

MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN TERVEYDENHOITOALALLA

1. Johdanto

Terveydenhoitoala on yksi Euroopan merkittävimmistä työllisyysaloista. Sen osuus on noin 10 prosenttia EU:n työvoimasta. Suurin osa terveydenhoitoalan työntekijöistä työskentelee sairaaloissa. Muut työskentelevät esimerkiksi lääkäriasemilla, hoitokodeissa ja muissa terveydenhoitoalan laitoksissa kuten veripankeissa tai lääketieteellisissä laboratorioissa (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto [EU-OSHA], 2007a). Alan sukupuolijakauma on epätasapainoinen: lähes 80 prosenttia työntekijöistä on naisia (Euroopan työ- ja elinolojen kehittämissäätiö, 2008).

Kansainvälisen työjärjestön (ILO, 2005) mukaan psykososiaaliset ongelmat voivat johtaa sairauksiin ja tapaturmiin ja aiheuttaa leimautumista, eristyneisyyttä ja jopa kuoleman. Niillä voi olla myös työnantajan kannalta merkittäviä seurauksia, kuten tuottavuuden ja työmoraaalin heikkeneminen. Terveydenhoitoalan työntekijät ovat erityisen alttiita tällaisille mielenterveysriskeille (Maailman terveysjärjestö [WHO], 2004). Sen vuoksi terveydenhoitoalalla on erittäin tärkeää panostaa mielenterveyden edistämiseen.

WHO:n (2009) mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa henkilö

- toteuttaa omia kykyjään;
- selviytyy normaaleista kuormitustilanteista;
- työskentelee tuottavasti;
- kykenee vaikuttamaan omaan yhteisöönsä.

Tässä myönteisessä mielessä mielenterveys on perusedellytyksenä yksilöiden ja yhteisöiden hyvinvoinnille ja tuloksekkaalle toiminnalle. Tämä mielenterveyden ydinkäsite on yhteinen eri kulttuureissa vallitseville laajoille ja moninaisille tulkinnoille.

Tämä tiedote on tarkoitettu työnantajille, ja siinä tarkastellaan yksityiskohtaisesti terveydenhoitoalaan liittyviä mielenterveyskysymyksiä sekä annetaan käytännön tietoa mielenterveyttä edistävästä toimenpiteistä.

2. Psykososiaaliset riskitekijät ja niiden vaikutus mielenterveyteen

2.1. Psykososiaaliset riskitekijät

Psykososiaaliset riskit liittyvät työn suunnittelu-, organisointi- ja johtamistapaan sekä työn taloudellisiin ja sosiaalisiin taustatekijöihin ja voivat johtaa työperäisen stressin lisääntymiseen sekä mielenterveyden ja fyysisen terveyden merkittävään heikkenemiseen (EU-OSHA, 2007b).

Psykososiaalisten riskitekijöiden suhdetta työntekijöiden terveyteen on yritetty selittää erilaisilla stressimalleilla. Yksi tunnetuimmista malleista on ”työn vaatimukset – työn hallinta – sosiaalinen



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

tuki” (Karasek, 1979; Karasek ja Theorell, 1990; Johnson ja Hall, 1988). Tämän teorian mukaan työntekijän hyvinvointiin vaikuttavat pääasiallisesti seuraavat kolme psykososiaalista stressitekijää:

- työn psykologiset vaatimukset;
- työn hallinta tai mahdollisuus vaikuttaa työhön;
- sosiaalinen tuki.

Tämän mallin mukaan haitallisia stressin oireita (kuten uupumusta, ahdistusta, masennusta ja fyysisiä sairauksia) esiintyy tilanteissa, joissa työn psykologiset vaatimukset ovat suuret ja työn hallinnan mahdollisuudet vähäiset. Sosiaalisella tuella voidaan helpottaa kuormitusta.

Työhön liittyy monia psykososiaalisia riskitekijöitä (McNeely, 2005; Cox ja Griffiths, 1996; Jettinghoff ja Houtman, 2009). Niitä ovat seuraavat:

- vuorotyö;
- joustamattomat tai epäsopivat työajat;
- vähäinen työn hallinta;
- suuret työn vaatimukset;
- työn määrällinen kuormittavuus;
- tiukka työtahti;
- riittämätön tiedonsaanti;
- epäoikeudenmukaiseksi koettu päätöksenteko;
- yhteistyön sujumattomuus;
- huono työilmapiiri;
- sosiaalisen tuen puute;
- yksin työskenteleminen;
- irtisanomisuhka;
- riittämättömät resurssit.

Terveydenhoitoalalle ominaisia työn psykososiaalisia riskejä (McNeely, 2005; Cox ja Griffiths, 1996; Jettinghoff ja Houtman, 2009) ovat esimerkiksi seuraavat:

- suuret odotukset yhdistettynä ajan, taitojen ja sosiaalisen tuen puutteeseen;
- kivun kohtaaminen;
- kuolevien potilaiden käsittely;
- hätätilanteet;
- altistuminen traumaattisille tapahtumille;
- valitukset ja oikeusriidat.

Muita terveydenhoitoalan psykososiaalisia riskejä ovat väkivalta ja häirintä. Väkivaltaista käyttäytymistä voidaan kokea potilaiden, vierailijoiden tai työtoverien taholta (EU-OSHA, 2007a). Terveys- ja sosiaalialalla on EU:n 27 jäsenvaltiossa eniten työpaikkaväkivallalle altistuneita (15,2 prosenttia). Alalla esiintyy myös keskimääräistä enemmän työpaikkakiusaamista ja häirintää. Väkivalta ja häirintä ovat melko harvinaisia ammateissa, joihin liittyy paljon fyysisiä riskejä (esim. teollisuus- ja rakennusala). Terveys- ja sosiaalialalla (jolla työn fyysiset riskit ovat melko vähäiset) on kahdeksan kertaa enemmän fyysistä väkivaltaa tai fyysisen väkivallan uhkaa kokeneita kuin esimerkiksi teollisuudessa (Parent-Thirion ym., 2007). Väkivaltaa itseilmaisun muotona käsitelleessä tanskalaisessa tutkimushankkeessa (Pedersen, 2007) ilmeni, että jopa 32 prosenttia hoitolaitosten sosiaalikasvattajista ja sairaaloiden hoitohenkilöstöstä altistuu väkivallalle. Yhdistyneen kuningaskunnan julkisissa terveydenhoitolaitoksissa (National Health Services, NHS) ilmoitettiin vuosina 2001–2002 yhteensä 95 501 henkilöstöön kohdistunutta väkivalta- ja aggressiotapausta. Useimmiten tekojen kohteina olivat sairaanhoitajat (National Audit Office, 2003). NHS:n viimeisimmässä henkilöstökyselyssä 29 prosenttia ensiapupoliklinikoiden ja 50 prosenttia ambulanssien työntekijöistä oli viimeisten 12 kuukauden aikana kokenut väkivaltaa tai aggressioita työssä.



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

Terveydenhoitoalan työntekijöillä on myös kohonnut päihteiden väärinkäytön riski. Erityiset riskitekijät, kuten työn kuormittavuus, saattohoidossa olevien ja kuolevien potilaiden kohtaaminen, valmistautumattomuus työn vaatimuksiin, työuupumus ja puutteellinen tietämys alkoholin ja huumausaineiden vaaroista tekevät terveydenhoitohenkilöstöstä erityisen alttiin päihteiden väärinkäytölle. Trinkoffin ja Storrin tutkimusartikkelin (1998) mukaan 2–3 prosenttia hoitajista Yhdysvalloissa on riippuvaisia huumausaineista ja 40 000 hoitajalla on alkoholiongelma. Cicalan tutkimuksen (2003) mukaan päihteiden väärinkäyttö on merkittävä riski myös lääkäreille. Vähintään 8–12 prosentille lääkäreistä kehittyi heidän uransa aikana päihdeongelma. Erityisesti lääkäreille ominaisia riskitekijöitä ovat voimakas stressi ja pitkät työpäivät, itsehoito ja mahdollisuus päästä käsiksi lääkkeisiin. Päihteiden väärinkäytöllä on vakavia seurauksia. Työntekijälle itselleen aiheutuvien terveysongelmien lisäksi huumausaineiden tai alkoholin vaikutuksen alaisena työskentelystä voi seurata hoitovirhe, josta voi joutua oikeuteen.

2.2. *Terveysvaikutukset*

Kaikki nämä psykososiaaliset riskit vaikuttavat merkittävästi työntekijän fyysiseen ja henkiseen hyvinvointiin. Niistä voi aiheutua esimerkiksi seuraavia terveysongelmia:

- stressi: työväestöstä 22 prosenttia kokee stressiä työssään (Parent-Thirion ym., 2007); työperäinen stressi on yksi yleisimmistä työperäisistä terveysongelmista; tärkeimmät riskialat ovat terveys-, sosiaalihuolto- ja opetusala, joilla stressiä esiintyy 29,4 prosentilla työntekijöistä;
- työuupumus: International Hospital Outcomes Research Consortiumin vuosina 1998–1999 tekemässä tutkimuksessa todettiin, että 36,2 prosentilla terveydenhoitoalan työntekijöistä Yhdistyneessä kuningaskunnassa on vakava uupumus (EU-OSHA, 2007a);
- ahdistuneisuus: 11,4 prosenttia terveydenhoitoalan työntekijöistä kärsii ahdistuneisuudesta (Parent-Thirion ym., 2007);
- ärtyneisyys: terveydenhoitoalan työntekijöistä 15,2 prosenttia kokee ärtyneisyyttä (Parent-Thirion et al., 2007);
- masennus: 32 prosenttia Northwestern National Life of Minneapolisin tutkimuksessa (1991) haastatelluista terveydenhoitoalan työntekijöistä ilmoitti tuntevansa masennusta.

3. Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

3.1. *Mielenterveyden edistäminen*

Pollettin (2007) mukaan mielenterveyden edistämisellä tarkoitetaan ”toimintaa, jolla vahvistetaan hyvää mielenterveyttä tukevia tekijöitä”. Useiden tieteellisten tutkimusten mukaan hyvään mielenterveyteen kytkeytyvät taidot ja ominaisuudet tuottavat monia myönteisiä vaikutuksia, jotka ilmenevät esimerkiksi hyvänä fyysisenä terveytenä ja elämänlaatuna, taloudellisena hyvinvointina ja itsekunnioituksena (European Mental Health Implementation Project, 2006).

Työpaikka on ympäristö, jossa työntekijöiden mielenterveyttä voidaan tehokkaasti suojella ja edistää. Mielenterveys työpaikoilla on yksi mielenterveyttä ja hyvinvointia koskevan eurooppalaisen sopimuksen (EU:n korkean tason konferenssi, 2008) ensisijaisista toiminta-aloista. Sopimuksessa suositellaan käynnistämään työpaikoilla mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ohjelmia. Ohjelmien tulee sisältää työntekijöiden mielenterveyttä uhkaavien



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

riskitilanteiden (stressi, epäasiallinen kohtelu, kuten väkivalta tai kiusaaminen, alkoholi tai huumeet) arviointia ja ehkäisyä sekä varhaisen puuttumisen toimia.

3.2. Mielenterveyttä edistävien aloitteiden tehokkuus

Joissakin organisaatioissa mielenterveyden edistämisen merkitys on jo tiedostettu, mutta vielä on monia työpaikkoja, joilla ei edelleenkään ole ryhdytty tällaisiin toimenpiteisiin. Terveystieteiden tutkimusten ja terveydenhuollon hallinnossa mielenterveyden edistämisen ohjelmiin suhtaudutaan monesti hyvin kriittisesti. Tämä johtuu siitä, että ohjelmissa keskitytään enimmäkseen välittömiin tuloksiin tähtääviin parannuksiin, ei niinkään ennalta ehkäiseviin pitkän aikavälin ratkaisuihin (Munn-Giddings, Hart ja Ramon, 2005). Terveystieteiden tutkimusten ohella monet muutkin sidosryhmät kaipaavat näyttöä mielenterveyden edistämistoimien tehokkuudesta. Esimerkiksi päättäjät tarvitsevat sitä määrärahojen käytön perusteeksi, ammatilliset tueksi ohjelmien suunnitteluun ja toteutukseen ja ongelmista kärsivät työntekijät selvittääkseen, onko toimenpiteistä heille todellista apua (Barry ja McQueen, 2005).

Työstressiä vähentävien toimenpiteiden kustannustehokkuuden ja tuloksekkisuuden arvioinnista on saatavana vain vähän yksityiskohtaisia tutkimuksia (Burke ja Richardsen, 2000). Tutkimussuunnitelmaan liittyvistä syistä ei aina ole mahdollista määrittää, mitkä vaikutukset ovat tulosta tietystä toimenpiteestä (Cox, Griffith ja Rial-Gonzalez, 2000). Vaikka kustannustehokkuutta ei ole helppo arvioida tieteellisesti, monet organisaatiot ja päättäjät ovat kuitenkin yrittäneet selvittää työstressiä vähentävien toimenpiteiden kustannuksia ja hyötyjä. Sainsbury Center for Mental Healthin tutkimuksessa (SCMH, 2007) Yhdistyneessä kuningaskunnassa pyrittiin muodostamaan yleiskuva työpaikkojen mielenterveyskustannuksista ja arvioimaan stressiä vähentävien toimenpiteiden kustannustehokkuutta (organisaatioista saatujen esimerkkien pohjalta).

Tutkimuksen mukaan yritysten vuotuiset mielenterveyskustannukset Yhdistyneessä kuningaskunnassa jakautuvat seuraavasti:

- sairauspoissaolot: 8,4 miljardia puntaa (9,7 miljardia euroa);
- tuottavuuden lasku: 5,1 miljardia puntaa (5,9 miljardia euroa);
- henkilöstön vaihtuvuus: 2,4 miljardia puntaa (2,8 miljardia euroa).

Työvoimasta saatujen esimerkkien pohjalta voidaan esittää joitakin arvioita mielenterveysohjelmien kustannustehokkuudesta. British Telecom ilmoitti, että mielenterveysongelmista johtuvat sairauspoissaolot vähenivät 30 prosenttia (SCMH, 2007) mielenterveysstrategian toteuttamisen jälkeen. Hiltonin (2005) raportissa selostetaan Australiassa toteutetun mielenterveysohjelman tuloksia. Ohjelman tavoitteena oli masennusoireista kärsivien työntekijöiden varhainen diagnosointi ja hoito. Ajatuksena oli saada yritykset osallistumaan mielenterveysoireista kärsivien henkilöiden kartoittamiseen ja tarjoamaan heille työnantajan kustantamaa hoitoa. Ohjelman taloudellinen hyöty näkyi työntekijöiden tuottavuuden paranemisena. Vuotuiset taloudelliset hyödyt olivat viisinkertaiset ohjelmasta vuosittain aiheutuneisiin kustannuksiin verrattuna. Wang ym. (2007) kuvailevat Yhdysvalloissa toteutettua vastaavaa ohjelmaa, jonka vuotuinen taloudellinen hyöty oli 1 800 dollaria (noin 1 268 euroa) mutta vuotuiset kustannukset vain 100–400 dollaria (noin 70,5–281,8 euroa) työntekijää kohti.



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

3.3. Toimenpiteet terveydenhoitoalalla

Koska työllä on yksilölle tärkeä merkitys, työpaikka tarjoaa suotuisan ympäristön mielenterveyttä edistäville toimenpiteille (Pollett, 2007). Ne on keskitettävä sellaisille osa-alueille, joilla tarvitaan parannuksia sekä yksilön että organisaation tasolla. Lisäksi työpaikalla on tärkeää edistää työkuultuuria, jossa suhtaudutaan avoimesti mielenterveysongelmiin.

Terveydenhoitoalalla on mahdollista toteuttaa monenlaisia toimenpiteitä psykososiaalisten riskitekijöiden vähentämiseksi ja mielenterveyden edistämiseksi.

3.3.1. Organisaatiotason toimenpiteet

Organisaation tasolla työnantaja toteuttaa toimenpiteitä työympäristön stressitekijöiden vähentämiseksi. Toimenpiteiden tavoitteena on poistaa stressin syitä työpaikalta (EU-OSHA, 2002).

Organisaatiotason toimenpiteillä pyritään muuttamaan organisaation rakennetta ja/tai vaikuttamaan fyysisiin ja työympäristöön liittyviin tekijöihin. Niiden tarkoituksena on vähentää työn organisointiin liittyviä haittoja. ”Työn vaatimukset – työn hallinta – sosiaalinen tuki” -malliin perustuvissa toimenpiteissä keskitytään järjestelemään organisaatiota uudelleen niin, että työntekijät saavat enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä ja käyttää siinä kykyjään (Luceño ja Martín, 2008). Stressitekijöitä voidaan seurata psykososiaalisen riskianalyysin avulla. Analyysi osoittaa, mitä organisaation osatekijöitä (työtehtävien, työryhmän tai koko organisaation tasolla) on tärkeää parantaa.

Organisaatiotason toimenpiteisiin kuuluvat esimerkiksi seuraavat:

- psykologiset vaatimukset: työmäärän ja työn henkisten vaatimusten kohtuullistaminen, aikapaineen vähentäminen;
- työn hallinta tai mahdollisuus vaikuttaa työhön: taitojen käytön ja uusien taitojen oppimisen parantaminen työssä, työn hallinnan parantaminen, päätöksentekoon osallistumisen lisääminen;
- sosiaalinen tuki: sosiaalisen tuen parantaminen työntekijöiden kesken ja työntekijöiden ja esimiesten välillä;
- työn ja yksityiselämän tasapaino: joustavan työajan käyttöönotto, lastenhoitomahdollisuuksien tarjoaminen työssä, opintovapaiden ja sapattivapaiden myöntäminen, työntekijöiden mahdollisuus suunnitella ja toteuttaa työnkiertoa siirtyäkseen itsenäisesti työtehtävästä toiseen.

Terveydenhoitoalalla toteutettavia organisaatiotason toimenpiteitä ovat esimerkiksi seuraavat (EU-OSHA, 2002):

- työntekijämäärän lisääminen ruuhka-aikoina; näin voidaan vähentää työkuormaa, parantaa vuoronvaihtojen organisointia ja varautua paremmin poissaoloihin ja ennakoimattomiin tilanteisiin;
- työtehtävien ja vastualueiden täsmällinen määrittely (esimerkiksi avustavan hoitohenkilöstön käyttö, avustaminen lääkkeiden annostelussa sekä apu- ja varahenkilöstön käyttö hoidon antamisessa);
- toimintaohjeiden laatiminen tilanteisiin, jotka työntekijöiden mielestä voivat aiheuttaa terveys- ja turvallisuusriskejä;



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

- joidenkin työntekijäryhmien harkintavallan lisääminen tietyissä työtehtävissä vastaavan osaston ohjeistuksen mukaan, jotta lisätään työntekijöiden itseohjautuvuutta ja mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon;
- osallistumismahdollisuuksien edistäminen järjestämällä kokouksia, joissa työntekijät voivat esittää ehdotuksiaan, näkemyksiään ja mielipiteitään.

3.3.2. Yksilön ja organisaation rajapintaan kohdistuvat toimenpiteet

Näillä toimenpiteillä pyritään parantamaan työntekijöiden stressinsietokykyä. Työnantajan olisi panostettava toimenpiteisiin, joissa työntekijöiden sopeutumiskykyä lisätään esimerkiksi koulutuksen avulla.

Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine ym., 2009):

- työntekijöiden ja esimiesten välisten suhteiden parantaminen;
- tukiryhmien perustaminen;
- työympäristöön sopeutumisen parantaminen;
- roolien selkeyttäminen;
- osallistumisen ja itseohjautuvuuden lisääminen;
- työntekijöiden itsetuntoa, itsekunnioitusta ja työyhteisöön kuulumisen tunnetta parantava koulutus;
- Mindfulness-menetelmään perustuva stressin vähentämisen ohjelma: ohjelma koostuu koulutuksesta, jolla parannetaan vuorovaikutustaitoja, opetellaan käsittelemään stressin oireita ja kokemaan myötätuntoa itseä kohtaan;
- käytännön työtaitojen parantamiseen tähtäävä koulutus stressin vähentämiseksi sekä hoitaja-potilassuhteen ja potilaiden käsittelyn parantamiseksi;
- opetteleminen käsittelemään työssä koettuja tilanteita, kuten kuoleman, kivun ja saattohoidossa olevien potilaiden kohtaamista.

3.3.3. Yksilötason toimenpiteet

Yksilötason toimenpiteissä keskitytään tavallisesti jo oirehtivien työntekijöiden stressin vähentämiseen. Niiden tavoitteena on parantaa yksilön kykyä lievittää stressiä esimerkiksi rentoutusmenetelmien avulla (EU-OSHA, 2002). Toimenpiteet antavat työntekijöille paremmat valmiudet käsitellä stressin oireita. Stressin vahingollisia seurauksia voidaan vähentää antamalla työntekijöille asianmukaista tukea. Seuraavassa on joitakin esimerkkejä:

- terapeutti hieronta;
- sopeutumisstrategioiden oppiminen;
- kognitiivis-behavioraalinen koulutus;
- stressinhallinnan koulutus;
- neuvonta.

3.4. Väkivallan ja häirinnän ehkäiseminen terveydenhoitoalalla

Stressin ohella terveydenhoitoalan yleisiä ongelmia ovat väkivalta ja häirintä, jotka voivat vaikuttaa haitallisesti työterveyteen. Väkivallan ja aggressioiden torjumiseksi terveydenhoitoalalla voidaan toteuttaa toimenpiteitä samoilla tasoilla kuin stressin ehkäisemiseksi.

Organisaatiotasolla voidaan toteuttaa seuraavia toimenpiteitä (ILO, 2002; NAO, 2003; United



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

States Department of Labor, 2004):

- ihmiskeskeisen työpaikkakulttuurin kehittäminen ja selkeän toimintalinjaohjeen antaminen siitä, että hoitohenkilöstöön kohdistuvaa väkivaltaa tai aggressioita ei suvaita; tämä toimintalinja olisi tehtävä selväksi kaikille osapuolille eli potilaille, työntekijöille ja esimiehille;
- johdon sitoutuminen väkivallan ja aggressioiden estämiseen;
- selkeä tiedottaminen ja viestintä;
- työpaikkaväkivaltaa, aggressioita ja häirintää koskevien riskinarviointien laatiminen;
- ympäristön hallinta: turvallisuuden varmistaminen käyttämällä tehokasta teknologiaa ja menettelyjä (esim. hälytysjärjestelmät, riittävän etäisyyden luominen asiakkaiden/potilaiden ja työntekijöiden välille esimerkiksi käyttämällä leveää palvelutiskiä);
- tiedottaminen tarvittavista varoitoimista, tiettyihin potilaisiin liittyvästä kasvaneesta riskistä jne.

Yksilön ja organisaation rajapinnassa voidaan ryhtyä seuraaviin toimiin (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- väkivalta- ja aggressiotapauksista ilmoittaminen;
- henkilöstön ennakoiva kouluttaminen tosiasiallisten tai mahdollisten uhkien tunnistamisessa työpaikalla; henkilöstön kouluttaminen toimimaan oikein väkivaltatilanteissa.

Yksilötason toimenpiteitä ovat seuraavat (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004; Arnetz ja Arnetz, 2000):

- avustaminen ja tuki;
- neuvonta;
- valitusmenettelyt;
- palautteen antaminen;
- väkivallan uhriksi joutuneiden työntekijöiden kuntoutus.

3.5. Hyvät käytännöt

Monissa organisaatioissa on käynnissä kattavia mielenterveyden edistämistoimenpiteitä, mutta ne eivät useinkaan huomaa kiinnittää tasapuolisesti huomiota kaikkien kolmen tason toimenpiteisiin (Cox ym., 2000; Kompier ym., 1998). Ohjelmissa painotetaan enimmäkseen yksilön ja organisaation rajapinnassa ja yksilötasolla toteutettaviin toimenpiteisiin. Ennalta ehkäisevät toimenpiteet työpaikan stressitekijöiden vähentämiseksi jäävät siten monesti vähemmälle huomiolle.

Hyvän mielenterveyden edistämishjelman toteuttamiseksi organisaatioiden olisi noudatettava kokonaisvaltaista lähestymistapaa toteuttamalla toimenpiteitä kaikilla kolmella tasolla. Koska stressi muodostuu monista eri tekijöistä (esim. henkilöstöongelmien, työkuormituksen, työn huonon organisoinnin ja fyysisten työolojen yhteisvaikutuksesta), kaikkiin näihin syihin on puututtava samanaikaisesti, jotta toimenpide olisi tehokas (EU-OSHA, 2002). Työnantajien ja työntekijöiden on erittäin tärkeää toimia yhteistyössä tässä prosessissa (Keleher & Armstrong, 2005).

Seuraavassa esitetään kaksi käytännön esimerkkiä organisaatiotason toimenpiteistä. Esimerkit painottuvat ennalta ehkäiseviin toimenpiteisiin, koska niillä voidaan puuttua ongelman ytimeen. Edellä olevissa kappaleissa esitettiin jo joitakin esimerkkejä organisaation ja yksilön rajapinnassa ja yksilötasolla toteutettavista toimenpiteistä.



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

Laatikossa 1 esitetään hyvän käytännön esimerkki siitä, kuinka terveydenhoitoalan organisaatiot voivat ehkäistä psykososiaalisia riskejä ja niiden työterveysvaikutuksia ja vastata työntekijöiden tarpeeseen osallistua päätöksentekoon. Laatikossa 2 esitetystä hyvän käytännön esimerkissä käsitellään terveydenhoitohenkilöstöön kohdistuvan väkivallan ehkäisemistä.

Laatikko 1. Hoitohenkilöstön tukiohjelma (Jané-Llopis ym., 2005)

Taustaa

Hoitohenkilöstön tukiohjelman (Caregiver Support Programme) tavoitteena on lisätä hoitohenkilöstön saamaa sosiaalista tukea ja mahdollisuuksia osallistua työhön liittyvään päätöksentekoon hoitolaitoksissa (mielenterveysalalla). Ohjelma lisää tehokkaasti hoitotiimien sosiaalisesti tukevaa ryhmäkäyttämistä ja kykyä soveltaa erilaisia ongelmanratkaisutekniikoita.

Ohjelma

- kuusi koulutusistuntoa (4–5 tuntia);
- osallistujat: 10 hoitolaitosten johtajaa ja 10 hoitohenkilöstön jäsentä;
- tavoitteet:
 - oppia ymmärtämään paremmin ja laajentamaan sellaisia organisaation sisäisiä verkostoja, joista voi olla apua ja tukea;
 - lisätä työntekijöiden osallistumista;
 - kehittää ja johtaa koulutustoimintaa;
 - oppia keinoja uusien taitojen ylläpitämiseksi.

Ohjelman arviointi

- ohjelma lisäsi tukea antavan palautteen antamista työssä;
- ohjelma vahvisti osallistujien luottamusta omaan kykyynsä käsitellä ristiriitoja ja ylikuormitusta työssä;
- ohjelma paransi ryhmähenkeä, mielenterveyttä ja työtyytyväisyyttä.

Laatikko 2. Terveystoimintalaitoksen henkilöstöön kohdistuvan väkivallan hallinta (EU-OSHA, 2002)

Ongelma

Irlannissa Mid-Westernin alueella ilmoitettiin vuonna 2000 yhteensä 12:sta sairaalahenkilöstöön kohdistuneesta väkivalta- ja häiritätapauksesta. Vuonna 2001 tapausten lukumäärä oli kasvanut 64:ään. Henkilöstö kertoi kokevansa stressiä, turhautumista, pelkoa ja turvattomuutta työssä.

Ratkaisu

Sairaaloiden työterveys- ja työturvallisuusvastaava ja riskinhallintaosasto päättivät yhdessä perustaa rakenteen, jolla puututtaisiin järjestelmällisesti työpaikalla esiintyvään väkivaltaan. Rakenteen kehittämisvaiheet olivat seuraavat:

- uusien käytäntöjen laatiminen tapausten ilmoittamista varten ja avoimen ilmoittamiskäytännön edistäminen;
- kattavan toimintakehyksen ja ohjelman kehittäminen väkivallan ja aggressioiden hallintaan;
- aggressioiden ja väkivallan käsitteleminen samalla tavalla kuin muitakin työturvallisuusriskejä; aggressioiden ja väkivallan riskit on tunnistettava ja arvioitava, ja niiden hallitsemiseksi on toteutettava toimenpiteitä, jotka on arvioitava; näiden vaatimusten täyttämiseksi kehitettiin riskinarviointimenetelmä;



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

- erityiskoulutus, joka antaa henkilöstölle valmiudet käsitellä aggressiivisia ja väkivaltaisia tilanteita ja puuttua niihin (käyttäytymishäiriöisten asiakkaiden varalta); tavoitteena oli kouluttaa henkilöstö eliminoimaan työntekijöiden tai asiakkaiden loukkaantumisen riski.

Käytännön esimerkkejä

Ensiapupoliklinikan monitieteinen työryhmä laati yhteistyössä terveys- ja turvallisuusalan konsulttien kanssa laajan riskinarvioinnin. Arvioinnissa havaittiin useita merkittäviä riskejä, joiden pohjalta toteutettiin seuraavat toimet:

- "väkivallattoman kriisinhallinnan" koulutusohjelma;
- turvahenkilöstön lisääminen;
- osaston väkivallattomasta toimintalinjasta tiedottaminen;
- turvahälyttimien ja hätähälytysjärjestelmien käyttöönotto;
- työyhteyden tiivistäminen Gardain (poliisi) kanssa; poliisista nimettiin yhdyshenkilö tekemään tiivistä yhteistyötä sairaalahenkilöstön kanssa;
- kolmen väkivallantekijän syytteen esittäminen ja tuomitseminen;
- osaston työergonomian parantaminen riskitilanteiden ehkäisemiseksi ja turvallisten työkäytäntöjen edistämiseksi.

4. Lisätietoja

Verkkosivut:

Euroopan työturvallisuus- ja työterveysvirasto:

<http://osha.europa.eu/en/topics/stress>

<http://osha.europa.eu/en/topics/whp>

http://osha.europa.eu/en/sub/sme/products/stress_at_work/index.htm

Euroopan työ- ja elinolojen kehittämissäätiö:

<http://www.eurofound.europa.eu/areas/index.htm>

Euroopan komissio:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/index_en.htm

Euroopan työterveyshuoltoverkosto (ENWHP):

<http://www.enwhp.org/index.php?id=4>

ProMenPol:

<http://www.mentalhealthpromotion.net/>

Maailman terveysjärjestö (WHO):

http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Kansainvälinen työjärjestö (ILO):

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health.htm>

Health and Safety Executive (HSE, Yhdistynyt kuningaskunta):

<http://www.hse.gov.uk/healthservices/stress.htm>

National Institute for Research and Security (INRS, Ranska):

<http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

Hankkeet:

Euroopan työterveyshuoltoverkosto (ENWHP): Move II -hanke ”Mielenterveys työpaikoilla”:
<http://www.enwhp.org/index.php?id=606>

European Mental Health Implementation Project (mielenterveyden edistämistä koskeva EU:n hanke):
<http://mentalhealth.epha.org/index.html>

5. Lähteet

Arnetz, J., & Arnetz, B., 'Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers', *Journal of Advanced Nursing*, Vol 31, No 3, 2000, pp. 668-680.

Barry, M. & McQueen, D., 'The Nature of Evidence and its Use in Mental Health Promotion.' In H. Herrman, S. Saxena & R. Moodie (Eds.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (pp. 108-118). Geneva: World Health Organization, 2005.

Burke, R.J. & Richardsen, A.M., 'Organizational-level interventions designed to reduce occupational stressors.' In P. Dewe, M. Leiter & T. Cox (Eds.), *Coping, Health and Organizations* (pp. 191-210). London: Taylor & Francis, 2000.

Cicala, R.S., 'Substance abuse among physicians: what you need to know.' *Hospital Physician*, July, 2003, pp. 39-46.

Cox, T. & Griffiths, A., 'Assessment of psychosocial hazards at work.' In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, 1996.

Cox, T., Griffith, A. & Rial-Gonzalez, E., '*Research on Work-related Stress*', EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, 2000, pp. 1-167. Available at:
<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>

EU high-level conference 'Together for Mental Health and Well-being', Brussels, 13 June 2008. European Pact for Mental Health and Well-being. Retrieved 22 September 2009, from
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice*, 2002. Available at:
<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/104/view>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *E-facts 18: risk assessment in health care*, 2007a. Available at:
<http://osha.europa.eu/fop/bulgaria/en/publications/folder.2007-09-21.2042895509/efact18-en.pdf>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Factsheet 74: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH)*, 2007b. Available at:
<http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/74>



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Living and working in Europe*, 2008, pp. 1- 28. Available at:

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/90/en/1/EF0890EN.pdf>

European Mental Health Implementation Project (EMIP). 'Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Strategies in EU Member States and Applicant Countries', 2006. Retrieved 22 September 2009, from: <http://mentalhealth.epha.org/publications.html>

Hilton, M., 'Assessing the financial return on investment of good management strategies and the WORC project', WORC Project paper, 2005. Available at:

[http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper\(2005\).pdf](http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper(2005).pdf)

International Labour Organization (2005). The SOLVE approach to addressing psychosocial problems at work. Retrieved 22 September 2009, from: http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang-en/WCMS_081593/index.htm

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International, *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, International Labour Office, Geneva, 2002. Available at:

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>

Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. & Patel, V., 'Mental health promotion works: a review', *Promotion & Education*, Vol 2, 2005, pp. 9-25.

Jettinghoff, K. & Houtman, I., *A sector perspective on working conditions*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, pp. 1- 30. Available at:

<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0814.htm>

Johnson, J.V. & Hall, B.M., 'Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population', *American Journal of Public Health*, Vol 78, No 10, 1988, pp. 1338-1342.

Karasek, R.A., 'Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign', *Administrative Science Quarterly*, Vol 24, 1979, pp. 285-308.

Karasek, R.A. & Theorell, T., *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York, 1990.

Keleher, H. & Armstrong, R., 'Evidence-based mental health promotion resource' Report for the Department of Human Services and VicHealth, Public Health Group, Melbourne, 2005, pp. 1-130.

Kompier, M., Geurts, S., Grundemann, R., Vink, P. & Mulders, P., 'Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach' *Stress Medicine*, Vol 14, 1998, pp. 155-168.

Luceño, L. & Martín, J., *Decore. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales*, Tea Ediciones, Madrid, 2008. p. 17.

Marine, A., Ruotsalainen, J.H., Serra, C. & Verbeek, J.H., 'Preventing occupational stress in healthcare workers (Review)', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Vol 1.

McNeely, E., 'The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up' *Nursing Outlook*, Vol 53, 2005, pp. 291-9.



Mielenterveyden edistäminen terveydenhoitoalalla

Munn-Giddings, C., Hart, C. & Ramon, S., 'A participatory approach to the promotion of well-being in the workplace: lessons from empirical research' *International review of psychiatry*, Vol 17, No 5, 2005, pp 409-417.

National Audit Office. 'A Safer Place to Work. Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression', 2003. Available at:
http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting_nhs_staff.aspx

Northwestern National Life, *Employee Burnout: America's Newest Epidemic*, Northwestern National Life Insurance Co., USA, 1991.

Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. *Fourth European working conditions survey*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007. Available at:
<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm>

Pedersen, K., 'Violence at the workplace. Danish Experiences with the Prevention of Violence in the Social and Health Care Sector', Social Development Centre SUS, Copenhagen, 2007.

Pollett, H., 'Mental health promotion: a literature review.' Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. June 18th 2007.

SCMH, 'Policy Paper 8: Mental Health at Work: Developing the business case', London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L., 'Substance use among nurses: differences between specialties' *American Journal of Public Health*, Vol 88, 1998, pp. 581-588.

United States Department of Labor (2004). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. Retrieved 22 September 2009, from:
<http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>

Wang, P., Simon, G., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E., McCulloch, J., Petukhova, M. & Kessler, R., 'Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes', *Journal of the American Medical Association*, Vol 298, No 12, 2007, pp. 1401-1411.

World Health Organization, 'Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options', 2004, pp. 1-67. Available at:
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

World Health Organization (2009). Mental health. Retrieved 22 September 2009, from:
http://www.who.int/topics/mental_health/en/