

# Eettisyys kotisairaanhoido-organisaatiossa

*Lea Hautala & Helena Leino-Kilpi & Tarja Suominen*

## ABSTRACT

Ethics in home health care organization

The aim of this study was to describe organizational ethics and ethical problems in home health care organizations in Finland. The study was carried out as a survey using structured questionnaire. The study population consisted of all the nursing staff and their superiors at home health care organizations of public sector during the data collection in two cities of Western Finland. Of a total of 222 questionnaires distributed 143 were used in analysis of the data for a response rate of 64 %. The data were analysed by statistical methods.

According to the results home health care organizations represented the average level of organizational ethics. Administrative actions and policies were rated highest. Respondents were not afraid of retaliation when reporting violations and they got support in ethical problems. The administration was concerned with ethical practice and also the organizational culture was ethical. Ability to engage in deliberations was scored higher than the actual involvement in ethics discussions. Lowest scored were rewarding ethics accountability and the availability of an ethics committee.

Respondents who gave high scores on organizational ethics were motivated and satisfied with their job. They also believed that home health care had high value in society. Besides experiencing higher verbal and outcome empowerment the respondents with high ethics scores met ethical problems less frequently than others. The frequency of experiencing ethical problems increased with education level and dissatisfaction of the job. The most frequently met and seriously concerned ethical problems were those with scarce staffing and lack of time. Superiors were well informed of these problems and considered them as the most difficult for themselves, too.

The study indicated that more attention is needed to be given to the feedback between home health care nurses and their superiors and the discussions of ethical questions. Also considerations of scarce resources - both staffing and time - need attention when improving the quality of nursing and the quality of worklife.

## 1 JOHDANTO

Kotisairaanhoidopalveluiden kattavuuteen, intensiteettiin ja laatuun kohdistuvat odotukset ovat kasvaneet vanhusten määrän lisääntyessä ja palvelurakenteen muuttuessa. Kotisairaanhoidotyö on tullut monipuolisemmaksi entistä heterogeenisemmän ja vaativamman asiakaskunnan sekä uusien hoitomenetelmien myötä. Työn vastuu ja vaatimustaso ovat kasvaneet huonokuntoisten asiakkaiden määrän lisääntyessä. Myös työn määrä ja kiire ovat lisääntyneet. (Laamanen ym. 1996.)

Kotisairaanhoidotoiminnassa tapahtuneet muutokset asettavat erityisiä vaatimuksia kotisairaanhoidon esimiehille, joiden tulisi kyetä uudessa tilanteessa ylläpitämään ja kehittämään työorganisaation eettisyyttä sekä luomaan alaisilleen mahdollisuus työskennellä oikeaksi katsomallaan tavalla. Muutosten voidaan olettaa herättävän eettisiä kysymyksiä myös kotisairaanhoidajien keskuudessa, sillä työntekijöiden kokemukset eettisistä ongelmista ovat yhteydessä työolosuhteisiin ja -ympäristöön (Berger et al. 1991; van der Arend & Remmers-van den Hurk 1999).

Etiikka liittyy ihmisten toiminnan tavoitteisiin ja käytännön ratkaisuihin. Etiikassa on kyse sen määrittämisestä, minkälainen inhimillinen toiminta on hyvää ja miten hyvän edistämiseksi tulisi toimia. Näkemys hyvästä perustuu tavoiteltaviin arvoihin. Terveystieteiden etiikassa on määritelty arvoja ja eettisiä periaatteita, joiden avulla toiminta olisi hyvää. Tällaisia ovat autonomia eli itsemääräämisoikeus (self-determination),

hyvän tekeminen (beneficence) ja vahingonteon välttäminen (nonmaleficence), totuudenmukaisuus (veracity) sekä oikeudenmukaisuus (justice). Eettisyys merkitsee näiden arvojen ja periaatteiden todentumista ihmisten toiminnassa. (Aroskar 1989; Beauchamp & Childress 2001.)

Eettinen ongelma syntyy arvojen ja periaatteiden välisestä ristiriidasta. Esimerkiksi kotisairaanhoidajat kohtaavat päivittäin työssään eettisiä ongelmia, jotka ovat perustaltaan yhtäläisiä laitoshoidon henkilökunnan kokemien eettisten ongelmien kanssa (Aroskar 1989; Feldman et al. 1993). Ongelmat voidaan pääosin jakaa kolmeen kategoriaan: 1) ongelmiin, joissa potilaan autonomia ja hoitajan velvollisuus toimia potilaan terveyden hyväksi joutuvat ristiriitaan keskenään, 2) ongelmiin, joissa ristiriita syntyy totuuden kertomisen ja vahingon teon välttämisen välille, ja 3) ongelmiin, jotka liittyvät oikeudenmukaisuusperiaatteeseen. Eettinen ongelma syntyy, kun potilas vastaanotettuaan kaiken oleellisen terveyttään, sairauttaan ja eri hoitovaihtoehtoja koskevan tiedon tekee valinnan, joka terveydenhuollon ammattilaisen näkemyksen mukaan ei selvästikään ole hänen etunsa mukainen tai on vastoin hänen aikaisemmin ilmaisemiaan arvoja ja tavoitteita. Ongelma syntyy myös, kun totuuden julkittuleminen haittaa potilaan hoitoon pääsyä tai hoitoon sitoutumista. Vaikeimmat eettiset ongelmat terveydenhuollossa liittyvät kuitenkin oikeudenmukaisuusperiaatteeseen eli resurssien jakautumiseen terveystalv palvelujärjestelmän avun tarpeessa oleville ihmisille.

Olosuhteet, joissa eettiset ongelmat kotisairaanhoidossa ilmenevät, ovat erilaiset kuin laitoshoidossa. Potilaan kotona eivät päde samat hoitoyhteisön luomat säännöt kuin laitoksessa eikä kotisairaanhoidaja voi kontrolloida potilasta, hänen hoitoympäristöään ja muita hoitoon osallistuvia siinä määrin kuin henkilökunta sairaalassa. Myöskään hoitajan toiminta potilaan kotona ei ole vastaavan kollegiaalisen kontrollin alaisena kuin laitoksessa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kotisairaanhoido-organisaatioiden eettisyyttä ja työssä kohdattuja eettisiä ongelmia. Työorganisaatioiden eettisyyttä tarkastellaan johdon toiminnan, organisaation toimintaperiaatteiden ja henkilöstöpolitiikan sekä organisaation keskustelukulttuurin pohjalta. Tässä tutkimuksessa eettinen ongelma määritellään ristiriidaksi omien arvojen ja toisten ihmisten, organisaation tai

yhteiskunnan arvojen tai vaatimusten tai olemassa olevien tosiasioiden välillä. Suomessa aihetta on aikaisemmin tutkittu teho-osastoilla toimivien sairaanhoitajien keskuudessa (Leino-Kilpi et al. 2002; Suominen ym. 2001). Kotisairaanhoidon osalta asiaa ei ole aikaisemmin Suomessa tarkasteltu.

## 2 TUTKIMUKSIA TERVEYDENHUOLTO-ORGANISAATIOIDEN EETTISYYDESTÄ JA EETTISISTÄ ONGELMISTA

Hallinnon vaikutusta hoitotyöhön ja siihen liittyviä eettisiä näkökohtia on tutkittu vain vähän. Hoitotieteellinen etiikan tutkimus on kohdistunut lähinnä potilaisiin - yksittäisen potilaan ja hoitajan väliseen suhteeseen. (Borowski 1995; McDaniel 1995.) Organisaatioetiikan tutkiminen on kuitenkin merkityksellistä aikana, jolloin terveydenhuoltoala on murroksessa. Työorganisaation eettisyyden on näet todettu olevan yhteydessä henkilökunnan kokemaan työtyytyväisyyteen (esim. McDaniel 1997; 1998a; 1998b; Suominen ym. 2001), työnhallintaan (Suominen ym. 2001) ja työhön sitoutumiseen sekä työssä jaksamiseen (McDaniel 1995). Johdon toiminnan, organisaation toimintaperiaatteiden ja henkilöstöpolitiikan sekä organisaation keskustelukulttuurin on puolestaan havaittu vaikuttavan siihen, kuinka eettiseksi työyhteisö koetaan (McDaniel 1997; 1998b).

Korkean eettisen laadun omaavassa organisaatiossa tuetaan ja kannustetaan henkilökuntaa toimimaan eettisesti oikein, käydään keskusteluja eettisistä kysymyksistä ja noudatetaan yhteisiä eettisiä periaatteita. Esimiehiltään tukea saava henkilökunta on työhönsä tyytyväisempää ja sitoutuneempaa sekä selviytyy eettisesti ongelmallisista tilanteista ja hallitsee työtään paremmin kuin ilman tukea jäävät työntekijät. Työilmapiirin ja -moraalin kannalta on olennaista, että organisaation toimintaperiaatteet ja normit eivät loukkaa henkilökunnan käsitystä oikeasta ja väärästä. Henkilöstön kyetessä sitoutumaan organisaation toimintaperiaatteisiin ja tavoitteisiin toimivat periaatteiden pohjalla olevat arvot henkilökuntaa ja organisaatiota yhteen liittävinä tekijöinä edesauttaen myös toiminnan tuloksellisuutta. (Aroskar 1989; McDaniel & Stumpf 1993; McDaniel 1995; Krawczyk 1997; McDaniel 1998a; 1998b; Oberle & Hughes 2001.)

Terveydenhuollon työntekijöiden päivittäisessä työssään kohtaamat eettiset ongelmat voivat liittyä niin organisaation voimavaroihin ja työskentelyolosuhteisiin kuin toimintapolitiikkaankin (van der Arend & Remmers-van den Hurk 1999). Tutkimusten mukaan terveydenhuollossa koetaan yleisesti eettisiä ongelmia niukkoihin resursseihin ja hoidon laatuun liittyen (Aroskar 1989; van der Arend & Remmers-van den Hurk 1999; Oberle & Hughes 2001). Esimerkiksi Hollannissa (van der Arend & Remmers-van den Hurk 1999) ovat sairaanhoitajat (n = 1513) kokeneet liialliseen työmäärään ja riittämättömään henkilöstömitoitukseen liittyvät ongelmat vakavimpina. Organisaation henkilöstöresursseihin liittyviä ongelmia koettiin sitä enemmän, mitä korkeammin koulutettuja vastaajat olivat. Vastaavasti hoitotyön johtajia tutkittaessa (Sietsema & Spradley 1987; Camuñas 1994) on eettisiä ongelmia havaittu liittyvän yleisimmin henkilöstömitoitukseen, niukkojen resurssien jakoon sekä hoidon laadun ylläpitämiseen ja kehittämiseen.

Myös suomalaisissa kotisairaanhoidon kohdistuneissa tutkimuksissa toiminnan heikkoudeksi on arvioitu puutteelliset resurssit ja kiire, joiden on koettu haittaavan hoidon laatua, työssä jaksamista, yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa sekä kirjallisen hoitosuunnitelman laatimista. Lisäksi ongelmia on koettu tiedonkullussa ja kirjaamisen laadussa. Nämäkin ongelmat on määritelty johtuviksi osittain kiireestä, mutta myös tietotekniikan ja viestintävälineiden puutteista. (Malin 1996; Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997; Juutilainen-Saari & Simoila 1999; Laamanen 1999.) Yleisesti terveys- ja sosiaalipalveluissa kiirettä kokee melko tai hyvin usein noin puolet (51 %) henkilökunnasta (Pirainen ym. 2000). Todettujen ongelmien suhde organisaation eettiseen laatuun on kuitenkin aikaisemmissa tutkimuksissa määrittämättä.

Terveydenhuollon työntekijöiden työssään kokemia eettisiä ongelmia voi ilmetä myös suhteessa kollegoihin ja tiimityöskentelyyn. Yhdeksi ongelmien lähteeksi on arvioitu eroja eri ammattiryhmien rooleissa ja arvoissa. (van der Arend & Remmers-van den Hurk 1999.) Eettiseksi ongelmaksi on koettu myös puutteet henkilökunnan ammattitaidossa (Berger ym. 1991). Yhteistyössä muiden työntekijäryhmien kanssa ongelmia on esiintynyt yleisimmin tiedonkulkuun ja aikaresursseihin liittyen (Malin 1996; Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997; Juutilainen-Saari & Simoila

1999; Laamanen 1999).

Eettisiä ongelmia voi esiintyä myös potilaaseen ja omaisiin liittyen. Potilaiden osalta kotisairaanhoidtajien kohtaamat ongelmat ovat liittyneet sekä hoitoon sitoutumattomuuteen että hoidosta kieltäytymiseen. Eettisiä ongelmia suhteessa omaisiin on ilmennyt lähinnä tilanteissa, joissa on epäilty potilasta kohdeltavan kaltoin tai omaisilla ja terveydenhuoltohenkilöstöllä on ollut erilainen näkemys potilaan hoidon tarpeesta. (Aroskar 1989; van der Arend & Remmers-van den Hurk 1999; Oberle & Hughes 2001.)

### 3 TUTKIMUSONGELMAT, -AINEISTO JA -MENETELMÄT

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Millainen on työorganisaation eettisyys kotisairaanhoidon henkilökunnan kokemana?
2. Mihin kotisairaanhoidon työntekijöiden työssään kohtaamat eettiset ongelmat liittyvät?
3. Mitkä tekijät ovat yhteydessä työorganisaation eettisyyteen ja työssä kohdattuihin eettisiin ongelmiin?

Tutkimukseen valittiin kahden suuren Länsi-Suomen läänissä sijaitsevan kaupungin julkisen sektorin kotisairaanhoido-organisaatiot. Tutkimusaineisto kerättiin postikyselynä strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomake koostui 96 kysymyksestä, jotka jakautuivat taustamuuttujiin (36 kysymystä), työorganisaation eettisyyttä mittaaviin väittämiin (20) sekä työssä kohdattujen eettisten ongelmien esiintymisfrekvenssiä (30) ja vaikeutta (12) mittaaviin muuttujiin.

Työorganisaation eettisyyden mittaamiseen käytettiin USA:ssa kehitettyä EEQ-mittaria (Ethics Environment Questionnaire, McDaniel 1995). Mittari oli käännetty Suomen kielelle kaksoiskäännöksenä ja sen soveltuvuudesta suomalaisen terveydenhuollon tutkimiseen oli myönteisiä kokemuksia (Suominen ym. 2001; Leino-Kilpi et al. 2002). Mittari koostui 20:stä viisiluokkaisesta väittämästä, jotka kohdistuivat johdon toimintaan, organisaation toimintaperiaatteisiin ja henkilöstöpolitiikkaan sekä organisaation keskustelukulttuuriin. Osioden vastausvaihtoehdot olivat: 1 = "täysin eri mieltä", 2 = "eri mieltä", 3 = "ei samaa eikä eri mieltä", 4 = "samaa mieltä" ja 5 = "täysin samaa mieltä". Väittämistä muodostettiin keski-

arvosummamuuttuja, jonka oli mahdollista saada arvoja välillä 1 - 5. Korkeaa työympäristön eettisyyden tasoa kuvasivat arvot 3.5 - 5.0 ja matalaa arvot 1.0 - 2.0 (McDaniel 1997). Mittarin reliabiliteetin testaukseen käytettiin Cronbachin alfa -kerrointa, jonka saama arvo (Cronbachin alfa 0.86) osoitti mittarin sisäisesti johdonmukaiseksi.

Eettisten ongelmien esiintymisfrekvenssiä ja vaikeutta kartoitettiin tätä tutkimusta varten laaditulla kotisairaanhoidospesifillä mittarilla, joka koostui 30 kuusiluokkaisesta väittämästä sekä 12 strukturoidusta kysymyksestä. Mittari kehitettiin aikaisempien tutkimusten pohjalta (Aroskar 1989; van der Arend & Remmers-van den Hurk 1999) ja se sisälsi terveydenhuollon mikrotasolla ilmenevien eettisten ongelmien keskeiset osat. Väittämiin vastaamalla kotisairaanhoidon työntekijät ilmaisivat, kuinka usein he kokivat työssään eettisesti ongelmalliseksi väittämässä kuvatut asiat. Vastausvaihtoehdot olivat: 1 = "vähintään kerran päivässä", 2 = "ei joka päivä, mutta vähintään kerran viikossa", 3 = "ei joka viikko, mutta vähintään kerran kuukaudessa", 4 = "ei joka kuukausi, mutta vähintään kerran vuodessa", 5 = "harvemmin kuin kerran vuodessa" ja 6 = "ei koskaan". Esimiesten osalta kysymykset mittasivat esimiesten tietoisuutta alaiensa kokemista eettisistä ongelmista. Eettisten ongelmien kokemisfrekvenssiä mittaavista väittämistä muodostettiin alaiensa vastausten osalta keskiarvosummamuuttuja (Cronbachin alfa 0.92). Strukturoidulla kysymyksillä selvitettiin, mitkä edellä mainituista ongelmista koettiin vaikeimmiksi.

Kohdejoukon muodostivat kaikki kyselyn suorittamisen aikana kyseisissä organisaatioissa kotisairaanhoidotyötä tekevät henkilöt ja heidän esimiehensä kliinistä työtä tekeviä lääkäreitä lukuun ottamatta. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 222 kappaletta. Jokainen tutkimukseen osallistunut täytti lomakkeen nimettömänä ja palautti sen mukana seuranneeseen kirjekuoreen suljettuna. Vastauslomakkeita palautui 73 % ja lopulliseen analyysiin hyväksyttiin 64 % (n = 143).

Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS for Windows 10.0 -ohjelmistolla. Ryhmien välisissä vertailuissa käytettiin keskiarvotestejä. Summamuuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin korrelaatiokertoimen avulla. Tulosten esittelyssä ryhmien välisiä eroja tuodaan esille vain silloin, kun erot ovat tilastollisesti merkitseviä ( $p < 0.05$ ).

## 4 TULOKSET

Kyselyyn vastaajat olivat 23 - 62 -vuotiaita (ka 41.3, kh 9.7) ja pääosin naisia (99 %). Yhden terveydenhuoltoalan tutkinnon suorittaneita oli 57 % ja kaksi tutkintoa oli 32 %:lla vastaajista. Akateemisen tutkinnon oli suorittanut 6 % vastaajista, kuten myös sairaanhoitajaohhtajan tutkinnon. Yleisin oli terveydenhoitajan tutkinto, joka oli 50 %:lla vastaajista. Muita eriasteisia sairaanhoitajan tutkintoja oli 26 %:lla. Apuhoitajan, perushoitajan tai lähihoitajan tutkinnon suorittaneita oli 50 % vastaajista. Terveydenhuoltoalan työkokemusta vastaajilla oli keskimäärin 14 vuotta (3kk - 39v, kh 9.8v). Nykyisessä kotisairaanhoido-organisaatioissa he olivat toimineet keskimäärin 7 vuotta (3kk - 27v, kh 6.3v). Esimiesasemassa eli aluejohtajana, ylihoitajana tai osastonhoitajana toimi 14 % vastaajista. Alaisia heillä oli 12 - 350 (ka 68, kh 88). Terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan nimikkeellä työskenteli 46 % ja perushoitajana tai lähihoitajana 40 % vastaajista.

Suurin osa vastaajista toimi vakituudessa työsuhteessa (78 %). Enemmistö oli työhönsä motivoituneita (92 %) ja tyytyväisiä (77 %) sekä arvosti työnsä itsenäisyyttä (94 %). Kotisairaanhoidotyön yhteiskunnalliseen arvostukseen uskoi vajaa puolet (48 %) vastaajista. Tutkimukseen osallistuneet kokivat hallitsevansa työnsä hyvin (ks. Irvine et al. 1999). Mitta-asteikolla 0 - 10 parhainta työn hallinta oli toiminnallisella (ka 8.35, kh 0.92) ja kielellisellä (ka 8.33, kh 1.07) alueella. Heikoimmin koettiin hallittavan työn tulokellisuutta (ka 7.64, kh 1.17). Esimiesasemassa toimivilla oli kaikilla työn hallinnan alueilla suurempi luottamus kykyihinsä kuin alaisilla.

### 4.1 Työorganisaation eettisyys

EEQ-mittarilla saatujen tulosten perusteella kotisairaanhoido-organisaatiot todettiin eettisyydeltään keskitasoisiksi asteikolla 1 - 5 käyttäen tarkastelussa keskiarvosummamuuttujaa (ka 3.05, kh 0.46). Parhaiten eettisyyden arviointiin toteutuneen johdon toiminnassa. Vastaajat arvelivat, ettei heille kostettaisi työtoverin tekemän rikkomuksen ilmoittamisesta (ka 3.62, kh 0.81) ja että he saisivat eettisissä ongelmissa tukea organisaation sisäältä (ka 3.39, kh 0.87). Puutteeksi johdon toiminnassa koettiin, että eet-

tisestä vastuullisuudesta ei palkittu (ka 2.47, kh 0.93).

Myös organisaation toimintaperiaatteet ja henkilöstöpolitiikka arvioitiin eettisyydeltään keskitasoa paremmiksi. Vastaajien mielestä organisaation johto korosti eettisiä toimintaperiaatteita (ka 3.52, kh 0.77) ja myös organisaatiokulttuurissa korostettiin eettisiä arvoja (ka 3.40, kh 0.77). Kielteisimpänä koettiin organisaation eettisten tavoitteiden poikkeaminen omista tavoitteista (ka 2.70, kh 0.84).

Eettisiä aiheita koskevien keskusteluiden osalta vastaajat kokivat mahdollisuutensa osallistua kyseisiin keskusteluihin paremmaksi (ka 3.30, kh 1.01) kuin mitä käytännössä oli toteutunut (ka 2.63, kh 1.09). Eettisen komitean puoleen kääntymistä ei pidetty mahdollisena (ka 2.48, kh 0.97).

#### 4.2 Eettiset ongelmat

Kotisairaanhoidon työntekijöiden useimmin kohtaamat eettiset ongelmat liittyivät työskentelyolosuhteisiin ja voimavaroihin. Ongelmat painoutuivat kiireeseen ja niukaksi koettuun henkilöstömitoitukseen, joiden vuoksi hoidon tavoiteltavaa laatua ei saavuteta. Yli puolet vastaajista koki vähintään kerran viikossa eettisesti ongelmalliseksi työkiireen (80 %) ja liian vähäisen henkilökunnan (68 %). Lisäksi kaksi viidestä

(42 %) vastaajasta koki vähintäänkin kerran viikossa ongelmalliseksi hitaan tiedonkulun ja joka neljäs (26 %) kohtasi yhtä usein tietojärjestelmien yhteensopimattomuuteen liittyviä eettisiä ongelmia. Viidennes vastaajista (20 %) koki viikoittain myös työn laatuun liittyviä eettisiä ongelmia. (Taulukko 1.)

Organisaation toimintapolitiikkaan ja käytännössä toteutuvaan toimintaan eli yhteisiin tavoitteisiin ja arvoihin sekä toiminnan yhtenäisyyteen liittyviä eettisiä ongelmia kohtasi vähintään viikoittain keskimäärin 11 % vastaajista. (Taulukko 2). Yhtä usein eettisiä ongelmia koki suhteessa kotipalveluun keskimäärin 16 %, lääkäriin liittyen 12 % ja laitoshoidon osalta 9 % vastaajista. Vähiten koettiin viikoittain ongelmia liittyen potilaaseen tai omaisiin. (Taulukko 3).

Harvinaisimpia olivat kotisairaanhoidohenkilökuntaan ja tiimityöskentelyyn liittyvät eettiset ongelmat. Päivittäin tai viikoittain näitä ongelmia koki keskimäärin 6 % kotisairaanhoidon työntekijöistä ja lähes puolet vastaajista (45 %) ilmoitti kohtaavansa kyseisiä ongelmia harvemmin kuin kerran vuodessa tai peräti ei koskaan. (Taulukko 4.)

Tarkasteltaessa eettisten ongelmien keskinäisiä riippuvuussuhteita havaittiin henkilökunnan määrän ja koetun työkiireen välillä vallitsevan voimakkaan korrelaation ( $r = 0.574$ ,  $p < 0.001$ ). Mitä useammin vastaajat kohtasivat liian vähäiseen henkilökuntamäärään liittyviä eettisiä ongelmia,

**Taulukko 1. Organisaation työskentelyolosuhteisiin ja voimavaroihin liittyvien eettisten ongelmien esiintymistiheys (%) (n = 118 - 124).**

Eettisesti ongelmalliseksi koettu tekijä	päivittäin / viikoittain	ei joka vk, mutta vähintään 1 x / kk	ei joka kk, mutta vähintään 1 x / v	harvemmin kuin vuosittain / ei koskaan
Henkilökuntaa on liian vähän	68	21	7	3
Työtä tehdessä on kiire	80	15	2	3
Työn laatu ei ole niin hyvää kuin haluttaisiin	20	32	28	21
Tietojärjestelmät eivät ole yhteensopivat	26	31	28	14
Tieto ei kulje riittävän nopeasti	42	37	14	7
Potilaan hoito ei ole ajan tasalla	10	34	41	15

**Taulukko 2. Organisaation toimintapolitiikkaan ja käytännössä toteutuvaan toimintaan liittyvien eettisten ongelmien esiintymistiheys (%) (n = 117 - 122).**

Eettisesti ongelmalliseksi koettu tekijä	päivittäin / viikoittain	ei joka vk, mutta vähintään 1 x / kk	ei joka kk, mutta vähintään 1 x / v	harvemmin kuin vuosittain / ei koskaan
Organisaatiolta puuttuvat yhteiset tavoitteet	14	19	25	42
Hoito on pirstoutunut	17	39	22	22
Hoitotoimenpiteet ovat ristiriidassa keskenään	1	21	43	34
Organisaation arvot ovat selkiintymättömät	12	18	32	39
Henkilökunnan toiminta pohjautuu eri arvoihin	16	27	31	27
Päätösten oikeellisuudesta ei ole varmuutta	4	19	39	39

**Taulukko 3. Kotipalvelun (kp) ja laitoshoidon (lh) henkilökuntaan, lääkäriin sekä potilaaseen omaiseen liittyvien eettisten ongelmien esiintymistiheys (%) (n = 122 - 124). Kotisairaanhoidon henkilökunnasta käytetään lyhennettä ksh.**

Eettisesti ongelmalliseksi koettu tekijä	päivittäin / viikoittain	ei joka vk, mutta vähintään 1 x / kk	ei joka kk, mutta vähintään 1 x / v	harvemmin kuin vuosittain / ei koskaan
Ksh:lla liian vähän kontakteja kp:n henkilökuntaan	16	30	18	36
Yhteistyö kp:n kanssa on vähäistä	17	37	18	28
Ksh:n ja kp:n toiminnot eivät täydennä toisiaan	14	33	24	30
Ksh:lla liian vähän kontakteja lh:n henkilökuntaan	7	48	32	14
Yhteistyö lh:n kanssa on vähäistä	11	45	28	16
Hoitoketju kotihoidon ja lh:n välillä katkeaa	8	39	34	18
Ksh:lla liian vähän kontakteja lääkäriin	17	25	17	41
Yhteistyö lääkärin kanssa on vähäistä	12	28	24	37
Potilaan lääketieteellinen hoito ei ole ajan tasalla	7	20	38	36
Ksh:n ja potilaan/omaisten välillä on luottamuspuola	1	20	34	46
Yhteistyö potilaan/omaisten kanssa on puutteellista	5	33	42	21
Potilas/omainen ei sitoudu hoitoon	7	42	44	7

**Taulukko 4. Kotisairaanhoidohenkilökuntaan (ksh) ja tiimityöskentelyyn liittyvien eettisten ongelmien esiintymistiheys (%) (n = 121 - 122).**

Eettisesti ongelmalliseksi koettu tekijä	päivittäin / viikoittain	ei joka vk, mutta vähintään 1 x / kk	ei joka kk, mutta vähintään 1 x / v	harvemmin kuin vuosittain / ei koskaan
Ksh:n ammattitaito ei vastaa työn vaatimuksia	7	19	34	40
Potilasta ei osata hoitaa asianmukaisesti	7	30	32	31
Potilas joutuu laitoshoitoon	1	14	44	41
Ksh:n vuorovaikutustaidot ovat heikot	9	17	23	51
Ksh:n keskinäinen yhteistyö on puutteellista	7	14	29	51
Työilmapiiri on huono	7	12	27	54

sitä useammin he kokivat ongelmia myös työkiireen suhteen. Vastaavasti kiire ja työn laatu olivat toisistaan riippuvaisia ( $r = 0.364$ ,  $p < 0.001$ ). Myös henkilökunnan määrä ja työn laatu korreloivat keskenään ( $r = 0.274$ ,  $p = 0.002$ ), joskaan eivät niin voimakkaasti kuin kiire ja työn laatu.

Myös tietojärjestelmien yhteensopivuus korreloi työn laatuun ( $r = 0.310$ ,  $p = 0.001$ ), henkilökuntamitoitukseen ( $r = 0.309$ ,  $p = 0.001$ ) ja työkiireeseen ( $r = 0.291$ ,  $p = 0.001$ ) liittyvien ongelmien kanssa. Mitä useammin eettisiä ongelmia kohdattiin tietojärjestelmien yhteensopimattomuuteen liittyen, sitä useammin koettiin eettisesti ongelmalliseksi myös henkilökunnan alimitoitus, kiire ja puutteet työn laadussa. Hoidon laadun kanssa korreloi myös tiedon kulku ( $r = 0.265$ ,  $p = 0.003$ ) ja hoidon ajanmukaisuus ( $r = 0.413$ ,  $p < 0.001$ ).

Esimiehet olivat hyvin tietoisia alaiensa kohtaamista eettisistä ongelmista. He ilmoittivat alaiensa useimmin (päivittäin tai viikoittain) kohtaamien eettisten ongelmien liittyvän kiireeseen (84 %) ja henkilökunnan vähäiseen määrään (79 %). Kyseiset ongelmat olivat esimiesten mielestä kaikkein vaikeimpia. Myös tietojärjestelmissä (53 %) ja tiedon kulussa (37 %) raportoitiin ilmenevän usein eettisiä ongelmia. Edelleen esimiehet arvioivat alaiensa kokevan eettisesti ongelmalliseksi yhteistyön kotipalveluhenkilökun-

nan kanssa (47 %). Alaisista kyseisen ongelman tiheää esiintymistä raportoitiin kuitenkin vain 17 %.

#### 4.3 Työorganisaation eettisyyteen ja eettisiin ongelmiin yhteydessä olevat tekijät

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna henkilöstön mielipiteet työorganisaationsa eettisyydestä eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Esimiehet arvioivat työyhteisön eettisyyden hieman korkeammalle tasolle kuin alaiset, mutta ero muuhun henkilökuntaan ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan eettisten ongelmien kohtaamisessa todettiin tilastollisesti merkitsevä ero koulutuksen perusteella ( $p = 0.028$ ): terveyden- tai sairaanhoitajakoulutuksen saaneet kokivat työssään merkittävästi useammin eettisiä ongelmia kuin perus- tai lähihoitajan tutkinnon suorittaneet.

Työhönsä motivoituneet arvioivat työympäristönsä eettisyyden korkeammaksi kuin ei-motivoituneet ( $p = 0.002$ ). Kuitenkin molemmat ryhmät kohtasivat työssään lähes yhtä usein eettisiä ongelmia. Vastaavasti työhönsä tyytyväiset vastaajat kokivat eettisyyden toteutuvan työorganisaatiossaan paremmin kuin ei-tyytyväiset ( $p = 0.001$ ). Lisäksi havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p = 0.027$ ) työtyytyväisyyden ja eettis-

ten ongelmien kokemisen välillä. Työhönsä tyytyväiset kokivat työssään muita huomattavasti harvemmin eettisiä ongelmia. Työn yhteiskunnalliseen arvostukseen uskovat omasivat muita myönteisemmän käsityksen työyhteisönsä eettisyydestä ( $p = 0.017$ ), vaikka joutuivatkin työssään lähes yhtä usein eettisesti ongelmallisiin tilanteisiin kuin ne vastaajat, jotka eivät kokeneet yhteiskunnan arvostavan työtään.

Työn kielellisen ja tuloksellisuuden hallinnan sekä työorganisaation eettisyyttä koskevien arvioiden välillä havaittiin korrelaatio. Mitä paremmin vastaaja hallitsi työtään kielellisesti, sitä myönteisempi käsitys hänellä oli työyhteisönsä eettisyydestä ( $r = 0.258$ ,  $p = 0.002$ ). Vastaavasti mitä vankemmin vastaaja koki hallitsevansa työnsä tuloksellisuutta, sitä korkeammat pisteet hän antoi työorganisaationsa eettisyydestä ( $r = 0.167$ ,  $p = 0.046$ ). Eettisiä ongelmia työssään kohtasivat niin vankan kuin heikommankin työn hallinnan omaavat vastaajat.

Vastaajien mielipiteet työorganisaationsa eettisyydestä olivat riippuvaiset eettisten ongelmien esiintymisfrekvenssistä ( $r = 0.207$ ,  $p = 0.021$ ). Mitä useammin vastaajat kokivat eettisiä ongelmia esimerkiksi riittämättömien henkilöstö- tai aikaresurssien tai työn laadun suhteen, sitä painokkaammin he arvioivat organisaation johdon arvostavan toiminnan taloudellisuutta eettisten hoitoperiaatteiden kustannuksella.

## 5 POHDINTA

### 5.1 Työorganisaation eettisyys

Terveydenhuolto-organisaatioiden eettisyyttä on maassamme empiirisesti tutkittu vain vähän. Myös kotisairaanhoidossa ilmenevä eettinen problematiikka on tutkimusaiheena harvinainen. Terveydenhuolto-organisaatioiden etiikkaan ja kotisairaanhoidon kohdistuva tutkimus on kuitenkin ajankohtaista ja tärkeää. Esimerkiksi Kansallisessa projektissa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002) arvioidaan työolosuhteiden ja johtamisen kehittäminen yhdeksi tärkeimmistä keinoista terveydenhuollon strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Myös kotisairaanhoido todetaan yhdeksi kehittämistä ja lisäresursseja vaativaksi alueeksi. Kehittämistoimien tulee pohjautua tutkittuun tietoon.

Henkilökunnan arvioiden mukaan kotisairaanhoido-organisaatiot olivat eettisesti keskitasoisia. Parhaiten eettisyys toteutui johdon toiminnassa. Työntekijöillä oli mahdollisuus pohtia ja ratkoa eettisiä ongelmia johdon tukeen luottaen. Ongelmien käsittely avoimesti keskustellen ei ole itsestäänselvyys (Valtee 1986; Nakari 1992). Ratkaisemattomat ristiriidat merkitsevät riskiä sekä työilmapiiriin että toiminnan tuloksellisuuden kannalta. Esimerkiksi Pahkalan ja työryhmän (1996) tutkimuksessa todettiin onnistuneen ristiriitojen käsittelyn lisäävän tulosjohtamisen onnistumisen todennäköisyyden kolminkertaiseksi, kun taas epäonnistuminen merkitsi yhtä suurta vaaraa toiminnan kannalta.

Mahdollisuuksista huolimatta kotisairaanhoidossa käytiin vain vähän keskusteluja eettisistä kysymyksistä (McDaniel 1998b; Leino-Kilpi et al. 2002). Myös palautekäytäntö todettiin puutteelliseksi (Nakari 1992; Pahkala ym. 1999; Leino-Kilpi et al. 2002). Johdon ja henkilökunnan välinen keskustelu olisi kuitenkin tärkeää. Työyhteisön kehittämisskusteluihin osallistuvat työntekijät näet saavuttavat tavoitteet kahdeksan kertaa todennäköisemmin kuin kyzeisiin keskusteluihin osallistumattomat työntekijät (Pahkala ym. 1996). Organisaatioiden palautekäytännön ja keskustelukulttuurin kehittämisellä saattaisi olla myönteinen vaikutus myös yhteisiin tavoitteisiin sitoutumiseen ja työn arvostuksen kokemiseen (ks. McDaniel & Stumpf 1993; McDaniel 1995; 1998b; Lashinger ym. 1999; 2000; Garrett & McDaniel 2001), joka tässä vastaajajoukossa oli alhainen. Tuloksen merkitystä arvioitaessa on syytä ottaa huomioon, että tärkeimmäksi syyksi terveydenhuoltoalalle hakeutumiseensa sairaanhoitajat ovat ilmoittaneet hoitotyön tärkeyden. Työn arvostus on myös yksi tärkeimmistä syistä terveydenhuoltoalalla pysymiseen ammatillisen statuksen ja ammattiympäryyden ohella. (Mills & Blaesing 2000.)

### 5.2 Eettiset ongelmat

Eettinen ongelma syntyy arvojen ristiriidasta eikä ongelman tunnistaminen ole välttämättä helppoa. Eettinen ongelma on aina moniselitteinen eikä sille ole olemassa yhtä yksittäistä selkeää ratkaisua. Aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. van der Arend & Remmers van den Hurk 1999) on myös todettu, että eettiset ongelmat ja



muut ongelmat ovat yhteydessä toisiinsa. Tässä tutkimuksessa on pyritty tarkastelemaan eettisten ongelmien esiintyvyyttä empiirisesti, jolloin ongelmat on operationalisoitu käytännön tilanteisiin. Onkin mahdollista, että vastaajat ovat sisällyttäneet vastauksiinsa myös ongelmia, jotka eivät välttämättä ole luonteeltaan arvostiridoista johtuvia. Ne ovat kuitenkin selkeästi ongelmia työntekijöille. Jatkossa kotisairaanhoidon eettistä laatua tulisikin lähestyä vielä analyttisemmin.

Kotisairaanhoido-organisaatioissa koettiin päivittäin tai viikoittain eettisiä ongelmia liittyen henkilöstöresursseihin ja kiireeseen. Kyseiset ongelmat koettiin myös kaikkein vaikeimmiksi. (Myös Sietsema & Spradley 1987; Aroskar 1989; van der Arend & Remmers-van den Hurk 1999; Oberle & Hughes 2001.) Lisäksi havaittiin kiireeseen ja hoidon laatuun liittyvien eettisten ongelmien olevan yhteydessä keskenään. Kotisairaanhoidohenkilökunnan kokeman kiireen ongelmallisuutta saattaa osaltaan selittää kotisairaanhoidotyön yksinäinen luonne ja asiakaskunnan vanhuspainotteisuus. Toiminnan tapahtuessa asiakkaan kotona saattaa kotisairaanhoidaja kohdata mitä yllättävämpiä tilanteita, jotka edellyttävät paljon aikaa vieviä toimenpiteitä. Hoitajat esimerkiksi joutuvat punnitsemaan potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittamisen sekä ammatillisen hoitovelvollisuutensa merkitystä tilanteissa, joissa potilas vastoin ammattilaisten arviota ei tunne itseään sairaaksi eikä koe tarvitsevansa kotisairaanhoidon palveluita. Potilaan autonomian joutuessa ristiriitaan hoitajan ammatillisten vastuiden kanssa pyrkivät hoitajat usein sovitteluratkaisuun ristiriitojen välttämiseksi ja hoitosuhteen jatkuvuuden turvaamiseksi (Gremmen 1999).

Otettaessa huomioon, että yleisesti terveys- ja sosiaalipalveluissa kiirettä kokee melko tai hyvin usein noin puolet henkilökunnasta (Piirainen ym. 2000), voidaan todeta kotisairaanhoidossa työskentelevien kärsivän kiireestä huomattavasti keskimääräistä yleisemmin. Tulokseen on syytä kiinnittää huomiota, sillä työuupumuksesta kärsivien on todettu kokevan jatkuvaa kiirettä muita enemmän (Lindström ym. 2000). Toisaalta kiire voidaan kokea myös myönteisenä asiana, mikäli siihen liittyy aikaansaamisen tunne (Launis & Niemelä 1999). Tämän kohdejoukon raportoidut kokemukset työkiireestä voidaan kuitenkin mieltää negatiivisiksi kysymyksen asettelusta johtuen. Myöskään vastaajien arviot työnsä tulok-

sellisuuden hallinnasta, esimieheltä saamaansa palautteesta sekä työnsä yhteiskunnallisesta arvostuksesta eivät anna aihetta tulkita vastaajien raportoimaa työkiirettä myönteiseksi kokemukseksi. Kiire itsessään ei kuitenkaan välttämättä ole eettinen ongelma eikä se myös välttämättä sellaista aiheuta. Jatkossa olisikin syytä tutkia kiireen syitä sellaisenaan - ja sen jälkeen kiireen eettistä luonnetta.

Eettisiä ongelmia koettiin usein tietojärjestelmien ja tiedonkulun suhteen. Lähes puolet vastaajista ilmoitti joutuvansa viikoittain eettisesti ongelmallisiin tilanteisiin hitaaseen tiedonkulkuun liittyen (myös Juutilainen-Saari & Simoila 1999; Laamanen 1999). Ongelmia on ilmennyt esimerkiksi potilaan kotiuttamiseen liittyen. Laitoshoidon henkilökunta ei ole aina ollut tietoinen potilaan kotioloista ja niiden hoidolle asettamista rajoituksista. Toisinaan taas ilmoitus potilaan kotiuttamisesta on tullut liian myöhään, jotta siihen olisi ehditty asianmukaisesti reagoida. (Laamanen 1999.) Viestintään liittyvät ongelmat on määritelty osittain kiireestä, mutta myös tietotekniikan ja viestintävälineiden puutteesta johtuviksi. Tulokset saavat tukea tämän tutkimuksen havainnosta, jonka mukaan työkiireen ja tietojärjestelmien toimivuuden välillä vallitsi riippuvuussuhde. Ongelmat tiedonkulussa ovat haitanneet sekä moniammatillista yhteistyötä että toiminnalle asetettujen tavoitteiden saavuttamista (Kekki 1991; Malin 1996; Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997; Juutilainen-Saari & Simoila 1999; Laamanen 1999). Kotisairaanhoidolle luonteenomainen itsenäinen toiminta edellyttääkin hyvää tiedonkulkua.

Esimiehet olivat tietoisia henkilökunnan kokeman kiireen ongelmallisuudesta ja arvioivat myös omalta osaltaan henkilöstöresursseihin ja kiireeseen liittyvät eettiset ongelmat vaikeimmiksi (myös Sietsema & Spradley 1987; Camuñas 1994). Joissain tutkimuksissa vastaajat, jotka ovat kokeneet eettisiä ongelmia riittämättömien resurssien, ajan puutteen tai hoidon laadun suhteen, ovat arvioineet esimiestensä pitävän taloudellisia seikkoja hoidon laatua tärkeämpinä (esim. Aroskar 1989). Näin tapahtui myös tässä tutkimuksessa. Kyseisten arvokonfliktien hallitsemiseksi olisi organisaatioissa suositeltavaa lisätä toiminnan arvooperustaa koskevia keskusteluja johdon ja henkilökunnan kesken.

### 5.3 Työorganisaation eettisyyteen ja eettisiin ongelmiin yhteydessä olevat tekijät

Terveyden- ja sairaanhoitajat kokivat perus- ja lähihoitajia useammin eettisiä ongelmia, mikä tukee aikaisempia tuloksia koulutuksen pituuden ja eettisen herkkyyden välisestä yhteydestä (esim. van der Arend & Remmers-van den Hurk 1999). Erot eettisten näkökohtien havaitsemisessa saattavat aiheuttaa ongelmia eri ammattiryhmien kesken (Aroskar 1989; Oberle & Hughes 2001). Kotisairaanhoidon organisaatioita voidaan suositella ottamaan työssä ilmenevät eettiset kysymykset toimipaikkakoulutuksen aiheeksi. Jo melko vähäisellä lisäkoulutuksella on näet todettu voitavan edesauttaa henkilökunnan eettistä toimintaa (McDaniel 1998a).

Työhönsä motivoituneet ja tyytyväiset sekä työn yhteiskunnalliseen arvostukseen uskovat vastaajat kokivat työorganisaationsa eettisyyden paremmaksi kuin muut. Lisäksi vastaajat arvioivat työorganisaationsa eettisyyden sitä korkeammaksi, mitä paremman työn kielellisen hallinnan ja tuloksellisuuden hallinnan he omasivat. (Myös Suominen ym. 2001.) Vaikuttaakin siltä, että työmotivaatio ja -tyytyväisyys sekä usko työn yhteiskunnalliseen arvostukseen ovat keskeisiä myönteisten organisaatioeettisten kokemusten kannalta. Myös työn hallinnalla näyttäisi olevan merkitystä organisaatioeettisten kokemusten kannalta johdon toiminnan vaikuttaessa oleellisesti molempiin seikkoihin. (Ks. McDaniel 1998b; Lashinger ym. 1999; 2000.)

### 5.4 Tulosten yleistettävyyttä

Otantamenetelmän harkinnanvaraisuuden ja aineiston pienuuden vuoksi tutkimustuloksia ei voida yleistää kaikkia maamme kotisairaanhoidon organisaatioita koskeviksi. Tulosten yleistettävyyttä estävät myös kotisairaanhoidon organisaatioiden rakenteelliset ja toiminnalliset erot. Esimerkiksi erilaisissa organisaatiokulttuureissa eettiset ongelmat ilmenevät toisistaan poikkeavina ristiriitoina organisaation edustamien arvojen ja työntekijän ammatillisten arvojen välillä (McDaniel & Stumpf 1993; McDaniel 1995). Tulosten hyödynnettävyyttä rajoittaa myös kliinistä kotisairaanhoidotyötä tekevien lääkäreiden rajaaminen tutkimusjoukon ulkopuolelle.

Tutkimuksen tuloksena saatiin kuitenkin suun-

taa antava yleiskuvaus henkilökunnan eettisistä kokemuksista kotisairaanhoidon organisaatioiden osalta. Kokemukset ovat saattaneet syntyä monen eri tekijän yhteisvaikutuksesta. Jotta saataisiin kattava käsitys kotisairaanhoidon organisaatioiden eettisistä todellisuudesta, tulisi aihetta jatkossa tutkia useissa eri kotisairaanhoidon organisaatioissa. Tutkimus tulisi kohdistaa koko henkilökuntaan lääkärit mukaan lukien ja siinä pitäisi käyttää rinnakkain useampia erilaisia tiedonkeruumenetelmiä. Olisi syytä tutkia myös johdon kokemia eettisiä ongelmia ja niiden ratkaisemiseen käytettyjä keinoja. Laaja-alaisen, organisaatiokohtaisten etiikkaan kohdistuvien tutkimusten avulla on mahdollista löytää eettisyydeltään korkeatasoiset työyhteisöt sekä kartoittaa ne tekijät, jotka ovat yhteisiä kyseisille organisaatioille. Kriittisten tekijöiden löydyttyä olisi edelleen selvítettävä, miten kyseisiin tekijöihin voidaan vaikuttaa eettisyyden edistämiseksi myös muissa organisaatioissa.

### LÄHTEET

- van der Arend, A. J. G. & Remmers-van den Hurk, C. H. M.: Moral Problems Among Dutch Nurses: a survey. *Nursing Ethics* 6 (1999): 6, s. 469 - 482.
- Aroskar, M. A.: Community Health Nurses. Their Most Significant Ethical Decision-Making Problems. *Nursing Clinics of North America* 24 (1989): 4, s. 967 - 975.
- Beauchamp, T. & Childress, J.: Principles of biomedical ethics. 5th edition. Oxford University Press. New York 2001.
- Berger, M. C., Seversen, A. & Chvatal, R.: Ethical Issues in Nursing. *The Western Journal of Nursing Research* 13 (1991): 4, s. 514 - 521.
- Borawski, D. B.: Ethical Dilemmas for Nurse Administrators. *The Journal of Nursing Administration* 25 (1995): 7/8, 60 - 62.
- Camuñas, C.: Ethical Dilemmas of Nurse Executives. *The Journal of Nursing Administration* 24 (1994): 7/8, s. 45 - 51.
- Feldman, C., Olberding, L., Shortridge, L., Toole, K. & Zappin, P.: Decision Making in Case Management of Home Healthcare Clients. *Journal of Nursing Administration* 23 (1993): 1, s. 33 - 38.
- Garrett, D. K. & McDaniel, A. M.: A New Look at Nurse Burnout. The Effects of Environmental Uncertainty and Social Climate. *Journal of Nursing Administration* 31 (2001): 2, s. 91 - 96.
- Gremmen, I.: Visiting Nurses' Situated Ethics: beyond 'care versus justice'. *Nursing Ethics* 6 (1999): 6, s. 515 - 527.
- Irvine, D., Leatt, P., Evans, M. G. & Baker, R. G.: Measu-

- rement of Staff Empowerment Within Health Service Organizations. *Journal of Nursing Measurement* 7 (1999), 1, s. 79 - 95.
- Juutilainen-Saari, J. & Simoila, R: Kotisairaanhoidon toimivuus ja palveluvalmius. Helsingin kaupungin terveysviraston tutkimuksia 1999:1. Helsingin terveysvirasto. Helsinki 1999.
- Kekki, P: Terveysasemien tehokkuustutkimus. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuksia. Sarja B. Raportti 54/1991. Helsinki 1991.
- Krawczyk, R: Teaching Ethics: effect on moral development. *Nursing Ethics* 4 (1997): 1, s. 57 - 65.
- Laaksonen-Heikkilä, R. & Lauri, S: Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:18 / 1997. Turku 1997.
- Laamanen, S: Kaakkoisen terveystieteiden kotisairaanhoidon arviointi. Osa A: Laajasalon kotisairaanhoidon. Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja 1999:9. Helsingin terveysvirasto. Helsinki 1999.
- Laamanen, R., Kalland, M. & Häppölä, A: Palvelurakennemuutos ja sen onnistuneisuuden arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:8. Helsinki 1996.
- Lashinger, H. K., Finegan, J., Shamian, J. & Casier, S: Organizational Trust and Empowerment in Restructured Healthcare Settings. Effects on Staff Nurse Commitment. *Journal of Nursing Administration* 30 (2000): 9, s. 413 - 425.
- Lashinger, H. K., Wong, C., McMahon, L. & Kaufmann, C: Leader Behavior Impact on Staff Nurse Empowerment, Job Tension, and Work Effectiveness. *Journal of Nursing Administration* 29 (1999): 5, s. 28 - 39.
- Lauhin, K. & Niemelä, A-L: Kiireen kantapäällä. *Työterveys* (1999): 1, s. 20 - 21.
- Leino-Kilpi, H., Suominen, T., Mäkelä, M., McDaniel, C. & Puukka, P: Organizational Ethics in Finnish Intensive Care Units: staff perceptions. *Nursing Ethics* 9 (2002): 2, s. 126 - 136.
- Lindström, K., Schrey, K., Bergström, M. & Kaleva, S: Työuupumus pientyöpaikoilla: seuranta ja eräiden toimenpiteiden merkitys. Teoksessa: Huuskonen, M., Laitinen, H. & Bergström, M (toim.): Työkyky yksilön, pienyrityksen ja yhteiskunnan menestystekijänä 2. Työ ja ihminen tutkimusraportti 16. Työterveyslaitos. Helsinki 2000, s. 72 - 95.
- Malin, M: Kotihoito Helsingissä. Vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 1996:7. Helsinki 1996.
- McDaniel, C: Organizational Culture and Ethics Work Satisfaction. *The Journal of Nursing Administration* 25 (1995): 11, s. 15 - 21.
- McDaniel, C: Development and Psychometric Properties of the Ethics Environment Questionnaire. *The Medical Care*. 35 (1997): 9, s. 901 - 914.
- McDaniel, C: Enhancing Nurses' Ethical Practice. Development of a Clinical Ethics Program. *The Nursing Clinics of North America* 33 (1998a): 2, s. 299 - 311.
- McDaniel, C: Ethical Environment. Reports of Practising Nurses. *The Nursing Clinics of North America* 33 (1998b): 2, s. 363 - 372.
- McDaniel, C. & Stumpf, L: The Organizational Culture. Implications for Nursing Service. *The Journal of Nursing Administration* 23 (1993): 4, s. 54 - 60.
- Mills, A. C. & Blaesing, S. L: A Lesson from the Last Nursing Shortage. The Influence of Work Values on Career Satisfaction with Nursing. *Journal of Nursing Administration* 30 (2000): 6, s. 309 - 315.
- Nakari, R: Työelämän laatu kunnissa. Työelämän tutkimuskeskus. Työraportteja 34/1992. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Tampere 1992.
- Oberle, K. & Hughes, D: Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing* 33 (2001): 6, s. 707 - 715.
- Pahkala, S., Pahkala, K. & Laippala, P: Omaa työkykköä ja koko organisaatiota kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Hallinnon tutkimus 18 (1999): 3, s. 251 - 265.
- Pahkala, K., Utriainen, P., Nordling, E., Hemminki, H. & Hautaniemi, T: Inhimilliset tekijät tulosjohtamisprosessissa. Esimerkinä erikoissairaanhoidon Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Hallinnon tutkimus 15 (1996): 3, s. 216 - 224.
- Piirainen, H., Elo, A-L., Hirvonen, M., Kauppinen, K., Ketola, R., Laitinen, H., Lindström, K., Reijula, K., Riala, R., Viluksela, M. & Virtanen, S: Työ ja terveys -haastattelututkimus v. 2000. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos. Helsinki 2000.
- Sietsema, M. R. & Spradley, B. W: Ethics and Administrative Decision Making. *The Journal of Nursing Administration* 17 (1987): 4, s. 28 - 32.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki 2002. <http://www.stm.fi/suomi/ehol/julkaisut/ehosisallys42.htm> Luettu 7.5.2002.
- Suominen, T., Leino-Kilpi, H., Mäkelä, M., Irvine Doran, D., McDaniel, C. & Puukka, P: Tehohoitotyön koettu hallinta ja organisaatioetiikka. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 38 (2001): 3, s. 239 - 250.
- Valtee, P: Kunnallisen työyhteisön johtaminen. Esi- miesten käsityksiä. Työelämän suhteiden neuvottelukunta 3/1986. Valtion painatuskeskus. Helsinki 1986.