



# MATKALLA MAINEESEEN – HANKE

## KIRJALLISUUSKATSAUS MAGNEETTIORGANISAATIO- JA TYÖHYVINVOINTITUTKIMUKSEEN

*”Ihmiset ovat terveydenhuollon aito voimavara. Ihmisten määrästä, hyvinvoinnista, motivaatiosta ja osaamisesta rakentuu strateginen menestystekijä.*

*Terveydenhuollon organisaatio on yksi monitahoisimmista nykyaikaisista asiantuntijaorganisaatioista. Sen osaaminen ja potilaalle tuotettu hyöty rakentuu eri ammattikuntien välisen yhteistyön tuloksena. ”*

MI Healthcare 2008

## Sisällysluettelo

1. Aluksi	3
2. VETOVOIMAISUUS TERVEYDENHUOLLOSSA	3
2.1. Vetovoimaisuutta ihmettelemässä eli magneettiajattelun historia	3
2.2. Piirteistä määrittelyyn: magneettitunnustusjärjestelmän kehittyminen	4
2.3. ”Feel the pull” eli magneettistatuksen hakeminen	7
2.4. Magneettimallia kohtaan osoitettu kritiikki	7
3. TUTKIMUSTIETOA MAGNEETTIORGANISAATIOISTA	8
3.1. Aluksi	8
3.2. Kansainvälisiä tutkimuslinjoja	9
3.3. Magneettitutkimusten ja vetovoimaisuuden koottua tarkastelua	9
3.4. Vetovoimaisuuteen liittyvä tutkimus Suomessa	11
4. TYÖHYVINVOINTIIN LIITTYVÄT TUTKIMUKSET	12
4.1. Aluksi	12
4.2. Elintapojen ja elämäntilanteen yhteydet työikäisen väestön terveyteen ja sairauteen	12
4.3. Työn fyysiset riskitekijät	13
4.4. Työn henkinen rasittavuus	13
4.5. Työn hallinta	14
4.6. Työn palkitsevuus	14
4.7. Työtyytyväisyys	15
4.8. Työyhteisön toimivuus	15
4.9. Sairauspoissaolot yhtenä työhyvinvoinnin mittarina	16
4.10. Johtaminen ja työhyvinvointi	16
4.11. Työhyvinvoinnista työn imuun – kohti positiivisempaa ajatusmallia	18
5. LOPUKSI	18

### Lähdeluettelo

## 1. Aluksi

Kysymykset siitä, millaiset työolot, johtamisjärjestelmä tai organisaatio voi taata pysyvän ja työstään innostuneen sekä hyviä hoitotuloksia aikaansaavan henkilöstön, ovat askarruttaneet ja askarruttavat tutkijoita ja käytännön terveydenhuoltotyötä johtavia eri puolilla maailmaa. Tätä kirjoitettaessa syksyllä 2009 terveydenhuoltoa värittävät mm. taloudellinen taantuma, työvoimapula tietyillä maantieteellisillä alueilla, henkilöstön tyytymättömyys palkkoihin, johtamiseen ja työoloihin, meneillään olevat rakenne- ja organisaatiomuutokset, väestön ikääntyminen ja hoidon tarpeen kasvu sekä jatkuvasti lisääntyvät osaamis- ja palveluvaatimukset. Suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle terveydenhuolto tulee lisäksi kilpailemaan työvoiman saannista muiden alojen kanssa.

Vastauksia sekä työntekijän että potilaiden kannalta vetovoimaisen terveydenhuollon järjestämiseen ja henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämiseen voidaan hakea tutkimuskirjallisuudesta. Tässä kirjallisuuskatsauksessa kuvataan ensin USA:ssa 1980-luvulla syntyneen magneettisairaalakäsitteen historiaa, sen jatkokehitystä sekä magneettistatuksen hakuprosessia. Lisäksi esitellään alaan liittyvää tutkimuskirjallisuutta soveltuvin osin. Sen jälkeen tarkastellaan työhyvinvointia koskevia keskeisiä tutkimustuloksia ja lopuksi esitetään joitain kokoavia ajatuksia. Kirjallisuuskatsaus on osa Sairaanhoidajaliiton Matkalla maineeseen –hanketta ja sen tarkoitus on toimia kehittämistyön taustatietona hankkeen eri osa-alueita työstettäessä.

## 2. VETOVOIMAISUUS TERVEYDENHUOLLOSSA

### 2.1. Vetovoimaisuutta ihmettelemässä eli magneettiajattelun historia

Magneettisairaalakäsite juontaa juurensa 1980-luvun alun Yhdysvaltoihin. Tuolloin yli 80 % USA:n sairaaloista kärsi pahasta sairaanhoitajapulasta, vaikka sairaanhoitajatutkinnon suorittaneita oli maassa enemmän kuin koskaan. Pulasta huolimatta osa sairaaloista onnistui säilyttämään ja vetämään puoleensa lisää henkilöstöä ja pitämään hoitonsa tason korkealaatuisena, kun taas suurimmalla osalla oli vaikeuksia selviytyä päivittäisestä työstään. American Academy of Nursing (AAN) päätti vuonna 1981 asettaa työryhmän, jonka tehtävänä oli selvittää tätä epäsuhtaa. Työryhmä päätyi kehottamaan AAN:ia käynnistämään asiaan liittyvän tutkimuksen, jossa ensin etsittäisiin vetovoimaisia terveydenhuollon organisaatioita ja sen jälkeen tarkasteltaisiin niitä piirteitä, jotka em. organisaatioissa vetivät sairaanhoitajia puoleensa ja edesauttoivat korkeatasoisen hoitotyön toteutumista. Tuloksia haluttiin lisäksi käyttää hyväksi muiden sairaaloiden toiminnan kehittämisessä. Mukaan valikoitui yhteensä 41 sairaalaa eri puolilla USA:ta. (Aiken 1981 ref. McClure ym. 2006; McClure ym. 2006.)

McClure ym. (2006) toteuttama ensimmäinen magneettiorganisaatioita koskeva tutkimus valmistui vuonna 1983. Tutkimuksessa etsittiin saadun toimeksiannon pohjalta yhtäältä vastauksia siihen, mitkä ovat ne tärkeät piirteet sairaalaorganisaatioissa, jotka sekä vetävät puoleensa koulutettuja sairaanhoitajia että saavat heidät jäämään organisaation palvelukseen. Toisaalta selvitettiin sitä, mitkä tekijät tai tekijöiden yhdistelmät muodostavat hoitotyön käytännöstä organisaatioissa sen kaltaisen, että sairaanhoitajien ammatilliset ja henkilökohtaiset tarpeet tulevat kohdatuiksi ja he voivat työssään hyvin. Aineisto kerättiin AAN:n asiantuntijaryhmän toimesta sairaanhoitajien ja ylihoitajien ryhmähaastatteluilla ja sen avulla määritettiin ensimmäiset 14 vetovoimaisuuden ominaisuutta. Tutkijat jakoivat nämä ominaisuudet kolmeen laajempaan luokkaan: Hallinto (administration),

ammattillinen käytäntö (professional practice) ja ammatillinen kehitys (professional development).<sup>1</sup> Hallintoon liittyviä tekijöitä olivat mm. osallistava johtamistyyli, hoitotyön johtamisen korkea laatu, matala organisaatorakenne sekä toimivat henkilöstöpolitiikka ja –ohjelmat. Ammatillisen käytännön luokkaan lukeutuivat mm. hoidon korkea laatu, professionaaliset hoitotyön mallit, hoitajien autonomia sekä positiivinen hoitotyön imago. Ammatillisen kehityksen luokka piti puolestaan sisällään mm. hyvän perehdytyksen, jatkuvan kouluttautumisen tukemisen (sekä täydennyskoulutuksen tarjoaminen että lisätutkintojen suorittamisen mahdollistaminen), tutkimustoimintaan kannustamisen ja mahdollisuuden urakehitykseen.

Magneettiominaisuuksien määrittämisen lisäksi tutkijat pohtivat niiden taustalla olevia tekijöitä: arvojärjestelmää, organisatorisia rooleja sekä vallan käyttöä. Vaikka sairaanhoitajia puoleensa vetävien sairaaloiden toiminta oli keskenään osin varsin erilaista, oli niissä kaikissa samankaltainen arvojärjestelmä: johtajien kunnioittava asenne henkilöstöä kohtaan, ihmissuhteiden avoimuus ja rehellisyys sekä pyrkimys organisaation ja yksilöllisten arvojen samankaltaisuuteen. Johtajat määrittyivät henkilöstön ja potilaiden puolestapuhujiksi tärkeimpänä tavoitteenaan hoidon korkea laatu. Muita organisatoristen roolien kannalta keskeisiä asioita olivat mahdollisuus autonomiseen työskentelyyn oman alan asiantuntijana sekä haasteista selviytymiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön tähtäävä toimintamalli. Valta eri ammattialojen kesken oli magneettisairaaloissa tasapainoisempaa kuin muualla ja hoitotyön asiantuntijuus ja johtajuus olivat paremmin edustettuina päätöksenteon kaikilla tasoilla kuin muissa sairaaloissa. Tutkimuksen mukaan hyvin erilaisillakin strategioilla toimivissa magneettisairaaloissa samankaltainen matala hallintorakenne ja johtamisen korkea laatu toimivat erottavina tekijöinä muihin sairaaloihin verrattaessa. (McClure ym. 2006.)

## 2.2. Piirteistä määrittelyyn: magneettitunnustusjärjestelmän kehittyminen

Ensimmäisen magneettitutkimuksen valmistumisen jälkeen vuonna 1983 AAN:n hoitotyön asiantuntijaryhmän jäsenet ehdottivat USA:n sairaanhoitajaliitolle (American Nurses Association, ANA), että se loisi järjestelmän, jonka kautta terveydenhuollon organisaatiot voisivat hakea itselleen valtakunnallista tunnustusta erinomaisina organisaatioina. ANA loikin vuonna 1990 Magneettisairaala-tunnustusohjelman, jota koordinoi yhdistyksen laadun kehittämisen ja tunnustamisen erityisyksikkö (American Nurses Credentialing Center, ANCC). (Urden ja Monarch 2002.)

Ensimmäinen sairaala sai magneettistatuksen USA:ssa vuonna 1994 ja sen jälkeen tätä korkeinta mahdollista hoitotyön palvelujen tunnustusta on hakenut ja se on myönnetty lukuisille sairaaloille<sup>2</sup>. Magneettimallia on vuosien aikana kehitetty vastaamaan koko ajan muuttuviin terveydenhuollon vaatimuksiin ja toimintaan. Kehittämistyö on pohjautunut laajamittaiseen tutkimustietoon. (Urden ja Monarch 2002.)

Ensimmäistä ”Magnet Recognition Program”ia muokattiin vuonna 1998 siten, että mukaan voitiin ottaa myös pitkäaikaishoidon yksiköitä. Vuonna 2000 mahdollistettiin myös muiden kuin USA:ssa sijaitsevien terveydenhuollon organisaatioiden mukaan tulo. Vuonna 2004 magneettikomissio julkaisi ensimmäisen kattavan arvion mallin käytöstä 1990-luvulta alkaen ja vuonna 2005 se hyväksyi 26 suositusta mallin muuttamiseksi. Tällä hetkellä magneettisairaaloita on Yhdysvalloissa, Britanniassa ja Australiassa. (Hallila 2008; Wolf ym. 2008.)

<sup>1</sup> Magneettisairaala-ajattelun pohjalla ovat tutkimuksellisesti ja käsitteellisesti USA:ssa 1980-luvulla tehdyt

<sup>2</sup> Viimeisen 12 vuoden aikana statuksia on myönnetty 293 yhteensä 45 eri osavaltiossa. Hakuprosessissa oli vuonna 2008 lisäksi suunnilleen sama määrä sairaaloita. (Partanen ym. 2008; Räsänen 2009.)



Viimeisimmässä, vuonna 2007 tehdyssä muutoksessa päädyttiin 14 aiemman ominaisuuden tai teesin sijasta uuteen viisikohtaiseen malliin. Aikaisempia teesejä ei ole hylätty, vaan ne on sisällytetty mukaan uuteen malliin, joka entistä yksinkertaisempaan korostaa tulosten mittausta ja sujuvaa dokumentointia. Lisäksi siinä on otettu huomioon terveydenhuollon ja hoitotyön globaalit kysymykset ja haasteet.

Uuden mallin osatekijät ovat:

<b>1. Muutosjohtajuus (Transformational Leadership)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoitotyön johtajilla on selkeä visio ja strategia, joka viestitään henkilöstölle organisaation kaikilla tasoilla.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Johtajat ovat henkilökunnan ja potilaiden puolestapuhujia.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tulevaisuuden haasteisiin vastaaminen vaatii ajantasaista käytännön ja kliinistä tietämystä sekä visiota ja vaikutusvaltaa.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ylimmästä johtajuudesta alkaa jalkautuva johtajuus, jonka avulla kuullaan henkilöstön viestejä.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Koko organisaatiossa on avoin horisontaalinen ja vertikaalinen kommunikointi.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoidon laadukas lopputulos on ratkaiseva. Tulokset viestitetään ymmärrettävästi eri tahoille.</li></ul>
<b>2. Rakenteellinen valtaistaminen (Structural Empowerment)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hyvä johtaminen luo hyvät edellytykset hoitotyön laadukkaalle toteutumiselle.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoitotyön korkein johtaja on mukana organisaation korkeimmassa päätöksenteossa ja strategian muodostamisessa sekä vastaa oman alueensa budjetista. Hän toimii hoitohenkilöstön viestinviejänä.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Innovatiivinen työympäristö syntyy vaikutusvaltaisen johtajuuden kehittämien toimivien rakenteiden ja prosessien avulla.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vahva ammatillinen käytäntö, missio, visio ja arvot ovat keskeisiä organisaatiossa.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sairaanhoidajien saavutuksista myönnetään palkintoja, bonuksia ja todistuksia. Vuosittain vietetään ns. hoitajien viikkoa.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Henkilökunnan kehittämiseen, ohjaamiseen ja valtaistamiseen panostetaan parhaiden tulosten saavuttamiseksi.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ammatillista sekä henkilökohtaista kasvua ja kehitystä tuetaan organisaation toimesta.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• On olemassa kliinisen urakehityksen koulutusohjelmia (omat ammattinimikkeet) ja kliinisiä tohtorin tutkintoja → ”lisäkoulutus ei vie pois potilaan sängyn ääreltä”.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• On olemassa läpinäkyvä urapolku ja taloudellista palkitsemista uralla etenemisestä.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Urakehitystä tuetaan mm. opinnoille myönnettävällä taloudellisella tuella.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sairaalassa on matala organisaatorakenne ja päätökset tehdään lähellä.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoitotyöllä on vahva asema ja sairaanhoidajien edustus toteutuu erilaisissa komiteoissa (ns. bottom up -periaate).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoitotyötä arvostetaan kaikkien ammattiryhmien taholta ja sillä on vaikutusta koko järjestelmän prosesseihin.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoitotyö suuntautuu kohti yhteiskuntaa terveyskäyttäytymisen ja hoidon laadun parantamiseksi.</li></ul>
<b>3. Esimerkillinen ammatillinen käytäntö (Exemplary Professional Practice)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uusinta tietoa ja taitoa sovelletaan käytäntöön.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tärkeintä on se, mitä hoitotyöllä voidaan saavuttaa, ei pelkästään hoitotyön vahva asema.</li></ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• Organisaatio on opiskelijaystävällinen.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Perehdytykseen panostetaan runsaasti. Perehdytysohjelmat ovat kattavia.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sairaanhoidajien autonominen työskentely toteutuu standardien mukaisesti.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kaikilla osastoilla on koulutuksesta vastaava sairaanhoitaja, joka ei toimi varsinaisessa hoitotyössä. Hän vastaa henkilökunnan opetuksesta ja uusien käytäntöjen juurruttamisesta.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Asiantuntijasairaanhoidajien osaamista hyödynnetään tehokkaasti.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Potilasopetusohjelmat ovat käytössä.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Yhteistyösuhteita eri ammattialojen välillä arvostetaan ja toisten työtä kunnioitetaan oleellisena osana laadukasta hoitoa.</li></ul>
<b>4. Uusi tieto, innovaatiot ja parannukset (New Knowledge, Innovations, and Improvements)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Magneettisairaala kantaa eettistä ja ammatillista vastuuta siitä, että se tuo potilaan hoitoon ja koko organisaatioon uutta tietoa, innovatiivisuutta ja parannuksia.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Laadun seuranta- ja parantamisjärjestelmät ovat toimivia.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Osastoilla tehdään selvityksiä, tutkimuksia ja kehitystyötä. Hoitotyön tutkimusjohtaja avustaa henkilöstöä niiden teossa.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tutkimusraportteja käsitellään kuukausittaisissa kokouksissa. Näin saadaan suoraa palautetta ja kiitosta tehdystä työstä.</li></ul>
<b>5. Empiiriset laatutulokset (Empirical Quality Outcomes)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sairaanhoidajilla on vahva näkemys tarjoamansa hoidon korkeatasoisuudesta.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Potilaat ovat kaiken toiminnan keskipiste.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Potilastyytyväisyyteen panostetaan ja sitä seurataan toistuvasti.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Arvioinnissa korostuu hoitokäytäntöjen vaikutus hoidon laatuun.</li></ul>

(ANCC 2008, käänös Sairaanhoidajaliitto 2008a)

Uuden mallin pohjalta on rakennettu myös uusi visio magneettiorganisaatioiden merkityksestä terveydenhuollon tulevaisuuden haasteille:

*”ANCC:n magneettistatuksen saaneet organisaatiot ovat maailmanlaajuisia hoitotyön tiedon ja asiantuntemuksen lähteitä. Organisaatioiden perustana ovat vetovoimaisuuden periaatteet. Organisaatiot ovat joustavia, pyrkivät jatkuvasti kehittämään uutta ja luomaan uusia innovaatioita. Ne johtavat terveydenhuollon uudistusta, hoitotyön ammattialaa sekä potilaan, perheen ja yhteisön hoitoa.” (ANCC 2008, käänös Sairaanhoidajaliitto 2008a.)*

Magneettimallin jatkuvan kehittämistyön haasteiksi on määritelty valmius vastata aina kulloinkin ajankohtaisiin terveydenhuollon kysymyksiin. Tulevaisuuteen suuntaaminen ja innovatiivisuuden kehittyminen ovat erityisen tärkeitä nykytilanteessa, jossa terveydenhuolto kokee suuria muutoksia. Aiemmin lähinnä rakenteisiin ja prosesseihin keskittyneessä magneettimallissa nähdäänkin jatkossa tärkeäksi kiinnittää enemmän huomiota organisaatioissa saatuihin tuloksiin. Vasta tulokset kertovat todellisen menestyksen. (Wolf ym. 2008.)

### 2.3. ”Feel the pull” eli magneettistatuksen hakeminen



Magneettistatusta hakeakseen organisaation täytyy täyttää tietyt vaatimukset. Muutosjohtajuutta ja rakenteellista valtaistamista painotetaan erityisesti ensimmäistä kertaa statusta hakevien organisaatioiden kohdalla. Organisaatiossa täytyy olla vahva hoitotyön asema: hoitotyötä johtaa johtava ylihoitaja, joka on mukana sekä tekemässä korkeimpia organisaatiotason päätöksiä että luomassa sairaalan strategiaa. Ylimmän hoitotyön johtajan koulutustaustan tulee olla vähintään maisteritasoa ja hänellä tulee olla ammattikorkeakoulutasoinen hoitotyön koulutus. Magneettistatusta hakevan sairaalan tulee noudattaa ANA:n määrittämiä hallinnon standardeja eikä sen toiminnassa saa olla viimeisten kolmen vuoden aikana tapahtunutta henkilökuntaan kohdistuvaa epäoikeudenmukaista kohtelua tai muita juridisia rikkomuksia. Organisaatiossa täytyy myös olla toimiva käytäntö kerätä tietoa omasta toiminnastaan esim. työtyytyväisyys- ja potilastyytyväisyysmittarien avulla sekä painehaavojen, kaatumisten ja verenmyrkytysten määriä seuraten. Tietoa kerätään lisäksi sekä näyttöön perustuvasta hoitotyöstä että hoitotyön tutkimuksesta. (ANCC 2008.)

Arviointia varten on luotu ohjelmakäsikirjat sekä statuksen hakijoille että arvioijille. Ohjelmakäsikirjan lisäksi organisaatioiden arvioinnissa käytetään apuna muita dokumentteja sekä paikan päälle tulevan arviointiryhmän tekemää arviointia. Magneettistatuksen hakeminen on prosessi, joka jo sinällään, vaikkei johtaisikaan toivottuun lopputulokseen, on antoisa ja vie organisaation kehitystä eteenpäin. Kyseessä on oman toiminnan tarkasteluun ja kehittämiseen keskittyvä matka ("Magnet Journey"), jonka organisaatio tekee yhtäältä nauttien matkasta ja toisaalta tavoitellen perille pääsyä. (Urden ja Monarch 2006.)

Magneettistatusta haetaan uudestaan aina neljän vuoden välein. Uusintahaku velvoittaa organisaation olemaan tunnustuksen arvoinen. Statuksensa uudistavan organisaation kohdalla kiinnitetään huomiota erityisesti siihen, miten esimerkillinen ammatillinen käytäntö sekä uuden tiedon käyttö, innovaatiot ja parannukset toteutuvat sekä siihen, millaisia organisaatiosta saatavat empiiriset tulokset ovat. (Sairaanhoidajaliitto 2008; Wolf ym. 2008.)

## 2.4. Magneettimallia kohtaan osoitettu kritiikki

Kuten kaikkia ilmiöitä, myös magneettisairaalakonseptia on kritisoitu. Hallilan (2008) mukaan USA:n sairaanhoidajien edunvalvontajärjestö (Center for Nursing Advocacy, CFNA) toteaa verkkosivuillaan saaneensa tietoa, että magneettistatuksen sertifiointi ei kaikissa sairaaloissa ole tuonut mukanaan luvattuja parannuksia. Parannuksiin ei ollutkaan sitouduttu johdon taholta, vaan sertifiointia oli käytetty lähinnä positiivisen markkina-arvon luomisessa ja ylläpitämisessä. CFNA on saamansa negatiivisen palautteen pohjalta ehdottanut mm. seuraavien asioiden kehittämistä magneettimallissa: hoitotyön aseman ja sen johtamisen aseman vahvistamista, sairaalan toimintaperiaatteiden parantamista suojelemaan ja tukemaan paremmin sairaanhoitajia, työntekijöiden etuisuuksien parantamista, median suurempaa valjastamista mukaan raportoimaan statuksen myöntämisestä ja seuraamaan sen onnistumista, magneettiohjelman laajentamista koskemaan kaikkia USA:n sairaaloita, magneettistatuksen myöntämisprosessin vahvistamista sekä henkilöstömitoituksen tarkistamista. Lisäksi on ehdotettu ammattialojen välisen yhteistyön parantamista entisestään, magneettisairaaloiden kehittämistä entistä enemmän kohti hoitotyön instituutioita sekä magneettisairaaloiden olemassa olon perustamista erityisesti inhimillisen hoidon tarjoamiseen. (Hallila 2008.)

## 3. TUTKIMUSTIETOA MAGNEETTIORGANISAATIOISTA

### 3.1. Aluksi

Vetovoimaisen sairaalan ominaisuudet ja niiden yhteys henkilöstön pysyvyyteen ja hyvinvointiin, palvelun korkeaan laatuun sekä hyviin hoitotuloksiin on vuonna 1983 ilmestyneen pilottitutkimuksen (McClure ym. 2006) jälkeen näytetty todeksi lukuisissa tutkimuksissa. Magneettitutkimusten mukaan työhyvinvointi ja hyvä työilmapiiri ovat yhtäältä vetovoimaisten sairaaloiden tunnusmerkkejä (esim. Buchan ym. 2004; Upenieks 2002) ja toisaalta myös yhteydessä korkealaatuiseen ja tulokselliseen potilashoittoon (esim. Aiken 2006). Lisäksi mielekäs työ, jossa henkilöstöryhmät tekevät työtä optimaalisessa henkilöstömitoituksessa ja järkevään työnjakoon perustuen, vaikuttaa työtyytyväisyyteen ja sitä kautta parempiin hoitotuloksiin. (esim. Aiken 2006; Meretoja ja Koponen 2008; Voutilainen 2008.)

Magneettitutkimuksia on tehty useista eri lähtökohdista. Osassa tutkimuksista on tarkasteltu vetovoimaisuuden kaikkia ominaisuuksia ja niiden vaikutuksia eri organisaatioissa (Aiken 2006; Kramer ja Schmalenberg 2006; Lash & Munroe 2005; Schmalenberg ja Kramer 2008; Upenieks 2005) ja osassa taas on otettu tarkastelun kohteeksi jokin tietty magneettiominaisuus ja sen ilmeneminen. Tutkimuksia on tehty mm. koulutuksen merkityksestä (DeSilets & Pinkerton 2005), tutkimustiedon käytöstä (Karkos & Peters 2006), johtajuudesta (Upenieks 2003), sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöstä (Schmalenberg ym. 2005), näyttöön perustuvasta hoitotyöstä (Reigle ym. 2008), työpaikalla tapahtuvasta voimaantumisesta (Lashing ym. 2003) sekä sairaanhoitajien näkemyksistä työympäristöstään ja sairaanhoitajan urasta (Ulrich ym. 2007). Lisäksi lukuisissa tutkimusartikkeleissa on kuvattu magneettitatuksen hakuprosessia tai uusintahakuprosessia ja sen vaikutuksia sairaalan toimintaan (esim. Broom & Tilburry 2007; Burke 2005; Ellis & Gates 2005; Poduska 2005; Steinbinder 2005; Upenieks & Sitterding 2008.)

Useat magneettitutkimukset on toteutettu tavoitellen monimuotoista, kattavaa ja laajaa aineistoa, joka pystyisi mahdollisimman hyvin heijastamaan potilashoidon samoin monimuotoista maailmaa. Hallinnollinen rekisteriaineisto, perinteinen survey -aineisto sekä satunnaistetut otokset ovat kaikki olleet käytössä. Hoitotyöherkät (nursing-sensitive) mittarit ovat olleet erityisen tärkeitä tämänkaltaisessa ns. tulostutkimuksessa, samoin kuin rakenne- ja prosessitekijöiden tarkastelu ja erottaminen toisistaan mahdollisuuksien mukaan. Lisäksi jo tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa 1980-luvun puolivälissä kehitettiin Nursing Work Index-mittari, jota on myöhemmin muokattu. Mittari on ollut runsaasti käytössä muutenkin kuin magneettitutkimuksissa. (Kramer & Hafner 1989 ref. Partanen ym. 2008; Partanen ym. 2008.)

Magneettisairaaloiden organisatoriset ja työhyvinvointia indikoivat piirteet ovat hyvin lähellä tutkimustiedolla todennettuja toimivien ja työhyvinvoinnin kannalta erinomaisten organisaatioiden piirteitä. Tämä liittyy magneettitutkimuksen osaksi yleistä organisaatioiden toimivuutta ja työhyvinvointia koskevaa tutkimuskenttää. (Peters & Austin 1985 ref. Meretoja ym. 2008; Meretoja ym. 2008; Vuorinen 2008.)<sup>3</sup>

### 3.2. Kansainvälisiä tutkimuslinjoja

---

<sup>3</sup> Tässä kirjallisuuskatsauksessa esitellään vain osa magneettitutkimuksista yleiskuvan antamiseksi. Saadakseen yksityiskohtaisempaa tietoa magneettitutkimuksen eri osa-alueista lukijan on syytä perehtyä joko review- tai yksittäisiä teemoja käsitteleviin artikkeleihin. Linda Aiken tutkijakollegoineen on julkaissut kaksi review-artikkelia 1990-luvun loppuun mennessä tehdyistä magneettitutkimuksista (Havens & Aiken 1999; Scott, Sochalski & Aiken 1999.) Partanen ym. (2008) esittävät artikkelissaan kattavan katsauksen 2000-luvun magneettitutkimukseen.



Magneettisairaalatutkimusta on alkuperäisen tutkimusryhmän lisäksi erityisesti vienyt eteenpäin kaksi suurta tutkimusohjelmaa, Marlene Kramerin ja Claudia Schmalenbergin sekä Linda Aikenin tutkimusryhmä. Marlene Kramer ja Claudia Schmalenberg ovat tutkimuksissaan keskittyneet magneettipiirteiden kehittymisen tarkasteluun. Vuosien 1985 – 2001 välisenä aikana toteutetuissa kuudessa survey-tutkimuksessa he tarkensivat edelleen magneettipiirteitä haastattelemalla sekä hoitotyön johtajia että sairaanhoitajia. Tutkimuksiin valittiin mukaan yhteensä 16 magneettisairaala alkuperäisten 41 joukosta. Tutkimusmenetelminä käytettiin sekä kyselyitä että haastatteluita. Haastatelluista hoitotyön johtajista, kliinistä hoitotyötä tekevästä sairaanhoitajista ja kliinisistä asiantuntijasairaanhoitajista yli kaksi kolmasosaa nimesi samat mm. johtajuuteen, sairaanhoitajien työhön, henkilöstön kohteluun ja moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät piirteet sairaalan vetovoimaisuuden kannalta merkittävimiksi. Näin tunnistettiin kahdeksan erityisen oleellista magneettisairaalan piirrettä (essentials of magnetism). (Kramer ja Schmalenberg 2006; Partanen ym. 2008; Schmalenberg ja Kramer 2008; Upenieks 2005.)

Linda Aiken on tutkijakollegoineen julkaissut vuosien ajan lukuisia tutkimuksia sairaanhoitajien työoloista yleensä sekä magneettiorganisaatioista (ks. Aiken 2006). Viime vuosina tutkimusryhmä on tuottanut runsaasti tietoa mm. magneettisairaaloiden piirteistä sekä potilastyytyväisyyteen ja -kuolleisuuteen liittyvistä myönteisistä tuloksista. Tutkimusten mukaan vetovoimaisten sairaaloiden hoitotulokset ovat erinomaisia. Eroja muihin sairaaloihin verrattuina on nähtävissä mm. vähäisessä sairaalakuolleisuudessa, onnistuneissa hoitotavoitteissa, hoidon tuloksellisuudessa sekä potilaiden kokemuksissa saamastaan hoidosta, hoitoprosessista ja organisaation rakennetekijöistä. Vuonna 1994 julkaistu tutkimus on erityisen merkittävä verratessaan kuolleisuutta magneetti- (39 kpl) ja verrokkisairaaloissa (195 kpl). Vakioinnin jälkeen voitiin todeta, että magneettisairaaloissa oli 4,6 % pienempi kuolleisuus kuin verrokkisairaaloissa. Toisessa vuonna 1999 valmistuneessa tutkimuksessa tarkasteltiin vastaavalla asetelmalla AIDS-potilaiden kuolleisuutta. Tutkimuksessa todettiin, että magneettisairaaloissa kuolleisuus oli alhaisempaa siitä huolimatta oliko potilaita hoidettu AIDS:in hoitoon erikoistuneissa yksiköissä vai ei. (Aiken 1994 ref. Partanen ym. 2008; Aiken ym. 1999 ref. Partanen ym. 2008; Aiken 2006.)

### 3.3. Magneettitutkimusten ja vetovoimaisuuden koottua tarkastelua

Magneettisairaaloista tehtyjä tutkimuksia on myös vedetty yhteen eri tavoin. Partanen ym. (2008) ovat tarkastelleet tutkimustuloksia erikseen henkilöstön, potilaan ja organisaation näkökulmista.

Henkilöstönäkökulmasta tarkasteltuna magneettisairaaloille on ominaista sekä sairaanhoitajien korostunut osuus henkilöstöstä että heidän itsensä ilmaisema tyytyväisyys henkilöstön riittävyteen. Henkilöstön hyvinvointi on yhteydessä myös työmäärään. Tuloksellista työkykyä turvaavat yhtäältä hyvin suunniteltu ja merkityksellinen työ ja toisaalta työhön saatu tuki ja siinä kehittyminen. Magneettisairaaloissa koetaan muita organisaatioita paremmiksi mm. johtajalta saatu tuki ja työmäärän kohtuullisuus. Muihin sairaaloihin verrattuna henkilöstö aikoo myös useammin pysyä nykyisessä työpaikassaan. Magneettisairaaloissa osaaminen kehittyy ja vaaratapahtumat vähenevät erityisesti sen vuoksi, että positiivisessa toimintaympäristössä tutkimustieto omaksutaan helpommin osaksi hoitotyötä. Henkilöstönäkökulmasta tarkasteltuna vetovoimainen sairaala tarjoaa henkilöstölleen mielekkäitä ja haasteellisia tehtäviä. Erityisen keskeistä tässä on se, minkälaisena henkilöstö kokee organisaatiokulttuurin. Hyvinvoivassa työympäristössä on nähtävissä tehokasta vuorovaikutusta, toimivia yhteistyösuhteita sekä hyviä päätöksentekomahdollisuuksia. Työkulttuuri on kannustava ja tukeva ja henkilöstöä tuetaan urakehityksen sekä työn ja muun elämän yhteensovittamisessa. Kehittämistyö suunnataan inhimilliseen osaamiseen, motivaatioon, sitoutumiseen ja tiimien yhteistoimintaan. (Partanen ym. 2008.)

Potilasnäkökulmasta tarkasteltuna magneettisairaalaympäristön on todettu edistävän hoitotuloksia. Vahva hoitohenkilöstön autonomisuus ja johdon antama tuki johtivat vähäisempiin vaaratilanteisiin. Sairaanhoidajapainotteinen henkilöstörakenne lyhensi hoitajaksoja sekä vähensi kuolleisuutta ja haitallisten tapahtumien määrää. Näitä positiivisia tuloksia voitiin todeta hoitotyöherkkien indikaattorien, kuten esim. kaatumisten ja putoamisten määrän, painehaavaumien, lääkähoidossa tapahtuneiden virheiden sekä potilastyytyväisyyden tarkastelun avulla. (Partanen ym. 2008.)

Eri organisaatioita keskenään vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että rakenteisiin, prosesseihin ja toimintakulttuuriin kohdistuva strateginen kehittäminen tukee työyhteisö- ja yksilötasoisia kehittämiskohteita sekä edesauttaa henkilöstön pysyvyyttä. Työntekijät sitoutuvat paremmin organisaation tavoitteisiin ja ovat valmiita työskentelemään tavoitteellisemmin kokiessaan tullessa kuulluiksi ja arvostetuiksi koko organisaation, mutta ennen kaikkea esimiesten taholta. Henkilöstön vaihtuvuus puolestaan aiheuttaa organisaatiolle kustannuksia. Magneettisairaaloissa sairaanhoidajapainotteinen henkilöstörakenne myös lisää palkkakustannuksia. Säästöä syntyy kuitenkin lyhentyneiden hoitajaksojen sekä haittatapahtumien ja kuolemien vähentymisen vuoksi. Toimintaympäristön jatkuvuuden ja erikoistumisen on todettu olevan yhteydessä hoitajaksojen lyhentymiseen. Työajan käyttö välittömään potilashoittoon johti myös parempaan hoitoon. Välittömään potilashoittoon käytettävän ajan kasvu mahdollistuu, jos organisaatiossa osataan hyödyntää hoitajien kokemusta ja jos tarjolla on riittävä määrä hyvin saatavilla olevia tukipalveluja. (Partanen ym. 2008.)

Meretoja ja Koponen (2008) puolestaan pohtivat vetovoimaisuuden uudistumista ja kyvykkyyttä sekä niihin keskeisesti liittyviä tekijöitä: inhimillistä, sosiaalista ja rakenteellista pääomaa, joita kaikkia pidetään vetovoimaisten organisaatioiden sisällä tärkeinä. Strategiset tavoitteet luovat pohjan organisaation voimavarojen johtamiselle. Lisäksi tarvitaan yhteistoimintaa ja toimivia prosesseja. Inhimillinen pääoma muodostuu henkilöstön osaamisesta, motivaatiosta ja sitoutumisesta. Arvioitaessa inhimillistä pääomaa tulee miettiä sitä, onko organisaatiossa oikeanlaisia osajia ja miten heidän osaamistaan voidaan jatkossakin kehittää. Keskeistä on myös henkilöstön pysyvyys. Hoitohenkilöstön työssä pysymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. mahdollisuus itsenäiseen työskentelyyn ja päätöksentekoon osallistumiseen sekä oman työn hallinnan kokemus. Systemaattinen oman ammattitaidon ja osaamisen kehittäminen sitouttaa henkilöstöä vetovoimaisissa sairaaloissa. Myös ammattialan ulkoisella arvostuksella on merkitystä. (Meretoja ja Koponen 2008.)

Sosiaalinen pääoma muodostuu organisaation sisälle tärkeiden ryhmien välisistä suhteista sekä tiimien toimintatavoista ja työntekijöiden keskinäisestä luottamuksesta. Erityisesti yhteistyösuhde lääkäreiden ja hoitohenkilöstön välillä on todettu vetovoimaisissa sairaaloissa merkitykselliseksi. Rakenteellinen pääoma liittyy organisaatiotason prosesseihin ja järjestelmiin. Selkeillä rakenteilla ja tutkittuun tietoon perustuvilla toimintamalleilla saadaan työntekijöiden osaaminen optimaaliseen käyttöön. Osaaminen kohdentuu oikein ja työvoiman joustava käyttö mahdollistuu. (Meretoja ja Koponen 2008.)

### 3.4. Vetovoimaisuuteen liittyvä tutkimus Suomessa

Vetovoimaisuuden käsite on saanut viime aikoina paljon huomiota suomalaisen terveydenhuollon parissa sekä myös alan tieteellisissä ja ammatillisissa julkaisuissa. Aiheesta kirjoitettujen aiempia tutkimuksia kokoavien kirjallisuuskatsausten (katso edellä Meretoja & Koponen 2008; Partanen ym. 2008) lisäksi on tutkittu joitain vetovoimaisuuden yksittäisiä piirteitä, kuten eettistä turvallisuutta, oman työn kehittämistä, osastonhoitajan roolia vetovoimaisuuden lisäämisessä sekä työssä koettua

valtaistumista. On myös tarkasteltu sitä, miten vetovoimaisuutta voitaisiin mitata suomalaisessa terveydenhuollossa sekä julkaistu kokemuksia USA:n joko magneettisairaaloihin tai alan tieteellisiin kongresseihin tehdyiltä tutustumismatkoilta.

Eettiseen turvallisuuteen vaikuttavat arvot ovat keskeinen osa vetovoimaisten sairaaloiden toiminta-ajatusta. Leino-Kilpi ja Peltomaa (2008) ovat tutkineet sairaanhoitajien eettisen turvallisuuden perusolottuvuuksia: omien arvojen mukaisia toimintamahdollisuuksia ja oman itsen kunnioitetuksi kokemista. Heidän mukaansa organisaation johtajien velvollisuus on tuottaa eettistä turvallisuutta lisääviä ja vahvistavia rakenteita sekä tarjota foorumeita eettisten kysymysten käsittelyyn organisaation sisällä. Toteutuakseen eettinen turvallisuus edellyttää myös sivistynyttä työyhteisöä, jossa erilaisuus hyväksytään ja asiat osataan suhteuttaa kokonaisuuteen. Ammatilainen toimii riittäväillä tiedollisilla valmiuksilla, huomaavaisesti ja toisten osaamista kunnioittaen. Jokaisen työtä pidetään arvokkaana ja yhteistyön avulla työyhteisöstä tulee vahva, houkutteleva ja henkilöstölleen työtyytyväisyyttä tuottava yksikkö. Eettinen turvallisuus luo työhyvinvointia, joka puolestaan vaikuttaa vetovoimaisen työpaikan syntymiseen.

Liisa Kuokkanen (2003) on väitöskirjassaan tutkinut yhtäältä terveydenhuollon organisaation ja toisaalta yksittäisen hoitajan tasolla niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön työssä kehittymiseen ja oman työn kehittämiseen sekä valtaistumiseen. Valtaistunut hoitaja on sisäistänyt oman alansa moraaliset periaatteet ja arvot ja on tulevaisuusorientoitunut, innovatiivinen ja luova. Hänellä on myös hyvät sosiaaliset taidot ja hän pystyy luomaan ympärilleen positiivista ja arvostusta herättävää ilmapiiriä. Oma asiantuntijuus on vahvaa ja mahdollistaa myös haasteellisten tilanteiden ja moniammatillisen työympäristön hallinnan. Tutkimuksessa todettiin, että valtaistumista esti autoritääriinen johtamistapa ja sen usein aiheuttama kehittymisen pysähtyminen joko yksilö- tai työyhteisötasolla. (Kuokkanen 2003.) Valtaistumiseen tarvittavat ja kasvattavat ominaisuudet ovat vetovoimaisen sairaalan toimintaperiaatteita. Yksilön kehitystä, kasvua ja oppimista tukeva työilmapiiri ja johtaminen saavat aikaan valtaistuneita työntekijöitä ja pitävät yllä halua kehittää ja viedä omaa ammattialaa eteenpäin.

Meretoja ym. (2008) selvittivät tutkimuksessaan miten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) tuottavuuteen vaikuttavia ja työympäristön laatua kuvaavia tietoja on jo nyt saatavilla käytössä olevista tietojärjestelmistä. Tarkastelu pohjautui EOM II:n eli ”Essentials of Magnetism” –mittarin vuonna 2006 uudistetun version seitsemään kategoriaan, joiden avulla määritetään potilashoidon tuottavuuteen vaikuttavia työympäristötekijöitä. Näitä ovat kulttuuriset arvot, johdon tuki, toimintaympäristön ohjausjärjestelmä, autonominen työskentely, henkilöstön allokointi, toimivat yhteistyösuhteet sekä kliininen pätevyys. Mittari on todettu validiksi ja luotettavaksi mittaamaan sairaanhoitajien määrittämiä tuottavuuteen ja tyydyttäviin työolosuhteisiin liittyviä tekijöitä. (Meretoja ym. 2008.) EOM II:n on todettu myös pystyvän erottelemaan toisistaan vetovoimaiset sairaalat ja vertailusairaalat. (Schmalenberg ja Kramer 2008.)

Verrattaessa HUS:n käytössä olevien mittarien ja tunnuslukujen sisältöä EOM II-mittarin sisältöihin voitiin todeta, että vaikka magneettisairaaloiden ominaispiirteitä mittaavia arviointimittareita ei olekaan Suomessa otettu käyttöön, on meillä olemassa tietojärjestelmäaineistoa, jonka avulla vetovoimatekijöitä voidaan tarkastella. Tutkijoiden mukaan olisi mielekästä määritellä valtakunnallisesti yhtenäiset tunnusluvut, joiden avulla voitaisiin tiivistetysti ja nopeasti analysoida toimintaprosesseja ja käyttää tietoa päätöksenteon avuksi. (Meretoja ym. 2008.)

Vetovoimaisuuden piirteitä juurrutetaan suomalaiseen terveydenhuoltoon myös hanketoiminnan avulla. Magneettiajatteluun ja –tutkimukseen perustuvassa ”Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011” –hankkeessa (VeTe-hanke) kehitetään käytäntöjä näyttöön perustuen,



tutkimustietoa hyödyntäen, käytäntöjä tulostutkimuksella arvioiden ja tulosten perusteella kehittäen pysyviksi toiminnoiksi. Hankkeen tarkoituksena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) tavoitteiden suunnassa. Hanketta koordinoi Kuopion yliopistollinen keskussairaala ja siinä ovat mukana kaikki Suomen yliopistolliset keskussairaalat. (VeTe-hanke 2009.) Kuopion yliopistossa on myös valmistunut ja valmisteilla vetovoimaisuuteen liittyviä opinnäytetöitä (esim. Orre 2009). Nämä tutkimukset liittyvät yliopiston hoitotieteen laitoksen ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin erityisvastuualueella vuosina 2006–2010 toteutettavaan ”Vetovoimainen ja turvallinen sairaala” –hankkeeseen.

## 4. TYÖHYVINVOINTIIN LIITTYVÄT TUTKIMUKSET

### 4.1. Aluksi

Sekä kansainvälisissä että kotimaisissa tutkimuksissa on todettu, että työtyytyväisyyden, terveyden, työssä jatkamisen ja työelämässä koetun yleisen hyvinvoinnin taustalla on tiettyjä yksilön, organisaation sekä johtamiseen liittyviä tekijöitä. Työn ja terveyden välisten perinteisten riskitekijöiden, kuten fyysisen kuormituksen ja erilaisten altistusten lisäksi on löytynyt myös psykososiaalisia työhön vaikuttavia tekijöitä. Näitä ovat mm. työn henkinen kuormittavuus, yksilön kokemus työn hallinnasta ja palkitsevuudesta sekä kuulluksi tuleminen ja saatu sosiaalinen tuki työyhteisössä. Myös työyhteisön toimivuus ja oikeudenmukaiseksi koettu johtaminen ovat uudemman tutkimuksen löydöksiä. Aiemmin merkittävimmiksi ajatellut fyysiset riskitekijät ovat siis saaneet rinnalleen entistä enemmän psyykkisiin rasitteisiin ja organisaation toimintaan liittyviä tekijöitä, jotka on todettu yksilön terveyden kannalta vähintään yhtä merkittäviksi. Henkilöstön ajantasainen ammattitaito ja hyvä terveys, myönteinen työpaikan ilmapiiri sekä oikeudenmukainen esimiestyö rakentavat perustan laadukkaiden palvelujen tuottamiselle sekä myös paremmalle taloudelliselle tuottavuudelle. (Vahtera ym. 2002b, 25; 2002c, 31; Vahtera ja Kivimäki 2006; Virtanen ym. 2002, 10.) Tässä kirjallisuuskatsauksen osiossa tarkastellaan työhyvinvointiin liittyvää tutkimustietoa lähinnä Suomessa tehtyjen tutkimusten pohjalta.

### 4.2. Elintapojen ja elämäntilanteen yhteydet työikäisen väestön terveyteen ja sairauteen

Terveysriskikäyttäytymisen (päihteen, vähäinen liikunta, epäterveellinen ravinto ja ylipaino) ja työelämän psykososiaalisten tekijöiden vaikutukset sairauspoissaoloihin ovat toisistaan riippumattomia ja samaa suuruusluokkaa (Vahtera ym. 2002c, 31). Elintavoista erityisesti tupakointi ja lihavuus ovat voimakkaasti yhteydessä sairauspoissaolojen määrään. Selvä yhteys on todettu myös alkoholin suurkulutuksella ja liikunnallisella passiivisuudella. Sen sijaan kohtuullisella alkoholinkäytöllä ei näytä olevan poissaoloja lisäävää vaikutusta. Huonoksi koettu terveys, psyykinen rasittuneisuus ja sairauksien alentama työkyky ovat myös sairauspoissaolojen riskitekijöitä. (Vahtera ja Kivimäki 2006.)

Kotivastuiden kasautuminen sekä palkkatyön ja kotityön yhteensovittamisongelmat, ns. ”kaksoiskuorma”, kuluttavat erityisesti naisten terveyttä (Vahtera ja Kivimäki 2006). Työajan säätelymahdollisuus oli kuntatyöntekijöiden parissa tehdyssä tutkimuksessa naisten terveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttava resurssitekijä. Vaikutus liittyy todennäköisemmin enemmän työn ja vapaa-ajan yhteensovittamisen mahdollisuuksiin kuin itse työn piirteisiin. (Vahtera ym. 2002c, 35.) Hyvät mahdollisuudet vaikuttaa työpäivän alku- ja loppuajankohtiin, taukojen pitämiseen, yksityisasioiden hoitamiseen työpäivän kuluessa, työvuorojärjestelyihin sekä lomien ja



palkattomien virkavapaiden pitämisen ajankohtiin lisäsivät naisten hyvinvointia (Vahtera ja Kivimäki 2006).

Raskaat elämäntapahtumat ovat yleisiä. Arviolta viidennes työntekijöistä joutuu vuoden aikana kohtaamaan jonkun kielteisen elämäntapahtuman, kuten läheisen kuoleman tai vaikean sairastumisen, huomattavia taloudellisia vaikeuksia, väkivaltaa tai vaikeita ihmissuhdekrisejä. Nämä eivät voi olla vaikuttamatta myös työkykyyn. (Vahtera ja Kivimäki 2006.)

### 4.3. Työn fyysiset riskitekijät

Viimeisten vuosikymmenten kuluessa työympäristön laatu on parantunut, mutta edelleen merkittävä osa kuntien henkilöstöstä altistuu fyysikaalisille, kemiallisille ja biologisille haittatekijöille sekä ammattitaudeille ja työtapaturmille (Vahtera ja Kivimäki 2006). Akseli Aittomäki (2008) tutki väitöskirjassaan yhteiskuntaluokittaisia sairastavuus- ja toimintakyvyn eroja ja erityisesti fyysisen työkuorman vaikutusta niihin. Tutkittavat olivat keski-ikäisiä Helsingin kaupungin työntekijöitä ja aineisto kerättiin vuosina 2000 ja 2002 osana Helsinki Health Study -tutkimusta. Aittomäen havaintojen perusteella fyysisillä työoloilla on merkittävä vaikutus yhteiskuntaluokkien välisiin eroihin yleisessä sairastavuudessa, toimintakyvyn heikentymisessä, tuki- ja liikuntaelinsairastavuudessa sekä itse arvioidussa terveydentilassa. Tutkimusaineistossa naisilla lähes puolet heikentyneen toimintakyvyn ja koetun terveydentilan luokkaeroista vaikutti olevan selitettävissä fyysisellä työkuormituksella. Työn hallintamahdollisuuksien ei havaittu merkittävästi muuttavan fyysisen työkuormituksen vaikutusta toimintakykyyn. Ikääntymisen myötä fyysisen kuormittavuuden terveysvaikutus voimistui enemmän naisilla kuin miehillä. Osa fyysisen kuormituksen vaikutuksesta yhteiskuntaluokkien eroihin heikentyneessä terveydessä näytti välittyvän tuki- ja liikuntaelinsairastavuuden kautta. (Aittomäki 2008.)

### 4.4. Työn henkinen rasittavuus

Yli puolet palkansaajista pitää työtään henkisesti rasittavana ja noin kolmannes fyysisesti rasittavana. Kokemus siitä, että työn rasittavuus on kasvanut, on työolobarometrin mukaan lisääntynyt vuonna 2007 useita vuosia jatkuneen vähenemisen jälkeen. Työn henkisen rasittavuuden taso on korkeampi julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Peräti 73 % kuntien työntekijöistä pitää työtään erittäin tai melko rasittavana henkisesti, kun valtiolla vastaava prosenttiosuus on 66, yksityisellä palvelusektorilla 58 ja teollisuudessa 50. Suurin ero julkisen sektorin työpaikoissa henkisen rasittavuuden kohdalla on hyvin ja huonosti organisoitujen työpaikkojen välillä. Tällöin merkittävä tekijä on riittävä henkilöstömäärä. Toiseksi suurin ero kytkeytyy työtekijöiden ja esimiesten välisten suhteiden avoimuuteen. Julkisella sektorilla uusien asioiden oppimismahdollisuus tai varmuus työpaikan säilymisestä eivät näytä vaikuttavan positiivisesti koettuun työn henkiseen rasittavuuteen. (Työministeriö 2007, 11-13, 34.)

### 4.5. Työn hallinta

Työn hallinnalla tarkoitetaan työntekijän valtaa ja mahdollisuuksia vaikuttaa työntekoonsa liittyviin olosuhteisiin ja sisältöihin. Hallinnan mahdollisuus riippuu pitkälti siitä, miten työn tekemisen kokonaisuus on organisoitu. Keskeisimpiä ulottuvuuksia ovat työn monipuolisuus, vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ja osallistumismahdollisuudet päätöksentekoon. Työn monipuolisuus liittyy työntekijän mahdollisuuksiin käyttää erilaisia taitojaan, tietojaan ja osaamistaan työssä. Vaikutusmahdollisuudet työhön koskevat työntekijällä olevaa sananvaltaa ja itsenäisyyttä tehdä



omaa työtään koskevia päätöksiä. Sananvalta voi liittyä esimerkiksi työjärjestykseen, työtahtiin, työmenetelmiin, laitehankintoihin tai töiden jakoon ihmisten kesken. Osallistumismahdollisuudet liittyvät työntekijän mahdollisuuksiin osallistua tilanteisiin, joissa hänen työtään, työolosuhteitaan ja työympäristöään koskevia päätöksiä suunnitellaan ja valmistellaan. Vuonna 2008 60 % suomalaisista työntekijöistä koki yleisten työhön liittyvien vaikutusmahdollisuuksiensa olevan korkeintaan kohtalaiset. Viidennes ei päässyt vaikuttamaan lainkaan työhönsä. (Työministeriö 2008; Vahtera ja Kivimäki 2006.)

Huono työn hallinta lisää esimerkiksi mielenterveyden ongelmien, sydäntautien ja kuoleman riskiä. Työn hallintaan liittyvät terveysriskit näkyvät kuntasektorilla sairauspoissaolojen, tuki- ja liikuntaelinsairauksien, psyykkisen rasittuneisuuden sekä huonon itse arvioidun terveyden riskeinä. Haitallinen kuormitus ja stressi puolestaan estävät oppimista ja kehittymistä, mikä on ensiarvoisen tärkeää nykyajan jatkuvasti muutoksessa olevassa työelämässä. (Vahtera ym. 2002c, 30-31; Virtanen ym. 2002, 10-11.)

Työntekijän sijoittuminen asemaan, jossa häneltä vaaditaan paljon, mutta hän voi käyttää vain vähän omaa hallintaa, on haitallisinta hyvinvoinnin ja terveyden kannalta. Vahteran ja kumppanien (2002c) tutkimuksessa sekä korkeammin että matalammin koulutettujen ryhmässä huono terveys alkoi kasaantua niille, joilla työn suuriin vaatimuksiin yhdistyi työn hallinnan heikentyminen. Sen sijaan niiden terveys, joiden työn suuriin vaatimuksiin liittyi myös suuri hallinnan tunne, kehittyi paljon suotuisammin. Alemmassa ammattiasemassa olevilla tämä tilanne oli terveysvaikutuksiltaan jopa yhtä myönteinen kuin sellainen, missä vähäisiin työpaineisiin yhdistyi parantunut työn hallinta. (Vahtera ym. 2002c, 32.)

Tutkimusten mukaan sairauspoissaoloja voidaan merkittävästi vähentää parantamalla mitä tahansa työn hallinnan ulottuvuutta. Kunta-alan aineistossa hallintaan panostamalla voitiin pienentää yli 20 % tulevaa sairauspoissaolojen riskiä. Hallinnan parantumisella oli suurempi vaikutus sairauspoissaolojen riskiin kuin esimerkiksi työn psyykkisten vaatimusten tai työn raskauden keventymisellä. (Vahtera ym. 2002c, 29, 32.)

#### 4.6. Työn palkitsevuus

Työntekijän terveys vaarantuu erityisesti tilanteissa, joissa suuriin työn vaatimuksiin ja työn edellyttämään ponnisteluun yhdistyvät huonon työn hallinnan lisäksi työn vähäinen palkitsevuus. Työn palkitsevuus on ymmärrettävä laajasti. Palkka on luonnollisesti tärkeä mutta yksinään riittämätön palkkio ponnisteluista työssä. Työntekijälle ovat tärkeitä myös mahdollisuus tehdä merkittäväksi koettua työtä, arvostus ja palaute työstä sekä tunne siitä, että voi tehdä työnsä hyvin ja auttaa ihmisiä. Etenemismahdollisuudet, urakehitys, ammattitaidon syventyminen ja työsuhteen turvallisuus voidaan niin ikään kokea tärkeiksi palkkioiksi ponnisteluista. (Vahtera ja Kivimäki 2006.)

#### 4.7. Työtyytyväisyys

Heikko työtyytyväisyys heijastuu siihen, miten työntekijä suhtautuu työhönsä. Asiaa voidaan mitata mm. seuraavasti: kartoittamalla työstä luopumisen halukkuutta sellaisessa tilanteessa, jossa yksilön toimeentulo olisi muuten turvattu, kysymällä kuinka tärkeänä yksilö pitää työntöön jatkamista niin pitkään kuin mahdollista, mikä on työntekijän eläkkeelle jäämishalukkuus, mikäli hänen olisi mahdollista valita työssä jatkamisen tai eläkkeelle siirtymisen välillä sekä kysymällä onko hän harkinnut eläkkeelle jäämistä. Vuosina 1997 – 2000 toteutetussa tutkimuksessa työstä luopumiseen viittaavat vastaukset olivat kuntien vakinaisten työntekijöiden keskuudessa korkeita erityisesti



vanhemmissa ikäryhmissä, mutta huolestuttavan korkeita myös nuoremmilla. Esimerkiksi lähes 25 % tuolloin ikäryhmään 18–45 –vuotiaat kuuluvista työntekijöistä olisi luopunut kokonaan työnteosta, jos se olisi ollut mahdollista. Myös oman työn houkuttelevuus oli em. ajanjaksona kuntatyöntekijöiden parissa alentunut selvästi tilanteessa, jossa olisi ollut tarjolla muita mahdollisuuksia kuin nykyinen työ. Muutos näkyi voimakkaana myös nuorempien ryhmässä. Työstä vieraantuminen näyttäisi näiden tulosten perusteella olleen tarkastelujaksolla yleistymässä niissäkin ikäryhmissä, joilla piti vielä olla edessään lukuisia työvuosia ennen eläkkeelle jäämistä. (Vahtera ym. 2002b, 26–27)

#### 4.8. Työyhteisön toimivuus

Michael Westin (1990) mukaan innovatiivisten ja kehittyvien työryhmien työskentelytapoja leimaavat seuraavat seikat: selkeät tavoitteet, osallistumiseen kannustava ilmapiiri, tehtäväsuuntautuneisuus sekä kehittämistoimintaan panostaminen ja siihen ajan varaaminen. Tehtäväsuuntautuneisuus ilmenee työyhteisössä myös erilaisuuden sietokykyä, vastakkaisten mielipiteiden hyväksymisenä ja pyrkimyksenä ymmärtää useita erilaisia näkökulmia. (West 1990 ref. Kivimäki ym. 2002, 46–47) Myös esimieheltä ja työtovereilta saatu sosiaalinen tuki tiedon, arvostuksen sekä henkisen ja käytännön tuen muodossa ovat merkittäviä asioita yksilön kokemusten kannalta (Vahtera ja Kivimäki 2006).

Vuoden 2007 työolobarometrissa analysoitiin tekijöitä, jotka tekevät työpaikasta henkilöstön näkökulmasta joko hyvän tai huonon. Suurimmat erot hyvien ja huonojen työpaikkojen välillä liittyivät kohtelun tasapuolisuuteen, mahdollisuuteen osallistua toiminnan kehittämiseen sekä työntekijöiden ja esimiesten välisten suhteiden avoimuuteen. Siinä missä hyväksi työpaikkansa määrittäneistä vastaajista 65 % kertoi työpaikallaan työntekijöitä kohdeltavan tasa-arvoisesti, vain 9 % ”huonoissa” työpaikoissa työskentelevistä koki näin. Hyvissä työpaikoissa keskusteltiin paljon, työntekijöiden ehdotukset otettiin huomioon ja heitä kannustettiin kokeilemaan uusia asioita. Työt oli organisoitu toimiviksi ja henkilöstömäärä oli oikea työn vaatavuuteen nähden. Henkinen kuormittavuus koettiin hyvillä työpaikoilla keveämmäksi, luultavasti juuri työn hyvän organisoinnin ja työn toimivuuden vuoksi. Useimmiten hyvät työpaikat olivat myös tuottavuudeltaan parempia. Mikäli kaikki työpaikat toimisivat parhaiden työpaikkojen tavoin, työn henkisen rasittavuuden taso puolittuisi. (Työministeriö 2008.)

Sairaalahenkilöstön parissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että hyvä yhteistyö voi ehkäistä työntekijöiden sairastelua. Hyvin toimivissa työyhteisöissä työskentelevät sairaanhoitajat jäivät sairaalomalta 28 % harvemmin kuin heidän kollegansa, jotka työskentelevät huonommin toimivilla osastoilla. Toimivuus on merkittävä asia myös työn kuormituksen kannalta: vaikka kuormitus olisi kova, ei se palkitsevassa ja sosiaalisesti arvostetussa työssä ole yhtä suuri kuin ei-palkitsevassa ja sosiaalisesti aliarvostetussa työssä. (Kivimäki ym. 2002, 47.)

Tuula Oksasen (2009) tuoreessa väitöskirjassa on tutkittu työyhteisön sosiaalista pääomaa ja työntekijöiden terveyttä. Aineisto oli mittava: lähes 50 000 kuntatyöntekijää. Tutkimuksessa todettiin, että sosiaalinen pääoma eli yhtäältä esimieheltä ja toisaalta työtovereilta saatu sosiaalinen tuki oli merkittävä asia tutkittavien koetun terveyden sekä masennukseen sairastumisen suhteen. Niillä työntekijöillä, jotka työskentelevät sellaisissa työyhteisöissä, joissa koko seuranta-ajan oli vähiten sosiaalista pääomaa, oli lähes 1,3-kertainen riski terveyden heikentymiseen. Matalaan sosiaaliseen pääomaan liittyi 20–50 % suurempi todennäköisyys sairastua masennukseen seuranta-aikana (lähteinä sekä itse raportoitu lääkärin toteama masennus että Kelan lääkeostotiedot). Tutkimuksen perusteella korkea sosiaalinen pääoma saattaa vaikuttaa edullisesti työntekijöiden terveyteen. Mikäli näin on, olisi tärkeää edistää työyhteisöjen sosiaalista pääomaa ja kannustaa sellaiseen toimintaan, joka lisää

suvaitsevaisuutta, luottamusta ja vastavuoroisuutta sekä työntekijöiden kesken että työntekijöiden ja esimiesten välillä.

Pirjo Vesa (2009) on tutkinut väitöskirjassaan huumorin käyttöä hoitotyöntekijöiden keskuudessa erään sairaalan osastolla. Hän toteaa huumorin käytöllä olevan merkittävän roolin työyhteisön toiminnassa. Erityisesti hyväntahtoisella huumorilla luodaan, ylläpidetään ja vahvistetaan työpaikan sosiaalisia suhteita. Henkilökohtaisella ja työyhteisön tasolla keskinäisen vuorovaikutuksen huumorin käyttö osoittaa ne arvot, asenteet, periaatteet ja säännöt, jotka ovat yksilölle merkittäviä ja jotka ilmenevät työyhteisössä. Lisäksi huumorilla on olennainen tehtävä tunteiden ja työssä jaksamisen tasapainottamisessa.

#### 4.9. Sairauspoissaolot yhtenä työhyvinvoinnin mittarina

Sairauspoissaoloista voidaan todeta tiivistetysti, että ne kasautuvat pienelle vähemmistölle, naiset ovat enemmän pois työstä oman sairauden vuoksi kuin miehet ja vanhemmat henkilöt enemmän kuin nuoremmat. Lyhyet poissaolot ovat kuitenkin nuoremmilla yleisempiä kuin vanhemmilla ja määräaikaiset työntekijät ovat poissa töistä vähemmän kuin vakituiset. Mitä lyhyempiä sairauslomat ovat, sitä enemmän niihin liittyy ei-lääketieteellisiä syitä ja ns. organisaatiokäyttäytymistä (talon vakiintunut tapa olla pois töistä sairauden takia). Sairauspoissaolot myös heijastelevat yleisiä sosioekonomisia terveyseroja ja psykososiaaliset ja työolotekijät ovat yhteydessä sairauspoissaolojen yleisyyteen. Pitkittyessään sairauspoissaolot voivat aiheuttaa syrjäytymistä, mutta ne voivat myös suojata vakavammilta sairauksilta. Sairauslomien määrä ja laatu vaihtelevat eri työpaikoilla, mutta aiheuttavat aina ongelmia työn organisoinnissa ja työyhteisössä. Sairauslomat ovat lisääntyneet kaikilla toimialoilla ja ne ovat erittäin kalliita sekä yhteiskunnalle että yksittäisille työnantajille. (Kivimäki ym. 2003; Pohjonen 2008.)

#### 4.10. Johtaminen ja työhyvinvointi

Kokemus oikeudenmukaisesta kohtelusta esimiehen taholta on tutkimusten mukaan yksi keskeisimmistä työntekijöiden hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä työelämässä. Oikeudenmukaista päätöksentekoa työpaikoilla luonnehtivat mm. oikeus tulla kuulluksi omassa asiassaan, johdonmukaiset säännöt (ihmisiä kohdellaan samojen periaatteiden mukaan ja samat säännöt pätevät tänään ja huomenna), selkeät päätöksenteon periaatteet, oikeaan tietoon perustuvat päätökset, puolueeton päätöksenteko ja mahdollisuus korjata päätöksiä. (Vahtera ja Kivimäki 2006.)

Lisäksi oikeudenmukaista johtamista määrittää vuorovaikutuksen laatu. Keskeistä esimiehen vuorovaikutuksessa on kunnioitavuus, rehellisyys, ystävällisyys ja luotettavuus. Esimiehen vuorovaikutustaidoissa on kyse hyvästä käytöksestä, herkkyydestä sosiaalisten tilanteiden vivahteille sekä kyvystä saada keskustelemalla toiset ajattelemaan ja toimimaan paremmin ja viisaammin. Erityisen tärkeitä nämä taidot ovat kun keskustellaan jännitteisistä ja paljon tunteita herättävistä asioista. Oikeudenmukaisen johtamisen on havaittu lisäävän työntekijöiden sitoutumista, parantavan yhteistoiminnan edellytyksiä sekä vähentävän henkilöstöryhmien välistä kitkaa. (Kivimäki ym. 2002, 44-45; Talvitie 2008; Vahtera ja Kivimäki 2006.)

Niillä työntekijöillä, joiden työpaikoilla päätöksenteko koetaan oikeudenmukaiseksi, ovat riskit terveyden ja hyvinvoinnin häiriöihin sekä sairauspoissaolojen esiintyminen selvästi vähäisempiä kuin työntekijöillä, jotka kokevat oikeudenmukaisuuden työpaikallaan heikoksi. Sairaalahenkilöstön parissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että oikeudenmukaiseksi koettu johtaminen vähensi sekä sairastumis- että psyykkisten rasitusoireiden riskiä. Oikeudenmukaiset päätöksentekoperiaatteet ja



kohtelu olivat yhteydessä 15–35 % matalampaan sairauspoissaoloriskiin. Päätöksenteon oikeudenmukaisuus oli lisäksi yhteydessä sekä pitkiin että lyhytaikaisiin sairauspoissaoloihin. (Elovainio ym. 2002; Kivimäki ym. 2002, 45; Vahtera ja Kivimäki 2006.)

Toinen tärkeä esimiestyön ominaisuus on luottamus. Se on tila, jonka laatuun sekä esimies että alainen toiminnallaan vaikuttavat. Luottamus ilmenee tunnetasolla uskona siihen, että toiset toimivat sovitusti, kognitiivisella tasolla rehellisyytenä erilaisissa neuvottelutilanteissa ja toiminnallisella eli käyttäytymisen tasolla lojaalina käytöksenä toisia kohtaan. Johtajien ja erityisesti lähiesimiesten yksi keskeisimpiä tehtäviä on luoda dialogisia areenoita eli rakenteita, joissa alaiset voivat keskustella ja jakaa ajatuksiaan työstään. Keskusteluareenat vievät erittäin paljon työaikaa, mutta ne toimivat paljon tehokkaampina työhyvinvoinnin luojina kuin erilaiset raportointijärjestelmät. Työyhteisöissä luottamus perustuu siis yhteisesti koettuun vuorovaikutusmaailmaan ja -historiaan, mutta myös organisaation yksilölliseen organisaatiokulttuuriin. Organisaatiokulttuuri kantaa mukanaan pitkänkin aikavälin kokemuksia luottamuksesta kyseisessä organisaatiossa. (Keskinen 2008, 139–140; Parland ja Kaustia 2008.)

Kuntatyöntekijöitä tarkastelleessa tutkimuksessa kartoitettiin, miten esimestuen parantaminen vaikutti tulevaan terveyteen lähtötilanteessa terveillä työntekijöillä. Tutkittavat vastasivat kolmen vuoden välein kahteen kyselyyn, joissa mitattiin mm. esimiehiltä saatua tukea, työn hallintaa ja terveyskäyttäytymistä. Sen jälkeen osallistujien pitkiä sairauslomia seurattiin viiden vuoden ajan. Esimiehen antaman tuen parantumiseen liittyi merkittäviä terveyshyötyjä. Erityisesti tuen parantaminen hyödytti niitä työntekijöitä, joilla työn hallinta oli huono. Muutos johtamisessa voi siis tämän perusteella pienentää muihinkin psykososiaalsiin tekijöihin liittyviä haittoja. (Kivimäki ym. 2002, 48–49.) Myös esimiesten omalla työn hallinnalla on merkitystä sekä esimiehille itselleen että alaisille. Valtaistuneet ja alaisiaan tukevat johtajat pystyvät välittämään omaa koettua työnsä hallintaa ja sitä kautta valtaistumisen tunnetta myös alaisilleen. (Parker 1994.)

Alaisten tyytyväisyys esimiehensä toimintaan vaikuttaa terveyden lisäksi myös sekä alaisten työtyytyväisyyteen että työn organisointiin. Esimiehiinsä erittäin tyytyväisistä alaisista 85 % arvioi, että heidän työpaikassaan työt on organisoitu hyvin (muut 56 %), 92 % näki oman työnsä tuloksellisena (muut 84 %) ja 44 % oli erittäin tyytyväinen työhönsä (muut 21 %). Esimiehiinsä erittäin tyytyväisten työpaikoilla esiintyi työuupumusta 44 %:a, kun taas muiden työpaikoilla 55 %:a. Vain 10 % esimiehiinsä erittäin tyytyväisistä tunsivat itsensä haluttomaksi työhön lähtiessään (muut 18 %). (Konttinen 2006.)

Työhyvinvoinnin johtajuuden voi tiivistää kolmeen esimiehelle keskeiseen ominaisuuteen: analysointiin ja hyvään ajatteluun, vuorovaikutustaitoihin sekä kykyyn kestää (työ)elämän epätäydellisyyttä ja kritiikkiä. Oikeat teot esimiestyössä palvelevat samaan aikaan sekä tuottavuutta että työhyvinvointia. Kun esimies johtaa tuottavuuden näkökulmasta hyvin, hän johtaa pääsääntöisesti hyvin myös työhyvinvointia. (Talvitie 2008.) Tuloksen johtaminen ja ihmisten johtaminen ovat saumaton kokonaisuus (Liira 2008).

#### 4.11. Työhyvinvoinnista työn imuun – kohti positiivisempaa ajatusmallia

Työhyvinvointitutkimuksen uusimpia käsitteitä on työn imu (work engagement). Käsitteen juuret ovat positiivisessa psykologiassa. Työn imu on ollut tutkimuksen kohteena kansainvälisesti pidempään kuin Suomessa, jonne se on tullut vasta 2000-luvulla. Erityisen paljon käsitettä on tutkittu ja kehitetty sen pohjalta myös käytännön sovelluksia Hollannissa. Suomessa työn imua on tutkinut ja ajatusmallia vienyt eteenpäin Työterveyslaitoksen tutkija Jari Hakanen. (Hakanen 2004; 2009a, 2009b)

Työn imu –käsitteen avulla kuva työhyvinvoinnista monipuolistuu, syvenee ja muuttuu positiivisemmaksi. Työn imu voidaan määritellä seuraavasti: se on työssä koettua tarmokkuutta, työlle omistautumista ja siihen uppoutumista. Se on tunne siitä, että töihin on kiva mennä ja myös ponnistella. Työn imua kokeva henkilö näkee oman työnsä merkityksen ja kokee sen inspiroivaksi. Hän myös kokee, että työstä on ajoittain vaikea irrottautua. Työn imua kokeva ihminen voi olla kiireinen tai jopa stressaantunut, mutta hän ei ole kyllästynyt työhönsä. Työn imun on myös todettu olevan yhteydessä ammatilliseen itsetuntoon. Toisin kuin flow-käsite, työn imu ei liity vain ns. luoviin ammatteihin, vaan sitä voi kokea kuka tahansa ammattialasta riippumatta. Ilmiönä työn imu on yleisempi kuin työuupumus: noin 40 % suomalaisista kokee työn imua päivittäin. (Hakanen 2004; 2009a)

Työn imu perustuu ajatukseen siitä, että työhyvinvointi syntyy, toteutuu ja kehittyy suurilta osin työpaikoilla työn arjessa. Sen vuoksi myös kehittämistyön tulisi tapahtua työpaikoilla koko työyhteisön kesken. Ajatusmallin pohjalta on luotu uusi työhyvinvointimalli, jossa painotetaan yhtäältä kohtuullisia työn vaatimuksia ja toisaalta työyhteisöistä löytyviä voimavaroja. Kaikissa töissä on voimavaratekijöitä, joita voivat olla tuki, ohjaus, tieto, palaute, haastavuus, innovatiivisuus ja kehittymismahdollisuudet. Nämä ovat yksilöä sisäisesti motivoivia ja edeltävät työn imun kokemusta. Lisäksi ne edesauttavat työhön sitoutumista. (Hakanen 2004; 2009a)

Työn imu –ajattelumallin mukaisesti työhyvinvoinnin kehittämisessä on kaksi polkua: energiapolku ja motivaatiopolku. Energiapolulle asettuvat työn erilaiset vaatimukset ennustavat työuupumusta. Työuupumus on puolestaan yhteydessä huonoon terveyteen ja työkykyyn. Motivaatiopolku taas tarkoittaa prosessia, jossa työn erilaiset voimavaratekijät ovat myönteisessä yhteydessä työhön ja työpaikkaan sitoutumiseen Työhyvinvointia edistetään parhaiten, kun kehittämistoimet kohdistetaan sekä energia- että motivaatiopolkuun. Työhyvinvoinnin kehittämismallin lisäksi työn imu-ajattelun pohjalta on kehitetty yksilön työn imua testaava, joko 17-kohtainen tai lyhennetty 9-kohtainen mittari Utrecht Work Engagement Scale (UWES). (Hakanen 2009a; 2009b)

## 5. LOPUKSI

Tutkimukset magneettisairaaloista osoittavat kiistatta vetovoimaisuuden mallin toimivuuden sekä sen, että on mahdollista kehittää yhtäältä henkilöstöä tyydyttävä ja toisaalta korkeatasoista potilashoitoa tarjoava tapa organisoida terveydenhuoltotyötä. Työhyvinvointiin liittyvä tutkimuskirjallisuus puolestaan nostaa esiin työhyvinvoinnin kannalta keskeiset, lähinnä psykososiaalisiin tekijöihin, johtajuuteen ja työyhteisön toimivuuteen liittyvät asiat. Nämä ovat pitkälti samoja kuin magneettikirjallisuuden esiin nostamat asiat: ihmiset haluavat tulla kohdelluiksi hyvin ja oikeudenmukaisesti sekä arvostetusti työssään, he haluavat osallistua päätöksentekoon ja omaa työtään koskeviin ratkaisuihin sekä käyttää omaa ammattitaitoaan ja kehittää sitä mahdollisimman pitkälle. Kahden eri tieteenalan tutkimustulokset tukevat toisiaan ja tuovat näin painoarvoa pohdittaessa sitä, miten kehittää vetovoimaisuutta ja työhyvinvointia suomalaisessa terveydenhuollossa.

Tuottava ja tyydytystä herättävä työympäristö on moniosainen ja integroitu kokonaisuus, jonka kaikkia osia tarvitaan. Jotta suomalainen terveydenhuolto säilyttää nykyisen tasonsa ja pystyy vastaamaan myös tulevaisuuden haasteisiin, täytyy terveydenhuollon organisaatioita alkaa kehittää tutkitun tiedon pohjalta vetovoimaisiksi ja työhyvinvointia edistäviksi. Suomessa vetovoimaisuuteen liittyvää toimintakulttuuria on syytä lähteä rakentamaan yhdessä terveydenhuoltoalan ammattilaisten kesken eikä sitä ole tarpeen rajata koskemaan pelkästään sairaanhoitajia. Vastuu työhyvinvoinnista on

jokaisella yksittäisellä työntekijällä. Erityisen suuri vastuu on kuitenkin niillä, jotka vastaavat koko organisaation toiminnasta ja toiminnan johtamisesta.

Yhteistyössä Sairaanhoidajaliiton kanssa:

Sanna Mäkipää, TtM, terveydenhoitaja  
[www.capacitasfamilia.fi](http://www.capacitasfamilia.fi)



”Muutos ei tule, jos odotamme jotain muuta ihmistä tai  
jotain muuta aikaa.  
Me olemme niitä, joita olemme odottaneet.  
Me olemme muutos, jota etsimme.”

Barack Obama

## Lähdeluettelo:

- Aiken L. 1983. Nursing Priorities for the 1980s: Hospitals and nursing homes. *American Journal of Nursing*, 81(2), 324–330.
- Aiken L. 2006. Superior Outcomes for Magnet Hospitals: The Evidence Base. Teoksessa: McClure M, Hinshaw A. (toim.) *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses*, 61–82. 4. painos Washington DC: American Nurses Publishing, Silver Spring, MD.
- Aiken L, Smith H, Lake E. 1994. Lower Medicare Mortality Among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care. *Medical Care*, 32 (8), 771–787.
- Aiken L, Sloane D, Lake E, Sochalski J, Weber A. 1999. Organization and Outcomes of Inpatient AIDS Care. *Medical Care*, 37, 760–772.
- Aittomäki A. 2008. Social-class inequalities in ill health – the contribution of physical workload. *Publications of Public Health M 195:2008*. Helsinki University Print, Helsinki.
- ANCC (American Nurses Credentialing Center) 2008. *Application Manual, Magnet Recognition Program* Silver Spring, MD, USA.
- Broom C, Tilbury M. Magnet Status: A Journey, Not a Destination. *J Nurs Care Qual* Vol. 22, No. 2, pp. 113–118.
- Buchan ym. 2004. Nurse morale improved in UK magnet hospital. *Nursingin management* Vol 10, No 10, March 2004.
- Burke R. When Bad Things Happen to Good Organizations. A Focused Approach to Recovery Using the Essentials of Magnetism. *Nurs Admin Q* Vol. 29, No. 3, pp. 228–240.
- DeSilets L, Pinkerton S. 2005. Education: Key to the Magnet Culture. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. January/February 2005, Vol. 36, No 1.
- Ellis B, Gates J. 2005. Achieving Magnet Status. *Nurs Admin Q* Vol. 29, No. 3, pp. 241–244.
- Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M. Päätöksenteon oikeudenmukaisuus ja työntekijöiden terveys. *Työ ja ihminen* 1/2002.
- Hakanen J. Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. *Työ ja ihminen, tutkimusraportti 27*, Työterveyslaitos 2004.
- Hakanen J. Työn imua, tuottavuutta ja kukoistavia työpaikkoja? – Kohti laadukasta työelämää. *Työsuojelurahasto*, 2009a.
- Hakanen J. Työn imun arviointimenetelmä. Työn imu-menetelmän (Utrecht Work Engagement Scale) käyttäminen, validointi ja viitetiedot Suomessa. *Työterveyslaitos*, Helsinki, 2009b.
- Hallila L 2008. Sairaanhoidaja tuloksetekijänä magneettisairaalassa – alustava käsitteanalyysi. Suomen sairaanhoidajaliitto, helmikuu 2008 (julkaisematon lähde).
- Havens D, Aiken L. 1999. Shaping systems to promote desired outcomes: The magnet hospital model. *JONA (Journal of Nursing Administration)* 29:2:14–20.

Helsingin kaupunki 2008. Hyvin tehty – hyvin johdettu –puheenvuoroja työhyvinvoinnin johtamiseen. Helsingin kaupungin työterveyskeskus. Erweko Painotuote Oy, Helsinki.

Karkos B, Peters K. 2006. A Magnet Community Hospital. Fewer Barriers to Nursing Research Utilization. JONA (Journal of Nursing Administration) 36:7/8:377-382.

Keskinen S. 2008. Ihmisten hyvä johtaminen. Kirjassa: Vetovoimainen terveydenhuolto, s. 131-145. Hoitotyön vuosikirja 2008, Sairaanhoidajaliitto. Suomen Graafiset palvelut Oy.

Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Virtanen M. 2002. Johtaminen ja työpaikan sosiaaliset suhteet. Kirjassa Vahtera J, Kivimäki M, Virtanen P (toim.) Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita, s. 44-52. Työterveyslaitos, Helsinki.

Kramer M, Hafner K.P. 1989. Shared Values Impact on Staff Nurse Job Satisfaction and Perceived Productivity. Nursing Research 38(3), 172-177.

Kramer M, Schmalenberg C 2006. Staff Nurse Identify Essentials of Magnetism. Teoksessa: McClure M, Hinshaw A. (toim.) Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses, 25-29. 4. painos Washington DC: American Nurses Publishing, Silver Spring, MD.

Konttinen N. 2006. Esimiehen vaikutus alaisten työoloihin. Julkaisuseminaarisesitys 2.6.2006, luettu osoitteessa [www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi) 19.9.2008. Esitys pohjautuu Tilastokeskuksen Työolotutkimukseen 2003 sekä siitä toimitettuun kirjaan Lehto A-M, Sutela H ja Miettinen A. (toim.): Kaikilla mausteilla. Artikkeleita työolotutkimuksesta. Tilastokeskus, Tutkimuksia 244. Helsinki.

Kuokkanen L 2003. Nurse Empowerment. A Model of Individual and Environmental Factors. Turun yliopiston julkaisuja sarja D osa 558.

Lash A, Munroe D. 2005. Magnet Designation: A Communiqué to the Profession And the Public About Nursing Excellence. MEDSURG Nursing – April 2005 Supplement.

Lashinger H, Abnost J, Tuer-Hodes D. 2003. Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics. Making the Link. JONA (Journal of Nursing Administration) 35:7/8:410-422.

Leino-Kilpi H, Peltomaa K 2008. Eettinen turvallisuus – vetovoimaisten sairaaloiden erityispiirre. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan 8 / 2008, vol. 81, 14-16.

Liira J. 2008. Hyvä johtajuus kirittää työhyvinvointia. Kirjassa: Hyvin tehty – hyvin johdettu –puheenvuoroja työhyvinvoinnin johtamiseen, s. 9-10. Helsingin kaupungin työterveyskeskus. Erweko Painotuote Oy, Helsinki.

McClure M, Poulin MA, Sovie MD, Wandelt MA 2006. Magnet Hospitals. Attractions and Retention of Professional Nurses (The Original Study). Teoksessa: McClure M, Hinshaw A. (toim.) Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses, sivut 1-24.. 4. painos Washington DC: American Nurses Publishing, Silver Spring, MD.

Meretoja R, Koponen L 2008. Vetovoimainen sairaala. Kirjassa: Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008, 9-20. Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Suomen Graafiset palvelut Oy.

Meretoja R, Aschan H, Määttä M, Kvist T 2008. Sairaalan vetovoimaa voidaan arvioida. Premissi 5, 22-24.

- Oksanen T. 2009. Workplace social capital and employee health. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, osa 876, Turun yliopisto.
- Orre P. 2009. Hoitotyön vetovoimaisuus osastonhoitajan työn haasteena. Pro gradu-tutkielma, Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.
- Parker L.E. 1994. Empowered Managers and Empowered Workers: The Effects of Managerial Support and Managerial Perceived Control on Workers' Sense of Control over Decision Making. *Human Relations*, Vol. 47, No. 8, 911-928.
- Parland D, Kaustia A. 2008 Vahvat rakenteet tukevat. Kirjassa: Hyvin tehty - hyvin johdettu –puheenvuoroja työhyvinvoinnin johtamiseen, s. 15-21. Helsingin kaupungin työterveyskeskus. Erweko Painotuote Oy, Helsinki.
- Partanen P, Pitkäaho T, Kvist T, Turunen H, Miettinen M, Vehviläinen-Julkunen K 2008. Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Teoksessa: Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008, 69-88. Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Suomen Graafiset palvelut Oy.
- Peters T, Austin N. 1985. *A Passion for Excellence*. London, Sydney,, Toronto, Johannesburg. William Collins Sons & Co Ltd.
- Poduska D. 2005. Magnet Designation in a Community Hospital. *Nurs Admin Q* Vol. 29, No. 3, 223-227.
- Pohjonen T. 2008. Herkkyyttä tunnusluville. Kirjassa: Hyvin tehty - hyvin johdettu –puheenvuoroja työhyvinvoinnin johtamiseen, s. 30-33. Helsingin kaupungin työterveyskeskus. Erweko Painotuote Oy, Helsinki.
- Reigle B, Stevens K, Belcher J, Huth M, McGuire E, Mals D, Volz T. 2008. Evidence-Based Practice and the Road to Magnet Status. *JONA (Journal of Nursing Administration)* 38:2:97-102.
- Räsänen H. 2009. Magneettisairaalamallista vetoapua terveydenhuoltoon. *Sairaanhoidaja – Sjukssköterskan* 2/2009, vol. 82.
- Sairaanhoidajaliitto 2008a. Matkaraportti. Magneettisairaala –opintomatka New York 12.-19.4.2008. Julkaisematon lähde.
- Sairaanhoidajaliitto 2008b. Vetovoimainen terveydenhuolto, Hoitotyön vuosikirja 2008. Suomen Graafiset Palvelut Oy.
- Schmalenberg C, Kramer M, King C, Krugman M, Lund C, Poduska D, Rapp D. 2005. Excellence Through Evidence. Securing Collegial/Collaborative Nurse-Physician Relationships, Part 1. *JONA (Journal of Nursing Administration)* 35:10:450-458.
- Schmalenberg C, Kramer M 2008. Essentials of a Productive Nurse Work Environment. *Nursing Research* 57, 2-13.
- Scott R, Sochalski J, Aiken L. 1999. Review of magnet hospital research: Established findings and implications for professional nursing practice. *JONA (Journal of Nursing Administration)* 29:9:9-19.
- Steinbinder A. The Magnet Process. One Appraiser's Perspective. *Nurs Admin Q* Vol. 29, No. 3, pp. 268-274.

Talvitie V. 2008 Hyvinvointi ja tuottavuus – kolikon eri puolia. Kirjassa: Hyvin tehty – hyvin johdettu – puheenvuoroja työhyvinvoinnin johtamiseen, s. 11–14. Helsingin kaupungin työterveyskeskus. Erweko Painotuote Oy, Helsinki.

Työministeriö 2007. Työolobarometri, Lokakuu 2007, ennakkotietoja. Työministeriö, Analyysiyksikkö.

Työministeriö 2008. Työolobarometri, Lokakuu 2008, ennakkotietoja. Työministeriö, Analyysiyksikkö.

Ulrich B, Buerhaus P, Donelan K. 2007. Magnet Status and Registered Nurse Views of the Work Environment and Nursing as a Career. *JONA (Journal of Nursing Administration)* 37:5:212–220.

Upenieks V. 2002. Assessing Differences in Job Satisfaction of Nurses in Magnet and Nonmagnet Hospitals. *JONA (Journal of Nursing Administration)* 32:11:564–576.

Upenieks V. 2003. What Constitutes Effective Leadership? Perceptions of Magnet and Nonmagnet Nurse Leaders. *JONA (Journal of Nursing Administration)* 33:9:456–467.

Upenieks V. 2005. Recruitment and Retention Strategies: A Magnet Hospital Prevention Model. *MEDSURG Nursing, April 2005 Supplement*, 21–27.

Upenieks V, Sitterding M. 2008. Achieving Magnet Redesignation. A Framework for Cultural Change. *JONA (Journal of Nursing Administration)* 38:10:419–428.

Urden L.D, Monarch K. 2006. The ANCC Magnet Recognition Program: Converting Research Findings into Action. Teoksessa: McClure M, Hinshaw A. (toim.) *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses*, 103 – 116. 4. painos Washington DC: American Nurses Publishing, Silver Spring, MD.

Vahtera J, Kivimäki M, Virtanen P (toim.) 2002a. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos, Helsinki.

Vahtera J, Kivimäki M, Ala-Mursula L, Virtanen M, Virtanen P, Linna A ja Pentti J. 2002b. Sairauspoissaolot ja hyvinvointi. Kirjassa Vahtera J, Kivimäki M, Virtanen P (toim.) *Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita*, s. 16–28. Työterveyslaitos, Helsinki.

Vahtera J, Kivimäki M, Ala-Mursula L, Pentti J. 2002c. Työn hallinta ja työaikojen hallinta. Kirjassa Vahtera J, Kivimäki M, Virtanen P (toim.) *Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita*, s. 29–35. Työterveyslaitos, Helsinki.

Vahtera J, Kivimäki M. Sairauspoissaolojen ehkäisy kunta-alalla. 2006. Työterveyslaitoksen vuoden 2006 aihe sivut, osoitteessa [www.ttl.fi](http://www.ttl.fi), luettu 23.8.2008.

Vesa P. 2009. Aineistolähtöinen teoria hyvää oloa ja työhyvinvointia edistävästä huumorista hoitajien keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto.

Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011 –hanke (VeTe-hanke). 2009.

<http://www.pssh.fi/index.asp?link=4407.5&language=1> Luettu 20.11.2009

Virtanen P, Vahtera J ja Kivimäki M. Kunnan työt ja niiden tekijät. 2002. Kirjassa Vahtera J, Kivimäki M, Virtanen P (toim.) *Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita*, s. 8–15. Työterveyslaitos, Helsinki.

Voutilainen P 2008. Muuttaako laatusuositus mitään? Magneetti-ilmioistä vauhtia muutokseen. *Premissi* 3, 26–28.

Vuorinen R 2008. Vetovoimainen sairaala-toiminnan kehittäminen ja muutoksen johtaminen. Alustus Sairaanhoidajaliiton hoitotyön johtajien koulutuspäivillä Hämeenlinnassa 28.8.2008.

West M. 1990. The social psychology of innovation groups. Teoksessa West M, Farr J (eds.): Innovation and creativity at work: psychological and organizational strategies. Chichester Wiley, 309-333.

Wolf G, Triolo P, Ponte P 2008. Magnet Recognition Program: The Next Generation. JONA (Journal of Nursing Administration) 38:4:200-204.