. Haluan vastaisuudessa käydä hammashoidossa
- 10.1 Terveystieteiden hammashoitolassa
  - 10.2 Yksityisellä hammaslääkärillä
  - 10.3 Erikoishammasteknikolla
  - 10.4 Muualla, missä? \_\_\_\_\_
  - 10.5 Sekä yksityisellä että terveystieteiden

11. Edellisestä käynnistäni hammashoidossa on kulunut
- 11.1 Vähemmän kuin yksi vuosi
  - 11.2 1–3 vuotta
  - 11.3 Yli 3 vuotta

12. Haluan käydä hammashoidossa

- 12.1 Ainoastaan silloin, kun minulla on kipuja tai vaivoja suussani
- 12.2 Säännöllisin väliajoin, vaikka minulla ei olisikaan mitään kipuja tai vaivoja
- 12.3 Epäsäännöllisesti

13. Suuni ja hampailleni terveydentila on tällä hetkellä mielestäni

- 13.1 Erittäin hyvä
- 13.2 Melko hyvä
- 13.3 Keskimääräinen
- 13.4 Melko huono
- 13.5 Erittäin huono

14. Haluaisin tällä hetkellä hammashoitoa (ympyröikää tärkein vaihtoehto)

- 14.1 Kipujen ja vaivojen vuoksi
- 14.2 Hampaiston ulkonäön vuoksi
- 14.3 Syömis- ja puremishankaluksien vuoksi
- 14.4 Tiedossani olevien reikien tai lohjenneiden paikkojen takia
- 14.5 Proteesien korjaamisen tai uusimisen takia
- 14.6 Suun ja hampaiden tarkastamisen takia
- 14.7 En mielestäni tarvitse hammashoitoa tällä hetkellä ollenkaan

15. Mikäli tarvitsen hammashoidossa useampia hoitokäyntejä, toivoisin että käyntien väli on

- 15.1 Viikko tai vähemmän
- 15.2 Noin kuukausi
- 15.3 Kolme kuukautta tai enemmän
- 15.4 Käyntien välisellä ajalla ei ole merkitystä, jos minulla ei ole vaivaa

16. Kun haluan tarkistuttaa suuni ja hampailleni kunnan, vaikka minulla ei ole vaivoja, voin odottaa vastaanotolle pääsyä

- 16.1 Korkeintaan viikon
- 16.2 Korkeintaan yhden kuukauden
- 16.3 Korkeintaan kolme kuukautta
- 16.4 Korkeintaan kuusi kuukautta
- 16.5 Yli kuusi kuukautta, pääasia, että saan ajan

17. Tietoa koko Jyväskunnan sekä julkista että yksityisistä hammashoito- ja päivystyspalveluista pitäisi mielestäni saada

- 17.1 Yhdestä puhelinnumerosta ja internetsivuilta
- 17.2 Pysyvistä lehti-ilmoituksesta
- 17.3 Kaikista edellä mainituista
- 17.4 Nykyinen ilmoituskäytäntö on riittävä

18. Miten tärkeinä pidätte seuraavia hammashoittoon liittyviä asioita? Ympyröikää se vastausvaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettäanne.  
Käyttäkää asteikkoa 1 = erittäin tärkeää .....5 = ei lainkaan tärkeää.

	Erittäin tärkeää	Melko osaa tärkeää	En kovin tärkeää	Ei lainkaan tärkeää
1 Suun terveydenhuollossa tehdään yhteistyötä alueen eri kuntien välillä.	1	2	3	4
2 Potilaat kutsutaan tarkastukseen sovittuun aikaan kuluttua.	1	2	3	4
3 Potilaat pääsevät hoitoon myös iltaisin.	1	2	3	4
4 Potilaat saavat vastaanottoajan riittävän nopeasti.	1	2	3	4
5 Potilaat saavat valita hammaslääkärimsä.	1	2	3	4
6 Potilaat saavat valita häntä hoitavan muun hoitohenkilön.	1	2	3	4
7 Potilas voi olla jatkuvasti saman hammaslääkäriin hoidossa.	1	2	3	4
8 Potilas voi olla jatkuvasti saman muun hoitohenkilön hoidossa.	1	2	3	4
9 Potilaille on tarjolla kohtuuhintaisia hoitovaihtoehtoja.	1	2	3	4
10 Potilaille kerrotaan suun sairauksista ja niiden hoidosta.	1	2	3	4
11 Potilaalle esitetään eritasoisia ja -hintaisia hoitovaihtoehtoja ja hän saa vaikuttaa hoitoonsa.	1	2	3	4
12 Potilasta neuvotaan siitä, miten hän voi ehkäistä hampaiden ja suun sairauksia.	1	2	3	4
13 Potilaan saama hoito ja ohjeet tekevät mahdolliseksi terveyden säilyttämisen kotihoidon avulla.	1	2	3	4
14 Potilaiden yksilölliset toiveet ja mahdollisuudet otetaan riittävästi huomioon.	1	2	3	4
15 Jos potilaalla on paljon hoidon tarvetta, hoitojaksoon varataan useita lyhyitä hoitokäyntejä.	1	2	3	4
16 Jos potilaalla on paljon hoidon tarvetta, hoito toteutetaan pitkällä hoitokäynnillä, jolloin tehdään mahdollisimman paljon toimenpiteitä.	1	2	3	4
17 Potilaiden hammashoitopelkoa pyritään lievittämään.	1	2	3	4
18 Potilaiden saama hoito on helläkäsitteistä ja kivutonta.	1	2	3	4

19. Kuinka paljon Teidän mielestänne seuraavat asiat vaikuttavat hammashuollon työtehtävien työmotivaatioon?  
Arvioikaa asian työmotivaatioon vaikuttava merkitys asteikolla 1 = erittäin paljon .....5 = erittäin vähän ja ympyröikää numero.

	Erittäin paljon	Melko osaa paljon	Melko vähän	En osaa sanoa	Erittäin vähän
1 Palkan suuruus	1	2	3	4	5
2 Kannustava palkkaus: oikeudenmukaiset palkkasuhteet, jolloin on otettu huomioon tehtävien vaativuus, henkilökohtainen pätevyys ja työssä saavutetut tulokset	1	2	3	4	5
3 Mahdollisuus vaikuttaa ja olla mukana oman työyksikkönsä toiminnan kehittämisessä	1	2	3	4	5
4 Mahdollisuutta vaikuttaa ja olla mukana koko hammashuollon toiminnan kehittämisessä	1	2	3	4	5
5 Työtovereiden sanallinen kannustus/hyvä palaute	1	2	3	4	5
6 Esimiehen sanallinen kannustus/hyvä palaute	1	2	3	4	5
7 Mahdollisuus oppia ja kehittyä työssä	1	2	3	4	5
8 Mahdollisuus edetä uralla	1	2	3	4	5
9 Mahdollisuus saada täydennyskoulutusta	1	2	3	4	5
10 Työpaikan hyvä ilmapiiri	1	2	3	4	5
11 Työtehtävien oikea jako	1	2	3	4	5
12 Selkeät vastuut työtehtävissä	1	2	3	4	5
13 Mahdollisuus pitää taukoja sopivasti	1	2	3	4	5
14 Mahdollisuus joustaviin työaikoihin	1	2	3	4	5
15 Mahdollisuus vaikuttaa työtahtiin	1	2	3	4	5
16 Päivittäinen aikataulussa pysyminen potilasajojen suhteen	1	2	3	4	5
17 Kiireettömyys	1	2	3	4	5
18 Sopiva työ määrä	1	2	3	4	5
19 Toimivat työtilat	1	2	3	4	5
20 Hyvät työvälineet	1	2	3	4	5
21 Osaamista vastaavat työtehtävät	1	2	3	4	5
22 Työtehtävät, joilla on merkitystä	1	2	3	4	5
23 Mielihyvää tuottava työ	1	2	3	4	5
24 Oikeudenmukainen kohtelu työpaikalla	1	2	3	4	5

**KIITOS VASTAUKSISTANNE! Mikäli Teillä on meille muuta kerrottavaa liittyen hammashuollon toimintaan ja yhteistyöhön, voitte kirjoittaa terveisenne takalehdelle.**

### Arvoisa Jyvässeudun hammashuollon työntekijä

Oheinen kysely liittyy Jyvässeudun hammashuollon kehittämishankkeeseen ja se kohdistetaan kaikille hankealueen hammashuollon työntekijöille. Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin. Jokainen vastaus on tärkeä, jotta voimme saada mahdollisimman kattavan kuvan hanke-alueemme henkilökunnan näkemyksistä. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä vastaajan henkilöllisyys tule kyselyn raportoinnissa esiin.

Hankkeen johtoryhmiä

Vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa Teitä, Teidän mielipidettäanne ja Teidän työskentelyänne tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun kohtaan.

#### 1. Nykyinen työnantaja

- 1.1 Jyväskylän kaupunki
- 1.2 Korpilahden–Muuramen terveydenhuollon ky
- 1.3 Laukaan kunta
- 1.4 Palokan terveydenhuollon ky

#### 2. Sukupuoli

- 3.1 nainen
- 3.2 mies

#### 3. Ammatti

- 3.1 Hml
- 3.2 hahu/suhygienisti
- 3.3 hh
- 3.4 toimistotyöntekijä
- 3.5 välinehuoltaja
- 3.6 Muu, mikä \_\_\_\_\_

#### 4. Ikä ja kokemus nykyisessä ammatissa

- 4.1 Ikä \_\_\_\_\_ vuotta
- 4.2 Kokemus nykyisessä ammatissa \_\_\_\_\_ vuotta

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa Teitä ja Teidän mielipidettäanne ollessanne itse hammashuollon palvelujen käyttäjinä.

#### 5. Olen viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa

- 5.1 säännöllisesti
- 5.2 epäsäännöllisesti
- 5.3 en ollenkaan

#### 6. Olen viimeisen viiden vuoden aikana käynyt hammashoidossa pääsääntöisesti

- 6.1 terveyskeskuksen hammashoitolassa
- 6.2 yksityisellä hammaslääkärillä
- 6.3 erikoishammaslääkärillä
- 6.4 muualla, missä \_\_\_\_\_  
(esim. ulkomailla, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä, sairaalassa)

#### 7. Edellisestä käynnistäni hammashoidossa on kulunut

- 7.1 vähemmän kuin yksi vuosi
- 7.2 1–3 vuotta
- 7.3 yli 3 vuotta

#### 8. Haluan vastaisuudessa käydä hammashoidossa

- 8.1 terveyskeskuksessa
- 8.2 yksityishammaslääkärillä
- 8.3 erikoishammaslääkärillä
- 8.4 muualla, missä? \_\_\_\_\_
- 8.5 sekä yksityisellä että terveyskeskushammaslääkärillä

#### 9. Suuni ja hampaitteni terveydentila on tällä hetkellä mielestäni

- 9.1 erittäin hyvä
- 9.2 melko hyvä
- 9.3 keskinkertainen
- 9.4 melko huono
- 9.5 erittäin huono

### 10. Haluaisin tällä hetkellä hammashoitoa

(Ympyröikää tärkein vaihtoehto)

- 10.1 kipujen ja vaivojen takia
- 10.2 hampaiston ulkonäön takia
- 10.3 syömis- ja puremishankaluuksien takia
- 10.4 tiedossani olevien reikien tai lohjenneiden paikkojen takia
- 10.5 proteesien korjaamisen tai uusimisen takia
- 10.6 hampaiden tarkastamisen takia
- 10.7 En mielestäni tarvitse hammashoitoa tällä hetkellä ollenkaan.

### 11. Haluan käydä hammashoidossa

- 11.1 ainoastaan silloin, kun minulla on kipuja tai vaivoja suussani
- 11.2 säännöllisin väliajoin, vaikka minulla ei olisikaan mitään kipuja tai vaivoja suussani

### 12. Kun haluan tarkistuttaa suuni ja hampaitteni kunnon, vaikka minulla ei ole vaivoja, voin odottaa vastaanotolle pääsyä

- 12.1 korkeintaan viikon
- 12.2 korkeintaan yhden kuukauden
- 12.3 korkeintaan kolme kuukautta
- 12.4 korkeintaan kuusi kuukautta
- 12.5 yli kuusi kuukautta, pääasia, että saan ajan

### 13. Mikäli tarvitsen hammashoidossa useampia hoitokäyntejä, toivoisin että käyntien väli on

- 13.1 viikko tai vähemmän
- 13.2 noin kuukausi
- 13.3 kolme kuukautta tai enemmän
- 13.4 käyntien välisellä ajalla ei ole minulle merkitystä, jos minulla ei ole vaivaa

### 14. Tietoa koko Jyväseudun sekä julkista että yksityisistä hammashoito- ja päivystyspalveluista pitäisi mielestäni saada

- 14.1 yhdestä puhelinnumerosta ja internetsivuilta
- 14.2 pysyväästä lehti-ilmoituksesta
- 14.3 kaikista edellä mainituista
- 14.4 nykyinen ilmoituskäytäntö on riittävä

### 15. Hammassärkyyn tai muuhun kiireelliseen vaivaan tulee mielestäni saada apua

- 15.1 vain joka arkipäivä ma-pe asuinkuntani alueelta
- 15.2 joka arkipäivä ma-pe asuinkuntani alueelta, sen lisäksi viikonloppuna sekä pyhäpäivinä ensiapupalvelut keskitetysti Jyväskylästä
- 15.3 muu järjestely, mikä? \_\_\_\_\_

### 16. Miten TÄRKEITÄ seuraavat hammashoitoon liittyvät ovat Teille ollessanne itse hammashuollon palvelujen käyttäjinä?

Ympyröikää se vastausvaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettänne. Käyttökää asteikkoa 1 = erittäin tärkeää .....5 = ei lainkaan tärkeää.

	Erittäin tärkeää	Melko tärkeää	En osaa sanoa	Kovin tärkeää	Ei lainkaan tärkeää
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa Teidän mielipidettänne siitä, miten työvähteisönne hammashuollon palveluja tulisi järjestää.

17. **Kun potilas haluaa tarkistuttaa suunsa ja hampaitensa kunnan, vaikka hänellä ei ole vaivoja, voi hän mielestäni odottaa vastaanotolle pääsyä**

- 17.1 korkeintaan viikon
- 17.2 korkeintaan yhden kuukauden
- 17.3 korkeintaan kolme kuukautta
- 17.4 korkeintaan kuusi kuukautta
- 17.5 yli kuusi kuukautta, pääasiassa, että saan ajan

18. **Mikäli potilaan hammashoito edellyttää useampia hoitokäyntejä, toivoisin että käyntien väli on**

- 18.1 viikko tai vähemmän
- 18.2 noin kuukausi
- 18.3 kolme kuukautta tai enemmän
- 18.4 käyntien välisellä ajalla ei ole minulle merkitystä, jos minulla ei ole vaivaa

19. **Tietoa koko Jyväseudun sekä julkisista että yksityisistä hammashoito- ja päivystyspalveluista pitäisi mielestäni saada**

- 19.1 yhdestä puhelimenumerosta ja internetsivuilta
- 19.2 pysyvistä lehti-ilmoituksesta
- 19.3 kaikista edellä mainituista
- 19.4 nykyinen ilmoituskäytäntö on riittävä

20. **Hammassärkyyn tai muuhun kiireelliseen vaivaan tulee potilaan saada apua**

- 20.1 vain joka arkipäivä ma-pe asuinkuntani alueelta
- 20.2 joka arkipäivä ma-pe asuinkuntani alueelta, sen lisäksi viikonloppuna sekä pyhäpäivinä ensiapupalvelut keskitetysti Jyväskylästä
- 20.3. muu järjestely, mikä? \_\_\_\_\_

21. **Miten TÄRKEITÄ Teidän mielestänne seuraavat seikat ovat, kun oman työvähteisönne hammashoitopalveluja tulevaisuudessa järjestetään**  
Ympyröikää se vastausvaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettänne.  
Käyttäkää asteikkoa 1 = erittäin tärkeää .....5 = ei lainkaan tärkeää

	Erittäin tärkeää	Melko tärkeää	En osaa sanoa	Ei kovin tärkeää	Ei lainkaan tärkeää
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5

Tähän osioon vastaavat vain kliiniseen potilastyöskentelyyn suoraan osallistuvat henkilöt.

22. Miten seuraavat hammashoittoon liittyvät seikat **TOTEUTUVAT ARKISSA KÄYTÄNNÖSSÄNNE**, kun hoitate asiakkaitanne yksin tai yhdessä työparinne kanssa ? Ympyröikää se vastausvaihtoehto, joka parhaiten kuvaa **OMIA HAVAINTOJANNE**. Käyttäkää asteikkoa 1 = erittäin usein .....5 = ei juuri koskaan.

	En		Melko usein		Melko harvoin		Ei juuri koskaan	
	1	2	3	4	5	1	2	3
1 Potilaat kutsutaan tarkastukseen sovittun ajan kuluttua.	1	2	3	4	5			
2 Potilaat pääsevät hoitoon myös iltaisin.	1	2	3	4	5			
3 Potilaat saavat vastaanottoajan riittävän nopeasti.	1	2	3	4	5			
4 Potilaat saavat valita hammaslääkäriänsä.	1	2	3	4	5			
5 Potilaat saavat valita häntä hoitavan muun hoitohenkilön.	1	2	3	4	5			
6 Potilaat voivat olla jatkuvasti saman hammaslääkäriin hoidossa.	1	2	3	4	5			
7 Potilaat voivat olla jatkuvasti saman muun hoitohenkilön hoidossa.	1	2	3	4	5			
8 Potilaille on tarjolla kohtuuhintaisia hoitovaihtoehtoja.	1	2	3	4	5			
9 Potilaille kerrotaan suun sairauksista ja niiden hoidosta.	1	2	3	4	5			
10 Potilaille esitetään eritasoisia ja -hintaisia hoitovaihtoehtoja ja saan vaikuttaa hoitoon.	1	2	3	4	5			
11 Potilaita neuvotaan siinä, miten itse voim ehkäistä hampaiden ja suun sairauksia.	1	2	3	4	5			
12 Potilaiden saama hoito ja ohjeet tekevät mahdolliseksi terveyden säilyttämisen kotihoidon avulla.	1	2	3	4	5			
13 Potilaiden yksilölliset toiveet ja mahdollisuudet otetaan riittävästi huomioon.	1	2	3	4	5			
14 Jos potilaalla on paljon hoidon tarvetta, niin hoito tapahtuu mieluummin lyhyillä hoitokäynneillä, jolloin tehdään vähän toimenpiteitä.	1	2	3	4	5			
15 Jos potilaalla on paljon hoidon tarvetta, niin hoito tapahtuu mieluummin pitkillä hoitokäynneillä, jolloin tehdään paljon toimenpiteitä.	1	2	3	4	5			
16 Potilaiden hammashoitopelkoa pyritään lievittämään.	1	2	3	4	5			
17 Potilaiden saama hoito on helläkäsitä ja kivutonta.	1	2	3	4	5			

**KIITOS VASTAUKSISTANNE!**

**LIITE 6.**  
**Työhyvinvointi- ja**  
**työmotivaatiokysely**

**ARVOISA JYVÄSSEUDUN HAMMASHUOLLON TYÖNTEKIJÄ**

**1. JYVÄSKYLÄN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUKESKUKSESSA**

**2. PALOKAN TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄSSÄ**

**3. KORPILAHDEN-MURAMEN KUNTAYHTYMÄSSÄ**

**4. LAUKAAN TERVEYSKESKUKSESSA**

**5. HANKASALMEN TERVEYSKESKUKSESSA**

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää Jyvässeudun hammashuollon henkilöstön näkemyksiä omasta työstään, organisaatiostaan ja työhyvinvoinnistaan. Kysely tehdään samanlaisena Jyväshankkeeseen kuuluvien terveyskeskusten hammashuoltoissa ja Jyväskylän kaupungin yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla.

Kysely tehdään nimettömänä. Vastauksista ei pystytä saamaan selville vastaajan henkilöllisyyttä eikä toimipaikkaa. Kyselystä saatavat tulokset auttavat hammashuollon toiminnan kehittämisessä ja henkilöstön työhyvinvoinnin parantamisessa.

Pyydämme Sinua ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin ja palauttamaan kaavake nimettömänä erillisessä kirjeuoressa **30. tammikuuta 2004 mennessä** vastaavalle suhygienistille Tarja Parhialalle/ osastonhoitaja Terttu Hyväriselle/vastaavalle hammashuoltajalle Irma Pitkäselle/vastaavalle hammashuoltajalle Eila Kerkeälle/ vastaavalle hammaslääkärille Pekka Helinille.

Kiitos vaivannäöstäsi!  
**Hankkeen johtoryhmä**

**5. tammikuuta 2004**

**ARVOISA YKSITYISSEKTORIN HAMMASHUOLLON TYÖNTEKIJÄ**

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää **Jyväskylän kaupungin alueen yksityishammaslääkäri-vastaanottojen henkilöstön** näkemyksiä omasta työstään, organisaatiostaan ja hyvinvoinnistaan.

Kysely liittyy yhdeksän kunnan kehittämishankkeeseen, Jyväshankkeeseen, jonka tavoitteena on hyödyntää nykyistä tehokkaammin alueella sijaitsevat julkisen ja yksityisen perus- ja erikoistason hammashuollon voimavarat. Hankkeen johtoryhmässä on kutsuttuna yksityissektorilta HLT Kaisa Heikinheimo ja ohjausryhmässä Hammaslääkäriliiton varatoiminnanjohtaja Anja Eerola. Kysely tehdään samanlaisena hankkeiden hammashuoltoissa ja Jyväskylän kaupungin yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla.

**Kysely tehdään nimettömänä. Vastauksista ei pystytä saamaan selville vastaajan henkilöllisyyttä eikä toimipaikkaa.** Kyselyn tulokset raportoidaan 19. helmikuuta 2004 pidettävässä Hammaslääkäriliiton ja Jyväshankkeen yhteisessä tilaisuudessa (kutsu tilaisuuteen myöhemmin). Tämän

tilaisuuden tarkoituksena on tehdä tutuksi Jyväshankkeen tavoitteet ja virittää keskustelua sektoreiden välisestä yhteistyöstä.

Pyydämme Sinua ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin ja palauttamaan kaavake nimettömänä oheisessa postimerkillä varustetussa kuoressa yhdessä **koulutuskyselyn** (hammaslääkärit myös **resurssikyselyn**) kanssa **HLT Kaisa Heikinheimolle 23. tammikuuta 2004 mennessä**. Kyselystä saatavat tulokset auttavat yksityishammaslääkäreitä vastaanottojensa toiminnan kehittämisesä.

Kiitos vaivannäöstäsi!

**Pirkko Paavola, tutkimuksen suorittaja**

**Kaisa Heikinheimo**

**Anja Eerola**

**5. tammikuuta 2004**

**HYVÄ HAMMASHUOLLON TYÖNTEKIJÄ**

Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa Fossaka-projektiin osallistuvien terveyskeskusten hammashuollon henkilöstön mielipiteitä liittyen hammashuollon toimintaan. Kyselyn tulosten perusteella tehdään kehittämisehdotuksia toiminnan parantamiseksi. Tämä kysely tukee hammashuollon kehittämistä ja laatu työtä.

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin ja palauttamaan kaavake nimettömänä oheisessa kirjeuoressa sisäpostitse hammashuollon toimistoon **30.6.2003** mennessä. Vastauksista ei pysty saamaan selville vastaajan henkilöllisyyttä. Jotta toimintaa voidaan kehittää oikeaan suuntaan, jokaisen mielipide on tärkeä.

Vastaa kysymyksiin ympyröimällä yksi vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa Sinua tai mielipidettäsi. Kiitos vaivannäöstäsi!

**Kesäkuussa 2003**

**Seppo Mäkelä, johtava hammaslääkäri, Salon seudun kansanterveysyön kuntayhtymä**

**Olli Lähteenoja, ylilhammaslääkäri, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä**

**Jouko Kallio, ylilhammaslääkäri, Kaarinan-Pitkäntien terveyskeskuskuntayhtymä**

Vastaathan kysymyksiin ympyröimällä se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa Sinua tai mielipidettäsi. Jokaisen vastaus on tärkeä!

### 1. Toimin (pääsääntöisesti)

- 1.1 hammaslääkärinä  
 1.2 suuhygienistinä  
 1.3 hammashoitajana  
 1.4 muissa tehtävissä (esim. vastaanottoavustajana, välinehuoltajana)

### 2. Ympyröi se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi tämänhetkiseen työhösi liittyvissä asioissa asteikolla 1 = täysin samaa mieltä .....5 = täysin eri mieltä.

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En osaa sanoa	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
<b>2.1</b> Minulla on hyvät mahdollisuudet osallistua työyksikköni (hammashoitolani) kehittämiseen	1	2	3	4	5
<b>2.2</b> Minulla on hyvät mahdollisuudet osallistua koko hammashuollon toiminnan kehittämiseen <sup>1</sup>	1	2	3	4	5
<b>2.3</b> Tiedän, mitkä ovat työyksikköni tavoitteet	1	2	3	4	5
<b>2.4</b> Minulla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa työyksikköni tavoiteaseteluun	1	2	3	4	5
<b>2.5</b> Tiedän, mitkä ovat koko hammashuollon tavoitteet <sup>1</sup>	1	2	3	4	5
<b>2.6</b> Minulla on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa koko hammashuollon tavoiteaseteluun <sup>1</sup>	1	2	3	4	5

### 3. Ympyröi se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi tämänhetkiseen työhösi liittyvissä asioissa asteikolla 1 = täysin samaa mieltä .....5 = täysin eri mieltä.

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En osaa sanoa	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
<b>3.1</b> Minulla on hyvät mahdollisuudet oppia ja kehittyä työssäni	1	2	3	4	5
<b>3.2</b> Minulla on hyvät mahdollisuudet saada täydennyskoulutusta	1	2	3	4	5
<b>3.3</b> Saan usein kannustusta työyksikköissäni työtovereiltani	1	2	3	4	5
<b>3.4</b> Saan usein kannustusta lähimmältä esimieheltäni/ hammashoitolani vastuuhenkilöltä	1	2	3	4	5
<b>3.5</b> Saan usein hyvää palautetta potilailta	1	2	3	4	5
<b>3.6</b> Työyksikköni ilmapiiri on hyvä	1	2	3	4	5
<b>3.7</b> Työtehtävien jako aiheuttaa työyksikköissäni ristiriitoja	1	2	3	4	5
<b>3.8</b> Töiden erilainen suorittamistapa ja erilaiset työmenetelmät aiheuttavat työyksikköissäni ristiriitoja	1	2	3	4	5
<b>3.9</b> Vastuuta koskevat asiat aiheuttavat työyksikköissäni ristiriitoja	1	2	3	4	5
<b>3.10</b> Työyksikköissäni ristiriidat johtuvat työntekijöiden persoonallisista ominaisuuksista	1	2	3	4	5
<b>3.11</b> Työyksikköissäni työaikajärjestelyissä joustetaan hyvin työntekijöiden tarpeen mukaan	1	2	3	4	5
<b>3.12</b> Voin vaikuttaa siihen, että päivittäinen työtahti työssäni on sopiva	1	2	3	4	5
<b>3.13</b> Pääsen pitämään taukoja työtehtävien lomassa etukäteissuunnitelmien mukaisesti	1	2	3	4	5
<b>3.14</b> Työyksikköissäni pysytään päivittäin aikataulussa potilasaikojen suhteen	1	2	3	4	5

<sup>1</sup>Ei yksityissektorin kyselylomakkeessa

**4. Ympyröi se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi tämänhetkiseen työhösi liittyvissä asioissa asteikolla 1 = täysin samaa mieltä .....5 = täysin eri mieltä.**

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En osaa sanoa	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
<b>4.1</b> Tunnen itseni usein uupuneeksi työpaikallani	1	2	3	4	5
<b>4.2</b> Työmääräni on liian suuri	1	2	3	4	5
<b>4.3</b> Työssäni on alituinen kiire	1	2	3	4	5
<b>4.4</b> Työni on fyysisesti raskasta	1	2	3	4	5
<b>4.5</b> Työni on psyykkisesti raskasta	1	2	3	4	5
<b>4.6</b> Teen tyotehtäviä, jotka vastaavat osaamistani	1	2	3	4	5
<b>4.7</b> En pysty tekemään tyotehtäviäni niin hyvin kuin haluaisin	1	2	3	4	5
<b>4.8</b> Työtilat työyksikössäni ovat toimivat	1	2	3	4	5
<b>4.9</b> Työläitteet työyksikössäni ovat hyvät	1	2	3	4	5
<b>4.10</b> Koen tekeväni tyotehtäviä, joilla on merkitystä	1	2	3	4	5
<b>4.11</b> Päivittäisten tyotehtävien hoitaminen tuottaa minulle mielihyvää	1	2	3	4	5
<b>4.12</b> Minua kohdellaan työpaikallani oikeudenmukaisesti	1	2	3	4	5

**5. Kuinka paljon seuraavat asiat vaikuttavat Sinun työmotivaatioosi? Ympyröi kantasi asteikolla 1 = erittäin paljon .....5 = erittäin vähän.**

	Erittäin paljon	Melko paljon	En osaa sanoa	Melko vähän	Erittäin vähän
<b>5.1</b> Palkan suuruus	1	2	3	4	5
<b>5.2</b> Kannustava palkkaus: oikeudenmukaiset palkkasuhteet, jolloin on otettu huomioon tehtävien vaativuus, henkilökohtainen pätevyys ja työssä saavutetut tulokset	1	2	3	4	5
<b>5.3</b> Mahdollisuus vaikuttaa ja olla mukana työyksikköni toiminnan kehittämisessä	1	2	3	4	5
<b>5.4</b> Mahdollisuus vaikuttaa ja olla mukana koko hammashuollon toiminnan kehittämisessä <sup>1</sup>	1	2	3	4	5
<b>5.5</b> Työtovereiden sanallinen kannustus/hyvä palaute	1	2	3	4	5
<b>5.6</b> Esimiehen sanallinen kannustus/hyvä palaute	1	2	3	4	5
<b>5.7</b> Mahdollisuus oppia ja kehittyä työssä	1	2	3	4	5
<b>5.8</b> Mahdollisuus edetä uralla	1	2	3	4	5
<b>5.9</b> Mahdollisuus saada täydennyskoulutusta	1	2	3	4	5

<sup>1</sup>Ei yksityissektorin kyselylomakkeessa

**6. Kuinka paljon seuraavat asiat vaikuttavat Sinun työmotivaatioosi? Ympyröi kantasi asteikolla 1 = erittäin paljon .....5 = erittäin vähän.**

	Erittäin paljon	Melko paljon	En osaa sanoa	Melko vähän	Erittäin vähän
<b>6.1</b> Työpaikan hyvä ilmapiiri	1	2	3	4	5
<b>6.2</b> Työtehtävien oikea jako	1	2	3	4	5
<b>6.3</b> Selkeät vastuut työtehtävissä	1	2	3	4	5
<b>6.4</b> Mahdollisuus pitää taukoja sopivasti	1	2	3	4	5
<b>6.5</b> Mahdollisuus joustaviin työaikoihin	1	2	3	4	5
<b>6.6</b> Mahdollisuus vaikuttaa työahttiin	1	2	3	4	5
<b>6.7</b> Päivittäinen aikataulussa pysyminen potilasaikojen suhteen	1	2	3	4	5
<b>6.8</b> Kiireettömyys	1	2	3	4	5
<b>6.9</b> Sopiva työmäärä	1	2	3	4	5
<b>6.10</b> Toimivat työtilat	1	2	3	4	5
<b>6.11</b> Hyvät työvälineet	1	2	3	4	5
<b>6.12</b> Osaamistani vastaavat työtehtävät	1	2	3	4	5
<b>6.13</b> Työtehtävät, joilla on merkitystä	1	2	3	4	5
<b>6.14</b> Mielhyvää tuottava työ	1	2	3	4	5
<b>6.15</b> Oikeudenmukainen kohtelu työpaikalla	1	2	3	4	5

**Tähän voit kirjoittaa, mitä mieleesi juolahtaa!**