

Marko Elovainio - Timo Sinervo - Laura Pekkarinen

UUSIEN TYÖVÄLINEIDEN OMAKSUMINEN

Asenteet, työn sisältö, yhteistyö ja prosessi
muutosta edistävinä tekijöinä
perusterveydenhuollossa

1/2001

Julkaistu Työsuojelurahaston tuella

ISBN 951-33-1053-1 (verkkojulkaisu)

ISBN 951-33-1098-1 (moniste)

ISSN 1236-9845

Stakesin, Helsinki 2001

Sisällys

JOHDANTO.....	5
ORGANISAATION LAADUN KEHITTÄMISEEN JA HENKILÖSTÖN HYVINVOINTIIN LIITTYVÄT PSYKOSOSIAALISET TEKIJÄT.....	6
ORGANISAATIOTASO	7
RYHMÄTASO.....	8
TYÖTEHTÄVÄN JA YKSILÖN TASO.....	9
TUTKIMUSMENETELMÄT	13
ORGANISAATION TOIMINTATAVAT	13
TYÖYHTEISÖN JA RYHMÄN INNOVATIIVISUUS	13
TYÖN PIIRTEET JA TYÖTYTYVÄISYYS	15
<i>Työn ydinpiirteet.....</i>	<i>16</i>
<i>Työn aiheuttamat yleiset tuntemukset.....</i>	<i>17</i>
TYÖN KUORMITUSTEKIJÄT.....	18
STRESSI	18
ASENTEET HOITOSUOSITUKSIA KOHTAAN.....	19
TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	21
TULOKSET.....	23
TYÖYHTEISÖN PSYKOSOSIAALISET TEKIJÄT	23
<i>Psykososiaaliset tekijät eri ammattiryhmissä</i>	<i>23</i>
Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus ja ryhmän toiminnan laatu.....	23
Työn piirteet ja työtyytyväisyys.....	27
Työn rasitustekijät ja stressioireiden kokeminen.....	31
<i>Työn kehittämiskohteet eri ammattiryhmissä.....</i>	<i>35</i>
<i>Henkilöstön hyvinvointi.....</i>	<i>40</i>
HOITOSUOSITUSASENTEET JA SUOSITUSTEN KÄYTTÖ TERVEYSKESKUKSISSA	44
<i>Mittarin kehittäminen (CPP-14).....</i>	<i>44</i>
<i>Hoitosuositusasenteet.....</i>	<i>44</i>
<i>Hoitosuosituksen käyttöä selittävät psykososiaaliset tekijät.....</i>	<i>47</i>
Pitkittäisaineiston tulokset.....	47
Mitkä psykososiaaliset tekijät vaikuttivat siihen, johtivatko myönteiset asenteet hoitosuositusten käyttöön?.....	50
POHDINTA.....	53
LÄHTEET.....	57

Johdanto

Laadukas terveystakeskus –hanke (Mäkelä & Thorsen 1999) alkoi vuonna 1995 laajana EU-hankkeena, jota koordinoi Danish Institute for Health Research (DSI). Hankkeen tavoitteena oli kehittää ja tutkia lähinnä perusterveydenhuollon hoitosuositusten käyttöönottoon liittyviä tekijöitä. Keskeinen kysymys oli, miten saada erilaiset perusterveydenhuollon toimijat ottamaan vastaan ja soveltamaan uusia hoitosuosituksia. Mukana oli osaprojekteja Norjasta, Espanjasta, Tanskasta, Suomesta, Englannista, Skotlannista ja Hollannista. Tutkimuksen kohteena olivat erilaiset taloudelliset, rakenteelliset, hoitokäytäntöihin ja hoitosuositusten muotoon liittyvät uusien hoitosuositusten käyttöönoton esteet ja edistäjät.

Tässä julkaisussa raportoidaan tuon hankkeen arviointitutkimuksen keskeiset tulokset. Laadukas terveystakeskus – arviointitutkimuksella oli kolme tavoitetta: (1) selvittää mitkä psykososiaaliset tekijät estävät tai edistävät hoitosuositusten hyväksymistä ja käyttöä perusterveydenhuollon työyhteisöissä, (2) kuinka henkilöstön hyvinvointi voidaan muutosprosessissa turvata ja (3) miten mitata erityisesti hoitosuositukseen kohdistuvia asenteita siten, että eri maissa saatuja tuloksia voidaan verrata luotettavasti toisiinsa.

Tutkimuksen aineisto kerättiin yhteensä 18 kunnan terveystakeskuksesta (populaatio n. 3600, n= 2455) vuosien 1995 ja 2000 välisenä aikana yhteensä kuudessa eri vaiheessa. Tulokset julkistettiin kuntien omaan käyttöön kootuissa palaute- ja väliraporteissa, koko Laadukas terveystakeskus – hankkeen loppuraportissa (Elovainio, Eccles & Mäkelä 1999), sekä useissa tieteellisissä artikkeleissa (Elovainio, Kivimäki & Helkama painossa; Elovainio, Mäkelä, Sinervo, Kivimäki, Eccles & Kahan 2000; Elovainio, Kivimäki, Eccles & Sinervo painossa). Yhden kunnan osalta tarkasteltiin erillisestä tilauksesta paitsi sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteja, myös koko muun kunnan muun henkilöstön hyvinvointia ja työyhteisön toimivuutta (Elovainio, Sinervo & Sormunen 1996). Näiden ohella tutkimusta raportoitii Työelämän tutkimus – lehdessä (Sinervo 1999) ja Laadukas terveystakeskus –projektin ”Laatuvenet vesillä” vuosiraportissa (Koivisto, Mäkelä, Nieminen, Outinen & Sainio 1997). Lisäksi tutkimuksessa kehitettiin mittari hoitosuositusasenteiden mittaamiseen (CPP14-mittari) sekä ryhmän toiminnan laadun arvioimiseen ja kehittämiseen Team Climate Inventory

(Short) –käsikirja (Elovainio & Kivimäki 1999; Kivimäki & Elovainio 1999). Tulosten raportoinnissa ja mittareiden kehittämisessä tehtiin tiivistä yhteistyötä Helsingin Yliopiston, Työterveyslaitoksen sekä Newcastle upon Tynen yliopiston tutkijoiden kanssa.

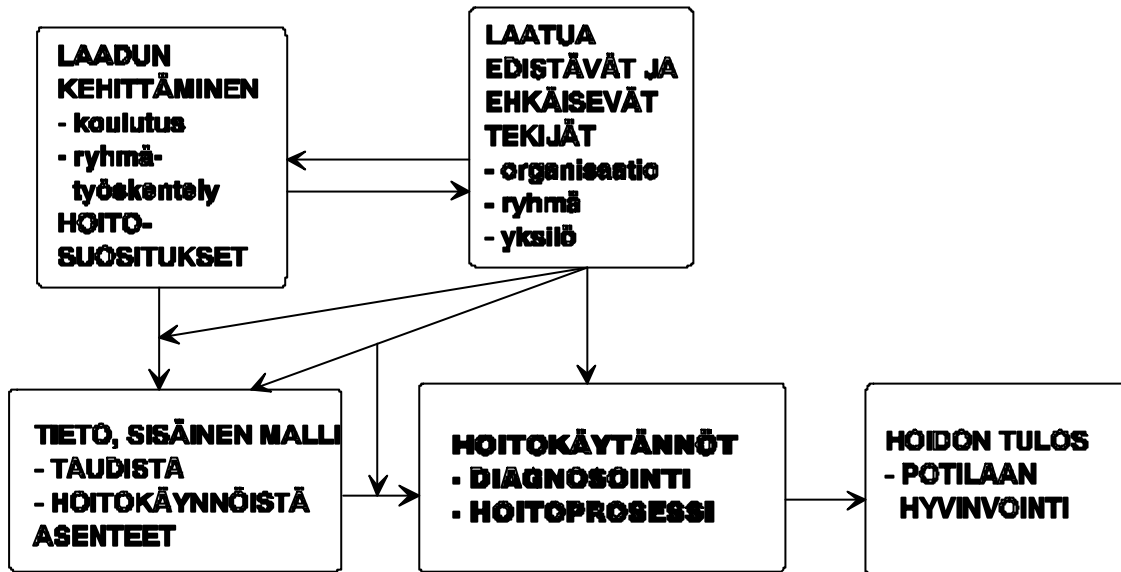
Tässä julkaisussa raportoidaan viimeisen tutkimusvaiheen tulokset sekä kootaan yhteen aiempien artikkeleiden/julkaisujen tärkeimmät tulokset. Tutkimuksen keskeinen tulos on se, että psykososiaaliset tekijät todella vaikuttavat paitsi työntekijöiden hyvinvointiin, myös työyhteisön yleisempiin resursseihin vastaanottaa uutta tietoa ja muovata omaa toimintaansa uudelleen. Henkilöstön hyvinvointi sekä valmius ja mahdollisuudet ottaa vastaan ja käyttää uusia työvälineitä ovat lisäksi tiiviisti sidoksissa toisiinsa.

Organisaation laadun kehittämiseen ja henkilöstön hyvinvointiin liittyvät psykososiaaliset tekijät

Aiempien tutkimusten perusteella jaotelimme organisaation toiminnan kehittämisen ehkäisevät ja edistävät tekijät itse muutoksen toteutustapaan liittyviin tekijöihin sekä erilaisiin organisaation, ryhmän, työn ja työntekijöiden piirteisiin (ks. kuvio 1). Työntekijöiden tieto ja asenteet ohjaavat heidän työtään ja määrittävät siten käytettyjä hoitokäytäntöjä (Elovainio 1991; Sinervo 1994). Hoitokäytäntöihin vaikuttavat kuitenkin myös erilaiset organisaation toimintatapoihin, ryhmän ominaisuuksiin ja yksilön persoonallisuuteen liittyvät tekijät. Nämä tekijät voivat vaikuttaa siihen, millaista tietoa työssä käytetään ja toisaalta siihen, millaisia mahdollisuuksia organisaatio antaa työntekijälle järjestää suunniteltu hoito. Esimerkiksi erilaiset ryhmätekijät voivat ohjata työntekijää käyttämään eri tavalla eri ammattiryhmien valmiuksia (lääkäri - terveydenhoitaja). Samoin työn organisointi vaikuttaa siihen, miten hyvin työntekijä voi paneutua asiakkaan ongelmiin tai missä määrin hän voi päättää itse omista toimintatavoistaan.

Laadun kehittämisen yhtenä keskeisenä tavoitteena oli tuoda hoitosuositukset työntekijöiden työvälineeksi. Hoitosuosituksen käyttöönotolla vaikutetaan pitkälti nimenomaan työntekijän työssään käyttämään tietoon ja pyritään varmistamaan, että olennaiset taudin hoitoon liittyvät tekijät otetaan huomioon, kun hoitopäätöksiä tehdään. Toisaalta laadun kehittämisessä vaikutetaan siihen, miten asiakkaan koko hoitoprosessi tunnetaan. Organisaatio-, ryhmä- ja yksilötekijät vaikuttavat paitsi työprosessiin myös

siihen, miten muutokset otetaan vastaan ja miten muutoksen suunnittelu toteutuu. Mikäli esimerkiksi organisaatiossa työskentelevien asenteet hoitosuosituksia kohtaan ovat erittäin kriittiset, on epätodennäköistä, että niitä käytetään. Jos ryhmän toiminnassa on ongelmia, ryhmätyöskentelyn hyöty laadun kehittämisessä voi myös olla vähäinen.



Kuvio 1. Seurantatutkimuksen hypoteettinen malli

Organisaatiotaso

Kun yksittäisten toimintamallien muutoksesta ollaan siirtymässä syvällisempiin muutoksiin, organisaatioiden perusarvojen muuttamiseen, tulee erääksi keskeiseksi tekijäksi se, millaiseksi työntekijät kokevat organisaatioiden toimintatavat. Organisaatiossa tapahtuvan päätöksenteon ja toimintaa ohjaavien säännösten oikeudenmukaisuutta on tutkittu laajasti viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana (Lind & Tyler 1988; Tyler 1994). Thibaut osoitti työtovereineen (Thibaut & Walker 1975), että ihmiset pitivät vähintään yhtä tärkeinä niitä päätöksenteon sääntöjä, joilla tulokset jaettiin kuin suhteellista osaansa tuosta tuloksesta. Ihmiset olivat valmiit hyväksymään esimerkiksi palkkansa jos he hyväksyivät ne periaatteet ja säännöt, joilla palkka jaettiin.

Päätöksenteon oikeudenmukaisuus jaetaan yleisesti (Bies & Moag 1986) kahteen ulottuvuuteen, joista ensimmäinen kuvaa lähinnä päätöksentekosääntöjen rakenteellisia

piirteitä (päätökset perustuvat oikeaan tietoon, epäonnistuneet päätökset voidaan purkaa, työntekijät voivat sanoa sanansa itseään koskeviin päätöksiin ja päätökset ovat johdonmukaisia eli säännöt ovat kaikille samat) ja toinen päätöksentekoon liittyvää sosiaalista kanssakäymistä (kohdellaanko ihmisiä kunnioittavasti, kohteliaasti ja ymmärtävästi). Päätöksenteon oikeudenmukaisuus on ollut yhteydessä vahvoihin tunnereaktioihin (Weiss, Suckow & Cropanzano 1999), työtyytyväisyyteen, stressiin, palkka ym. päätösten hyväksymiseen (Dailey & Kirk 1992; Shapiro & Brett 1992), organisaatioon sitoutumiseen (Moorman 1991) ja terveyteen (Elovainio, Kivimäki & Vahtera painossa).

Sitä, miksi oikeudenmukaisuus on yhteydessä laajasti ihmisten tunteisiin, asenteisiin ja käyttäytymiseen on selitetty kahdella eri teoriolla. Varhaisemman kustannus-hyöty teorian (Thibaut & Walker 1975) mukaan oikeudenmukaista kohtelua arvostetaan, koska se on tapa turvata tai maksimoida toiminnasta saatava hyöty (palkka/työmäärä, vaikutusmahdollisuudet). Myöhemmät tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että ihmiset ovat valmiit tukemaan oikeudenmukaiseksi koettua päätöksentekosääntöä, vaikka tuo säännöstö johtaisikin oman hyödyn vähenemiseen (Lind & Tyler 1988). Uudempi sosiaalisen identifikaatioon perustuva selitys lähtee siitä, että oikeudenmukainen kohtelu on osoitus ihmisen asemasta ja arvosta ryhmässä ja organisaatiossa. Niinpä oikeudenmukaisuus onkin ollut yhteydessä ryhmään sitoutumiseen ja itsetuntoon (Lind ym. 1998). Organisaation toiminnan koettu oikeudenmukaisuus antaa työntekijöille tunteen ryhmään kuulumisesta ja siitä, että he voivat olla ylpeitä kuullessaan tähän ryhmään (Lind & Tyler 1988).

Edellä kerrotun perusteella voi olettaa, että ne työntekijät, jotka kokevat organisaation päätöksentekosäännöt oikeudenmukaisiksi, ovat vähemmän stressaantuneita, työhönsä tyytyväisempiä. He ovat motivoituneempia panostamaan toimintaan ja muutoksiin omia resurssejaan.

Ryhmätaso

Ryhmätason tarkastelu on nykyisessä työelämässä tullut entistä keskeisemmäksi. Lähes kaikessa toiminnassa tarvitaan ryhmän yhteistoimintaa. Jotta ryhmä toimisi, olisi työntekijöiden jollakin tasolla oltava selvillä siitä, mitä toinen työntekijä tekee ja mitä hän tietää käsillä olevasta taudista tai ongelmasta. Toisin sanoen, ryhmän pitäisi pystyä asettamaan itselleen sellaisia tavoitteita, jotka kaikki työntekijät tuntevat ja voivat

hyväksyä ja toisaalta ryhmän jäsenten pitäisi pystyä kommunikoimaan toistensa kanssa riittävän avoimesti. Ryhmän turvallinen ilmapiiri edistää työntekijöiden motivaatiota antaa panoksensa päätösten toteuttamiseen ja uusien ideoiden etsimiseen. (Birmingham & West 1995). Useiden tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ongelmana näyttää olevan se, että eri ammattikunnat ja eri sektorit puhuvat erilaista kieltä ja toiminnan keskeiset tavoitteet ovat erilaisia (Engeström 1992; Launis 1994). Kun tarkastellaan toimintamallien muuttamista ja laadun kehittämistä, on keskeistä myös se, miten paljon organisaatiossa suositaan uusien ideoiden kehittämistä, annetaan tähän aikaa sekä ollaan valmiita toteuttamaan näitä ideoita. Edelleen muutoksia suunniteltaessa ja toteutettaessa on olennaista se, missä määrin ryhmä on valmis kriittisesti arvioimaan omaa työtään ja miten motivoitunut ryhmä on panostamaan päästäkseen mahdollisimman hyvään suoritukseen (West & Wallace 1991).

Työtehtävän ja yksilön taso

Yksilötasolla voidaan tarkastella toisaalta työn ja työntekijän vuorovaikusta ja toisaalta työntekijän yksilöllisiä ominaisuuksia. Työntekijän ja työn vuorovaikutusta on jäsennetty perinteisimmin työn piirteiden, työn rasitustekijöiden, työssä viihtymisen ja stressiteoreettisen viitekehyksen kautta. Työn piirreteorian lähtökohtana on, että tietyt kriittiset työn piirteet saavat aikaan työmotivaatiota, työtyytyväisyyttä ja siten hyviä työsuorituksia. Teoriasta on päädytty ns. hyvän työn malliin, jossa painotetaan työntekijän mahdollisuutta käyttää taitojaan, osallistua päätöksentekoon ja vaikuttaa työhönsä sekä kokea työnsä kokonaiseksi ja mielekkääksi. (Vartiainen 1989, 1994; Hackman & Oldham 1975). Voidaan perustellusti olettaa, että työn piirteillä olisi myös merkitystä innovaatioiden syntyyn ja niiden vastaanottamiseen (vrt. Karasek 1981).

Työn piirreteorian taustalta voidaan löytää useita lähtökohtia. Näitä ovat Herzbergin (1971) tarveteorian perustava motivaatio-hygienia -teoria (Huuhtanen 1985; Vartiainen 1994), sosiotekninen näkökulma työn muotoilusta optimaalisen sosiaalisen ja teknisen järjestelmän saavuttamiseksi. Myöhemmin näistä on siirrytty kognitiivisemmin painottuneisiin työn muotoilun periaatteisiin (Hacker 1982). Näissä teorioissa olennaisena pidetään mm. tavoitteiden asettamista työssä.

Toinen tapa tulkita työn ja työntekijän välistä vuorovaikutusta on tutkia niitä työn ja työympäristön ominaisuuksia, jotka vaikuttavat työntekijöihin työssä. Näitä

tekijöitä kutsutaan yleisesti työn kuormitustekijöiksi. Vaikka sana kuormitus viittaakin usein liialliseen kuormitukseen, näin ei malleissa työn psyykkisestä kuormittavuudesta automaattisesti oleteta, vaan työ voi olla myös optimaalisesti kuormittavaa ja näin aiheuttaa myönteistä kuormittumista (Kalimo 1987). Työn kuormitustekijät jaotellaan usein työn sisältöön, työn organisointiin, työpaikan ihmissuhteisiin ja fyysiseen ympäristöön liittyviin tekijöihin (Lindström 1987). Nämä eri tekijät aiheuttavat pitkäaikaista ja lyhytaikaista kuormittumista. Edelleen yleensä oletetaan, että erilaiset ja eritasoiset yksilöön ja työryhmään liittyvät tekijät säätelevät tätä kuormittumisprosessia (Kalimo 1987). Vaikka työn piirteet ja työn rasitustekijät ovat määritelmällisesti eri asioita, niiden välinen ero jää usein hämäräksi. Työn piirteiden ja rasitustekijöiden pohjalta muodostetut mallit ovat yleensä hyvin samankaltaisia. Tässä tutkimuksessa työn rasitustekijät ja työn piirteet käsitetään samoiksi tekijöiksi.

Yksilötasolla on ehkä perinteisimmin tarkasteltu työntekijän pätevyyttä ja osaamista. Työntekijöiden pätevyyttä tarkasteltiin pitkään yksilöiden kvalifikaatioina tai asiantuntijuutena (Cantor & Kihlström 1987; Engeström 1992). Yksi asiantuntijoiden tyypillinen piirre on, että heidän käsitejärjestelmänsä on laaja ja hyvin rakentunut heidän asiantuntijuutensa alueella. Samalla tiedonhaku näyttäisi olevan sujuvampaa kuin muilla. Olennaista asiantuntijoiden työskentelyssä on, että he pystyvät erottamaan työtilanteeseen liittyvästä tietomäärästä olennaiset tekijät kulloistenkin tavoitteidensa kannalta. Tämän lisäksi on olennaista, että asiantuntijat pystyvät kehittämään kuhunkin tilanteeseen toimivia käyttäytymismalleja eivätkä lukkiudu rutiininomaisiin käyttäytymistapoihin. (Cantor & Kihlström 1987; Dreyfus & Dreyfus 1986.) Toiminnanohjauksessa työn tavoitteet ja niiden jäsentyneisyys näyttäisi olevan eräs olennainen osa asiantuntijuutta (Hacker 1982). Cantorin ja Kihlströmin (1987) näkemys tiedon rakenteesta on, että se rakentuu eräänlaiseksi verkoksi jonkin käsitekeskuksen ympärille. Käsitekeskuksen valintaan vaikuttavat olennaisesti työntekijän tavoitteet. Toimintaa ohjaava tieto on tämän näkemyksen mukaan jatkuvasti muuttuvaa ja tilannesidonnaista. Siksi olisikin olennaista tutkia tietoa mahdollisimman todenmukaisissa olosuhteissa.

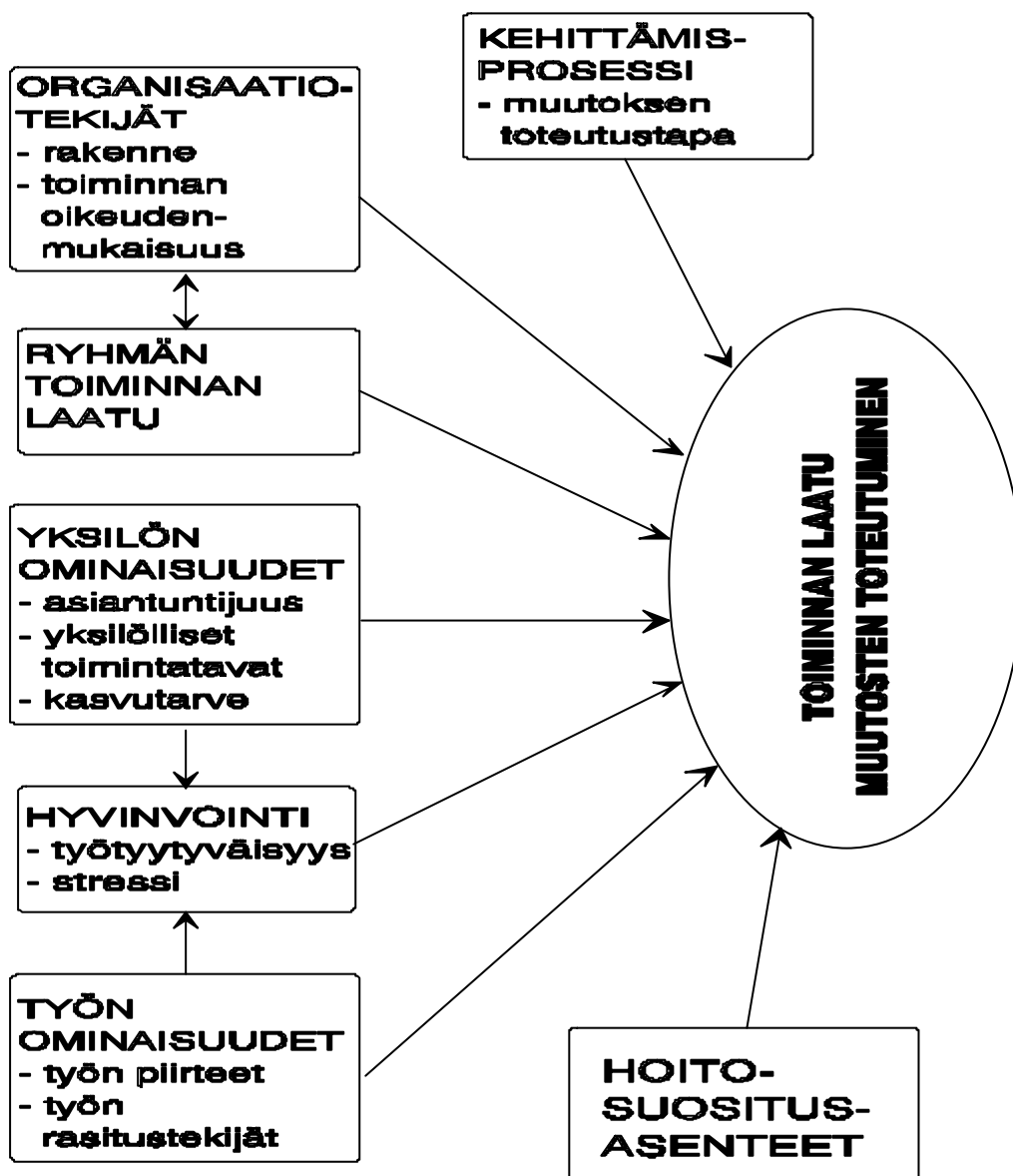
Toinen, uudempi ja mielenkiintoinen kognitiivisen psykologian teoria on yksilöllisten toimintatapojen tutkimus eli Personal Need for Structure (Thompson ym. 1992). Teorian mukaan ihmiset eroavat sen mukaan, kuinka automaattisesti he jäsentävät maailmaa koskevaa informaatiota selkeisiin, yksinkertaisiin ja hallittaviin kokonaisuuksiin (Neuberg & Newsom 1993). Ilmiö on myöhemmin jaettu kahteen

kokonaisuuteen, joista toista voisi nimittää tavaksi jäsentää maailmaa ja toista tavaksi reagoida jäsentymättömään ja ennustamattomaan ympäristöön. Tällä yksilöllisessä ominaisuudella voidaan olettaa olevan selkeästi merkitystä siinä, miten muutos otetaan vastaan ja miten muutoksen aiheuttama epävarmuutta siedetään ja miten siihen reagoidaan (Kivimäki ym. 1996). Samoin voidaan olettaa, että monimutkaisissa hoitotilanteissa erilaiset tiedon jäsentämistavat voivat vaikuttaa siihen, miten hoitoprosessia jäsennetään.

Tiedon ja tiedon jäsentämisen lisäksi on otettava huomioon myös ihmisten asenteet. Tässä tapauksessa olennainen asenteisiin liittyvä tekijä on työntekijöiden asenne hoitosuosituksia kohtaan. On melko tyypillistä, että työntekijöiden yleinen asenne hoitosuosituksia kohtaan on positiivinen, mutta siitä huolimatta he eivät toimi hoitosuositusten mukaisesti (Grol 1990). Useissa tutkimuksissa syyksi tähän on esitetty erilaisia hoitosuositusten ominaisuuksia (Hellbruk 1997) ja työntekijöiden asenteita hoitosuositusten käyttöönottoa kohtaan (Mansfield 1995). Tyypillisiä syitä ovat olleet työntekijöiden pelko ammatillisen itsenäisyyden menettämisestä (Rappolt 1997), hoitosuositusten epäluotettavuus, niiden epäkäytännöllisyys ja pelko, että hoitosuosituksilla pyritään vain vähentämään kustannuksia.

Kolmas yksilöllisiin ominaisuuksiin liittyvä tekijä on työtyytyväisyyden yhteydessä tutkittu ominaisuus, yksilön kasvutarve. Tällä tarkoitetaan sitä, miten paljon työntekijä haluaa työssään kohdata haasteita ja missä määrin hän haluaa kehittyä työssään (Hackman & Oldham 1976). Voidaan olettaa, että tällä on vaikutusta siihen, missä määrin työntekijä sitoutuu muutoksiin ja haluaa osallistua muutosten suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Koska työn piirteiden oletetaan vaikuttavan työntekijöiden motivaatioon sekä itse työsuorituksen laatuun, voidaan olettaa, että näillä tekijöillä on merkitystä sekä hoitoprosessin laadun että muutoksen toteutumisen suhteen. Voidaan olettaa, että työntekijä, jonka työ on hyvin järjestettyä, on myös motivoitunut kehittämään työtään entistä paremmaksi. Toisaalta työntekijä, joka on erittäin kuormittunut, ei todennäköisesti ole erityisen halukas ottamaan vastaan lisää uusia haasteita ja muutospaineita.



Kuvio 2. Toiminnan muutokseen liittyvät tekijät

Tutkimusmenetelmät

Organisaation toimintatavat

Organisaation toimintatapoja mitattiin kahdella mittarilla, joista ensimmäinen kuvaa organisaation toiminnan yleistä oikeudenmukaisuutta ja toinen esimiehen toiminnan koettua oikeudenmukaisuutta. Suluissa ovat mittarin homogeenisuutta kuvaavat Cronbachin alpha –kertoimet vuonna 1998.

Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus

Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus kuvaa sitä, missä määrin organisaatioiden päätöksenteko yleensä nojaa oikeaan tietoon ja missä määrin tätä tietoa on saatavilla, missä määrin epäonnistuneet päätökset voidaan purkaa, missä määrin itseä koskeviin päätöksiin päästään vaikuttamaan ja sanomaan mielipiteensä, missä määrin päätösten vaikutuksia seurataan ja niistä tiedotetaan sekä missä määrin säännöt ovat kaikkien kohdalla samat. Ulottuvuutta mitattiin seitsemällä osiolla (alpha 0.90).

Esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus

Esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus kuvaa sitä, missä määrin esimies kuuntelee alaistensa mielipiteitä, missä määrin hänen omat mieltymyksensä vaikuttavat häiritsevästi päätöksentekoon, missä määrin päätöksistä tiedotetaan, missä määrin alaisia kohdellaan ystävällisesti, heidän oikeuksiaan kunnioitetaan ja missä määrin esimieheen voi luottaa. Ulottuvuutta mitattiin kuudella osiolla (alpha 0.92).

Työyhteisön ja ryhmän innovatiivisuus

Ryhmien innovatiivisuutta mitattiin Westin (1990) Team Climate Inventory (TCI) mittarilla. Mittari jakaantuu neljään osaan (vrt. Kivimäki & Elovainio 1999). Mittarista kaksi ensimmäistä osaa on kysytty viisiportaisella asteikolla ja kaksi jälkimmäistä seitsenportaisella asteikolla. Raportissa skaalat on kuitenkin muutettu seitsenportaiseksi. Osat ja niiden reliabiliteetit ovat seuraavat:

Vuorovaikutuksen turvallisuus,

eli missä määrin organisaation asenne on, että toimitaan yhdessä, ryhmän jäsenet pidetään ajan tasalla työasioissa, jokainen tuntee tulevansa ymmärretyksi ja hyväksytyksi ja tietoa pyritään jakamaan ryhmän sisällä. Ulottuvuutta mitattiin neljällä osiolla (alpha 0.89).

Uusien ideoiden hakeminen ja tukeminen/innovatiivisuus,

eli missä määrin ryhmässä etsitään uusia tapoja tarkastella ongelmia, käytetään aikaa ideoiden kehittelyyn ja toimitaan yhdessä uusien ideoiden kehittämiseksi ja soveltamiseksi. Ulottuvuutta mitattiin kolmella osiolla (alpha 0.85).

Ryhmän tavoitteiden hyväksyminen ja tavoitteiden selkeys,

eli missä määrin vastaaja kannattaa ryhmän tavoitteita ja uskoo niiden olevan saavutettavissa, missä määrin muut jäsenet ymmärtävät tavoitteet ja pitävät niitä hyödyllisinä. Ulottuvuutta mitattiin neljällä osiolla (alpha 0.89)

Työn seuraaminen ja arvostus,

eli missä määrin ryhmän jäsenillä on valmiutta asettaa kyseenalaisiksi ryhmän tekemän työn perusteet, missä määrin ryhmä tarkastelee työnsä heikkouksia kriittisesti päästäkseen parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen ja missä määrin ryhmän jäsenet perustavat työnsä toistensa ideoihin päästäkseen parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Ulottuvuutta mitattiin kolmella osiolla (alpha 0.82).

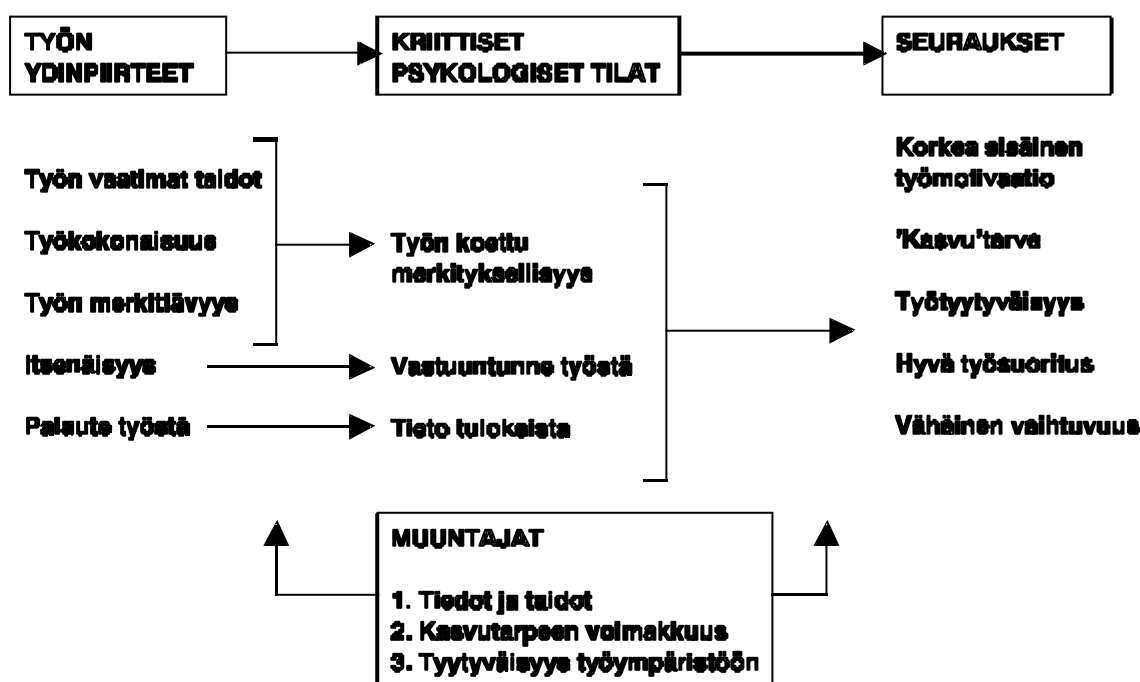
Eri ryhmäteorioihin ja ryhmän toiminnan tutkimuksen empiirisiin tuloksiin nojaten West ja hänen työtoverinsa ovat kehittäneet tämän preconditions of innovations -mittariston, joka heidän tutkimustensa mukaan ennustaa ryhmässä tai organisaatiossa syntyviä innovaatioita (kehittyminen, uudistuminen, luovuus). Nämä eri mittarit kuvaavat niitä tekijöitä ryhmän toimintatavoissa ja ilmapiirissä, jotka tarvitaan turvallisen ja kehittyvän toiminnan syntymiseen ja sitä kautta uusien ideoiden luomiseen, arvioimiseen ja käyttöönottoon.

Jos ryhmän ilmapiiri on turvallinen ja rohkaisee osallistumaan päätöksentekoon, työntekijät ovat valmiita panostamaan päätösten toteuttamiseen ja tarjoamaan ajatuksiaan työn kehittämiseksi. Tällöin vuorovaikutusta on paljon, tietoa pyritään jakamaan ryhmän sisällä ja jokainen tuntee olevansa hyväksytty ryhmässä ja jokaisen mielipide otetaan huomioon. Uusien ideoiden hakemiseen ja ideoinnin tukemiseen kuuluu jonkinlainen määrä erilaisuuden sietoa, jolloin uusia ratkaisuja ja työmenetelmiä pyritään aktiivisesti etsimään ja tähän käytetään myös aikaa sekä tuetaan uusien menetelmien käytäntöön soveltamista. Ryhmän tavoitteiden hyväksyminen ja tavoitteiden selkeys tarkoittaa sitä, että työntekijöillä on yhteinen näkemys siitä, mikä on arvokasta ja tärkeää. Paitsi että työn tavoitteet pitäisi tuntea ja hyväksyä, näiden

tavoitteiden tulisi myös olla saavutettavissa. Työn seuraamisella ja arvostuksella tarkoitetaan sitä, että työntekijöiden pitäisi voida arvostaa omaa työtään. Tässä pidetään olennaisena sitä, että työn tuloksia arvioidaan ryhmän sisällä (ei niinkään ulkoa käsin) ja myös toiminnan heikkouksia kyetään arvioimaan kriittisesti.

Työn piirteet ja työtyytyväisyys

Työn piirreanalyysissä käytettiin JDS-kyselyä (Job Diagnostic Survey, lyhytmuoto) (Vartiainen 1989). Menetelmä perustuu teoriaan, jonka oletuksena on, että työssä on viisi ydinpiirrettä, jotka ovat keskeisiä mm. työtyytyväisyyden, työmotivaation ja hyvien työsuoritusten syntymiseen. Nämä viisi ydinpiirrettä ovat työn vaatimat taidot, työkokonaisuus, työn merkittävyys, työn itsenäisyys ja palaute työstä. Työn ydinpiirteiden oletetaan aikaansaavan ns. kriittisiä psykologisia tiloja, jotka edelleen aikaansaavat seurauksia. (Kuvio 3.) (Vartiainen 1989.)



Kuvio 3. JDS:n taustalla oleva työn piirteitä ja niiden vaikutuksia koskeva malli.

Työn ydinpiirteet

Kaikkia työn piirteitä mitattiin kolmesta osiosta koostuvalla seitsenportaisella mittarilla. Kustakin mittarista yksi osio kysyttiin kielteisessä muodossa (suluissa Cronbachin alfa).

Työn vaatimat taidot,

eli missä määrin ja kuinka monipuolisesti työssä voi käyttää erilaisia taitoja ja kykyjä (alfa 0.78).

Työkokonaisuus,

eli missä määrin työtehtävät muodostavat selvästi käsitettävän kokonaisuuden, siis missä määrin työn voi tehdä alusta loppuun asti (alfa 0.68).

Työn merkittävyys,

eli missä määrin työn tekeminen vaikuttaa tärkeällä tavalla muiden ihmisten elämään joko omalla työpaikalla tai muualla (esim. asiakkaat) (alfa 0.74).

Itsenäisyys,

eli kuinka autonomista (itsenäistä) työ on. Missä määrin on mahdollista itse ajoittaa työ ja päättää käytettävistä työvälineistä ja työmenetelmistä (alfa 0.70).

Palaute työstä,

eli missä määrin työtä tehdessään saa suoraa ja selvää palautetta omasta työstä ja sen onnistumisesta (alfa 0.58).

Lisäksi mallin ulkopuolelta tarkastellaan kahta muuta työn piirrettä lähinnä vastausten ymmärtämisen avuksi.

Palaute ihmisiltä,

eli missä määrin työntekijä saa palautetta työssä onnistumisestaan esimiehiltä tai muilta työntekijöiltä (alfa 0.82).

Kanssakäymisen määrä,

eli missä määrin työ vaatii läheistä kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa (alfa 0.69).

Työn ydinpiirteiden perustella voidaan laskea *työn motivaatiopotentiaali*. Tämä tarkoittaa sitä, kuinka motivoivaa, kehittävää ja myönteisiä tunteita herättävää työ potentiaalisesti työntekijöiden mielestä on. Työn motivaatiopotentiaali saadaan laskemalla keskiarvo summamuuttujista työssä vaadittavat taidot, työkokonaisuus, työn itsenäisyys, palaute työstä sekä työn merkittävyys.

Työn aiheuttamat yleiset tunteet

Työtyytyväisyys osana työn aiheuttamia tunteita jakaantuu JDS-mittarissa kolmeen osa-alueeseen: yleinen työtyytyväisyys, kasvutytytyväisyys ja tyytyväisyys työympäristöön. Lisäksi tyytyväisyyteen ja työsuoritukseen liittyviä yksilöllisiä tekijöitä ovat sisäinen työmotivaatio sekä kasvutarpeen voimakkuus. Työtyytyväisyyden ulottuvuudet, osioiden lukumäärä ja reliabiliteetti (Cronbachin alpha):

Yleinen työtyytyväisyys,

eli missä määrin työntekijä kaiken kaikkiaan on tyytyväinen työssään. Tämän asteikon on osoitettu ennustavan sekä vaihtuvuutta että poissaoloja. Ulottuvuutta mitattiin kolmella osiolla, joista yksi oli kielteisessä muodossa (alpha 0.84).

Kasvutytytyväisyys,

eli missä määrin työntekijä on tyytyväinen työn tarjoaman henkilökohtaisen kasvun ja kehittymisen mahdollisuuteen. Ulottuvuutta mitattiin neljällä osiolla (alpha 0.79).

Tyytyväisyys esimiehiin,

eli missä määrin työntekijä on tyytyväinen esimiehensä johtamisen laatuun, häneltä saamaansa tukeen ja ohjaukseen sekä häneltä saamaansa arvostukseen ja oikeudenmukaiseen kohteluun. Ulottuvuutta mitattiin kolmella osiolla (alpha 0.88).

Työn kuormitustekijät

Työn kuormitustekijöitä on yleensä tutkittu yhteydessä stressiin. Tässä kuormitustekijöinä tutkitaan aiemmissa tutkimuksissa tyypilliseksi todettuja tekijöitä: kiirettä ja aikapainetta, työn ergonomisia ongelmia sekä asiakkaisiin liittyviä kuormitustekijöitä.

Kiire ja aikapaine,

eli missä määrin työssä on liian tiukka aikataulutus, liian vähän aikaa asiakkaille, tekemättömiä töitä, liian vähän aikaa tehdä työ kunnolla tai liian vähän henkilöstöä. Ulottuvuutta mitattiin viidellä osiolla (alpha 0.88).

Ergonomiset ongelmat,

eli missä määrin työ sisältää vaikeita työasentoja, nostamista ja toistuvia, yksipuolisia työliikkeitä. Ulottuvuutta mitattiin kolmella osiolla (alpha 0.73).

Asiakkaisiin liittyvät rasitustekijät,

eli missä määrin työssä joutuu käsittelemään tunteita, missä määrin asiakkailta on erilaiset odotukset hoidosta kuin henkilökunnalla, missä määrin asiakkaat ovat 'hankalia' tai ahdistuneita. Ulottuvuutta mitattiin neljällä osiolla (alpha 0.60).

Stressi

Henkilöstön hyvinvointi kertoo paljon työyhteisön tilanteesta ja vaikuttanee varsin paljon toiminnan tehokkuuteen ja laatuun. Motivoitunut, sitoutunut ja osaava henkilökunta on yksityisen ja julkisen yrityksen kilpailutekijä (Rantanen & Lehtinen 1992). Stressitutkimuksessa lähestymistapana on useimmiten näkökulma, jossa oletetaan, että työn vaatimusten ja työntekijän edellytysten tulisi olla sopuosinnussa keskenään. Siten työ ei saisi olla liian vähän vaativaa, muttei myöskään liian vaativaa. Useimmiten stressitekijöistä käytetään nimitystä työn vaatimukset tai rasitustekijät, vaikka listaukset rasitustekijöistä ovatkin pitkälti samoja ilmiöitä kuin työn piirteekin (Cooper & Payne 1979; Kalimo 1987; Pöyhönen 1987). Tässä tutkimuksessa työn rasitustekijät ja työn piirteet käsitetään samoiksi tekijöiksi.

Stressioireita mitattiin Työstressikyselyn (Elo ym. 1991) *psykkisiä ja psykosomaattisia stressioireita* mittaavilla osioilla (11 osiota). Lisäksi mitattiin työntekijöiden fyysistä kuormittumista mittarilla, joka on lyhennetty Viikari-Junturan

ym. (1991) menetelmästä. Vastajat arvioivat asteikolla yhdestä (en koskaan) viiteen (hyvin usein) olivatko he kokeneet kutakin oiretta omalla kohdallaan.

Psyykkiset oireet

mittasivat sitä, kuinka usein työntekijät olivat kokeneet poikkeuksellista väsymystä, masennusta, hermostuneisuutta, että muut ihmiset tuntuvat ärsyttäviltä ja että ajatusten koossa pitäminen on vaikeaa. Ulottuvuutta mitattiin viidellä osiolla (alpha 0.83).

Psykosomaattiset oireet

mittasivat sitä, kuinka usein työntekijät olivat kokeneet päänsärkyä, vatsakipuja tai kokeneet sydämensä lyövän liian nopeasti tai epäsäännöllisesti. Ulottuvuutta mitattiin kolmella osiolla (alpha 0.64).

Fyysiset oireet

mittasivat sitä, kuinka usein työntekijät olivat kokeneet särkyä, kipua tai jomotusta niska-hartiaseudussa, lanne-ristiselässä tai ylä- ja alaraajoissa. Ulottuvuutta mitattiin kolmella osiolla (alpha 0.78).

Asenteet hoitosuosituksia kohtaan

Hoitosuositusten käyttöä mitattiin yhdellä suoralla kysymyksellä. Asenteita hoitosuosituksia kohtaan tutkittiin Stakesin ja RAND:in yhteistyössä kehittämällä mittarilla. Osa mittareista perustuu Mansfieldin (1995) tutkimuksiin. Mittari on lyhennetty konfirmatorisen faktorianalyysin avulla alkuperäisestä 39 osion mittarista 14 osioiseksi (Elovainio ym. 1999). Mittari on jaettu seitsemään kokonaisuuteen. Asenteita hoitosuosituksia kohtaan selvitetään väittämällä, joihin vastataan 7-portaisella asteikolla. Kielteisessä muodossa kysytyt osiot on käännetty. Arvolla 1 ilmaistaan, että ollaan väittämän kanssa voimakkaasti eri mieltä. Mittarin osat ja niiden reliabiliteetit ovat seuraavat:

Yleinen asenne hoitosuosituksia kohtaan (alpha 0.79)

Hoitosuositukset ovat hyödyllisiä opetusvälineinä.

Hoitosuosituksista saa kätevästi neuvoja.

Hyödyllisyys (alpha 0.72)

Hoitosuositukset voivat helpottaa vuorovaikutusta potilaiden ja omaisten kanssa.

Hoitosuositukset voivat parantaa terveydenhoidon laatua.

Hoitosuosituksen luotettavuus (alpha 0.79)

Hoitosuositukset perustuvat tieteellisesti todistettuun aineistoon.

Hoitosuositukset ovat asiantuntijoiden tekemiä.

Ammatillisen pätevyyden puute ja ryhmän kielteinen asenne (alpha 0.32)

Ammatillinen pätevyyteni on riittämätön, jotta voisin ottaa käyttöni viimeisimmät hoitosuositukset.

Useimmilla ryhmämme jäsenillä on kielteinen asenne hoitosuosituksiin.

Organisaation kielteinen asenne (0.45)

Organisaatiossamme ei arvosteta hoitosuosituksia

Hoitosuosituksen toteuttaminen on liian kallista meille

Epäkäytännöllisyys (alpha 0.69)

Hoitosuositukset rajoittavat hoitotyöntekijöiden itsenäisyyttä

Hoitosuositukset antavat liian yksinkertaisen kuvan käytännön lääketieteestä.

Saatavuus (alpha 0.66)

Hoitosuosituksia on vaikea löytää tarvittaessa

En ole nähnyt hoitosuosituksia terveydenhoitoyksikössämme

Tutkimuksen toteuttaminen

Laadukas terveyskeskus -arviointitutkimus muodostui kahdesta toistetusta poikkileikkaustutkimuksesta ja yhdestä seurantatutkimuksesta. Poikkileikkaustutkimuksista toinen ajoittui vuosille 1995 (n=968) ja 1997 (n=650) ja toinen tehtiin vuosina 1996 (n=799) ja 1999 (n=305), molemmat kuudessa kunnassa. Seurantatutkimus tehtiin myös kuuden kunnan tai kuntayhtymän terveyskeskuksissa, alkukartoitus vuonna 1998 (n=688) ja seuranta vuonna 1999 (n=436). Tutkimusaineisto kerättiin kunnissa siten, että tarvittava määrä lomakkeita toimitettiin hankkeiden yhteyshenkilöille, jotka jakoivat lomakkeet edelleen hankkeeseen osallistuviin yksiköihin. Kaikkien työntekijöiden toivottiin vastaavan kyselyyn riippumatta siitä, liittykö heidän työnsä hankkeeseen vai eikö. Tutkimukseen osallistuneet kunnat saivat kyselyistä väliraportit, joissa käytiin läpi tulokset koko aineistosta ja lisäksi jokainen kunta sai omakohtaisen palautteen kunkin kyselyn tuloksista.

Ensimmäisen toistetun poikkileikkaustutkimuksen ja seurantatutkimuksen kyselyt olivat joiltakin osin erilaisia. Poikkileikkaustutkimuksessa (1995-1997) kartoitettiin terveyskeskusten organisaatiokulttuuria, jota vuosien 1998 ja 1999 seurantatutkimuksessa ei enää tarkasteltu. Jälkimmäisen tutkimuksen kyselyissä selvitettiin sen sijaan työn kuormitustekijöitä, vastaajien fyysisiä stressioireita sekä organisaation ja esimiesten oikeudenmukaisuutta, joita ei toistetuissa poikkileikkaustutkimuksissa ollut mukana. Tässä raportissa käsitellään seurantatutkimusta (1998-1999), sillä työn kuormitustekijöiden, fyysisten oireiden sekä organisaation ja johtamisen oikeudenmukaisuuden kokeminen voidaan nähdä tärkeinä organisaatio- ja yksilötason tekijöinä laadun kehittämisessä (Sinervo 2000). Lisäksi tutkimuksen eri kyselyjen tulokset olivat hyvin samansuuntaisia, jolloin keskittyminen vain yhteen edustavaan kyselyyn antaa selkeämmän kuvan terveyskeskusten työstä ja työntekijöiden kokemuksista.

Vuoden 1998 kyselyyn vastasi 63 % lomakkeen saajista, vuonna 1999 vastanneita oli 41 %. Vastausprosentti oli kuitenkin todellisuudessa hieman korkeampi erityisesti loppukartoituksessa, sillä lomakkeita jaettiin kuntiin jonkin verran todellista työntekijämäärää enemmän. Lisäksi loppukartoitukseen eivät juurikaan vastanneet muun muassa hammashuollon työntekijät, koska he eivät osallistuneet kehittämiseen. Vastaajaryhmät olivat kunnissa melko samanlaiset. Suurimmat vastaajaryhmät olivat

kaikkialla vuodeosastojen ja vastaanoton työntekijät. Vuoden 1998 kyselyn tuloksia tarkastellaan seuraavaksi lääkäreiden, hoitajien (sairaanhoitajien ja perushoitajien eroteltuina toimipaikan mukaan), avustavan henkilökunnan (vastaanottojen terveyskeskusavustajien ja vuodeosastojen laitosapulaisten), osastonhoitajien, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden (poislukien osastonhoitajat), terveydenhoitajien (neuvolat ja työterveyshuolto) ja kuntoutuksen työntekijöiden (fysioterapeuttien, kuntohoitajien sekä toimintaterapeuttien) osalta. Näissä ammattiryhmissä vastaajamäärät olivat kohtuullisia sekä alku- että loppukyselyssä.

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden keski-ikä ja työssäoloaika ammattiryhmittäin vuonna 1998.

	N	Keski-ikä	Työssäoloaika
<i>Vastaanotto:</i> Lääkärit	35	40.2	9.0
Hoitajat	28	43.5	10.9
Terveyskeskusavustajat	37	43.8	14.4
<i>Vuodeosasto:</i> Sairaanhoitajat	63	42.1	10.4
Perushoitajat	92	38.7	10.4
Laitosapulaiset	38	45.6	13.3
Osastonhoitajat	35	45.5	8.7
Kotisairaanhoito/ kotipalvelu	50	44.0	11.9
Terveydenhoitajat	46	45.2	11.0
Kuntoutus	20	37.3	8.0
Ammattiryhmät yhteensä	444	42.3	10.9

Kyselyyn vastanneiden keski-ikä vastaa suomalaista kunta-alaa keskimäärin. Suomessa kunta-alan työntekijät ovat hieman muita aloja iäkkäämpiä. Työntekijöiden ikääntyminen on otettava huomioon erityisesti silloin, kun pohditaan työn kuormittavuutta ja tarkastellaan työntekijöiden fyysistä työkykyä. Muita iäkkäämpiä ryhmiä olivat osastonhoitajat ja terveydenhoitajat sekä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijät. Vuodeosastoilla työskentelevien laitosapulaisten keski-ikä oli ammattiryhmien korkeimpia, mutta heidän joukossaan ikä myös vaihteli paljon. Vastaajien keskimääräinen työssäoloaika oli korkea. Vastaanottojen ja vuodeosastojen avustavat työntekijät olivat työskennelleet pisimpään samoissa työtehtävissä.

Tulokset

Työyhteisön psykososiaaliset tekijät

Työhön ja työyhteisöön liittyvillä psykososiaalisilla tekijöillä tarkoitetaan tässä työntekijöiden kokemuksia siitä, miten organisaatio ja ryhmät toimivat työpaikalla. Työn psykososiaaliset tekijät kattavat lisäksi yksilön kokemukset työnsä piirteistä ja kuormituksesta, mutta niillä voidaan tarkoittaa myös yksittäisen työntekijän ominaisuuksia. Psykososiaaliset tekijät olivat osittain erilaisia terveyskeskusten eri ammattiryhmissä ja työyksiköissä. Seuraavaksi selvitetään, minkälaisia organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus ja ryhmätoiminnan laatu, työn piirteet ja työn rasitustekijät olivat eri ammattiryhmissä vastaanotoilla, vuodeosastoilla ja muussa avoterveydenhuollossa vuonna 1998. Lisäksi vedetään yhteen eri työyksiköiden työn vahvuuksia ja kehittämiskohteita. Lopuksi tutkitaan, mitkä ja miten psykososiaaliset tekijät liittyvät työntekijöiden hyvinvointiin.

Psykososiaaliset tekijät eri ammattiryhmissä

Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus ja ryhmän toiminnan laatu

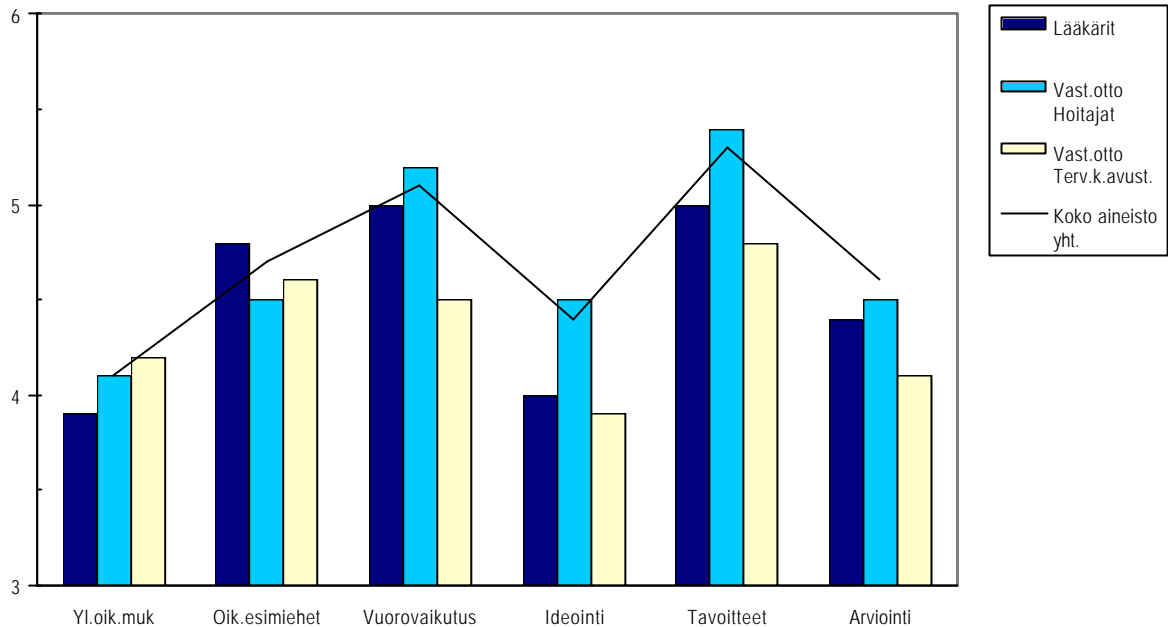
Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus koetaan yleensä sosiaali- ja terveydenhuollossa hieman heikommaksi kuin esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus. Terveyskeskusten vastaanotoilla ja vuodeosastoilla erot yleisen oikeudenmukaisuuden ja esimiehen oikeudenmukaisuuden kokemisessa olivat selvät. Sen sijaan muussa avoterveydenhuollossa organisaation toiminta nähtiin usein yhtä oikeudenmukaiseksi kuin esimiehen toiminta. Ryhmän toiminnassa hyvällä tasolla ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa yleensä vuorovaikutuksen turvallisuus ja tavoitteiden selkeys ja hyväksyminen. Näiltä osin ryhmän toiminta olikin kaikissa tässä tarkastelluissa ammattiryhmissä hyvin toimivaa. Sen sijaan uusien ideoiden hakeminen ja niiden käyttöönoton tukeminen sekä ryhmän oman toiminnan kriittinen arviointi toteutuvat yleensä ja myös terveyskeskusten eri ammattiryhmissä heikommin. Uusien asioiden ideoimisessa ja toiminnan kriittisessä arvioinnissa esiintyi kuitenkin jonkin verran vaihtelua.

Taulukko 2. Organisaation oikeudenmukaisuus ja ryhmän toiminnan laatu eri ammattiryhmissä vuonna 1998.

Keskiarvot Työyksiköittäin/ Ammattiryhmittäin	Vastaanotto			Vuodeosasto			Osas- ton- hoita- jat	Koti- sair.h./ koti- palvelu	Terv. hoitaja t Neuv./ työt.h.	Kun- tous/ fysio- terapia	Kaikki yhteen- sä
	Lääkä- rit	Hoita- jat	Terv.k. avusta- jat	Sai- raan- hoitaja t	Perus- hoitaja t	Laitos- apulai- set					
	N=35	N=28	N=38	N=63	N=92	N=38					
Organisaation toiminnan											
Oikeudenmukaisuus											
Yleinen oik.mukaisuus	3,9	4,1	4,2	4,2	4,0	4,0	3,9	4,2	4,4	4,6	4,1
Esimiehen toiminta	4,8	4,5	4,6	4,7	5,0	5,2	4,5	4,5	4,5	4,5	4,7
Ryhmän toiminnan laatu											
Vuorovaik. Turvallisuus	5,0	5,2	4,5	5,4	5,4	5,3	5,1	5,7	5,1	5,2	5,1
Uusien ideoiden hakem.	4,0	4,5	3,9	4,5	4,6	4,6	4,8	4,4	4,3	4,8	4,4
Tavoitteiden hyväksym.	5,0	5,4	4,8	5,6	5,4	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,3
Työn arviointi	4,4	4,5	4,1	5,0	4,7	4,6	4,6	4,8	4,6	4,7	4,6

Vastaanotto

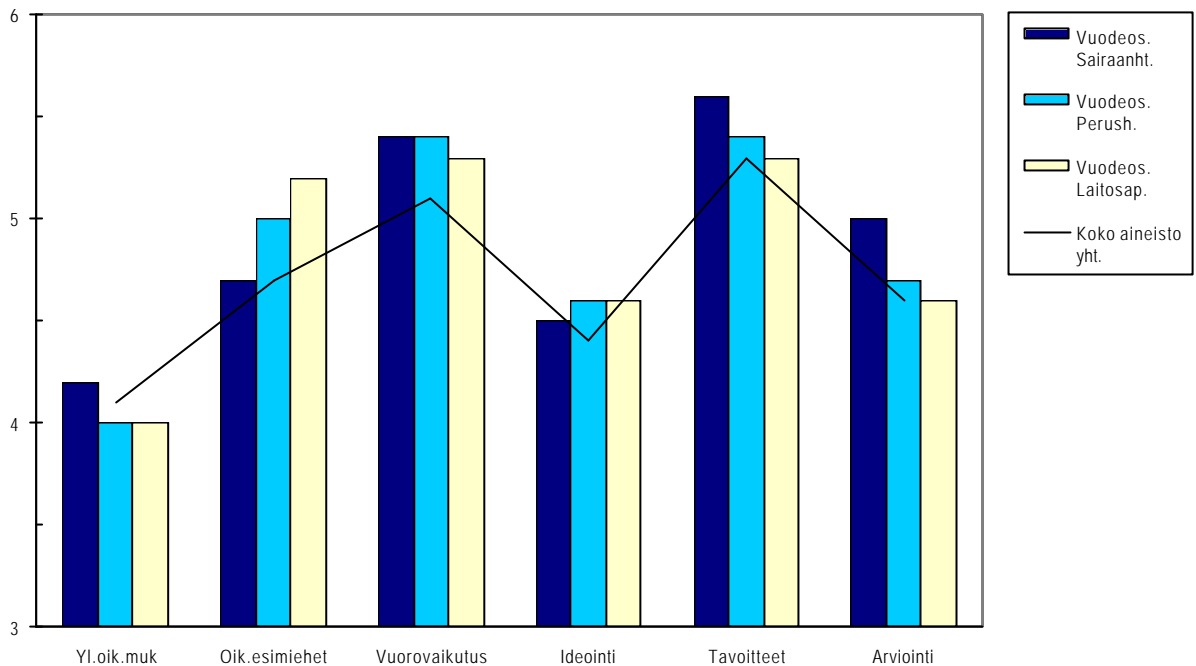
Esimiesten ja ryhmän toiminta koetaan yleensä hierarkian yläpäässä paremmaksi. Vastaanotoilla lääkärit kokivat esimiehen toiminnan oikeudenmukaisemmaksi kuin hoitajat tai terveyskeskusavustajat, mutta muiden organisaatiota ja ryhmää koskevien tekijöiden suhteen hoitajien näkemykset olivat muita myönteisempiä. Lääkärit olivat kriittisiä erityisesti ryhmän toiminnan laadun suhteen. Kielteisimmän ryhmän toiminnan kokivat kuitenkin terveyskeskusavustajat, jotka olivat kaikista terveyskeskusten ammattiryhmistä tyytymättömiä ryhmän toiminnan laatuun. Lääkärit ja hoitajat kokivat vuorovaikutuksen turvallisuuden kohtalaisen hyväksi, terveyskeskusavustajat heikoksi. Kaikki ammattiryhmät pitivät ryhmän tavoitteita suhteellisen selkeinä ja hyväksytyinä, vaikkakin lääkärit ja terveyskeskusavustajat olivat tämän suhteen hoitajia ja muita terveyskeskusten ammattiryhmiä kriittisempiä. Ainoastaan hoitajat pitivät ideointia ryhmissä yhtä hyvänä kuin keskimäärin. Myös oman työn kriittinen arviointi toteutui kaikkien vastaanottojen ammattiryhmien mielestä melko heikosti, terveyskeskusavustajien mielestä jälleen heikoimmin. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Organisaation oikeudenmukaisuus ja ryhmän toiminnan laatu vastaanottojen eri ammattiryhmissä vuonna 1998.

Vuodeosasto

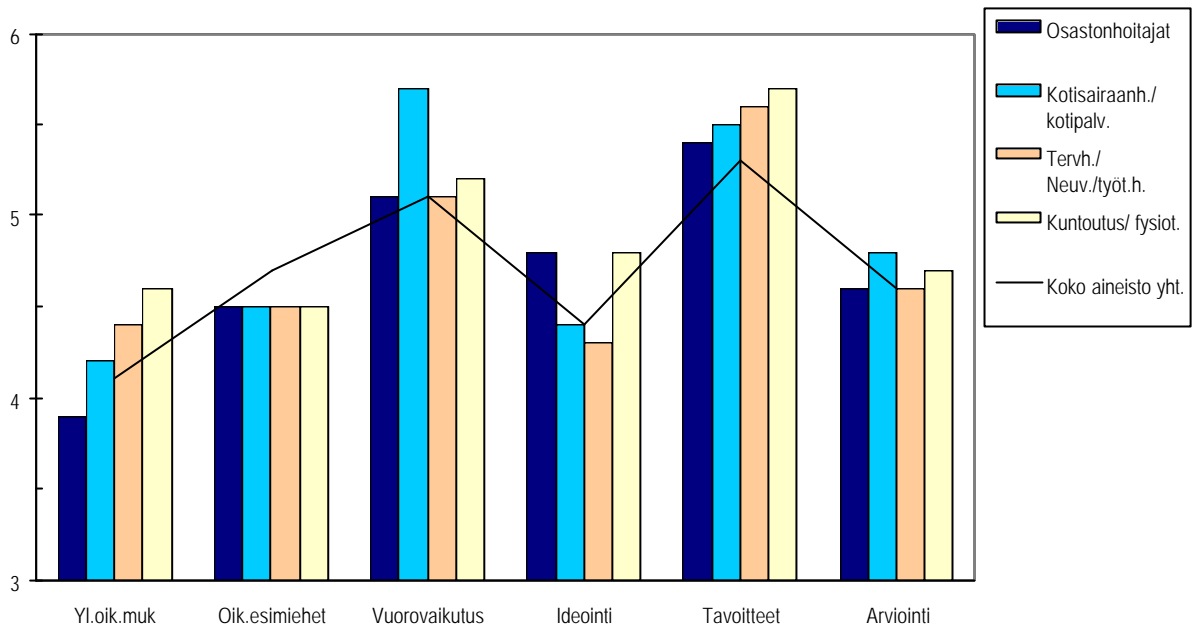
Vuodeosastoilla organisaation ja esimiehen toiminta koettiin niin sairaanhoitajien, perushoitajien kuin laitosapulaistenkin keskuudessa oikeudenmukaiseksi. Erityisesti perushoitajien ja laitosapulaisten mielestä esimiesten toiminta oli varsin oikeudenmukaista. Myös ryhmät näyttivät toimivan melko hyvin, joskin uusia ideoita haettiin ja omaa toimintaa arvioitiin kriittisesti yhtä vähän kuin muissakin työyksiköissä. Kaikkien vuodeosastojen ammattiryhmien mielestä ryhmän vuorovaikutus oli varsin toimivaa ja ryhmän tavoitteet olivat selkeitä ja hyväksytyjä. Erityisesti sairaanhoitajien näkemykset ryhmän toiminnan laadusta olivat monilta osin selvästi muita terveyskeskusten ammattiryhmiä parempia. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Organisaation oikeudenmukaisuus ja ryhmän toiminnan laatu vuodeosastojen eri ammattiryhmissä vuonna 1998.

Osastonhoitajat ja muu avoterveydenhuolto

Osastonhoitajat kokivat organisaation toiminnan yleisen oikeudenmukaisuuden toteutuvan melko heikosti ja näkemykset esimiehen oikeudenmukaisuudesta olivat vain keskitasoa. Kuntoutuksen työntekijät sekä terveydenhoitajat sen sijaan kokivat organisaation yleisen oikeudenmukaisuuden keskimääräistä paremmaksi, esimiehen oikeudenmukaisuus taas nähtiin keskinkertaisena. Ammattiryhmistä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijät kokivat vuorovaikutuksen ja työn arvioinnin toteutuvan ryhmässä erittäin hyvin muihin ammattiryhmiin nähden. Osastonhoitajien ja kuntoutuksen työntekijöiden mielestä ryhmissä taas tuettiin uusien ideoiden etsimistä. Kaikkien ammattiryhmien mielestä ryhmän tavoitteet olivat erittäin selkeät ja hyväksytyt. Kaiken kaikkiaan osastonhoitajien ja muun avoterveydenhuollon työntekijöiden näkemykset ryhmän toiminnan laadusta olivat keskitasoa. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Organisaation oikeudenmukaisuus ja ryhmän toiminnan laatu osastonhoitajilla, kotisairaanhoidajilla, terveydenhoitajilla ja kuntoutuksen työntekijöillä vuonna 1998.

Työn piirteet ja työtyytyväisyys

Sosiaali- ja terveysalan töitä pidetään pääsääntöisesti motivoivina ja niissä viihdytään. Työn merkittävyys ja vuorovaikutus työssä ovat yleensä hyviä. Samoin työtyytyväisyys ja kasvutyytyväisyys ovat useimmissa ammateissa hyvällä tasolla. Ongelmia sosiaali- ja terveysalan työssä ovat usein vähäinen palaute ihmisiltä ja tyytymättömyys esimiehiin. Ammattiryhmien kokemukset työn piirteistä kuitenkin eroavat toisistaan yksittäisten tekijöiden suhteen.

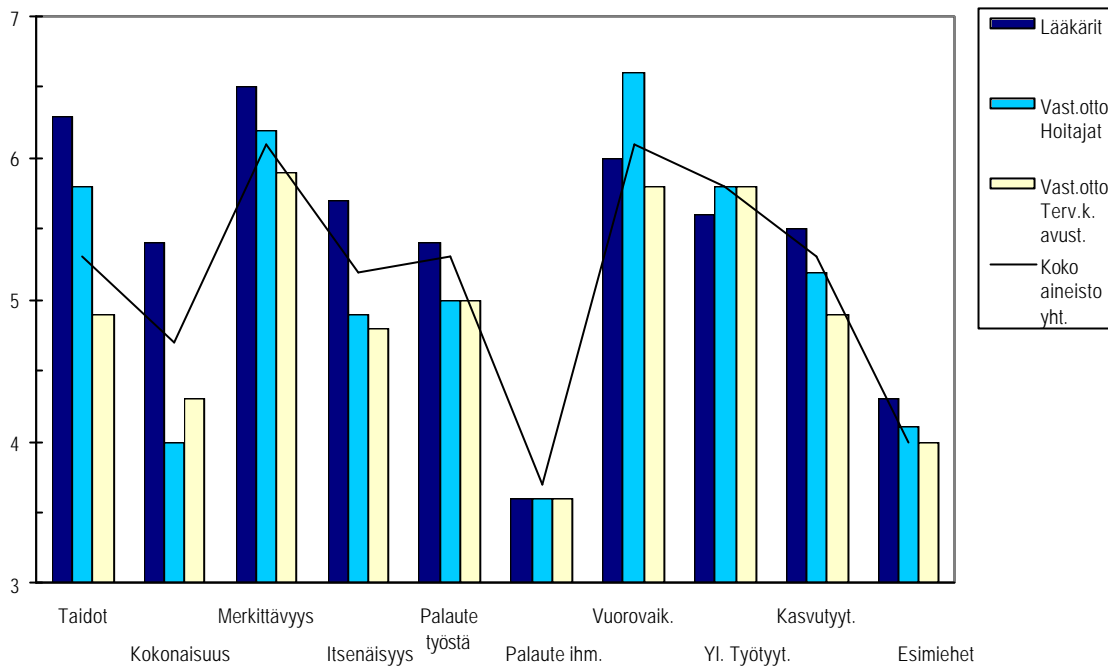
Taulukko 3. Työn piirteet ja tyytyväisyys eri ammattiryhmissä vuonna 1998.

Keskiarvot Työyksiköittäin/ Ammattiryhmittäin	Vastaanotto			Vuodeosasto			Osastonhoitajat	Koti-sair.h./koti-palvelu	Terv.hoitajat Neuv./työt.h.	Kuntoutus/fysioterapia	Kaikki yhteensä
	Lääkärit	Hoitajat	Terv.k. Avustajat	Sairaanhoidajat	Perushoitajat	Laitosapulaiset					
	N=35	N=28	N=38	N=63	N=92	N=38					
Työn ydinpiirteet											
Taidot	6,3	5,8	4,9	5,4	4,7	4,1	6,4	5,5	6,3	5,7	5,3
Kokonaisuus	5,4	4,0	4,3	3,9	4,0	4,9	4,6	4,9	5,4	5,5	4,7
Merkittävyys	6,5	6,2	5,9	6,4	6,3	5,9	6,6	6,3	6,4	5,9	6,1
Itsenäisyys	5,7	4,9	4,8	4,7	4,7	4,8	6,0	5,6	6,0	5,7	5,2
Palaute työstä	5,4	5,0	5,0	5,3	5,3	5,4	5,6	5,6	5,2	5,8	5,3
Palaute ihmisiltä	3,6	3,6	3,6	3,8	3,8	3,9	4,3	3,8	3,5	3,8	3,7
Vuorovaikutus	6,0	6,6	5,8	6,7	6,6	5,9	6,6	6,4	6,0	6,3	6,1
Tyytyväisyys											
Yleinen tyytyväisyys	5,6	5,8	5,8	5,7	5,8	5,9	5,8	5,9	6,0	5,7	5,8
Kasvutyytyväisyys	5,5	5,2	4,9	5,1	4,9	5,0	5,7	5,6	5,8	5,4	5,3
Esimiehet	4,3	4,1	4,0	4,1	4,2	4,5	4,1	3,9	3,5	3,2	4,0

Vastaanotto

Vastaanotoilla työn piirteet vaihtelivat selvästi ammattiaseman mukaan. Lääkäreiden työ oli piirteiltään motivoivinta, terveyskeskusavustajat taas kokivat työnsä monilta piirteiltään muita köyhemmäksi. Lääkäreiden työ oli erityisen haastavaa, kokonaista ja itsenäistä, kun taas hoitajilla ja avustajilla näissä esiintyi ongelmia. Lääkärit kokivat myös saavansa enemmän palautetta itse työn tekemisestä. Työn köyhyytenä oli kuitenkin vähäinen vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa, mikä taas oli olennainen osa hoitajien työtä. Hoitajien työhön sisältyi paljon vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa. He myös kokivat työnsä merkittäväksi ja haastavaksi. Hoitajien työtä leimasi kuitenkin sirpaleisuus, työn kokonaisuutta oli vaikea hahmottaa. Terveyskeskusavustajat kokivat työnsä kokonaisemmaksi kuin hoitajat, mutta työn erityisenä ongelmana heillä oli haasteettomuus. Lääkäreitä, hoitajia ja terveyskeskusavustajia yhdisti se, että he kaikki kokivat saavansa vain vähän palautetta esimiehiltään ja työtovereiltaan.

Lääkärit olivat työssään tyytyväisiä sen suomiin kasvun mahdollisuuksiin ja esimiehiinsä, sen sijaan yleinen tyytyväisyys oli hieman muita vähäisempää. Hoitajat ja terveyskeskusavustajat olivat lääkäreitä tyytyväisempiä yleensä työhönsä, mutta esimiehiin ei oltu yhtä tyytyväisiä. Avustajien keskuudessa esiintyi lisäksi tyytymättömyyttä kasvun mahdollisuuksiin työssä. (Kuvio 7.)

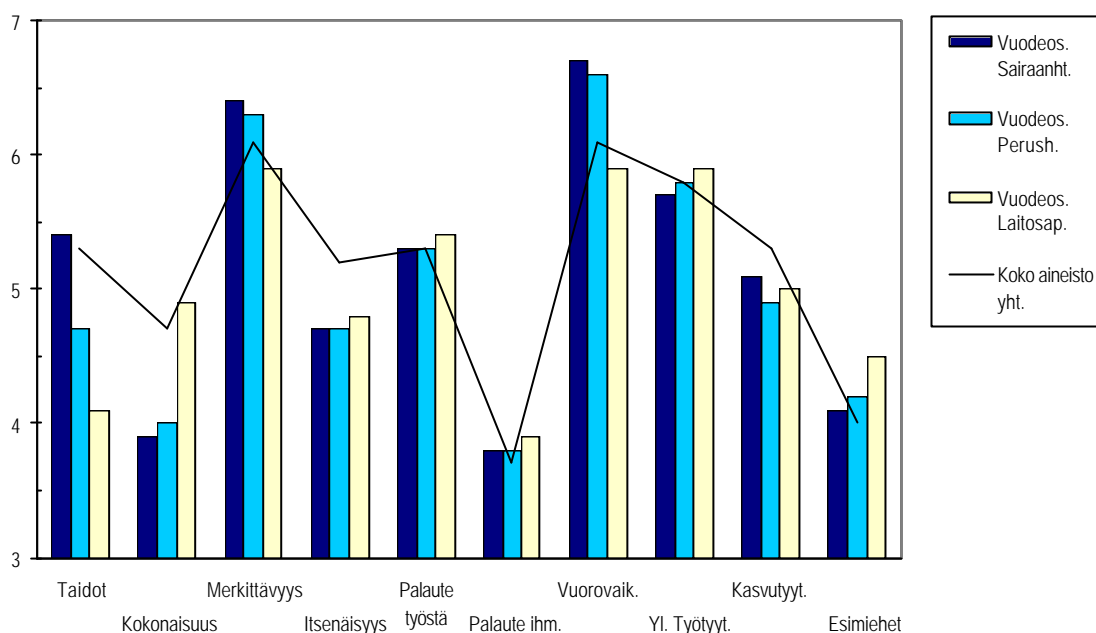


Kuvio 7. Työn piirteet ja tyytyväisyys vastaanottojen eri ammattiryhmissä vuonna 1998.

Vuodeosasto

Vuodeosastoilla sairaan- ja perushoitajien työ muistutti piirteiltään hyvin paljon vastaanottojen hoitajien työtä. Työ koettiin vuodeosastojen sairaanhoitajien ja perushoitajien keskuudessa erittäin merkittäväksi ja siihen sisältyi vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa. Hoitajien työn ongelmina olivat kuitenkin työssä vaadittavien taitojen vähäisyys ja työn sirpaleisuus, jotka korostuivat vuodeosastoilla. Avustavan henkilökunnan työ oli piirteiltään hoitajien työtä köyhempää myös vuodeosastoilla. Laitosapulaisten työssä erityisesti työn haasteettomuus oli ongelma. Työn etuna oli kuitenkin kokonaisuus. Vuodeosastoilla saatiin palautetta muilta ihmisiltä hyvin vähän kaikissa ammattiryhmissä.

Vaikka laitosapulaisten työ ei ollut yhtä motivoivaa kuin hoitajien työ, olivat laitosapulaiset silti yleisesti tyytyväisempiä työhönsä ja esimiehiinsä. Kaiken kaikkiaan vuodeosastojen hoitajien ja laitosapulaisten työtä leimasi kuitenkin haasteettomuus ja vuodeosastoilla oltiin keskimääräistä tyytymättömpiä työn suomiin mahdollisuuksiin kasvaa ja kehittyä työssä. (Kuvio 8.)

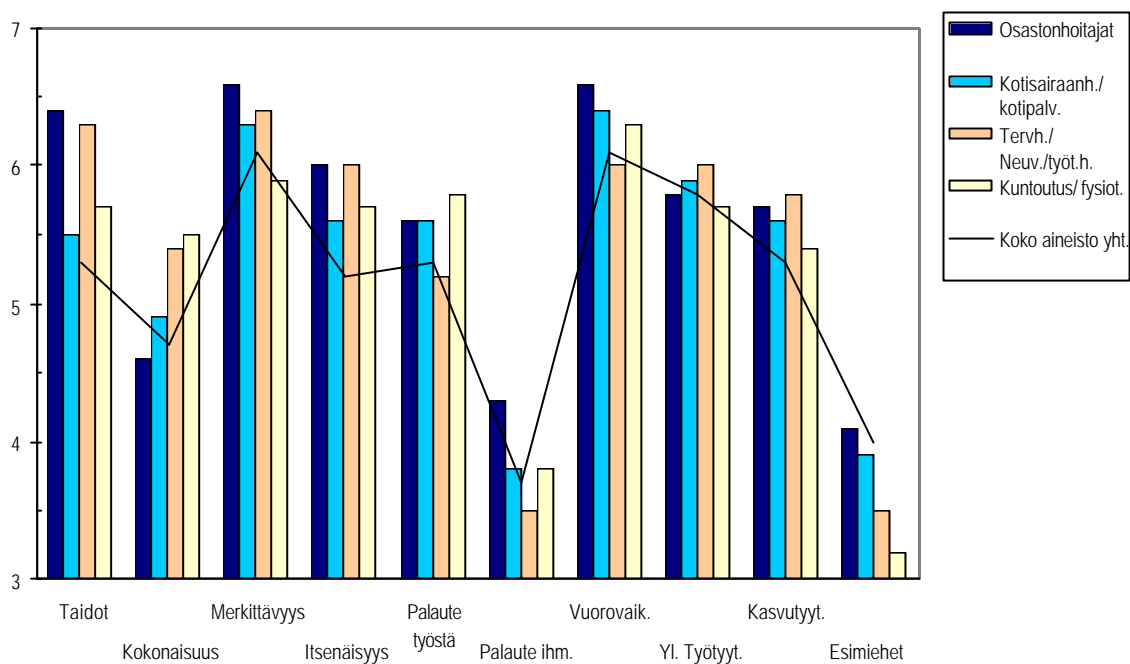


Kuvio 8. Työn piirteet ja työtyytyväisyys vuodeosastojen eri ammattiryhmillä vuonna 1998.

Osastonhoitajat ja muu avoterveydenhuolto

Osastonhoitajien työ muistutti piirteiltään hyvin paljon lääkäreiden työtä. He kokivat työnsä haastavaksi, merkittäväksi ja itsenäiseksi. Palautetta työstä saatiin paljon. Työ erosi lääkäreiden työstä siinä, että osastonhoitajien työ vaati erityisen paljon kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa. He myös saivat työssä palautetta esimiehiltä ja työtovereilta paljon verrattuna kaikkiin muihin ammattiryhmiin. Osastonhoitajat kokivat työnsä ainoaksi ongelmaksi sen sirpaleisuuden. Sen sijaan terveydenhoitajien työssä myönteistä oli juuri työn kokonaisuus. Terveydenhoitajat erottuivat osastonhoitajien tapaan muista ammattiryhmistä myös heidän myönteisillä näkemyksillään työn haastavuudesta, merkittävydestä ja itsenäisyydestä. Palaute muilta ihmisiltä oli kuitenkin vähäistä. Kotisairaanhoidon työntekijöiden työ oli osastonhoitajien ja terveydenhoitajien työtä jonkin verran köyhempää, mutta vastaanottojen ja vuodeosastojen hoitajia motivoivampaa. Työssä positiivista oli muihin hoitajiin verrattuna työn kokonaisuus, itsenäisyys työssä sekä kohtuullinen palaute itse työstä sitä tehdessä. Kuntoutuksessa työ koettiin kaiken kaikkiaan motivoivaksi. Työtä ei kuitenkaan nähty yhtä merkittäväksi kuin muissa ammattiryhmissä.

Osastonhoitajat, kotisairaanhoidon työntekijät, terveydenhoitajat ja kuntoutuksen työntekijät olivat kaikki tyytyväisiä yleisesti työhönsä. Kasvun mahdollisuuksiin työssä oltiin vastaanottoja ja vuodeosastoja tyytyväisempiä. Esimiehiin oltiin kuitenkin tyytymättömiä kotisairaanhoidossa, terveydenhoitajien keskuudessa sekä kuntoutuksessa. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Työn piirteet osastonhoitajilla, kotisairaanhoidon työntekijöillä, terveydenhoitajilla ja kuntoutuksen työntekijöillä vuonna 1998.

Työn rasitustekijät ja stressioireiden kokeminen

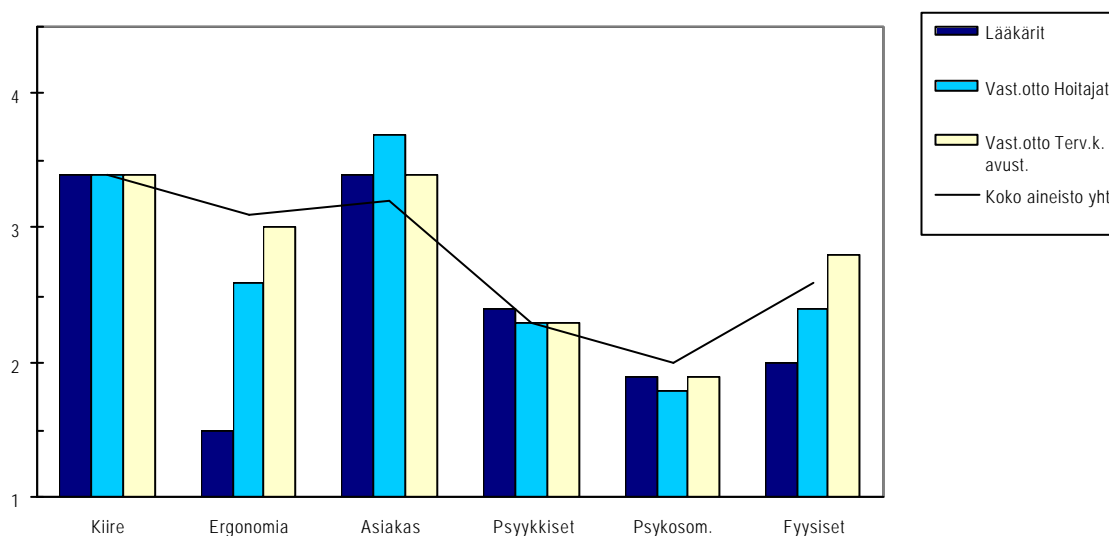
Työn rasitustekijöinä tarkastellaan kiirettä, ergonomisia ongelmia ja asiakkaisiin liittyviä ongelmia. Terveyskeskusten vastaanotoilla ja vuodeosastoilla yleisiä ongelmia olivat kiire ja asiakkaisiin liittyvät ongelmat. Muussa avoterveydenhuollossa näitä esiintyi vähemmän. Rasitustekijät vaihtelivat kuitenkin paljon työtehtävien mukaan ja eri ammattiryhmissä korostuivat erilaiset ongelmat. Stressioireina tarkastellaan psyykkisiä, psykosomaattisia ja fyysisiä oireita. Käytännössä psyykkiset oireet ovat yleisempiä kuin psykosomaattiset oireet. Fyysiset oireet taas vaihtelevat voimakkaimmin tehtävän mukaan, mikä oli selvästi havaittavissa myös terveyskeskuksissa.

Taulukko 4. Työn rasitustekijät ja stressioireet eri ammattiryhmissä vuonna 1998.

Keskiarvot työyksiköittäin/ ammattiryhmittäin	Vastaanotto			Vuodeosasto			Osas- ton- hoita- jat	Koti- sair.h./ koti- palvelu	Terv. hoitajat Neuv./ työt.h.	Kun- tous/ fysio- terapia	Kaikki yhteen- sä
	Lääkä- rit	Hoita- jat	Terv.k. Avusta- jat	Sai- raan- hoitajat	Perus- hoitajat	Laitos- apulai- set					
	N=35	N=28	N=38	N=63	N=92	N=38					
Työn rasitustekijät											
Kiire	3,4	3,4	3,4	3,8	4,0	3,9	3,4	2,7	3,0	2,9	3,4
Ergonomiset ongelmat	1,5	2,6	3,0	3,8	4,2	3,9	2,6	2,9	1,5	2,9	3,1
Asiakkaat	3,4	3,7	3,4	3,5	3,6	3,4	3,1	3,1	3,1	3,5	3,2
Stressioireet											
Psyykkiset	2,4	2,3	2,3	2,4	2,3	2,4	2,4	2,3	2,4	2,6	2,3
Psykosomaattiset	1,9	1,8	1,9	2,1	2,0	2,1	1,6	1,9	1,9	1,9	2,0
Fyysiset	2,0	2,4	2,8	2,6	2,7	3,1	2,1	2,7	2,1	2,2	2,6

Vastaanotto

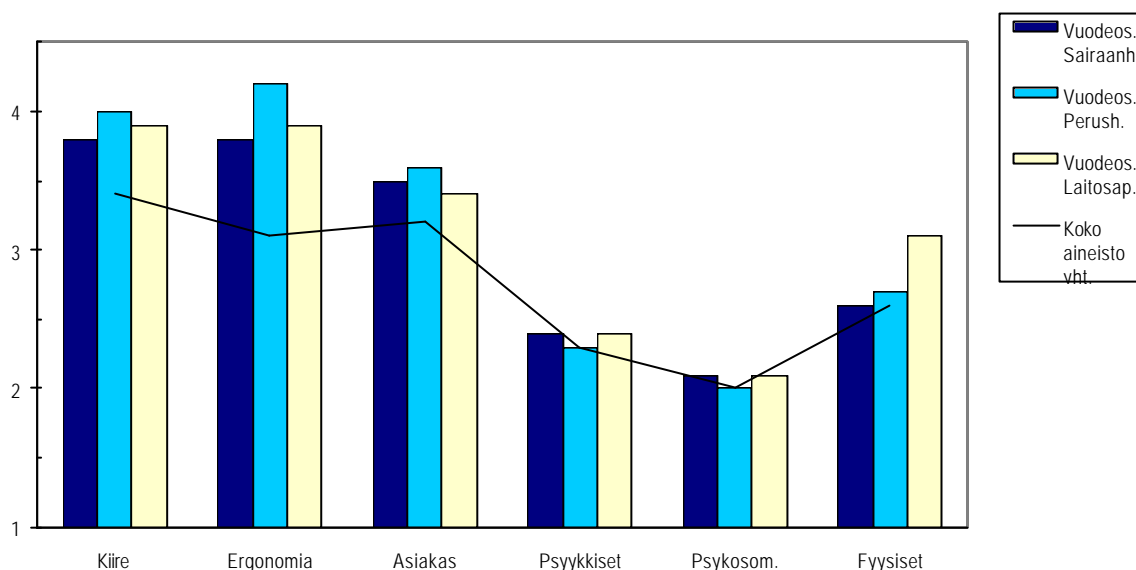
Vastaanotoilla niin lääkäreiden, hoitajien kuin terveyskeskusavustajien työ oli suhteellisen kiireistä. Vastaanottojen työlle leimallista näyttävät olevan asiakkaisiin liittyvät rasitustekijät, jotka olivat kaikissa ammattiryhmissä melko yleisiä. Ergonomisia ongelmia oli terveyskeskusavustajilla ja hoitajilla yllättävän runsaasti, mikä varmasti heijastui myös terveyskeskusavustajien fyysiseen oireiluun. Avustajien yleiseen fyysiseen oireiluun saattoi osasyynä olla myös heidän korkea keski-ikänsä. Muita stressioireita ei vastaanoton työntekijöillä ollut keskimääräistä enempää. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Työn rasitustekijät ja stressioireet vastaanottojen eri ammattiryhmillä vuonna 1998.

Vuodeosasto

Vuodeosastoilla kaikkien ammattiryhmien työ oli sekä psyykkisesti että fyysisesti varsin rasittavaa. Työhön sisältyikin niin kiirettä kuin ergonomisia ja asiakkaisiin liittyviä ongelmia. Perushoitajien työssä oli eniten rasiustekijöitä, mutta laitosapulaiset oireilivat fyysisesti muita enemmän. Tämä liittyy siihen, että laitospulalaisten keski-ikä oli kuusi vuotta korkeampi kuin hoitajien. Psyykkisiä ja psykosomaattisia oireita ei näillä ryhmillä ollut enempää kuin keskimäärin. (Kuvio 11.)

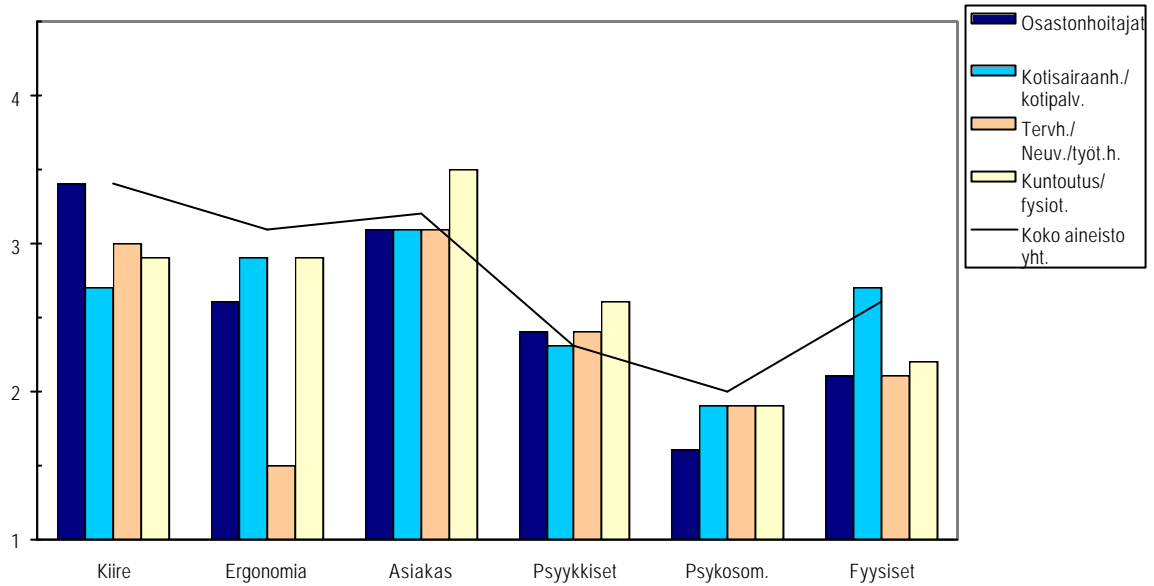


Kuvio 11. Työn rasiustekijät ja stressioireet vuodeosastojen eri ammattiryhmillä vuonna 1998.

Osastonhoitajat ja muu avoterveydenhoito

Kun osastonhoitajien, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden, terveydenhoitajien ja kuntoutuksen työntekijöiden työ oli piirteiltään varsin samankaltaista, olivat erot rasiustekijöissä huomattavat. Osastonhoitajien ja terveydenhoitajien työ oli melko kiireistä, mutta muita rasiustekijöitä heillä oli keskimääräistä vähemmän. Osastonhoitajilla ja terveydenhoitajilla esiintyi myös varsin vähän erilaisia rasiustoireita. Kotipalvelun ja kuntoutuksen työntekijät eivät kokeneet työtään kiireiseksi, mutta he kokivat työnsä ergonomisesti rasittavaksi. Kuntoutuksen työntekijöillä oli erityisen paljon asiakkaisiin liittyviä ongelmia, mikä saattoi olla yhteydessä heidän suureen psyykkisten stressioireiden määräänsä. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijät puolestaan oireilivat fyysisesti. Kotipalvelun työntekijöiden ikääntyminen vaikutti varmasti osaltaan fyysisten oireiden runsauteen, ilmenihän

fyysisiä oireita myös muissa ikääntyneissä, avustavaa työtä tekevissä ammattiryhmissä. Kaiken kaikkiaan osastonhoitajien ja muun avoterveydenhoidon työhön sisältyi vähemmän rasitustekijöitä kuin vastaanotoilla ja vuodeosastoilla tehtävään työhön. Avoterveydenhoidon ammattiteissa esiintyi myös vähemmän rasitusoireita. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Työn rasitustekijät ja stressioireet vuodeosastojen eri ammattiryhmillä vuonna 1998.

Työn kehittämiskohteet eri ammattiryhmissä

Eri ammattiryhmien työn ja työyhteisön vahvuuksista ja kehittämiskohteista hahmottui ulkopuolisille tutkijoille etäinen näkemys. Lähes kaikkia ammattiryhmiä yhdisti vähäisen palautteen saaminen työtovereilta ja esimiehiltä. Vaikka myös jonkinlaisia ammattiryhmien työn ominaispiirteitä on mahdollista löytää, tulisi jokaisen työyhteisön tarkastella omia tuloksiaan ja verrata niitä esimerkiksi kaikkien vastaajien keskiarvoon. Tässä ammattiryhmien vahvuudet ja kehittämiskohteet on saatu vertaamalla ammattiryhmien keskiarvoja toisiinsa ja kaikkien vastaajien keskiarvoon. Eri ammattiryhmien vertaaminen ei aina ole tarkoituksenmukaista. Erityisesti työn piirteet ja fyysinen rasitus vaihtelevat paljon työn luonteen ja vaatimusten mukaisesti. Ryhmän toiminta ei yhtä selvästi noudata ammattihierarkiaa, mutta siinäkin on havaittavissa ammattiryhmien välisiä eroja. Tuloksia olisikin tarkasteltava suhteessa itseensä eli siihen, mikä juuri oman ammattiryhmän kannalta on tärkeää.

Vastaanotoilla työn piirteet noudattivat selkeästi ammattihierarkiaa. Lääkärien työ oli motivoivaa. Lääkärien työn kehittämishaasteena voidaan kuitenkin pitää vuorovaikutuksen lisäämistä. Hoitajilla taas vuorovaikutus sisältyi kiinteästi työhön, mutta työ koettiin hieman sirpaleiseksi ja epäitsenäiseksi. Hoitajien keskuudessa ryhmätoiminta nähtiin laadukkaana. Huomio tulisi kuitenkin kiinnittää hoitajien hoitosuosituksen käyttöön, joka oli vähäistä siitä huolimatta, että suosituksia koettiin olevan hyvin saatavilla. Terveyskeskusavustajien työssä on monia kehittämiskohteita. Työn piirteet ja ryhmän toiminnan laatu olivat lähes kaikki muita heikommalla tasolla.

LÄÄKÄRIT

Vahvuudet	Kehitettävää
TYÖN PIIRTEET: - työssä vaadittavat taidot hyvät - työ melko kokonaista - työ koetaan merkittäväksi - työ on itsenäistä - palaute työstä - kasvun mahdollisuuksiin ollaan tyytyväisiä - esimiehiin ollaan tyytyväisiä OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - esimies oikeudenmukainen HOITOSUOSITUSASENTEET: - yleinen suhtautuminen myönteinen - suositukset nähdään hyödyllisinä - suositukset nähdään luotettavina - oma ammattitaito koetaan hyväksi - organisaation asenne kannustava - suositukset ovat käytännöllisiä - suositukset ovat hyvin saatavilla - käyttö yleistä	TYÖN PIIRTEET: - vuorovaikutus työssä - palaute muilta ihmisiltä - yleinen tyytyväisyys työhön RASITUS JA OIREET: - asiakkaisiin liittyvää rasitusta paljon OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - uusien asioiden ideointi

HOITAJAT

Vahvuudet	Kehitettävää
TYÖN PIIRTEET: - työssä vaadittavat taidot hyvät - työ koetaan merkittäväksi - vuorovaikutusta työssä paljon - työhön ollaan tyytyväisiä OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - vuorovaikutus ryhmissä turvallista - tavoitteet hyväksytyjä - ryhmissä ideoidaan HOITOSUOSITUSASENTEET: - suositukset ovat hyvin saatavilla	TYÖN PIIRTEET: - kokonaisuus - itsenäisyys - palaute muilta ihmisiltä RASITUS JA OIREET: - asiakkaisiin liittyvää rasitusta paljon OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - esimiehen oikeudenmukaisuus HOITOSUOSITUSASENTEET: - hyödyllisyys - käyttö

TERVEYSKESKUSAVUSTAJAT

Vahvuudet	Kehitettävää
TYÖN PIIRTEET: - työ on kokonaista (vrt. hoitajat) - työhön ollaan tyytyväisiä	TYÖN PIIRTEET: - työssä vaadittavat taidot - merkittävyys - itsenäisyys - vuorovaikutus työssä - palaute muilta ihmisiltä - tyytyväisyys kasvun mahdollisuuksiin RASITUS JA OIREET: - asiakkaisiin liittyvää rasitusta paljon - fyysisiä oireita runsaasti OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - vuorovaikutuksen turvallisuus - ideointi - tavoitteiden hyväksyminen - arviointi

Vuodeosastoilla työn haasteellisuutta tulisi kehittää kaikissa ammattiryhmissä. Ongelmina vastaanottoon verrattuna olivat myös kiire ja ergonominen rasitus, ja asiakkaisiin liittyviä ongelmia oli paljon, kuten vastaanotoillakin. Hoitajien ja perushoitajien hoitosuositusasenteet olivat monilta osin kielteisiä ja suosituksia käytettiin hyvin vähän. Myös vuodeosastoilla tulisi kiinnittää huomiota erityisesti avustavien ammattiryhmien työn kehittämiseen.

V U D E O S A S T O	SAIRAANHOITAJAT	
	Vahvuudet	Kehitettävää
	TYÖN PIIRTEET: - työ koetaan merkittäväksi - vuorovaikutusta työssä paljon OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - vuorovaikutus ryhmissä turvallista - tavoitteet hyväksytyjä - ryhmien toimintaa arvioidaan kriittisesti	TYÖN PIIRTEET: - kokonaisuus - itsenäisyys - palaute muilta ihmisiltä - tyytyväisyys kasvun mahdollisuuksiin RASITUS JA OIREET: - työssä kiirettä - ergonomisia ongelmia runsaasti - asiakkaisiin liittyvää rasitusta paljon HOITOSUOSITUSASENTEET: - yleinen asenne - hyödyllisyys - käytännöllisyys - saatavuus - käyttö
	PERUSHOITAJAT	
	Vahvuudet	Kehitettävää
	TYÖN PIIRTEET: - työ koetaan merkittäväksi - vuorovaikutusta työssä paljon OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - esimies oikeudenmukainen - vuorovaikutus ryhmissä turvallista - ryhmissä ideoidaan	TYÖN PIIRTEET: - työssä vaadittavat taidot - kokonaisuus - itsenäisyys - palaute ihmisiltä - tyytyväisyys kasvun mahdollisuuksiin RASITUS JA OIREET: - työssä kiirettä - ergonomisia ongelmia runsaasti - asiakkaisiin liittyvää rasitusta paljon HOITOSUOSITUSASENTEET: - yleinen suhtautuminen - hyödyllisyys - luotettavuus - ammattitaito - käytännöllisyys - saatavuus - käyttö
	LAITOSAPULAISET	
	Vahvuudet	Kehitettävää
	TYÖN PIIRTEET: - työ on kokonaista - työhön ollaan tyytyväisiä - esimiehiin ollaan tyytyväisiä OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - esimies oikeudenmukainen - vuorovaikutus ryhmissä turvallista - ryhmissä ideoidaan	TYÖN PIIRTEET: - työssä vaadittavat taidot - itsenäisyys - palaute ihmisiltä - tyytyväisyys kasvun mahdollisuuksiin RASITUS JA OIREET: - ergonomisia ongelmia runsaasti - työssä kiirettä - asiakkaisiin liittyvää rasitusta paljon - fyysisiä oireita runsaasti

Osastonhoitajilla korostuivat monet työn hyvät piirteet verrattuna vastaanottojen ja vuodeosastojen ammattiryhmiin. Työn kehittämiskohteena on kuitenkin työn sirpaleisuus, joka voi osittain johtua kiireestä. Osastonhoitajien hoitosuosituksen käyttöön tulisi myös kiinnittää huomiota. Muussa avoterveydenhoidossa työn piirteet ja ryhmätoiminta olivat melko hyvällä tasolla vastaanottoihin ja vuodeosastoihin nähden, mutta ammattikohtaisia erojakin oli havaittavissa. Kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa näkemykset ryhmän toiminnasta olivat myönteisiä, mutta sen sijaan fyysisiä oireita oli runsaasti.

OSASTONHOITAJAT	
Vahvuudet	Kehitettävää
TYÖN PIIRTEET: - työssä vaadittavat taidot hyvät - työ koetaan merkittäväksi - työ on itsenäistä - muilta ihmisiltä saadaan palautetta - vuorovaikutusta työssä paljon - kasvun mahdollisuuksiin ollaan tyytyväisiä OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - ryhmässä ideoidaan HOITOSUOSITUSASENTEET: - yleinen suhtautuminen myönteinen - suositukset ovat käytännöllisiä - suositukset ovat hyvin saatavilla	TYÖN PIIRTEET: - työn kokonaisuus RASITUS JA OIREET: - työssä kiirettä OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - yleinen oikeudenmukaisuus HOITOSUOSITUSASENTEET: - suositusten käyttö
KOTISAIRAANHOITO/KOTIPALVELU	
Vahvuudet	Kehitettävää
TYÖN PIIRTEET: - työ on itsenäistä - palaute työstä - vuorovaikutusta työssä paljon - kasvun mahdollisuuksiin ollaan tyytyväisiä OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - vuorovaikutus ryhmässä turvallista - tavoitteet hyväksytyjä - ryhmien toimintaa arvioidaan kriittisesti HOITOSUOSITUSASENTEET: - oma ammattitaito koetaan hyväksi - käyttö yleistä	TYÖN PIIRTEET: - palaute ihmisiltä - tyytyväisyys esimiehiin RASITUS JA OIREET: - fyysisiä oireita runsaasti

Terveydenhoitajien työ oli kaikin puolin tyydyttävää. Ainoastaan uusien asioiden ideointi oli melko vähäistä. Kuntoutuksessa sen sijaan haasteena on työn merkittävyyden lisääminen ja asiakkaisiin liittyvä rasitus, sekä työntekijöiden psyykkinen oireilu.

TERVEYDENHOITAJAT	
Vahvuudet	Kehitettävää
TYÖN PIIRTEET: - työssä vaadittavat taidot hyvät - työ melko kokonaista - työ koetaan merkittäväksi - työ on itsenäistä - kasvun mahdollisuuksiin ollaan tyytyväisiä - työhön ollaan tyytyväisiä OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - organisaatio oikeudenmukainen - tavoitteet ryhmässä hyväksytyjä HOITOSUOSITUSASENTEET: - yleinen suhtautuminen myönteinen - suositukset nähdään hyödyllisinä - suositukset nähdään luotettavina - oma ammattitaito koetaan hyväksi - organisaation asenne kannustava - suositukset ovat käytännöllisiä - suositukset ovat hyvin saatavilla - käyttö yleistä	TYÖN PIIRTEET: - palaute muilta ihmisiltä - tyytyväisyys esimiehiin OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - ideointi ryhmässä

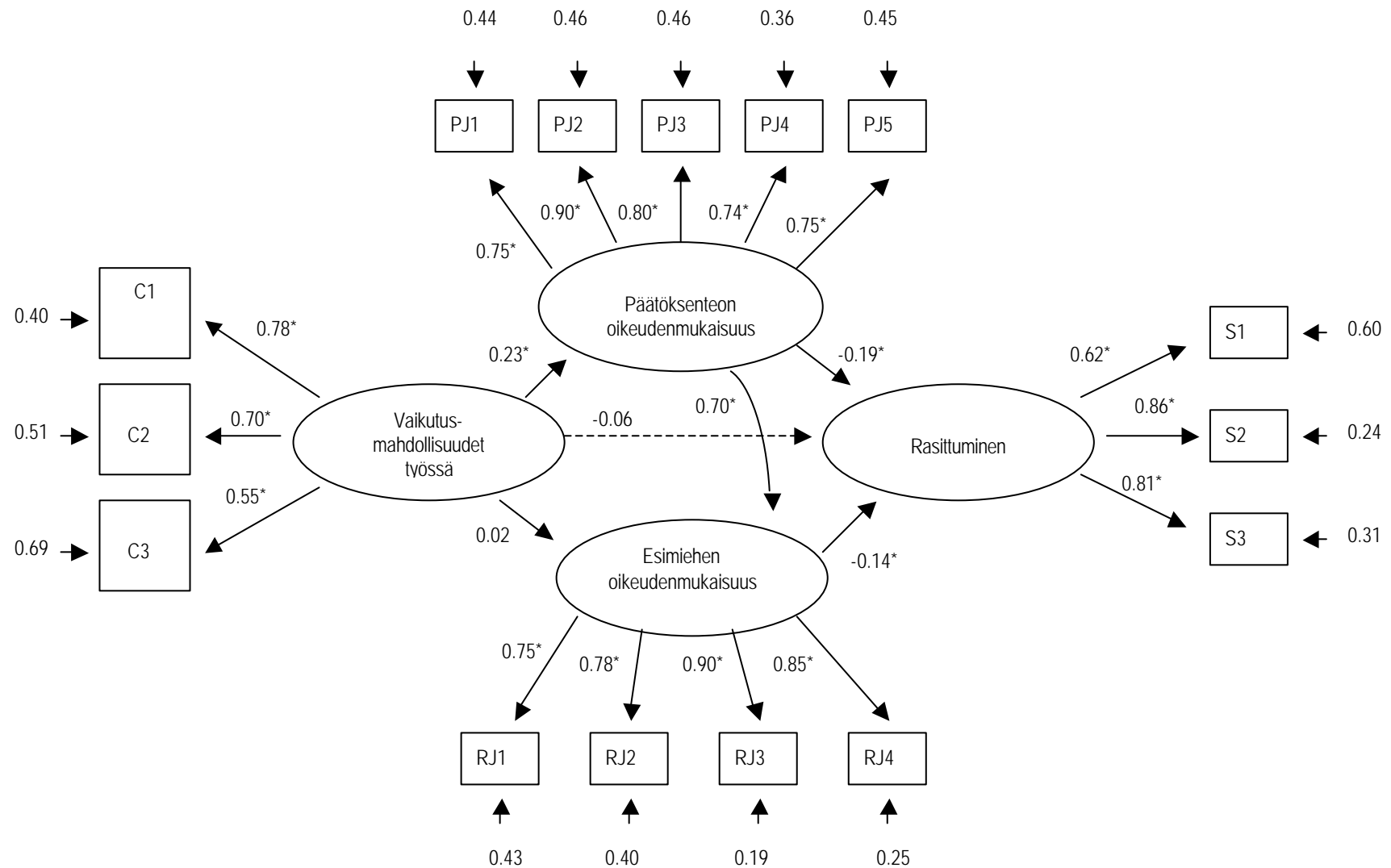
KUNTOUTUS	
Vahvuudet	Kehitettävää
TYÖN PIIRTEET: - työssä vaadittavat taidot hyvät - työ melko kokonaista - työ on itsenäistä - palaute työstä OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - organisaatio oikeudenmukainen - ryhmässä ideoidaan - tavoitteet ryhmässä hyväksytyjä	TYÖN PIIRTEET: - merkittävyys - palaute muilta ihmisiltä - yleinen työtyytyväisyys - tyytyväisyys esimiehiin RASITUS JA OIREET: - asiakkaisiin liittyvää räsitusta paljon - psyykkisiä oireita runsaasti OIKEUDENMUKAISUUS JA RYHMÄN TOIMINTA: - esimiehen oikeudenmukaisuus

Henkilöstön hyvinvointi

Työntekijöiden hyvinvoinnin turvaaminen muutoksessa on ensiarvoisen tärkeää. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota siihen, miten erilaiset organisaatio-, ryhmä- ja yksilötason tekijät ovat yhteydessä työntekijöiden hyvinvointiin, erityisesti psyykkiseen rasittumiseen. Tuloksia raportoitiin useissa tieteellisissä artikkeleissa, joita käsitellään seuraavaksi.

Työn hallinnan, eli sen missä määrin työntekijä pystyy kontrolloimaan työtään, on useissa tutkimuksissa todettu olevan tärkeä kuormittumista ehkäisevä ja terveyttä edistävä tekijä. Toinen terveyteen yhteydessä oleva ilmiö on työntekijän kokemus siitä, miten oikeudenmukaisesti organisaatiossa tehdään päätöksiä ja miten oikeudenmukaisesti esimiehet kohtelevat häntä. Myös tässä tutkimuksessa näiden todettiin aiheuttavan stressiä. Uutta tutkimuksessa oli kuitenkin se, että työn hallinnan vaikutus stressiin välittyi organisaation toiminnan koetun oikeudenmukaisuuden kautta. Toisin sanoen, mitä enemmän työntekijällä oli mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä, sitä oikeudenmukaisemmaksi hän koki organisaation toiminnan ja sitä vähemmän hän koki työssään stressiä. Työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksilla ei sen sijaan ollut juurikaan yhteyttä siihen, minkälaiseksi esimiehen toiminta koettiin. Arviot koko organisaation toiminnasta kuitenkin olivat yhteydessä myös siihen, minkälaiseksi esimiehen toiminta arvioitiin. Mitä epäoikeudenmukaisemmaksi organisaation toiminta koettiin, sitä epäoikeudenmukaisemmaksi koettiin myös esimiehen kohtelu. (Kuvio 13). (Elovainio, Kivimäki & Helkama painossa.)

Tulokset antavat viitteitä yhdestä vaikutusmekanismista työn hallinnan ja stressin välisessä yhteydessä. On siis ilmeistä, että vaikutusmahdollisuudet työssä tulkitaan yhdeksi osoitukseksi työpaikan oikeudenmukaisuudesta. Tutkimuksessa testattiin myös oikeudenmukaisuuden mahdollinen muuntava vaikutus työn hallinnan ja stressin välisessä yhteydessä. Tätä ei kuitenkaan havaittu.

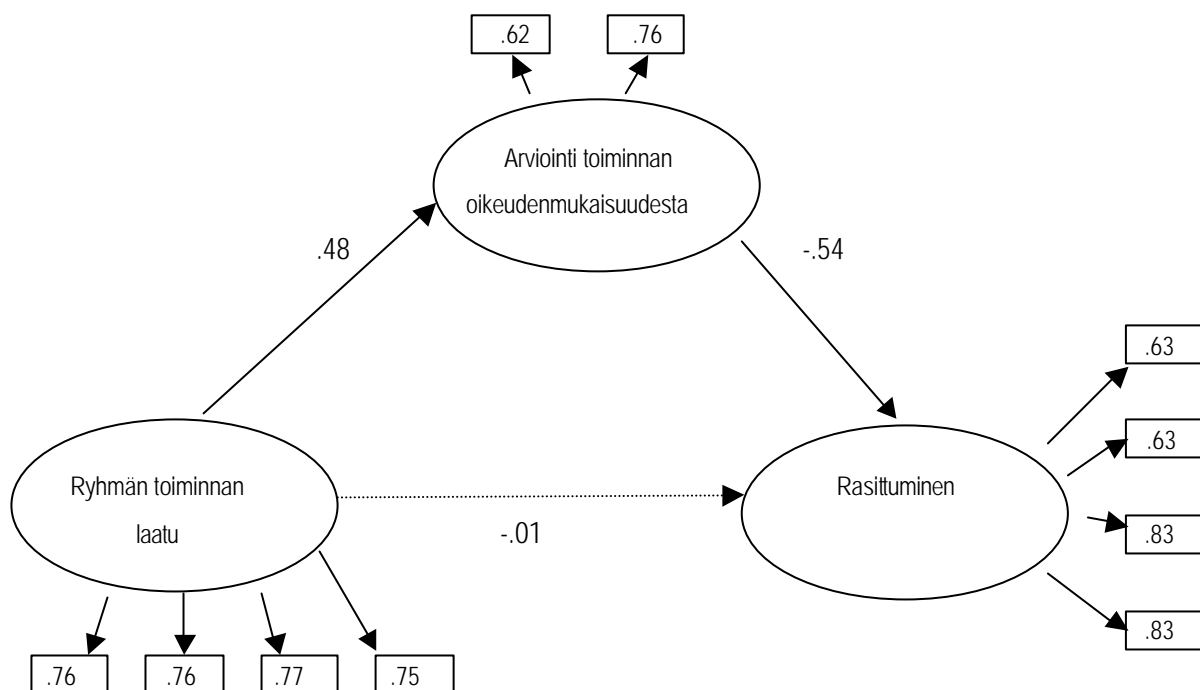


χ^2 (df) = 136.95(85) RMSR = 0.031 AGFI = 0.96 BBI = 0.97 TLI = 0.99

Kuvio 13. Rakenneyhtälömalli (LISREL) työn hallinnan ja organisaation oikeudenmukaisuuden yhteydestä psyykkiseen rasittumiseen vuonna 1995 (Elovainio, Kivimäki & Helkama painossa).

Työn hallinnan ja oikeudenmukaisuuden lisäksi ryhmän toiminnan on todettu olevan voimakkaasti yhteydessä työssä rasittumiseen. Näiden yhteyksien lisäksi myös ryhmän toiminta ja oikeudenmukaisuus ovat yhteydessä toisiinsa. Ryhmän ominaisuuksilla voidaan olettaa olevan suuri merkitys siinä, millaiseksi organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus arvioidaan. Suuri osa informaatiosta, joka koskee organisaatiota, välittyy ryhmän kautta. Jos ryhmä on turvallinen ja sen tavoitteet koetaan arvokkaiksi, on todennäköistä että kuva organisaation toiminnasta on myönteinen.

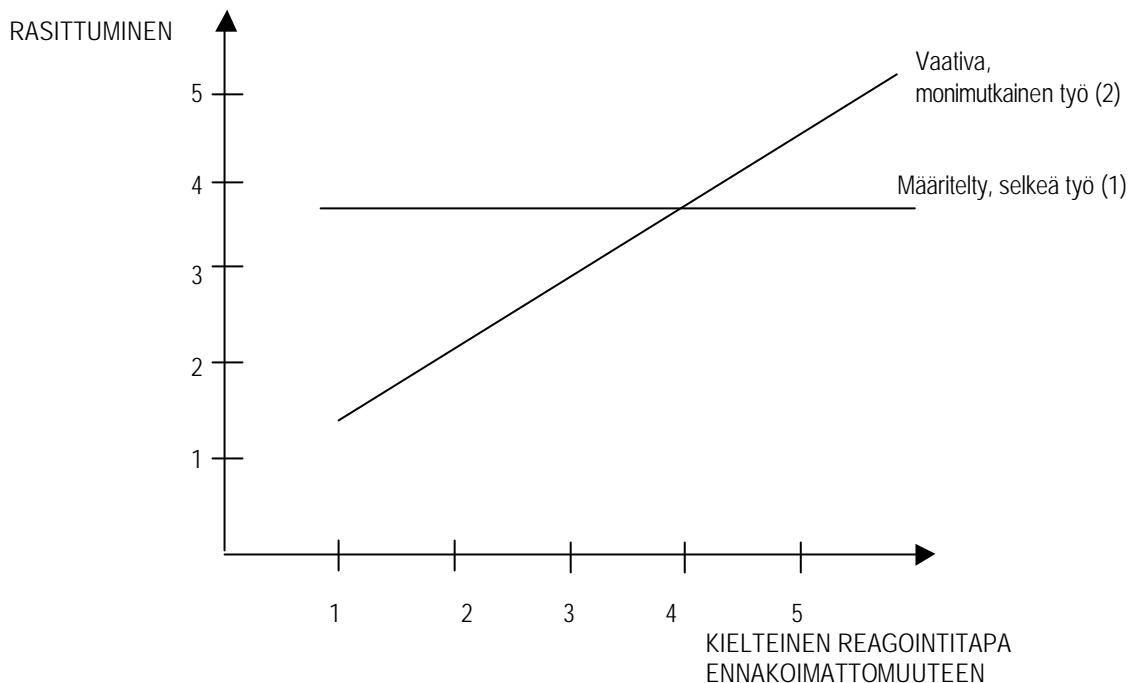
Oletuksen mukaisesti oikeudenmukaisuuden arvioinnin todettiin myös tässä tutkimuksessa olevan yhteydessä ryhmätason psykososiaalisiin tekijöihin eli ryhmän toiminnan laatuun. Arvio toiminnan oikeudenmukaisuudesta vaikutti työntekijän psyykkiseen rasittumiseen kuitenkin enemmän kuin ryhmän toiminnan laatu. Työntekijät käyttivät työpaikan sosiaalisten suhteiden laatua ikään kuin merkinä oikeudenmukaisesta kohtelusta, mikä puolestaan vaikutti heidän kokemaansa stressiin (kuvio 14). (Elovainio, Kivimäki, Eccles & Sinervo painossa.)



χ^2 (df) = 108.83 (32) RMSR = 0.044 AGFI = 0.95 BBI = 0.96 TLI = 0.96

Kuvio 14. Rakenneyhtälömalli (LISREL) ryhmän toiminnan laadun ja toiminnan oikeudenmukaisuuden yhteydestä psyykkiseen rasitukseen vuonna 1998 (Elovainio ym. painossa).

Työntekijöiden hyvinvointi on paljolti sidoksissa työn ja organisaation ominaisuuksiin ja kunkin yksilön havaintoihin siitä. Työntekijät kuitenkin eroavat siinä, missä määrin he eri tilanteissa rasittuvat. Tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota yksilön tapaan jäsentää ympäristöä ja reagoida työympäristöönsä. On havaittu, että työntekijä, joka pyrkii järjestämään ympäristöään selkeisiin kokonaisuuksiin, on vähemmän altis stressioireille. Toisaalta työntekijä, joka reagoi kielteisesti ympäristön ennakoimattomuuteen, rasittuu helpommin (Kivimäki ym. 1996). Tässä tutkimuksessa nämä samat yhteydet voitiin toistaa, mutta tämän lisäksi havaittiin, että se miten yksilöllinen reagoititapa vaikuttaa hyvinvointiin, riippuu terveyskeskuksissa työympäristön ominaisuuksista. Yksilöllinen taipumus reagoida kielteisesti ympäristön epävarmuuteen lisäsi stressiä vain ammateissa, jotka vaativat paljon monimuotoisia taitoja ja joita kuvasi tietynlainen epävarmuus (kuvio 15). Sen sijaan ammateissa, jotka olivat helposti ennustettavissa ja tarkoin määriteltyjä, ei yksilöllisellä reagoititavalla ollut merkitystä. Yksilön taipumus luoda ympäristöönsä ennustettavuutta ja rakennetta (personal need for structure) sen sijaan suojasi työntekijää stressiltä riippumatta ammatista. Se mahdollisti ympäristön ymmärtämisen mahdollisimman vähillä kognitiivisilla resursseilla. (Elovainio & Kivimäki 1998.)



$$(1) y = -0.02x + 3.605$$

$$(2) y = 0.37x + 1.679$$

Kuvio 15. Psykkisen rasittumisen selittyminen kielteisellä reagoititavalla erilaisissa työtehtävissä vuonna 1995 (regressiosuorat) (Elovainio & Kivimäki 1998).

Hoitosuositusasenteet ja suositusten käyttö terveyskeskuksissa

Mittarin kehittäminen (CPP-14)

Laadukas terveyskeskus –arviointitutkimuksen yhtenä tavoitteena oli kehittää mittausväline, jonka avulla voidaan mahdollisimman kattavasti ja luotettavasti selvittää ne tekijät, jotka estävät ja edistävät hoitosuosituksen käyttöönottoa. Tutkimuksessa kehitettiin 14-osioinen mittari (CPP-14) hoitosuositusasenteiden mittaamiseen. Siinä keskeisessä asemassa ovat työntekijöiden näkemykset ja havainnot hoitosuosituksista, sillä ne vaikuttavat paljon siihen, miten hoitosuosituksiin asennoidutaan. Tutkimuksessa CPP-14 –mittarin rakenne ja psykometriset ominaisuudet selvitettiin tarkasti (konfirmatorisella faktorianalyysillä LISREL 8.30 -ohjelmalla). (Elovainio ym. 1999.)

Mittari osoittautui käytännölliseksi välineeksi hoitosuositusasenteiden kartoittamiseen. Tutkimuksessa osoitettiin, että myönteisten ja kielteisten hoitosuositusasenteiden taustalla on kuusi tekijää, joita mittari kartoittaa. Näitä ovat näkemykset siitä, kuinka (1) hyödyllisiä, (2) luotettavia ja (3) käytännöllisiä hoitosuositukset ovat, millainen (4) oma asiantuntijuus ja toisaalta (5) organisaation tuki hoitosuositusten käytössä, ja (6) kuinka saatavilla hoitosuositukset ovat. Sivulla 19 esitetään mittarin osiot ja vastausvaihtoehdot. Mittarin psykometriset ominaisuudet on esitetty muualla (Elovainio ym. 1999).

Hoitosuositusasenteet

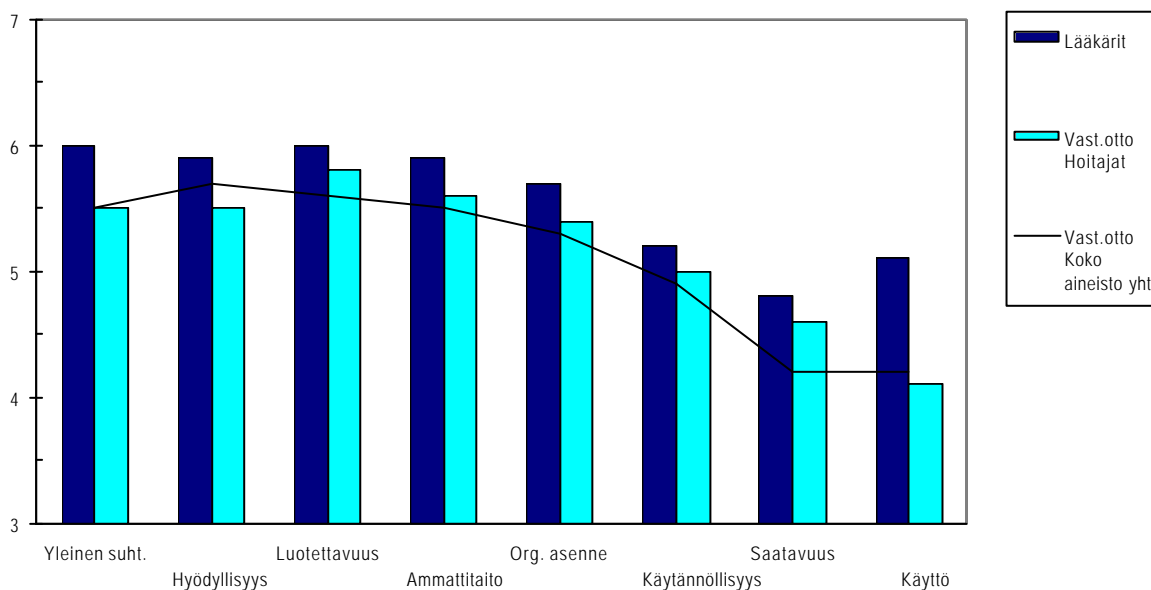
Suhtautuminen hoitosuosituksiin oli jo hankkeen alussa hyvin myönteistä. Hoitosuosituksiin suhtauduttiin yleisesti terveyskeskuksissa myönteisesti ja suositukset nähtiin hyödyllisinä. Hoitosuosituksia kuitenkin käytettiin melko vähän. Suositusten ongelmina pidettiin niiden käytännöllisyyttä ja saatavuutta. Näkemykset hoitosuosituksista kuitenkin vaihtelivat riippuen siitä, missä ammattiasemassa vastaaja toimi. Hierarkian yläpäässä hoitosuosituksiin asennoiduttiin myönteisemmin, ja suosituksia myös käytettiin yleisemmin. Hoitosuositusten käyttö näytti olevan selvästi rutinoituneempaa joissakin ammattiryhmissä. Tässä raportissa tarkastellaan hoitosuositusasenteita niissä ammattiryhmissä, jotka käyttävät suosituksia työssään. Näitä olivat lääkärit, vastaanottojen ja vuodeosastojen hoitajat, osastonhoitajat ja terveydenhoitajat sekä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijät.

Taulukko 5. Hoitosuositusasenteet eri ammattiryhmissä vuonna 1998.

Keskiarvot työyksiköittäin/ ammattiryhmittäin	Vastaanotto		Vuodeosasto		Osaston hoitajat	Koti- sairaan- hoito/ Koti- palvelu	Terveys- denhoi- tajat Neuv./ työt.h.	Koko aineisto yhteen- sä
	Lääkärit	Hoitajat	Sairaan- hoitajat	Perus- hoitajat				
	N=35	N=28	N=63	N=92				
Hoitosuositukset								
Yleinen suhtautum.	6,0	5,5	5,4	5,3	5,8	5,6	5,9	5,5
Hyödyllisyys	5,9	5,5	5,5	5,5	5,8	5,8	6,0	5,7
Luotettavuus	6,0	5,8	5,5	5,3	5,7	5,6	6,2	5,6
Ammattitaito	5,9	5,6	5,5	5,3	5,7	5,8	6,1	5,5
Organisaation asenne	5,7	5,4	5,2	5,2	5,5	5,4	5,7	5,3
Käytännöllisyys	5,2	5,0	4,8	4,7	5,2	5,0	5,2	4,9
Saatavuus	4,8	4,6	3,9	3,9	4,5	4,4	5,4	4,2
Käyttö	5,1	4,1	3,7	4,0	4,3	4,6	5,6	4,2

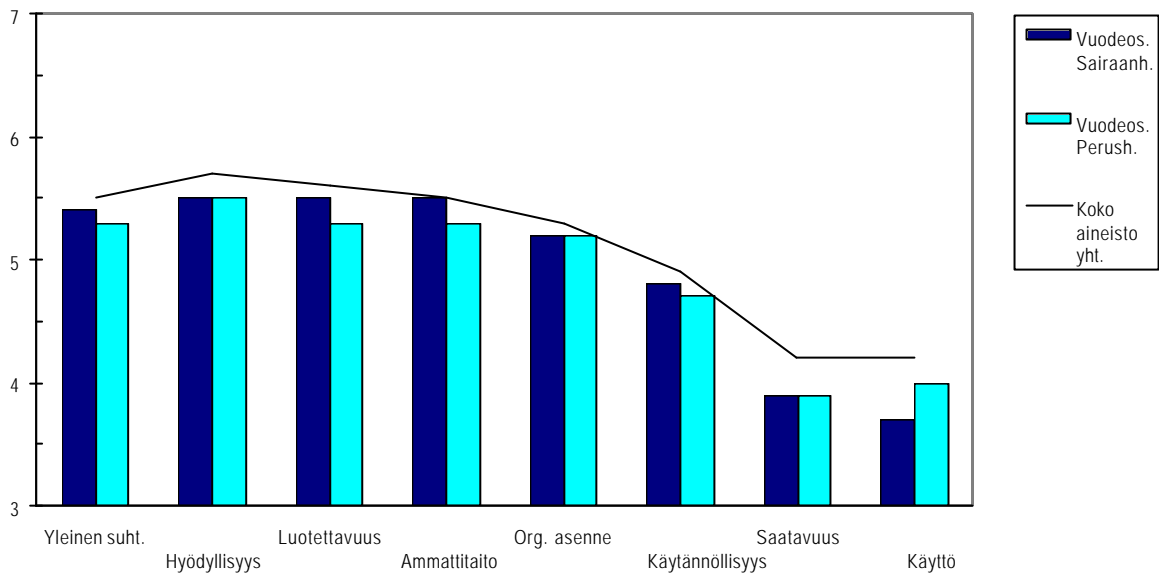
Vastaanotto

Vastaanotoilla lääkärit suhtautuivat hoitosuositukseen selvästi hoitajia ja keskimääräistä myönteisemmin. He myös käyttivät suosituksia yleisesti. Hoitajat asennoituivat suosituksiin muutoin melko myönteisesti, mutta hoitosuosituksen hyödyllisyydestä ei oltu yksimielisiä. Myös suositusten käyttö oli vähäistä. (Kuvio 16.)

**Kuvio 16. Asenteet hoitosuosituksia kohtaan vastaanottojen lääkäreillä ja hoitajilla vuonna 1998.**

Vuodeosasto

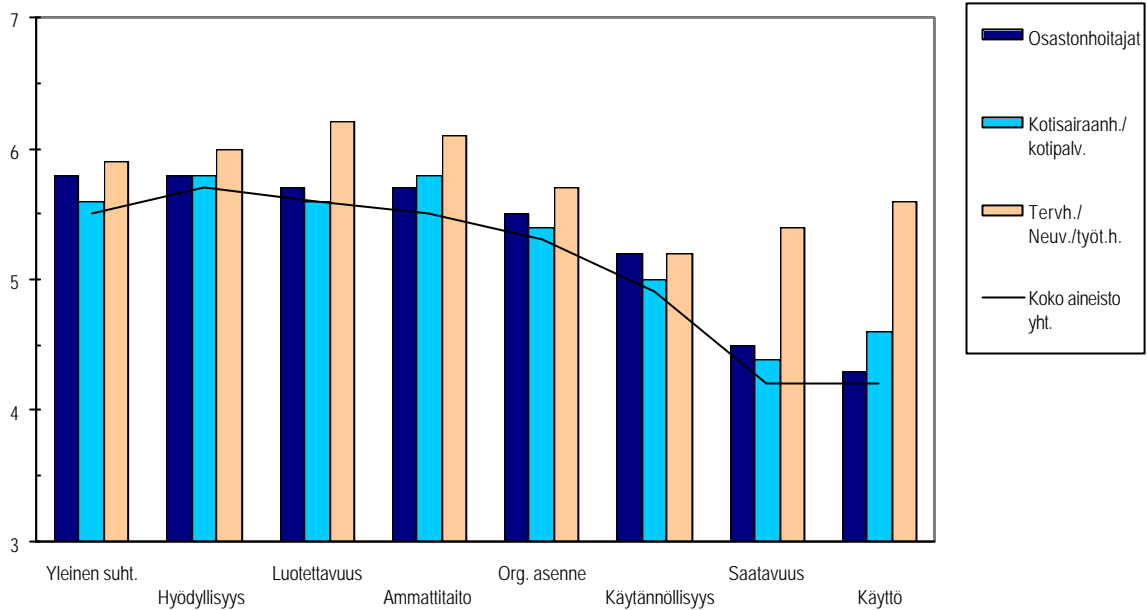
Vuodeosastoilla sekä sairaan- että perushoitajien asennoituminen hoitosuosituksiin oli hieman keskimääräistä kielteisempää. Molemmat ryhmät näkivät erityisesti hoitosuositusten käytännöllisyyden kyseenalaiseksi ja kokivat suositusten olevan vaikeasti saatavilla. Sairaanhoidajien keskuudessa hoitosuosituksia käytettiin hyvin vähän. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Asenteet hoitosuosituksia kohtaan vuodeosastojen sairaan- ja perushoitajilla vuonna 1998.

Osastonhoitajat, kotisairaanhoidon työntekijät ja terveydenhoitajat

Osastonhoitajat suhtautuivat hoitosuosituksiin myönteisesti ja näkivät suositukset hyviksi myös monien muiden ulottuvuuksiensa suhteen. Osastonhoitajilla ongelmana oli hoitosuositusten saatavuus, mikä saattoi vaikuttaa myös suositusten käyttöön. He käyttivätkin hoitosuosituksia vain vähän. Terveydenhoitajien asennoituminen suosituksiin oli kaikkia muita ammattiryhmiä myönteisempää. Terveydenhoitajilla edes suositusten saatavuus ei ollut ongelma ja suosituksia käytettiin huomattavasti enemmän. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden näkemykset hoitosuosituksista olivat keskimääräisen myönteisiä. He myös käyttivät hoitosuosituksia keskimääräistä enemmän. (Kuvio 18.)



Kuvio 18. Asenteet hoitosuosituksia kohtaan osastonhoitajilla, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöillä sekä terveydenhoitajilla vuonna 1998.

Hoitosuositusten käyttöä selittävät psykososiaaliset tekijät

Pitkittäisaineiston tulokset

Edellä on todettu, että näkemykset hoitosuosituksista olivat hyvin myönteisiä jo alkukartoituksessa. Asenteet eivät koko aineistossa juuri muuttuneet tarkasteltavina vuosina ja ongelmina nähtiin vuonna 1999 yhä suositusten saatavuus ja käytännöllisyys. Hoitosuositusten käyttö ei myöskään lisääntynyt tilastollisesti merkitsevästi. Tämän tutkimuksen pitkittäisasetelma mahdollisti kuitenkin sen selvittämisen, mitkä tekijät ennustivat hoitosuositusten käyttöä ja käytön muutoksia. Seuraavaksi tarkastellaan, kuinka organisaatio-, ryhmä- ja yksilötason psykososiaalisia tekijät ovat yhteydessä suositusten käyttöön.

Aikaisempi kokemus hoitosuositusten käytöstä näytti edesauttavan hoitosuositusten käyttöä jatkossa. Ne, joiden työnkuvaan kuului jo alkukartoituksessa suositusten soveltaminen työssä, käyttivät suosituksia myös jatkossa muita enemmän. Hoitosuositusten käyttö oli lisäksi tiiviisti sidoksissa ammattiasemaan terveyskeskuksessa. Joihinkin ammatteihin ikään kuin kuului suositusten käyttäminen

työssä ja esimerkiksi lääkärit käyttivätkin hoitosuosituksia usein. Tämän takia ammattiryhmä on tarkasteluissa vakioitu.

Tulosten mukaan aiemman hoitosuositusten käytön lisäksi hoitosuositusten myöhempään käyttöön olivat yhteydessä hoitosuositusasenteet molempina ajankohtina, ryhmätyön toimivuus, työn motivoivuus, vähäinen kiire ja muutoksen onnistunut toteutus työyhteisössä (taulukko 6). Toisen vaiheen hoitosuositusasenteet nostivat käytön todennäköisyyttä lähes kaksikymmenkertaiseksi. Kun kaikki hoitosuositusten käytön selittäjät vakioitiin toisillaan, vain hoitosuositusasenteet toisessa mittausvaiheessa jäivät tilastollisesti merkitseviksi hoitosuositusten käytön selittäjiksi (Odds Ratio 18.9, 95 % luottamusväli 7.61-46.99).

Koska muiden tekijöiden vaikutus tuntui välittyvän hoitosuositusasenteiden kautta, analysoimme, mitkä organisaatioon, työhön ja hyvinvointiin liittyvät tekijät olivat yhteydessä toisen vaiheen hoitosuositusasenteisiin. Tulosten mukaan vuoden 1999 hoitosuositusasenteisiin olivat yhteydessä vuoden 1998 hoitosuositusasenteet (Odds Ratio 3.84, 95% luottamusväli 2.09-7.07). Kun vuoden 1998 hoitosuositusasenteet vakioitiin, vuoden 1999 hoitosuositusasenteisiin olivat yhteydessä työn motivoivuus (Odds Ratio 3.59, 95% luottamusväli 1.99-6.82), muutoksen toteutustapa (Odds Ratio 2.92, 95% luottamusväli 1.38-6.17) sekä psyykkisten stressioireiden vähäisyys (Odds Ratio 3.71, 95% luottamusväli 1.99-6.95). Myös tässä tarkastelussa ammattiryhmän vaikutus vakioitiin.

Näyttää siis ilmeiseltä, että sillä, miten työ on järjestetty (motivoivaksi kokonaisuudeksi, jossa on mahdollisuus käyttää opittuja taitoja riittävän itsenäisesti), miten hyvin ryhmä pystyy toimimaan yhdessä, miten kiireistä työ on ja miten muutos on toteutettu, on merkitystä hoitosuositusten käytölle. Näistä työn motivoitus ja muutoksen toteutustapa olivat selkeimmin yhteydessä siihen, missä määrin asenteet hoitosuosituksia kohtaan muuttuivat. Lisäksi erityisen tärkeäksi tekijäksi nousivat psyykkiset stressioireet. Koska psykososiaaliset tekijät näyttävät olevan yhteydessä niin hoitosuositusten käyttöön kuin asenteisiin, tarkastellaan seuraavassa mahdollisia vaikutusmekanismeja hieman tarkemmin.

Taulukko 6. Ammattiryhmävakioidut hoitosuosituksen käytön selittäjät terveyskeskuksissa vuonna 1999.

Selittäjät	N	Hoitosuosituksen käyttö / Riskisuhteet (Odds Ratio) ja 95% luottamusvälit
Aiempi hoitosuosituksen käyttö		
Ei	116	1
Kyllä	112	4.20 (2.31 – 7.23)
Hoitosuositusasenteet vuonna 1998		
Kielteinen	110	1
Myönteinen	134	3.11 (1.74 – 5.56)
Hoitosuositusasenteet 1999		
Kielteinen	184	1
Myönteinen	186	19.7 (9.68 – 40.01)
Päätöksenteon oikeudenmukaisuus		
Ei	149	1
Kyllä	138	1.64 (0.95 – 2.84)
Johtamisen oikeudenmukaisuus		
Ei	138	1
Kyllä	148	1.03 (0.60 – 1.78)
Toimiva ryhmätyö		
Ei	128	1
Kyllä	158	1.89 (1.08 – 4.79)
Työn motivoivuus		
Matala	126	1
Korkea	145	2.33 (1.30 – 4.13)
Työn kiireisyys		
Korkea	135	1
Matala	151	1.71 (0.96 – 2.97)
Muutoksen toteutustapa		
Epäonnistunut	197	1
Onnistunut	199	4.66 (2.48 – 8.76)
Koetut stressioireet		
Usein	156	1
Harvoin	131	1.47 (0.85 – 2.54)

Mitkä psykososiaaliset tekijät vaikuttivat siihen, johtivatko myönteiset asenteet hoitosuosituksen käyttöön?

Vaikka hoitosuosituksiin asennoiduttaisiin myönteisesti, saatetaan hoitosuosituksia silti käyttää vain vähän. Tutkimuksessa todettiin, että hoitosuositusasenteiden ohella työn psykososiaaliset tekijät vaikuttavat suositusten käyttöön arkipäivän työtilanteissa. Erityisesti työn motivoivuus (työn piirteet) on tärkeää. On ilmeistä, että työn motivoivuus on yhteydessä hoitosuositusasenteisiin, mutta lisäksi sillä on yhteyksiä myös suositusten käyttöön. Näiden lisäksi tutkittiin oletusta, jonka mukaan työn järjestäminen siten, että työntekijällä on mahdollisuuksia vaikuttaa työmenetelmiinsä, antaisi paremmat mahdollisuudet suositusten käyttöön. Toisaalta oletettiin, että työntekijöillä, jotka kokevat työnsä itsenäiseksi ja merkitykselliseksi ja joiden työ tarjoaa haastetta ja palautetta, on enemmän voimavaroja työnsä kehittämiseen.

Tutkimuksessa todettiin, että mikäli työ ei ole riittävän motivoivaa, hoitosuosituksia ei käytetä vaikka asenteet suosituksia kohtaan olisivatkin myönteisiä (taulukko 7). (Elovainio ym. 1999.) Voidaan siis päätellä, että motivoiva työ tarjoaa paremmat mahdollisuudet työssä kehittämiseen ja uusien työmenetelmien omaksumiseen. Voidaan esimerkiksi olettaa, että vaikka hoitosuositukset ovat periaatteessa saatavilla, niitä ei kuitenkaan käytännössä voida käyttää, mikäli työ ei ole riittävän itsenäistä. Samoin kokemus siitä, että omat kyvyt ja resurssit ovat riittävät hoitosuosituksen käyttöön ei vielä riitä, vaan työn on tarjottava mahdollisuudet näiden kykyjen käyttöön. Mikäli asiakasvirta ei anna mahdollisuutta riittävään perehtymiseen, ei kykyjä päästä käyttämään, ja näin ollen hoitosuosituksen tarjoama tieto jää käyttämättä.

Taulukko 7. Hoitosuosituksen käytön selittyminen hoitosuositusasenteilla ja työn motivoivuudella vuonna 1998, hierarkkinen regressioanalyysi (Elovainio ym. 1999).

Selittäjät	Hoitosuosituksen käyttö			
	Malli 1		Malli 2	
	?	p-arvo	?	p-arvo
Hoitosuositusasenteet	0.62	0.001	-0.85	>0.05
Työn motivoivuus	0.37	0.001	-1.01	>0.05
Hoitosuositusasenteet*Työn motivoivuus	-	-	0.27	0.020
R ²	0.12		0.13	
Muutoksen p-arvo	0.05			

? = standardoitu beta-kerroin R²= mallin selitysosuus

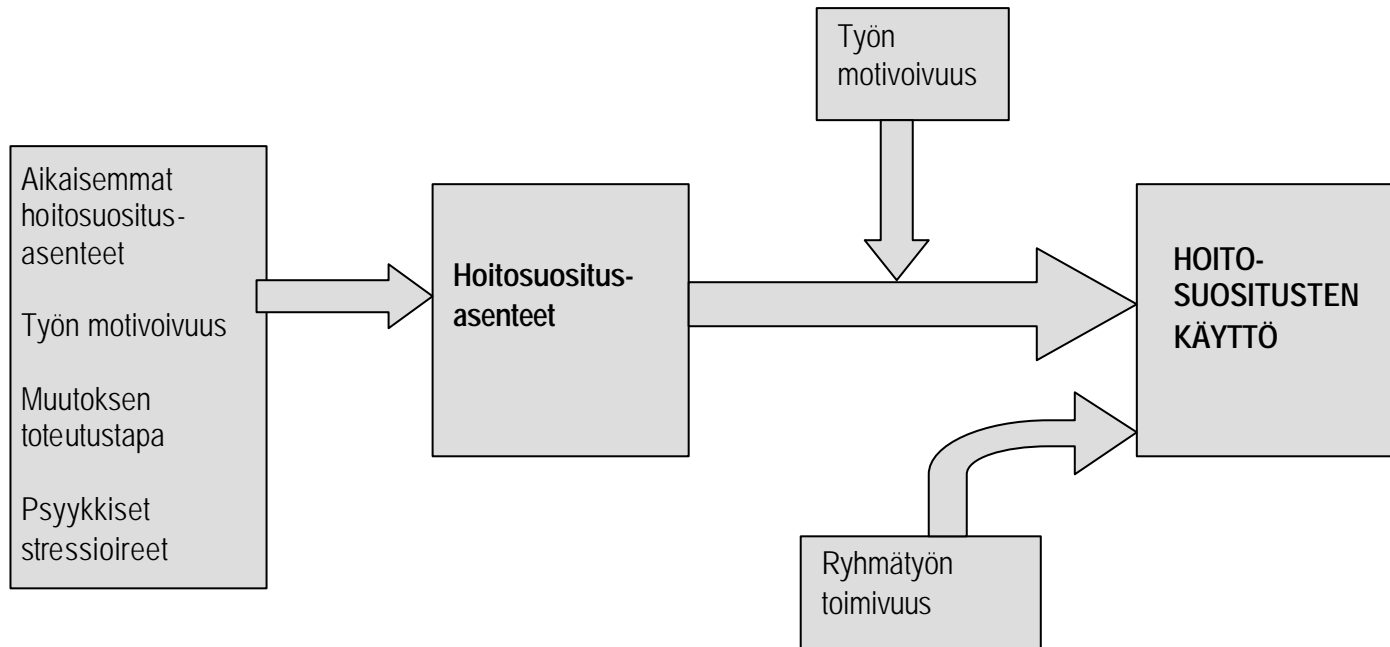
Tiimityöhön perustuvassa terveydenhuollossa voidaan myös olettaa, että hyvin toimivat ryhmät helpottavat hoitosuositusten käyttöä. Hyvin toimivissa ryhmissä suosituksia käytettiin enemmän. Ryhmän toiminnan laatu ei kuitenkaan muuntanut hoitosuosituksenteiden yhteyttä hoitosuositusten käyttöön kuten työn motivoivuus. Siksi ryhmän toimivuus siis vain lisäsi todennäköisyyttä käyttää hoitosuosituksia, mutta asenteiden merkitys säilyi suurena, riippumatta siitä, oliko ryhmätyö toimivaa vaiko eikö (taulukko 8). (mt.)

Taulukko 8. Hoitosuositusten käytön selittyminen hoitosuosituksenteilla ja ryhmän toiminnan laadulla vuonna 1996, hierarkkinen regressioanalyysi (Elovainio ym. 1999).

Selittäjät	Hoitosuositusten käyttö			
	Malli 1		Malli 2	
	?	p-arvo	?	p-arvo
Hoitosuosituksenteet	0.62	0.001	-0.17	>0.05
Ryhmän toimivuus	0.24	0.010	-0.61	>0.05
Hoitosuosituksenteet*Ryhmän toimivuus	-	-	0.16	>0.05
R ²	0.11		0.11	
Muutoksen p-arvo	p>0.05			

? = standardoitu beta-kerroin R² = mallin selitysosuus

Kuten jo edellä todettiin, nähdään terveyskeskuksissa hoitosuositukset siis yleensä hyödyllisiksi ja luotettaviksi, mutta sen sijaan suositusten käytännöllisyydessä ja saatavuudessa on ongelmia. Hoitosuosituksia tulisikin kehittää helpommin käytettäviksi ja niiden saatavuutta tulisi terveyskeskuksissa parantaa.



Kuvio19. Hoitosuositusten käyttöön vaikuttavat tekijät terveyskeskuksissa.

Pohdinta

Laadukas terveystakeskus –arvointitutkimukseen osallistui viiden vuoden aikana kaikkiaan 18 kunnan terveystakeskukset. Tutkimus tuotti monipuolista tietoa terveystakeskuksista työyhteisöinä ja perusterveydenhuollon toimijoiden hoitosuosituksen soveltamisesta. Tietoa työyhteisöjen kehittämiseen tuotettiin hankkeessa mukana olleille kunnille, jotka saivat väliraporteissa kuntakohtaista palautetta tutkimuksen jokaisesta vaiheesta. Kuntien oli näin mahdollista seurata kaikkien kuntien yleistä tilannetta ja verrata oman kuntansa tuloksia yleiseen tilanteeseen. Koska viimeinen tutkimusasetelma oli pitkittäinen, oli kunnilla myös mahdollisuus seurata miten työ, hoitosuositusasenteet ja hoitosuosituksen käyttö muuttuivat oman kunnan terveystakeskuksissa. Tutkimuksen osana kehitettiin tulevaa tutkimusta varten lisäksi mittarit hoitosuositusasenteiden mittaamiseen (CPP-14) ja ryhmän toiminnan laadun arviointiin (TCIShort).

Laadukas terveystakeskus –tutkimus vahvistaa aikaisempien tutkimusten antaman kuvan terveydenhoitoalan työntekijöiden työstä ja työyhteisöjen psykososiaalisista tekijöistä. Uusien asioiden ideoimisen ja oman ryhmän kriittinen toiminnan arviointi oli terveystakeskuksissa yleisesti harvinaista. Toisaalta ryhmän sisäinen ilmapiiri oli yleisesti turvallinen. Samoin työntekijöillä oli laajasti hyväksytyt yhteiset tavoitteet, jotka myös tiedostettiin. Työ koettiin kaiken kaikkiaan merkittäväksi ja motivoivaksi. Työssä myös viihdyttiin. Työn kielteisistä piirteistä ammattiryhmiä yhdisti vähäinen palautteen saaminen muilta ihmisiltä. Tyypillisiä rasiustekijöitä olivat kiire ja asiakkaisiin liittyvät ongelmat. Eri ammattiryhmien työn profiili on kuitenkin varsin erilainen. Toisissa ammateissa esimerkiksi työn itsenäisyys ja mahdollisuudet kykyjen käyttöön olivat erittäin hyvät (kuten lääkäreillä, osastonhoitajilla, kotihoidon työntekijöillä sekä terveydenhoitajilla). Vastaavasti hoitotyöntekijöillä erityisesti vuodeosastoilla työn itsenäisyys ja mahdollisuudet kykyjen käyttöön olivat keskeisiä ongelmia.

Monet työn psykososiaaliset tekijät olivatkin sidoksissa siihen, missä ammattiasemassa työntekijä toimi. Niinpä organisaatio yleensä nähtiin yhtä oikeudenmukaiseksi kaikissa ammattiryhmissä, mutta esimies koettiin oikeudenmukaisemmaksi ammattihierarkian yläpäässä, lähempänä esimestä. Ryhmän toiminnan laatu ei ollut sidoksissa ammattihierarkiaan, vaikka siinäkin esiintyi ammattitai yksikkökohtaisia eroja. Kuten edellä todettiin, monet yksilö- ja työtehtävätason

psykososiaaliset tekijät vaihtelivat ammattiaseman mukaan erityisesti vastaanotoilla ja vuodeosastoilla. Työ koettiin haastavaksi ja itsenäiseksi hierarkian yläpäässä, kun taas avustava henkilökunta koki työnsä piirteet monilta osin heikoiksi. Eri työyksiköiden ja ammattiasemien vertaaminen toisiinsa tulisi kuitenkin tehdä harkiten. Se, mikä on toiselle ammattiryhmälle merkittävä tulos, saattaa toiselle olla luonnollinen seuraus työn luonteesta. Jokaisen työyksikön ja ammattiryhmän tulisikin tarkastella tässä raportissa esiteltyjä tuloksia suhteessa itseensä ja pohtia sitä, mikä tulos juuri oman työn kannalta on tärkeä. Tämän lisäksi tuloksilla voi olla erilaisia yksilöllisiä merkityksiä ja sama työ saatetaan kokea hyvin eri tavoin.

Työyhteisöjen kehittämisessä tulee aina huomioida työntekijöiden hyvinvointi, jonka voidaan luonnollisesti olettaa olevan yhteydessä siihen, minkälainen lopputulos kehittämisellä saadaan aikaan. Hyvinvoiva henkilöstö on tärkeä resurssi työn ja työyhteisöjen kehittämisessä (Sinervo 2000). Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka organisaatiotason psykososiaaliset tekijät vaikuttavat hyvinvointiin.

Stressioireisiin olivat voimakkaimmin yhteydessä vaikutusmahdollisuudet työhön (kontrolli), organisaation ja esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus sekä työryhmän toimivuus. Näiden lisäksi persoonallisilla eroilla näytti olevan merkitystä. Lisäksi on ilmeistä, että kiireellä, asiakkaisiin liittyvillä tekijöillä ja ergonomisilla ongelmilla on työtehtävästä riippuen suurikin merkitys. Näiden tekijöiden yhteyksiä ei kuitenkaan tässä tarkasteltu, koska näiden ns. perinteisten rasitustekijöiden ja stressin yhteyksistä on jo runsaasti näyttöä (Elovainio 1994; Elovainio, Kalliomäki-Levanto & Kivimäki 1997; Sinervo 2000). Työntekijän kokemus organisaation päätöksenteon oikeudenmukaisuudesta nousi varsin keskeiseksi tekijäksi, joka välitti niin ryhmätyön toimivuuden kuin työn hallinnankin yhteyksiä stressioireisiin. Terveystuollon työyhteisöjen kehittämisessä tulisikin kiinnittää huomiota siihen, minkälainen mahdollisuus yksittäisellä työntekijällä on organisaatiossa kuulua ryhmään ja osallistua ryhmän päätöksentekoon, kokien ylpeyttä ryhmään kuulumisesta ja päätöksenteon työyhteisössä oikeudenmukaiseksi. Juuri tällä oikeudenmukaisuuden arvioinnilla on yhteys työntekijän hyvinvointiin, erityisesti muutoksessa (Elovainio ym. painossa). Toisaalta huomio tulisi kiinnittää työntekijöiden yksilöllisiin ominaisuuksiin. Työntekijät saattavat stressaantua erilaisissa tilanteissa riippuen heidän yksilöllisistä taipumuksistaan. Tutkimus osoitti kuitenkin sen, että yksilöllinen taipumus suhtautua ympäristön ennakoimattomuuteen kielteisesti heikensi hyvinvointia vain ammateissa,

jotka olivat jo itsessään vaativia ja epäselviä (Elovainio & Kivimäki 1999). Ei siis voida olettaa, että organisaation kehittämiskään on kaikkiin työntekijöihin samanlaisia vaikutuksia.

Laadukas terveystieteiden tutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli työn psykososiaalisten tekijöiden kartoituksen ohella selvittää sitä, mitkä näistä tekijöistä estävät tai edistävät hoitosuositusten käyttöä perusterveydenhuollon työyksiköissä. Tätä selvitettiin niin tutkimuksesta tehdyissä tieteellisissä artikkeleissa kuin tämän raportin yhteydessä. Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että hoitosuositusten käyttö on luonnollisempaa ja aktiivisempaa ammattiryhmissä, joissa suositukset ovat jo entuudestaan olleet käytössä, mikä ei toki ole yllättävää. Aikaisempi hoitosuositusten käyttö moninkertaisti käytön myös jatkossa.

Työn, organisaation ja työntekijän psykososiaalisilla ominaisuuksilla näyttäisi olevan merkitystä uusien työkäytäntöjen omaksumisessa ainakin kahdella tavalla. Ensinnäkin psykososiaaliset tekijät ilmeisesti vaikuttavat työntekijöiden asenteisiin uusia työvälaineitä ja muutoksia kohtaan. Näitä tekijöitä olivat stressi, työn motivoivuus sekä muutoksen toteutustapa. Toiseksi hyvin järjestetty työ näyttäisi olevan edellytys sille, että työmenetelmät voidaan ottaa käyttöön, vaikka asenteet olisivatkin myönteisiä. Tästä on esimerkkinä se, että myönteiset asenteet hoitosuosituksia kohtaan johtivat hoitosuositusten käyttöön vain silloin kun työ oli motivoivaa (Elovainio ym. 2000).

Motivoivan työn ohella hyvin toimivat ryhmät helpottivat hoitosuositusten käyttöönottoa. Hyvin toimivissa ryhmissä, joissa vuorovaikutus oli turvallista, työn tavoitteet olivat yhteiset ja joissa ideoitii ja kritisoitiin avoimesti ryhmän toimintaa, käytettiin hoitosuosituksia enemmän (Elovainio ym. 2000). Työyhteisön kannattaisi turvata toimivat ryhmät ja motivoivan sekä kiireettömän työn, jotka auttavat työntekijöitä vastaanottamaan uutta tietoa ja omaksumaan uusia toimintatapoja. Käytännössä huomiota pitäisi kiinnittää myös hoitosuositusten käytännöllisyyteen ja saatavuuteen, jotka koettiin keskeisiksi ongelmiksi.

Tutkimuksen tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että henkilöstön hyvinvointi, osaaminen ja työn kehittämismahdollisuudet ovat sidoksissa toisiinsa ja että hyvinvoinnin ja kehittämisen tekijät ovat löydettävissä usealta eri tasolta. Nykyisessä työelämässä organisaatio-, ryhmä- ja yksilökohtaiset tekijät sitoutuvat tiiviisti toisiinsa. Tämänkaltaisen kokonaisuus tuo omia vaatimuksiaan paitsi organisaatioiden

tutkimukselle, myös näiden tulosten soveltamiselle organisaatioiden kehittämisessä. Erityisen tärkeä kokonaisvaltainen näkemys on työvoimavaltaisessa terveydenhuollossa, jossa työntekijän omat voimavarat ovat työn laadun tärkeimpiä resursseja ja jossa työ tapahtuu tiiviissä vuorovaikutuksessa muiden työntekijöiden ja myös potilaiden kanssa. Terveydenhuollon työn organisointi ja siinä tapahtuvat muutokset asettavat omat vaatimuksensa myös johtamiselle ja päätöksentekojärjestelmälle. Jatkuvasti kiristyvässä työtahdissa on resurssien kohdistamisen ja yleensä päätösten oikeudenmukaisuus korostuu.

Lähteet

- Bies, R. J., & Moag, J. S. (1986). Interactional justice: communication criteria of fairness. Teoksessa R. J. Lewicki, B. H. Sheppard, & M. Z. Bazerman (toim.) *Research on negotiations in organizations* 1. Greenwich, CT: JAI Press, s. 43-55.
- Birmingham, C., & West, M. A. (1995). Individual, climate and group interaction processes as predictors of work team innovation. *Small Group Research*, 26(1), 106-117.
- Cantor, N., & Kihlström, J. F. (1987). *Personality and social intelligence*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Cooper, C. L., & Payne, R. (1978). *Stress at work*. London: Wiley.
- Dailey, R. C., & Kirk, D. J. (1992). Distributive and procedural justice as antecedents of job dissatisfaction and intent to turnover. *Human Relations*, 45, 305-317.
- Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine*. Oxford.: Basil Blackwell.
- Elo, A.-L., Leppänen, A., Lindström, K., & Ropponen, T. (1992). *OSQ - Occupational Stress Questionnaire: User's instructions*. Finnish Institute of Occupational Health, Reviews 19. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Elovainio, M. (1991). *Työn sisäiset tietorakenteet erityispäivähoidossa*. Työ ja ihminen, lisänumero 1. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Elovainio, M. (1994). *Vanhainkotien työ ja työntekijät muutoksessa*. Teoksessa Elovainio, M., & Sinervo, T. (1994). *Vanhainkotien kehittämisen seurantatutkimus*. Stakes. Tutkimuksia 44. Jyväskylä: Gummerus.
- Elovainio, M., & Sinervo, T. (1994). *Vanhainkotien kehittämisen seurantatutkimus*. Stakes. Tutkimuksia 44. Jyväskylä: Gummerus.
- Elovainio, M., & Kalliomäki-Levanto, T. (1995). *Selvitys alueellisen väestövastuun tilanteesta Suomessa*. Stakes. Aiheita 9/1995. Helsinki.
- Elovainio, M., Sinervo, T. & Sormunen, P. (1996). *Työyhteisökartoitus eräässä keski-suomalaisessa kunnassa*. Stakes. Aiheita 41/1996. Helsinki.
- Elovainio, M., Kalliomäki-Levanto, T. & Kivimäki, M. (1997). *Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Stakes. Tutkimuksia 79. Jyväskylä: Gummerus.
- Elovainio, M., & Kivimäki, M. (1999). Personal Need for Structure and occupational strain: an investigation of structural models and interaction with job complexity. *Personality and Individual Differences*, 26, 209-222.
- Elovainio, M., & Kivimäki, M. (1999). *Miten mitata työryhmän toimivuutta? Team Climate Inventory (Short) -mittarin teoreettinen ja psykometrinen tarkastelu*. Stakes, Työterveyslaitos & Helsingin yliopisto. Helsinki.

- Elovainio, M., Eccles, M., & Mäkelä, M. (1999). Attitudes towards guidelines and a scale for measuring them. Teoksessa T. Thorsen & M. Mäkelä (toim.) *Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation*. DSI. Rapport 99.05, s. 153-167.
- Elovainio, M., Mäkelä, M., Sinervo, T., Kivimäki, M., Eccles, M., & Kahan, J. (2000). Effects of job characteristics, team climate, and attitudes towards guidelines on the use of clinical guidelines. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(2), 117-122.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., & Helkama, K. (painossa). Organizational justice evaluations, job control and occupational strain. *Journal of Applied Psychology*.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Eccles, M., & Sinervo, T. (painossa). Team climate and procedural justice as predictors of occupational strain. *Journal of Applied Social Psychology*.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (painossa). Organizational fairness: Evidence on a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health*.
- Engeström, Y. (1992). *Interactive expertise. Studies in distributed working intelligence*. University of Helsinki, Department of education. Research bulletin 83.
- Grol, R. (1990). National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *British Journal of General Practice*, 40, 361-364.
- Hacker, W. (1982). *Yleinen työpsykologia (General psychology of work)*. Espoo: WSOY.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 2, 159-170.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the development of work: Test a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.
- Hellbruck, R. P. (1997). Medical guidelines: a valid and reliable management tool. *International Journal of Health Planning and Management*, 12, 51-62.
- Hertzberg, F. (1971). *Work and nature of man*. New York: World Pub.
- Huhtanen, P. (1985). *Tietotekniikan käyttöönoton psyykkiset ja sosiaaliset ehdot ja vaikutukset*. Työterveyslaitos. Tutkimuksia Lisänumero 1. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Kalimo, R. (1987). Stressi ja psyykinen kuormitus työelämässä. Teoksessa K. Lindström & R. Kalimo (toim.) *Työpsykologia - terveys ja työelämän laatu*. Työterveyslaitos. Helsinki, s. 50-72.
- Karasek, R. A. (1981). Job socialization and job strain: The implications of two related psychosocial mechanisms for job design. Teoksessa B. Gardell & G. Johansson (toim.) *Working life. A social science contribution to work reform*. New York: Wiley, s. 75-94.

- Kivimäki, M., Elovainio, M., & Nord, J. (1996). Effects of Components of Personal Need for Structure on Occupational Strain. *The Journal of Social Psychology, 136*(6), 769-777.
- Kivimäki, M., Kalimo, R., & Julkunen, J. (1996). Components of type A behavior pattern and occupational-strain relationship: testing different models in a sample of industrial managers. *Behavioral Medicine, 22*, 67-76.
- Kivimäki, M., Kuk, G., Elovainio, M., Thomson, L., Kalliomäki-Levanto, T., & Heikkilä, A. (1997). The Team Climate Inventory (TCI) - Four or five factors? Testing the structure of TCI in samples of low and high complexity jobs. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 70*, 375-389.
- Kivimäki, M., & Elovainio, M. (1999). A short version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72*, 241-246.
- Koivisto, J., Mäkelä, M., Nieminen, P., Outinen, M., & Sainio, S. (toim.) (1997). *Laatuveneet vesillä. Late - Laadukas terveysterveyskeskus -projektin vuosiraportti 1997*. Stakes & Kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki.
- Launis, K. (1994). *Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa*. Stakes. Tutkimuksia 50/1994. Jyväskylä: Gummerus.
- Lind, E. A., & Tyler, T. R. (1988). *The social psychology of procedural justice*. New York: Plenum Press.
- Lind, E. A., Kray, L., & Thompson, L. (1998). The social construct of injustice: Fairness judgements in response to own and other's unfair treatment by authorities. *Organizational behavior and human decision processes, 75*, 1-22.
- Lindström, K. (1987). Psykologisen tiedon käyttö henkisen hyvinvoinnin turvaamiseksi ja edistämiseksi työssä. Teoksessa K. Lindström & R. Kalimo (toim.) *Työpsykologia - terveys ja työelämän laatu*. Työterveyslaitos. Helsinki. s. 14-29.
- Lindström, K., & Kalimo, R. (toim.) (1987). *Työpsykologia - terveys ja työelämän laatu*. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Mansfield, C. D. (1995). Attitudes and behaviors towards clinical guidelines: the clinicians' perspective. *Quality in Health Care, 4*(4), 250-255.
- Mäkelä, M., & Thorsen, T. (toim.) (1999). *Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation*. DSI Rapport, 99.05. Copenhagen: DSI.
- Moorman, R. H. (1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perception influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology, 76*, 845-855.
- Neuberg, S. L., & Newsom, J. T. (1993). Personal need for structure: Individual differences in the desire for simple structure. *Journal of Personality and Social*

Psychology, 65, 113-131.

Pöyhönen, T. (1987). *Työ, toiminta stressitilanteessa ja mielenterveys - tutkimus psykiatrisen sairaalan henkilökunnasta*. Työ ja ihminen. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja. Lisänumero 2/87, osa 1. Työterveyslaitos. Helsinki.

Rantanen, J., & Lehtinen, S. (1992). *Työympäristö ja työterveys Suomessa. Työolokomitean liiteselvitys*. Työterveyslaitos. Helsinki.

Rappolt, S. G. (1997). Clinical guidelines and the fate of medical autonomy in Ontario. *Social Science & Medicine*, 44(7), 977-987.

Shapiro, D. L., & Brett, J. M. (1992). Comparing three processes underlying judgements of procedural justice: a field study of mediation and arbitration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1167-1177.

Sinervo, T. (1994). *Vanhainkotien organisaatiokulttuurin muutos - Teoreettinen osa ja ensimmäisen tutkimusvaiheen tulokset*. Teoksessa Elovainio, M. & Sinervo, T. (1994). *Vanhainkotien kehittämisen seurantatutkimus*. Stakes. Tutkimuksia 44. Jyväskylä: Gummerus.

Sinervo, T. (1999). Organisaation, ryhmän ja työn ominaisuudet vaikuttavat muutoksen omaksumiseen. *Työelämän tutkimus*, 10, 19-21.

Sinervo, T. (2000). *Work in care for the elderly. Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures*. Stakes. Tutkimuksia 109. Saarijärvi: Gummerus.

Thibaut, J., & Walker, L. (1975). *Procedural justice: a psychological analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Thompson, M. M., Naccarato, M. E., & Parker, K. E. (1992). Measuring cognitive needs: The development and validation of Personal Need for Structure (PNS) and Personal Fear of Invalidity (PFI) measures. Manuscript submitted for publication.

Tyler, T. R. (1994). Psychological models of the justice motive: the antecedents of distributive and procedural justice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 850-863.

Vartiainen, M. (1989). *JDS - Job Diagnostic Survey - katsaus menetelmään*. Teknillinen korkeakoulu, Teollisuus ja työpsykologia. Report no 112. Otaniemi.

Vartiainen, M. (1994). *Työn muutoksen työvälaineet. Muutoksen hallinnan sosiotekniset menetelmät*. Otaniemi: Otatieto.

Viikari-Juntura, E., Vuori, J., Silverstein, A., Kalimo, R., E., K., & Videman, T. (1991). A life-long prospective study on the role of psychosocial factors in neck-shoulder and low-back pain. *Spine*, 16(9), 1058-1061.

Weiss, H. M., Suckow, K., & Cropanzano, R. (1999). Effects of justice conditions on discrete emotions. *Journal of Applied Psychology*, 84, 786-794.

West, M. A. (1990). The social psychology of innovations in groups. Teoksessa W. M. A. & J. L. Farr (toim.) *Innovation and creativity at work: psychological and organizational strategies*. Chichester: Wiley, s. 309-333.

West, M. A., & Wallace, M. (1991). Innovation in health care teams. *European Journal of Social Psychology*, 21, 303-315.