

Terveysammattilaisten työuupumus: erityisenä haasteena vuorovaikutus auttamistyössä

Työuupumus on työhyvinvoinnin krooninen häiriö, joka voi pahimmillaan altistaa jopa työkyvyttömyydelle. Sen oireita ovat pysyvä väsymys, kyynistyneeksi muuttunut asenne työhön ja asiakkaisiin sekä heikentynyt ammatillisen aikaansaamisen tunne. Kattavissa suomalaistutkimuksissa on havaittu, että etenkin lievä työuupumus on lääkäreillä ja hammaslääkäreillä melko yleistä. Lääkäreillä ei kuitenkaan esiinny työuupumusta yleisemmin kuin koko väestössä. Lääkäreiden työuupumus kasautuu julkiselle sektorille, työuran alkuun sekä psykiatrian ja radiologian erikoisaloille. Työn yleisten kuormitustekijöiden lisäksi terveysammattilaisten uupumista selittävät vastavuoroisuuden puute hoitosuhteessa sekä ristiriidat todellisten ja ilmaistujen tunteiden välillä auttamistyössä. Työuupumuksen torjumiseen tähtäävät hankkeet on totunnaisesti kohdistettu yksilöiden tukemiseen. Terveydenhuoltoalalla on saatu lupaavia tuloksia työolojen kehittämiseen tähtäävillä, työntekijöitä osallistavilla menetelmillä.

Työuupumus on ilmiö, johon alun perin ryhdyttiin kiinnittämään huomiota ihmisten kanssa työskentelevien keskuudessa. Psykoanalyttikko Herbert Freudenberger (1974) kuvasi, kuinka huumevieroitusklinikan omistautuneet ja sitoutuneet vapaaehtoistyöntekijät vähitellen väsyivät vaatimaan työhönsä ja alkoivat suhtautua asiakkaisiin ja työhön mekaanisesti ja kielteisesti. Työuupumus määriteltiin ihmissuhdetyössä esiintyväksi oireyhtymäksi, jota luonnehtii henkisten voimavarojen ehtyminen (emotionaalinen ekshaustio), etäinen ja kylmä suhtautuminen työn kohteena oleviin

ihmisiin (depersonalisaatio) ja heikentynyt aikaansaamisen tunne (Maslach ym. 2001).

Myöhemmin havaittiin, että työuupumusta esiintyy muissakin töissä, ja ihmissuhdetyössä tapahtuvaa uupumista ryhdyttiin pitämään yhtenä työuupumuksen ilmenemismuotona. Yleisessä muodossa työuupumuksen oireet liittyvät asiakkaiden sijasta työhön ja sen merkitykseen (uupumusasteinen väsymys, kyynistynyt asenne työtä kohtaan ja heikentynyt ammatillinen itsetunto) (Schaufeli ja Enzmann 1998).

Työuupumus ei ole sairaus, mutta pitkityvän työstressin seurauksena se voi lopulta johtaa sairastumiseen ja altistaa jopa työkyvyttömyydelle (Ahola ym. 2009). Vakavasta työuupumuksesta kärsivillä on todettu esiintyvän usein joko mielenterveyden häiriöitä tai somaattisia sairauksia (Ahola 2007). Esimerkiksi noin puolella vakavasti uupuneista on todettu masennustila.

Työuupumuksen työperäistä taustaa kuvaa työn vaatimusten ja työssä tarjolla olevien voimavarojen välinen epäsuhta (Demerouti ym. 2001). Työtä on paljon ja siinä on vaikeat tai ristiriitaiset tavoitteet samalla kun esimerkiksi omat mahdollisuudet vaikuttaa työhön liittyviin asioihin, saatavilla oleva sosiaalinen tuki tai ennustettavuus työssä ovat vähäisiä tai päätöksenteko koetaan epäoikeudenmukaiseksi (Schaufeli ja Enzmann 1998, Borritz ym. 2005, Maslach ja Leiter 2008).

Yksilöön liittyvät tekijät, kuten persoonallisuuden piirteet tai elämäntilanne, ovat yhteydessä työuupumuksen kehittymiseen vuorovaikutuksessa työolojen kanssa (Hakaniemi 2004a). Ne voivat nopeuttaa tai hidastaa uupumista erityisesti silloin, kun työn vaatimukset ovat suuret. Kotielämän vaatimuksil-

la tai voimavaroilla ei puolestaan ole havaittu olevan osuutta työuupumuksen kehittymiseen (Hakanen ym. 2008). Toisaalta hollantilaisessa kaksostutkimuksessa todettiin työuupumuksen ryvästyvän jossain määrin tiettyihin perheisiin, mutta tämä perhekytkentä selittyi paremmin perheen yhteisillä ympäristötekijöillä kuin perinnöllisillä tekijöillä (Middel-dorp ym. 2005).

Työuupumuksen esiintyminen Suomessa

Työuupumuksen esiintymistä Suomessa on kartoitettu kahdessa väestötutkimuksessa, vuosina 1997 (Kalimo ja Toppinen) ja 2000–2001 (Ahola ym. 2004). Lisäksi on tehty edustavia tutkimuksia kahdessa terveysalan ammattiryhmässä, lääkäreillä (Töyry 2005) ja hammaslääkäreillä (Hakanen 2004b, Hakanen ja Perhoniemi 2007). Näissä tutkimuksissa havaittiin, että terveydenhuollossa esiintyy sekä vakavaa (oireilua keskimäärin viikoittain) että lievää työuupumusta (oireilua kuukausittain).

Kummassakin suomalaisessa väestötutkimuksessa työuupumus havaittiin terveyspalvelujen toimialalla lähes yhtä yleiseksi kuin koko väestössä (TAULUKKO 1). Vuonna 1997 lääkäreillä esiintyi vakavaa työuupumusta harvemmin kuin koko väestössä tai terveys- ja sosiaalipalveluissa. Vuonna 2003 ja 2006 hammaslääkäreillä todettiin vakavaa työuupumusta harvemmin kuin koko väestössä vuonna 1997 mutta lievää työuupumusta yleisemmin kuin väestössä 2000–2001. Työuupumus oli lääkäreillä ja hammaslääkäreillä yhtä yleistä.

On huomattava, että suomalaista käytäntöä luokitella työuupumus lieväksi tai vakavaksi yksilöllisten oireiden esiintymistaajuuden perusteella ei ole kliinisesti validoitu (Kalimo ym. 2006). Hollannissa työuupumuksen luokittelu sen mukaan, kuinka yleisesti oireita esiintyy väestössä, on validoitu suhteessa terapiassa käymiseen. Siellä havaittiin, että työuupumus on terveydenhuollossa yleisempää kuin muilla työntekijöillä (Schaufeli 2007). Suomalaisilla lääkäreillä esiintyvien itsemurha-ajatusten yleisyyden perusteella on esitetty, että lääkärin työssä tai työjärjestelyissä

TAULUKKO 1. Lievän ja vakavan työuupumuksen esiintyvyys (%) Suomessa (Kalimo ja Toppinen 1997, Ahola ym. 2004, Hakanen 2004b, Töyry 2005, Hakanen ja Perhoniemi 2007).

Ajankohta ja aineisto	Lievä	Vakava
1997		
Koko väestö ¹	48	7
Terveys- ja sosiaalipalvelut ¹	46	6
Lääkärit ²	48	2
2000–2001		
Koko väestö ¹	25	3
Terveyspalvelut ¹	23	2
2003		
Hammaslääkärit ²	45	2
2006		
Hammaslääkärit ²	49	3

¹ Tiedot kerättiin Maslachin yleisellä työuupumuksen arviointimenetelmällä (MBI-GS).

² Tiedot kerättiin Maslachin työuupumusmittarilla (MBI).

saattaa olla jotain, joka voi altistaa äärimmäiselle psyykkiselle rasitukselle (Elovainio ym. 2007). On mahdollista, että nämä altistavat tekijät keskittyvät erityisesti joihinkin lääkäreiden alaryhmiin.

Vuonna 1997 kerättyssä lääkäreiden työoloja ja kuormittuneisuutta koskevassa aineistossa (Töyry 2005) havaittiin, että työuupumus oli yleisempää enintään kuusi vuotta aikaisemmin valmistuneilla lääkäreillä kuin pidempään ammatissa toimineilla. Tämä on mielenkiintoinen tulos, koska väestötasolla työuupumus näyttää lisääntyvän iän myötä ja olevan yleisempää ikääntyneillä (Ahola ym. 2004). Vasta valmistuneiden lääkäreiden työuupumus oli Töyryn aineistossa yhteydessä riittämättömiksi koettuihin työvalmiuksiin ja huonoihin mahdollisuuksiin vaikuttaa työnjakoon. Lisäksi tuoreilla mieslääkäreillä työuupumus liittyi fyysisen väkivallan tai uhkailun pelkoon ja tuoreilla naislääkäreillä myös työsidonnaisuuteen, tyytymättömyyteen ammatinvalintaa kohtaan sekä pelkoon valituksista, kanteluista ja syytteistä.

Myös hammaslääkäreillä on todettu vastaava yhteys ikään. Hakasen (2004b) aineistossa yli 55-vuotiailla esiintyi työuupumusta har-

vemmin kuin nuoremmilla. Työuupumusoireyhtymän monitahoisuudesta kertoo se, että uupumusasteista väsymystä esiintyi useimmiten keski-ikäisillä, kun taas kynnistyneisyys väheni iän ja työkokemuksen myötä ja ammatillinen aikaansaamisen tunne oli vahvin nuorilla.

Sekä lääkäreiden että hammaslääkäreiden keskuudessa työuupumusta on esiintynyt enemmän julkisella sektorilla verrattuna yksityiseen sektoriin, ammatinharjoittajiin tai koulutuksen ja tutkimuksen parissa toimiviin (Hakanen 2004b, Töyry 2005). Lääkäreiden joukossa työuupumus on todettu yleisimmäksi radiologeilla ja psykiatreilla ja harvinaisimmaksi silmä- ja lastenlääkäreillä (Töyry 2005). Psykiatrien työuupumukseen on liittynyt konsultaatiomahdollisuuksien ja työnhajauksen puute sekä väkivallan uhka ja väkivaltakokemukset. Työuupumus on kaikkein yleisintä avohoidossa työskentelevillä ja lastenpsykiatreilla.

Työuupumukselle altistavat tekijät

Työuupumuksen kehittymisen syistä on esitetty monenlaisia näkemyksiä (TAULUKKO 2). Teoreettisissa malleissa toistuu todellisuuden ja tavoitetilan välinen ristiriita: työntekijän korostunut motivoituneisuus ja sitoutuminen, työolosuhteet, joissa asetettuja tavoitteita tai omia ihanteita ei pysty toteuttamaan, sekä riittämättömät keinot löytää tilanteeseen rakentava ratkaisu (Schaufeli ja Enzmann 1998). Näitä tekijöitä löytyy myös terveystammattilaisten työn perusluonteesta. Terveystammattilaisten työuupumuksen ymmärtäminen edellyttää huomion kiinnittämistä siihen, miten työntekijät havaitsevat, tulkitsevat ja käsitteellistävät heihin kohdistuvaa emotionaalisesti vaativaa käyttäytymistä (Bakker ym. 2000).

Hoitotyö vetää todennäköisesti ainakin josain määrin puoleensa ihmisiä, joilla on erityinen kutsumus hoivata muita. Kutsumukseen saattaa liittyä voimakas henkilökohtainen näkemys siitä, mikä on oikein tai miten asioita

TAULUKKO 2. Työuupumuksen selitysmallit (Schaufeli ja Enzmann 1998).

Yksilötaso

Todellinen minä on korvautunut ideaaliminällä, jonka ylläpito epäonnistuu

Illuusiot työstä rapautuvat vähitellen, mikä turhauttaa työntekijää

Työn tai sen tuloksiin kohdistuvat odotukset ovat mahdottomia toteuttaa

Suunnitelmallinen toiminta epäonnistuu jatkuvasti

Työntekijän voimavarat ehtyvät vähitellen

Narsistinen häiriö: työntekijä on persoonaltaan jäykkä ja riippuvainen muiden myönteisestä palautteesta

Työntekijän tietoinen ja tiedostamaton toiminta ovat epätasapainossa keskenään

Työntekijän yritys tavoittaa olemassaolon merkitys epäonnistuu

Vuorovaikutuksen taso

Ihmissuhdetyötä tekevien sosiaaliset taidot ovat puutteelliset

Liiallinen tunnekuormitus uuvuttaa työntekijän ja johtaa kielteisiin asennemuutoksiin

Vastavuoroisuuden puute: epätasapuolinen vuorovaikutus kuluttaa työntekijän voimavarat

Kielteiset tunteet ja asenteet tarttuvat ja leviävät työyhteisössä

Työssä ei ole mahdollista olla tunnetasolla aito eli näyttää vain todellisia tunteita

Organisaatiotaso

Ammatillisten toiveiden ja todellisten mahdollisuuksien välinen ristiriita työssä on työntekijälle sokki

Huonot työolosuhteet heikentävät vähitellen organisaation toimintakykyä ja tuottavuutta

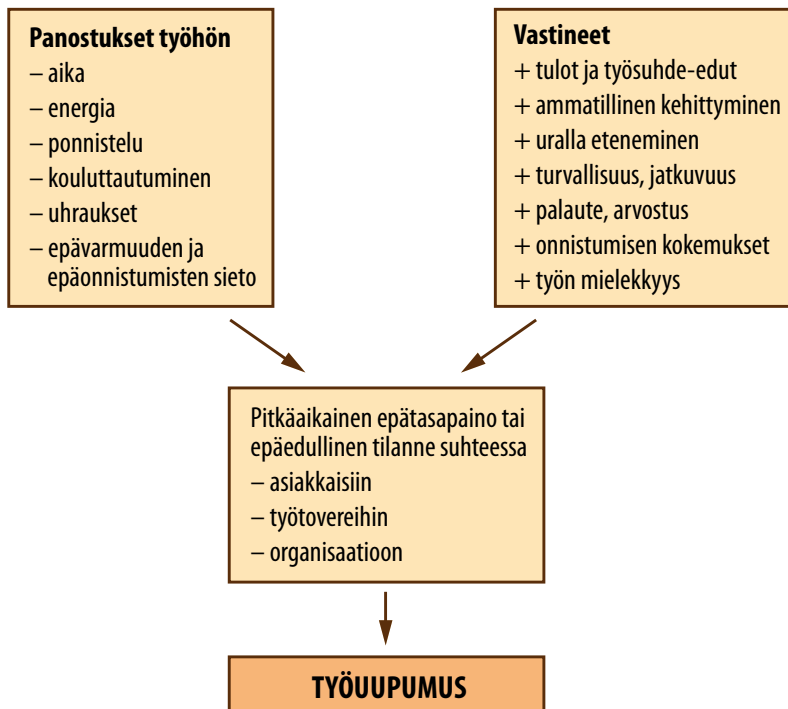
Työntekijän tarpeiden tai odotusten ja työn tarjoamien mahdollisuuksien välillä on ristiriitaa esimerkiksi työn määrän, säätelymahdollisuuksien, palkitsevuuden taikka yhteisöllisyyden, oikeudenmukaisuuden tai arvojen suhteen

Yhteiskunnallinen taso

Työntekijä vieraantuu työstään nykyisessä työelämässä

Organisaation pinta- ja syvätason toiminta eivät kohtaa

Työuupumus on vallitsevan kulttuurin ja siihen kuuluvien selitysmallien tuote



KUVA. Työuupumus työhön uhrattujen voimavarojen ja siitä saadun vastineen välisenä epäsuhtana. Mukailtu Hobfollin (1989) ja Hakasen (2006) artikkelista.

on hoidettava, ja tämä vahvistaa työntekijän omistautumista ja sitoutumista. Voimakas velvollisuudentunto ja ylisitoutuminen on todettu kuormittumisen riskitekijöiksi, koska esimerkiksi vahvasti sitoutuneena työntekijä ei aina huomaa epätasapainoa ponnistelun ja siitä saadun vastineen välillä (KUVA) tai jatkaa ponnistelua tästä epätasapainosta huolimatta (Siegrist 2001, Hakanen 2004a). Myös herkkyys muiden tarpeille ja halu vastata niihin voivat voimistaa yhteyttä vuorovaikutuksessa esiintyvän epätasapainon ja työuupumuksen kehittymisen välillä (Schaufeli 2006).

Hoitotyö on vaativaa työtä, jonka tekijöihin saatetaan kohdistaa mahdottomia odotuksia. Terveysammattilaisten sitkeästä uurastuksesta huolimatta ihmiset eivät aina parane, noudata saamiaan ohjeita tai ole tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Auttaja ei myöskään ole immuuni potilaan kärsimykselle ja saattaa joutua tasapainoilemaan myötäelämisen ja oman erillisyyden ylläpitämisen välillä (Hänninen 2005). Hoitotyössä esiintyvien erityispiirtei-

den lisäksi siinä ovat läsnä myös 2000-luvun yleiset kuormitustekijät, kuten jatkuva muutos, epävarmuus, tietotulva, asiakkaiden kasvavat odotukset, tuottovelvoitteet, kollektiiviset suositukset, palveluiden tuotteistaminen ja näiden myötä vähenevä työn itsenäisyys (Wallace ym. 2009).

Hoitotyön perimmäiseksi kuormitustekijäksi on kuitenkin nostettu sen sosiaalinen luonne: työtä tehdään omalla persoonalla muiden ihmisten kanssa latautuneissa tilanteissa tarkoituksena vaikuttaa muiden tulevaisuuteen (Schaufeli 2006). Terveysammattilaisten odotetaan käyttäytyvän, olevan läsnä ja ilmentävän tunteita (esimerkiksi myötätuntoa) tietyllä tavalla sekä hallitsevan mahdollisesti kokemiaan epäsuotuisia tunteita (kuten ärtymystä). Tästä roolin mukaisesta ammatillisesta käyttäytymisestä saattaa syntyä emotionaalista dissonanssia eli epäsuhtaa todellisten ja osoitettujen tunteiden välille. Runsaan emotionaalisen dissonanssin on havaittu aiheuttavan kuormitusta ja liittyvän työuupumuksen

kehittymiseen (Zapf 2002). Suomalaisten hammaslääkärin aineistossa emotionaalinen dissonanssi liittyi työuupumukseen, joka edelleen vahvisti emotionaalisen dissonanssin kokemusta (Hakanen 2010). Hoitotyössä esiintyvä tunnekuormitus voi siis käynnistää kielteisen kehän.

Ihmisillä on luontainen taipumus odottaa kanssakäymisessä vastavuoroisuutta, antamisen ja saamisen välistä tasapainoa. Hoitosuhde on kuitenkin väistämättä epätasapuolinen: hoitava henkilö antaa ja potilas ottaa vastaan. Tämä ei kuitenkaan vähennä odotusta vastavuoroisuudesta. Saava osapuoli voi tasapainottaa vuorovaikutusta esimerkiksi osoittamalla kiitollisuutta ja arvostusta (Bakker ym. 2000). Työuupumuksen kehittymistä hoitotyössä on selitetty muun muassa sillä, että niissä tilanteissa, joissa vastavuoroisuus ei toteudu, terveystammattilainen vähentää omaa panostaan vuorovaikutuksessa palauttaakseen siten antamisen ja saamisen tasapainon (Schaufeli 2006). Tämä saattaa kuitenkin kääntyä itseään vastaan, koska työuupumusprosessi etenee potilaisiin kohdistuvan kynnisen ja etäisen suhtautumisen myötä. Lisäksi lääkärin asenne muutoksen on todettu heikentävän hoitosuhdetta ja saavan potilaat entistä vaativammiksi tai tyytymättömämmiksi (Bakker ym. 2000), mikä voi edelleen murentaa ammatillista itse-tuntoa.

Terveystammattilaisilla on havaittu, että etenkin lääkärit huolehtivat huonosti omista voimavaroistaan, hakevat harvoin apua ja turvautuvat enemmän itsehoitoon (Elovainio ym. 2007, Wallace ym. 2009). Lisäksi lääkärit työskentelevät usein melko itsenäisinä asiantuntijoina erillään työyhteisöstä ja joskus jopa ainoana ammattikuntansa edustajana lähiyhteisössään. Tällöin he saattavat jäädä vaille yhteisöllisten toimintatapojen ja työtovereiden tukea, joka tarjoaa työkuormitusta pusku-roivia voimavaroja hyvin toimivassa työyhteisössä. Siksi lääkäreillä ei ehkä aina ole edellytyksiä työssään esiintyvien ristiriitatilanteiden ratkaisemiseen. Lääkäreiden keskuudessa itse-riittoisuutta saatetaan myös pitää ammatillisen pätevyuden ja uskottavuuden mittana (Wallace ym. 2009).

Keinoja työuupumuksen nujertamiseksi

Terveystammattilaisten työssä ja asenteissa esiintyviä työuupumukselle altistavia tekijöitä olisi hyvä käsitellä alalle kouluttauduttaessa, jotta työssä ei pääse muodostumaan suurta ristiriitaa tavoitetilan ja todellisuuden välille. On myös laadittu suosituksia, joiden avulla esimerkiksi lääkärin työtä voitaisiin kehittää ammattiliittojen voimin (Korkeila ym. 2001). Näiden lisäksi työuupumustilanteiden ehkäisyyn ja hoitoon on olemassa monenlaisia keinoja. Ne voidaan ryhmitellä sen mukaan, mihin niillä pyritään (ehkäisemään, tunnistamaan tai hoitamaan) tai mihin ne kohdistuvat (työntekijään, työympäristöön tai työntekijän ja työn väliseen suhteeseen) (Schaufeli ja Enzmann 1998). Yhdysvaltalaisen työlääkätieteen oppikirjan mukaan stressiin liittyvissä tiloissa on tarpeen yhdistää sekä yksilöä vahvistavia että ympäristöä muokkaavia toimenpiteitä oireiden ja tilanteen edellyttämällä tavalla (TAULUKKO 3) Glass ym. 2004).

Terveystammattilaisilla alalta raportoidut työstressi- ja työuupumusinterventiot on useimmiten kohdistettu muuhun henkilökuntaan kuin lääkäreihin (Le Blanc ja Schaufeli 2008, Ruotsalainen ym. 2008). Lisäksi ne on arvioitu heikkotasoisiksi (Ruotsalainen ym. 2008). Käytännön näkökulmasta hankkeet ovat usein kohdistuneet yksilön tukemiseen

TAULUKKO 3. Stressiin liittyvissä tiloissa harkittavia keinoja (Glass ym. 2004).

Psykoedukaatio
Erikoislääkärin konsultaatio
Mahdollisten sairauksien hoito
Epäedullisten selviytymiskeinojen muokkaaminen
Liikunta
Stressinhallinnan vahvistaminen
Työntekijän tukiohjelmat ja asiantuntijapalvelujen käyttö
Oireenmukainen lääkehoito
Työn muokkaaminen ja muut työjärjestelyt
Työyhteisön toiminnan kehittäminen
Sairausloma

YDINASIAIAT

- ▶ Työuupumus lisää sairastumisen ja työkyvyttömyyden riskiä.
- ▶ Se ilmenee uupumusasteisena väsymyksenä, kynnistyneenä asenteena työtä ja asiakkaita kohtaan ja heikentyneenä ammatillisen aikaansaamisen tunteena.
- ▶ Työuupumus on terveydenhuollossa suunnilleen yhtä yleistä kuin koko väestössä.
- ▶ Vastavuoroisuuden puute sekä todellisten ja ilmaistujen tunteiden välinen ristiriita lisäävät työuupumuksen riskiä hoitotyössä.
- ▶ Työuupumusta voidaan ehkäistä kehittämällä työolosuhteita, vahvistamalla yksilöllisiä voimavaroja ja tarjoamalla riittävät mahdollisuudet oman työn suunnitteluun ja konsultointiin.

ja työuupumuksen syihin vaikuttaminen on jäänyt vähemmälle (Le Blanc ja Schaufeli 2008). Hankkeilla on onnistuttu lieventämään emotionaalista uupumusta mutta ei muita työuupumuksen oireita. Tuoreen hoitotyötä käsitelleen katsauksen mukaan (Ruotsalainen ym. 2008) kolme yksilöön kohdistuvaa työuupumusinterventiota ja yksi organisaatiotekijöihin kohdistunut interventio täyttivät asetetut laatuksiteerit. Nämä interventiot vaikuttivat eri tavalla työuupumuksen oireisiin. Yksilöön kohdistuneiden hankkeiden jälkeen työntekijöiden uupumus lieveni ja heidän ammatillinen aikaansaamisen tunteensa parani, kun taas organisaatiotekijöihin kohdistuneen hankkeen jälkeen työntekijöiden kynninen asenne potilaita kohtaan väheni. Tulos tukee näkemystä monipuolisten hankkeiden vaikuttavuudesta.

Yleispattevien stressin hallintaa vahvistavien tai organisaatiota kehittävien hankkeiden (Räisänen ja Karila 2007) rinnalle suositellaan räätälöityjä ja työntekijöitä osallistavia hankkeita (Le Blanc ja Schaufeli 2008). Tällaisten hankkeiden esitetään pureutuvan paremmin

2144 työuupumuksen taustalla oleviin epäkohtiin

juuri kyseisessä työssä ja työyhteisössä. Esi merkiksi hankkeessa, joka toteutettiin yhdeksässä hollantilaisessa syöpätautien hoitotiimisessä, sekä johtoa että henkilöstöä motivoitiin mukaan laajoilla haastatteluilla ja ”kick-off” -tapaamisilla (Le Blanc ja Schaufeli 2008). Varsinainen tiimien valmennusohjelma koostui kuudesta kuukausittaisesta ulkopuolisten ohjaajien vetämästä kolmituntisesta tapaamisesta, joista jokaiseen sisältyi sekä koulutuksellinen että toiminnallinen osuus.

Alkukartoituksissa esiin nousseista työuupumuksen mahdollisista riskitekijöistä valittiin ensimmäisessä tapaamisessa keskeisimmät jatkotyöskentelyä varten. Seuraavissa tapaamisissa käsiteltiin muun muassa yhteistyö- ja vuorovaikutustapoja, palautteen antamisen käytäntöjä ja työtoverituen muotoja sekä näiden toimintatapojen kehittämistä kyseisessä tiimissä. Viimeisessä tapaamisessa pyrittiin lujittamaan prosessin aikana aikaansaatuja myönteisiä muutoksia niin, että uudet käytännöt säilyisivät tulevaisuudessa ja ulkoisissa muutospainneissa.

Seurantatutkimuksessa havaittiin tiimien tarjoaman sosiaalisen tuen ja työn hallinnan mahdollisuuksien lisääntyneen sekä työuupumuksen vähentyneen.

Henkilöstön osallistaminen oli avainasemassa myös kanadalaiseen sairaalaan kohdistetussa hankkeessa, jonka tavoitteena oli parantaa työstressiteorioista ja -tutkimuksista johdettuja, hyvinvoinnin kannalta tärkeitä psykososiaalisia työolotekijöitä ja edistää näin työntekijöiden mielenterveyttä (Bourbonnais ym. 2006a, b). Näitä tekijöitä olivat työn suuret vaatimukset ja heikko palkitsevuus, vähäiset päätöksentekomahdollisuudet sekä vähäinen sosiaalinen tuki.

Alkukyselyn, hoitoyksiköiden havainnoinnin, avainhenkilöiden haastatteluiden sekä tutkijoista ja henkilöstön edustajista kootun interventioryhmän avulla kehittämiskohteiksi tarkentui 56 erillistä ongelmaa. Ne koskivat muun muassa tiimityöskentelyä ja tiimien ilmapiiriä, työn organisointia, ergonomiaa sekä henkilökunnan miehitystä ja perehdytystä.

Kehittämishankkeeseen osallistuneella ryhmällä oli kahdeksan kolmituntista tapaamista

neljän kuukauden aikana. Ryhmä keskusteli valituista kehittämiskohteista ja raportoi ehdotuksensa niiden ratkaisemiseksi. Osa ratkaisuista oli mahdollista toteuttaa hoitoyksiköissä heti ja osa edellytti johdon toimenpiteitä pidemmällä aikavälillä.

Vuoden seurannan aikana useat työolotekijät paranivat verrokkisairaalaan nähden. Lisäksi henkilöstön unihäiriöt ja työuupumus vähenivät hankkeen aikana.

Lopuksi

Työntekijöiden hyvinvointi on tärkeä työn laatuun ja toiminnan sujuvuuteen vaikuttava tekijä terveydenhuollossa (Wallace ym. 2009). Siihen oleellisesti vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden muuttaminen ei ole helppoa, sillä potilaiden käyttäytymiseen on lyhyiden hoitokontaktien aikana vaikea vaikuttaa eikä potilaitaan voi yleensä valita ainakaan julkisella sektorilla. Raja toimivan ammatillisen asenteen ja sopivan etäisyyden säilyttämisen ja toisaalta liian etäisen ja välinpitämättömän suhtautumisen välillä on häilyvä. Ammatillinen asennoituminen edellyttää väistämättä ainakin ajoittain ponnistelua omien tunteitten mukauttamiseksi tilanteen vaatimuksiin tai to-

dellisten tunteiden kanssa ristiriidassa olevaa toimintaa. Omia vuorovaikutuksen työkaluja on pyrittävä jatkuvasti täydentämään ja kertyvää emotionaalista kuormaa purkamaan mahdollisimman monipuolisesti kouluttautumisen, henkilökohtaisen työnohjauksen ja yhteisöllisen tuen hyödyntämisen keinoin. Silti vastavuoroisuuden puutteita on potilastyössä mahdotonta kokonaan välttää. Lisäksi on hyvä muistaa, että potilastyön kuormittavien piirteiden rinnalla potilailta saatu myönteinen palaute, mahdollisuudet heidän auttamiseensa ja työssä aikaansaadut tulokset ovat lääkärin työn keskeisimpiä voimavaroja (Haukilähti ym. 2005). Toisaalta lääkäri voi kokea epäsuhtaa työpanoksensa ja sille saamansa vastineen välillä myös suhteessa työtovereihinsa tai organisaation toimintaan. Vahvistamalla kannustavaa johtamista, kollegiaalista tukea, yhteisöllisyyttä sekä kehitys- ja koulutusmahdollisuuksia terveydenhuolto-organisaatioissa voidaan vaikuttaa vastavuoroisuuden kokemukseen työyhteisössä. ■

KIRSI AHOLA, PsT, dosentti

JARI HAKANEN, VTT, dosentti

Työterveyslaitos
Topeliuksenkatu 41 a A
00250 Helsinki

SIDONNAISUUDET

KIRSI AHOLA, JARI HAKANEN: Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia.

Summary

Burnout among health care professionals

Symptoms of burnout comprise exhaustion, cynicism, and diminished professional efficacy, as well as a feeling of impaired occupational achievement. Comprehensive Finnish studies have revealed that especially mild burnout is fairly common among clinicians and dentists. Burnout among clinicians accumulates to the public sector, to the early stages of the career, and to the specialties of psychiatry and radiology. Worker participatory methods aiming at the development of working conditions have yielded promising results in the prevention of burnout within the health care sector.

KIRJALLISUUTTA

- Ahola K, Honkonen T, Kalimo R, Nykiri E, Aromaa A, Lönnqvist J. Työuupumus Suomessa. *Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia.* Suom Lääkäril 2004;59:4109–13.
- Ahola, K. Occupational burnout and health. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Työterveyslaitos 2007.
- Ahola K, Gould R, Virtanen M, Honkonen T, Aromaa A, Lönnqvist J. Occupational burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study. *Occup Environ Med* 2009;66:284–90.
- Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *J Organ Behav* 2000;21:425–41.
- Borritz M, Bültmann U, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen T. Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA study. *J Occup Environ Med* 2005;47:1015–25.
- Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M. Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital. *Occup Environ Med* 2006(a);63:326–34.
- Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occup Environ Med* 2006(b);63:335–42.
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001;86:499–512.
- Elovainio M, Heponiemi T, Vänskä J, ym. Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? *Suom Lääkäril* 2007;62:2071–6.
- Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Social Issues* 1974;30:159–65.
- Glass LS, Blais BR, Genovese E, ym., toim. Occupational Medicine Practice Guidelines. Evaluation and Management of Common Health Problems and Functional Recovery of Workers. 2. painos. Beverly Farms MA: OEM Press, 2004.
- Hakanen J. Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimesä ja reuna-alueilla. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Työterveyslaitos 2004(a).
- Hakanen J. Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa. Raportti. Helsinki: Työterveyslaitos 2004(b).
- Hakanen JJ. Opettajien työuupumus ja työn imu. Kirjassa Perkiö-Mäkelä M, Nevala N, Laine V, toim. Hyvä koulu. Helsinki: Työterveyslaitos 2006, s. 29–42.
- Hakanen J, Perhoniemi R. Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa. Seurantatutkimus 2003–2006. Helsinki: Työterveyslaitos 2007.
- Hakanen JJ, Schaufeli WB, Ahola K. The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work Stress* 2008;22:224–41.
- Hakanen JJ. Emotion work – antecedent or consequence of burnout and work engagement? A three-year cross-lagged panel study. Kirjassa Iavicoli S, Jain A, Petyx M, Tang J, toim. Proceedings of the 9th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology. Nottingham: Nottingham University Press 2010, s. 189.
- Haukilahti RL, Virjo I, Halila H, ym. Olut, ooppera, orkideat... Mikä auttaa lääkäreitä jaksamaan? *Suom Lääkäril* 2005;60:3647–53.
- Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol* 1989;44:513–24.
- Hänninen J. Lääkärikin voi uupua – kuolevia hoitava semminkin. *Duodecim* 2005;121:225–9.
- Kalimo R, Toppinen S. Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä. Helsinki: Työterveyslaitos 1997.
- Kalimo R, Hakanen J, Toppinen-Tanner S. Maslachin yleinen työuupumuksen arviointimenetelmä. Helsinki: Työterveyslaitos 2006.
- Korkeila J, Kumpulainen K, Toivola J-M, Rantanen P, Sailas E, Hillu Y, ym. Psykiatrian alan lääkäreiden työuupumus. Työryhmäraportti. *Suom Lääkäril* 2001;35:3447–51.
- Le Blanc P, Schaufeli WB. Burnout interventions: An overview and illustration. Kirjassa: Halbesleben JRB, toim. Handbook of stress and burnout in health care. Hauppauge: Nova Science Publishers 2008, 201–15.
- Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* 2008;93:498–512.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psychol* 2001;52:397–422.
- Middeldorp CM, Stubbe JH, Cath DC, Boosma DI. Familiar clustering in burnout: a twin family study. *Psychol Med* 2005;35:113–20.
- Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2008;34:169–78.
- Räisänen K, Karila I. Miten työstressiä voi hallita? *Duodecim* 2007;123:743–50.
- Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London: Taylor & Francis, 1998.
- Schaufeli WB. The balance of give and take: toward a social exchange model of burnout. *Revue Internationale de Psychologie Sociale* 2006;19:87–131.
- Schaufeli WB. Burnout in health care. Kirjassa: Carayon P, toim. Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety. Mahway: Lawrence Erlbaum 2007, s. 217–32.
- Siegrist J. A theory of occupational stress. Kirjassa: Dunham J, toim. Stress in the workplace. Past, present and future. London: Whurr Publishers 2001, s. 52–66.
- Töyry S. Burnout and self-reported health among Finnish physicians. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, 2005.
- Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009;374:1714–21.
- Zapf D. Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review* 2002;12:237–68.