

TARJA HEPONIEMI | TIMO SINERVO | MARKO ELOVAINIO

Työn epävarmuus ja hyvinvointi

Psykososiaalisten ja yksilöllisten resurssien vaikutukset
sairaanhoitajien ja lääkäreiden pätkätöissä



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

RAPORTTI
65 | 2011



Tutkimus on toteutettu Työsuojelurahaston rahoituksella

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Paino: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 65/2011

ISBN 978-952-245-556-7

ISSN 1798-0070

ISBN 978-952-245-557-4

ISSN 1798-0089

Tiivistelmä

Tässä loppuraportissa esitetään THL:n johtaman ”Työn epävarmuus ja hyvinvointi: Psykososiaalisten ja yksilöllisten resurssien vaikutukset sairaanhoitajien ja lääkäreiden pätkätöissä” -hankkeen tulokset. Hanketta rahoitti keskeisesti Työsuojelurahasto ja sen toteuttamiseen osallistuivat myös Suomen lääkäriliitto, Suomen sairaanhoitajaliitto ja Työterveyslaitos.

Tutkimus hyödynsi useita eri hoitohenkilökunnalle suunnattuja kyselyaineistoja, kuten Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys kohorttiaineistoa (sisältäen 2841 lääkäriä ja 2152 sairaanhoitajaa), Kunta-10 -aineistoa, vanhustenhuollon KILPA-aineistoa ja anestesioologi-aineistoa.

Tulostemme perusteella näyttäisi siltä, että erityisesti vakituisella työsopimuksella olevalla hoitohenkilökunnalla on vaikeuksia työn kuormituksen kanssa ja he kokevat enemmän työn stressitekijöitä ja työskentelevät todennäköisemmin sairaana kuin määräaikaiset. Toisaalta, määräaikaiset kokevat omaavansa vähemmän vaikutusmahdollisuuksia työhönsä ja kokevat myös organisaationsa epäoikeudenmukaisemmaksi kuin vakituiset työntekijät. Yli 35-vuotiaat määräaikaiset työntekijät tupakoivat ja joivat samanikäisiä vakinaisia työntekijöitä enemmän alkoholia.

Tuloksemme painottavat työn psykososiaalisten resurssien merkitystä hoitohenkilökunnan hyvinvoinnille ja asenteille. Organisaation oikeudenmukainen johtaminen ja päätöksenteko sekä mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä olivat suoraan yhteydessä henkilökunnan hyvinvointiin. Nämä samat tekijät pystyivät myös vähentämään määräaikaisuuden, vuorotyön ja päivystysrasituksen monia kielteisiä vaikutuksia. Varsinkin organisaation oikeudenmukaisuuden tärkeys nousi esiin tutkimuksessamme. Työorganisaationsa epäoikeudenmukaisemmaksi kokeneet työntekijät raportoivat potilaiden olevan kuormittavampia ja työn ja perheen yhteensovittamisen olevan vaikeampaa kuin vakinaiset työntekijät. Vastaavasti vuorotyötä tekevät sitoutuivat työhönsä heikommin ja kokivat enemmän stressiä, jos he kokivat organisaation epäoikeudenmukaisena. Kun organisaatio koettiin oikeudenmukaiseksi, ei vuorotyötä tekevien ja päivävuorolaisten välillä ollut eroja. Samalla tavoin oikeudenmukaisuus suojaasi anestesia-lääkäreitä päivystysrasitukselta.

Tulostemme perusteella terveydenhuollon suurta määräaikaisten työsuhteiden käyttöä tulisi pyrkiä vähentämään. Määräaikainen henkilöstö kokee, että he eivät ole täysivaltaisia työyhteisön jäseniä. Tämä näkyy mm. siinä, että he kokevat organisaation epäoikeudenmukaisemmaksi. Tiedetään myös, että suuri määrä määräaikaista ja vaihtuvaa henkilöstöä kuormittaa määrällisesti erityisesti samassa työpaikassa tai työyksikössä työskenteleviä vakituisia työntekijöitä. Määräaikaiset työntekijät taas näyttävät tämän tutkimuksen mukaan joutuvan työskentelemään usein laadullisesti kuormittavissa tehtävissä. Tämä tarkoittaa sitä, että määräaikaisilla mahdollisuus vaikuttaa omiin työtehtäviin ja työjärjestelyihin sekä mahdollisuus tulla kuulluksi ja kokea työyhteisön toiminta oikeudenmukaiseksi, ovat usein vähäiset. Niissä tehtävissä ja työyhteisöissä, joissa määräaikaisten työntekijöiden käyttäminen on välttämätöntä, terveydenhuollon organisaatioiden tulisikin parantaa työpaikkansa psykososiaalista profiilia ja lisätä johtamisen ja päätöksenteon oikeudenmukaisuutta. Nämä tekijät ovat paitsi suoraan yhteydessä kaikkien työyhteisön jäsenten hyvinvointiin ja jaksamiseen, ne voivat myös osaltaan vähentää epätyyppillisen työn kielteisiä vaikutuksia. Erityisen tärkeää tämä on tulostemme perusteella julkisella sektorilla terveyskeskuksissa ja sairaaloissa.

Sammandrag

Slutrapporten presenterar resultaten av projektet ”Työn epävarmuus ja hyvinvointi: Psykososiaalisten ja yksilöllisten resurssien vaikutukset sairaanhoitajien ja lääkäreiden pätkätyössä” [Osäker arbetsplats och välmående: Påverkan av psykosociala och individuella resurser i sjuksköternas och läkarnas korttidsanställningar”. Projektets viktigaste finansiär var Arbetarskyddsfonden, och i genomförandet deltog även Finlands Läkarförbund, Finlands sjukskötarförbund och Arbetshälsoinstitutet.

I studien utnyttjades resultaten av ett flertal olika enkätundersökningar som gjorts bland vårdpersonalen, till exempel kohortmaterialet för studien ”Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys” [Läkarnas och sjuksköternas välbefinnande och hälsa] (som omfattar 2 841 läkare och 2 152 sjukskötare), Kommun 10-materialet, KILPA-materialet inom äldreomsorgen samt data om anestesiologer.

Våra resultat tyder på att särskilt den del av personalen som har ordinarie arbetsavtal har svårigheter med arbetsbelastningen och att de upplever fler stressfaktorer i arbetet och arbetar mer sannolikt än visstidsanställda också när de är sjuka. Å andra sidan upplever visstidsanställda att de har mindre möjligheter att påverka sitt arbete. De upplever också mer orättvisa i sin organisation än ordinarie anställda. Över 35-åriga visstidsanställda arbetstagare röker mer och dricker mer alkohol än ordinarie anställda i samma ålder.

Våra resultat framhåller den betydelse som psykosociala resurser i arbetet har för vårdpersonalens välbefinnande och attityder. Ett rättvist ledarskap och beslutsfattande i organisationen samt möjligheter att påverka det egna arbetet hade ett direkt samband med personalens välbefinnande. Samma faktorer minskade också de många negativa effekterna som orsakades av anställningsförhållandets tidsbestämda art, skiftarbete och jourbelastning. Särskilt en rättvis organisation visade sig ha stor betydelse enligt våra resultat. Arbetstagare som upplevde sin arbetsorganisation vara orättvis rapporterade patienterna vara mer belastande och uppgav det också vara svårare att kombinera arbete och familj än de ordinarie arbetstagarna. På motsvarande sätt var de som hade skiftarbete mindre engagerade i sitt arbete och kände större stress om de upplevde sin arbetsorganisation vara orättvis. När organisationen upplevdes vara rättvis förekom det inga skillnader mellan dem som arbetade i skift och dem som hade dagarbete. På samma sätt skyddade rättvisa anestesiläkarna mot jourbelastning.

Enligt våra resultat bör man sträva efter att minska det stora antalet tidsbestämda anställningsförhållanden inom hälso- och sjukvården. Den visstidsanställda personalen upplever att de inte är fullvärdiga medlemmar av arbetsgemenskapen. Detta tar sig uttryck bl.a. i att de oftare upplever organisationen vara orättvis. Man vet också att ett stort utbyte av personal och ett stort antal visstidsanställda innebär en större belastning för de ordinarie anställda som arbetar på samma arbetsplats eller i samma arbetsenhet. Visstidsanställda tycks däremot enligt denna studie ofta hamna i kvalitativt belastande arbetsuppgifter. Detta innebär att visstidsanställda personer ofta har ringa möjligheter att påverka sina egna arbetsuppgifter och arbetsarrangemang, liksom även att bli hörda och uppleva rättvishet i arbetsgemenskapen. I de uppgifter och arbetsgemenskaper där det är nödvändigt att anlita visstidsanställda bör hälso- och sjukvårdens organisationer förbättra den psykosociala profilen på arbetsplatsen och öka rättvisan i ledarskap och beslutsfattande. Förutom att dessa faktorer har ett direkt samband med allas välbefinnande och förmåga att orka arbeta, kan de också för sin del minska negativa effekter av atypiskt arbete. Enligt våra resultat är det speciellt viktigt inom den offentliga sektorn på hälsovårdscentraler och sjukhus.

Abstract

This study report presents the results of the “Uncertain work and wellbeing: Psychosocial and individual resources and untypical work contracts among physicians and nurses in Finland” -project managed by THL. Project was supported by the Finnish Work Environment Fund, Finnish Medical Association, Finnish Nurses Association, and Finnish Institute of Occupational Health co-operated in the project.

Project used many different databases conducted among health care employees such as the Health Professionals Study (which includes 2841 physicians and 2152 registered nurses), the Finnish Public Sector Study, Elderly cares KILPA-dataset, and anesthesiologist dataset.

According to our results it seems that especially those health care employees who work with permanent employment contracts have difficulties with work strain and they experience more work-related stress and more likely work while ill compared to those with fixed-term employment contracts. Fixed-term employees, on the other hand, experience lower levels of job control and organizational justice than permanent employees. Over 35-years-old fixed-term employees also smoked more and consumed more alcohol than their permanent counterparts.

Our results highlight the importance of psychosocial resources for the well-being of health care employees. Fair management and procedures as well as opportunities to control ones job were directly related to employees' well-being. In addition, they were able to mitigate many negative ramifications resulting from fixed-term employment, shift work, and on-call burden. Especially the importance of organizational justice emerged from our results. When organization was experienced as unfair fixed-term employees experienced more patient-related stress and work interference with family compared to permanent employees. Similarly, shift workers were less committed to the organization and experienced more stress if they experienced organization as unfair, whereas when organization was experienced as fair there were no differences between shift workers and day workers. Moreover, organizational justice mitigated on-call strain among anesthesiologists.

Health care organizations should decrease the use of fixed-term contracts, because it predisposes permanent employees to increased work strain and, on the other hand, fixed-term employees to poorer working conditions and feelings of inequality. Health care organizations should try to improve their psychosocial profile and increase the justice of the management and procedures, which could in turn help to mitigate the negative effects of shift work and on-call. Especially important this seems to be in public health care and hospitals.

Sisällys

Tiivistelmä	3
Sammandrag	4
Abstract	5
Johdanto	8
Taustaa	8
Määräaikaiset työsuhteet ja työn epävarmuus	8
Vuorotyö	9
Psykososiaaliset resurssit	10
Tutkimuksen tarkoitus.....	11
Aineisto	11
Tulokset	12
Objektiivisen epävarmuuden eli työsuhteen määräaikaisuuden vaikutukset	12
Subjekttiivisen eli koetun epävarmuuden vaikutukset	14
Epävarmuus ja määräaikaisuus eri toimipaikoissa	14
Psykososiaaliset resurssit välittävinä tekijöinä	15
Psykososiaaliset resurssit suojaavina tekijöinä	16
Lyhyen oikeudenmukaisuusmittarin kehittäminen.....	18
Päätelmät.....	22
Lähteet	24
Lista alkuperäisjulkaisuista.....	26
Lista kongressiabstrakteista	26

Johdanto

Tässä loppuraportissa esitellään THL:n johtaman ” Työn epävarmuus ja hyvinvointi: Psykososiaalisten ja yksilöllisten resurssien vaikutukset sairaanhoitajien ja lääkäreiden pätkätöissä” -hankkeen keskeiset tulokset, jotka on alun perin julkaistu tieteellisinä artikkeleina ja kongressiesitelminä (luettelo artikkeleista ja julkaisuista raportin lopussa). Hanketta rahoitti keskeisesti Työsuojelurahasto ja sen toteuttamiseen osallistuvat myös Suomen lääkäriliitto, Suomen sairaanhoitajaliitto ja Työterveyslaitos.

Taustaa

Määräaikaiset työsuhteet ja työn epävarmuus

Määräaikaisten työ sopimusten käyttö on lisääntynyt viimeaikoina varsinkin Euroopassa (European Commission, 2007) ja esimerkiksi Suomessa 16 prosenttia työtä tekevästä työskenteli vuonna 2006 määräaikaisella työ sopimuksella (European Commission, 2007). Joidenkin arvioiden mukaan suurin osa viimeisten vuosien aikana syntyneistä uusista työpaikoista on epätyypillisiä eli määräaikaisia, osa-aikaisia tai vuokratyötä. Etenkin terveydenhuollossa määräaikaisten työ sopimusten käyttö on yleistä, sillä esimerkiksi vuonna 2007 useammalla kuin joka viidennellä kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijällä sopimus oli määräaikainen (Stakes, 2009). Lääkäriliiton vuosittain toteuttaman Lääkärikyselyn mukaan vuoden 2006 maaliskuussa joka kolmas työssä olevista lääkäreistä oli määräaikaisessa työsuhteessa (Suomen Lääkäriliitto, 2006). Määräaikaisten työsuhteiden yleisyys vaihtelee työskentelysektoreittain. Selvästi yleisimpiä määräaikaiset työsuhteet ovat opetus- ja tutkimustehtävissä toimivilla lääkäreillä. Heistä yli 60 prosentilla työsuhde on solmittu määräajaksi. Tähän ryhmään kuuluvat muun muassa yliopistojen ja tutkimuslaitosten projektitutkijat ja osa professoreista. Myös sairaaloiden lääkäreiden työsuhteista reilu kolmannes on määräaikaisia. Suuri osuus johtuu siitä, että suurin osa erikoistumiskoulutukseen kuuluvasta lääkärin työstä suoritetaan sairaalassa, ja erikoistuvien lääkäreiden työsuhteet solmitaan määräaikaisiksi koulutukseen kuuluvien osioiden mukaisesti.

Useimmat työmarkkinateoriat, kuten Sisäiset työmarkkinat -teoria (Internal Labour Market Theory; Doeringer & Piore, 1971) ja Inhimillisen pääoman -teoria (Human Capital Theory; Becker, 1993), lähtevät siitä oletuksesta, että määräaikaiset työntekijät ovat lähes automaattisesti vakituisia työntekijöitä epäedullisemmässä asemassa. Teorioiden mukaan työmarkkinat voidaan jaotella kahteen erilliseen luokkaan, jotka ovat ensisijainen/sisäinen työmarkkina ja toissijainen/ulkopuolinen työmarkkina. Ensisijaisilla markkinoilla työskentelevät työntekijät työskentelevät toistaiseksi voimassa olevilla sopimuksilla, hyvissä työolosuhteissa ja heillä on hyvät mahdollisuudet kehittää itseään ja markkina-arvoaan. Määräaikaisilla sopimuksilla työskentelevien voidaan katsoa joutuneen toissijaisille työmarkkinoille ja kuuluvan toissijaisiin työntekijöihin, joiden edut suhteessa panostukseen ovat heikommalla ja joihin työnantajat eivät ole halukkaita sijoittamaan. He oletettavasti työskentelevät heikommassa olosuhteissa, epävarmoissa työsuhteissa ja heikommalla palkalla. Heidän työhön liittyvät etunsa ja koulutusmahdollisuutensa ovat muita heikommalla (Segal & Sullivan, 1997). Tämä kaikki altistaa määräaikaiset työntekijät korkeampaan työkuormitukseen ja työstressiin, joiden pitkään jatkuessaan voi olettaa merkittävän tutkimusnäytönkin perusteella johtavan heikentyneeseen hyvinvointiin (de Witte & Näswall, 2003; Zeytinoglu, Lillevik, Seaton, & Moruz, 2004).

Tulokset koskien määräaikaaisuuden vaikutuksia työntekijöiden hyvinvoinnille ovat kuitenkin osin ristiriitaisia. Työperäiset onnettomuudet (Silverstein, Viikari-Juntura, & Kalat, 2002), työtytymättömyys, väsymys ja selkäkiput (Benavides, Benach, Diez-Roux, & Roman, 2000), psyykinen sairastavuus (Virtanen, Kivimäki ym., 2005) ja työhön sitoutumattomuus (Yeh, Ko, Chang, & Chen, 2007) ovat tutkimusten mukaan yleisempiä määräaikaisilla kuin pysyvillä työntekijöillä. Uudehkoissa laajassa tutkimuskatsauksessa tultiin siihen johtopäätökseen, että määräaikaisilla on vakituisia suurempi psyykinen sairastavuus ja suurempi riski työperäisiin vammoihin (Virtanen, Kivimäki ym., 2005). Toisaalta joissakin tutkimuksissa on myös havaittu, että määräaikaisilla on parempi itsearvioitu terveys ja he ovat työhönsä tyytyväisempiä kuin pysyvät työntekijät (Mauno, Kinnunen, Mäkikangas, & Nätti, 2005; Virtanen, Vahtera, Kivimäki, Pentti, & Ferrie, 2002). Sairauspoissaoloja on havaittu olevan määräaikaisilla vähemmän tai korkeintaan yhtä paljon kuin vakinaisilla työntekijöillä (Benavides ym., 2000; Virtanen, Kivimäki, Elovainio, Vahtera,

& Cooper, 2001; Virtanen, Vahtera, Nakari, Pentti, & Kivimäki, 2004). Tutkittaessa 15 Euroopan Unioniin kuuluvan maan edustavaa otosta kaikista työtä tekevästä havaittiin, että määräaikaiset olivat itse asiassa vähemmän stressaantuneita ja kuormittuneita kuin vakituiset työntekijät, riskisuhteen vaihdella 0.45 ja 0.80 välillä (Benach, Gimeno, & Benavides, 2002). Määräaikaiset taiwanilaishoitajat taas olivat työstään selvästi vakituisia stressaantuneempia ja he olivat myös sitoutuneet työhönsä heikommin kuin vakituiset hoitajat (Yeh ym., 2007). Osin näiden tutkimusten ristiriitaisilta tuntuvat tulokset ovat selittyneet sillä, että määräaikaiset ovat usein pysyvissä työsuhteissa olevia nuorempia, useammin naisia, alemmissa sosioekonomisissa asemissa ja työskentelevät myös hieman eri tehtävissä. Vertailu määräaikaisten ja vakituisten välillä ei siis ole aina suoraviivaista tai edes mahdollista.

Määräaikaiset työntekijät saattavat kokea erilaista kohtelua työpaikoilla ja valikoitua eri tehtäviin ja erilaiset työn stressitekijät saattavat olla määräaikaisten ja vakituisten työntekijöiden erilaisten hyvinvointikehityksien takana. Sairaanhoidajat ja lääkärit ovat ammattiryhmiä, jotka joutuvat työnsä puolesta altistumaan suurelle määrälle työperäistä stressiä (Katso esimerkiksi Albion, Fogarty, & Machin, 2005; Baldwin, 1999; Hardy, Shapiro, & Borrill, 1997; Henry, 2004). Työn stressitekijöistä varsinkin kiire, ryhmätyöongelmat ja ongelmat potilaiden kanssa ovat sairaanhoidajien ja lääkärin työssä yleisiä, ja ne on yhdistetty alhaisempaan työtyytyväisyyteen, heikompaan organisaatioon sitoutumiseen ja korkeisiin työstälähtöaikeisiin (Lepäntalo ym., 2008). Kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöryhmiä ja ammatteja vertailtaessa vuosina 1992, 1999 ja 2005 (Elovainio & Lindström, 1993; Laine ym., 2006; Wickström, Laine, Pentti, Elovainio, & Lindström, 2000) todettiin työn rasisitekkijöiden vaihtelevan varsin paljon eri ammattiryhmien välillä ja sosioekonomisten erojen olevan selvästi havaittavissa. Työn fyysinen raskaus ja erityisesti tuki- ja liikuntaelinongelmat keskittyivät alemman koulutuksen ammatteihin. Työn psyykkiset rasisitekkijät ja psyykkiset ongelmat puolestaan painottuivat ylemmän koulutuksen ammatteihin, kuten lääkäreille ja sairaanhoidajille, ja näissä ammattiryhmissä tilanne oli myös vuosien kuluessa selvästi heikentynyt enemmän kuin alemman koulutuksen ammateissa (Wickström ym., 2000).

Näyttää siltä, että todellinen tai koettu epävarmuus ja monet muut tekijät voivat vaikuttaa siihen, millaiseksi määräaikaisuuden vaikutukset työntekijän hyvinvointiin muodostuvat. Aiemman tutkimuskatsauksen mukaan määräaikaisten työsuhteen terveysriski on riippuvainen määräaikaisten työn epävarmuudesta, kansallisesta työttömyysasteesta ja määräaikaisten työsuhteiden käytön yleisyydestä maassa (Virtanen, Kivimäki ym., 2005). Suomessa määräaikaisten työntekijöillä, jotka kokivat epävarman tilanteensa epätyytyttävänä, oli lähes kaksinkertainen kuolleisuusriski verrattuna vakituisiin työntekijöihin. Niillä määräaikaisten työntekijöillä, jotka olivat määräaikaisten työsuhteissa vastentahtoisesti, oli lähes kolmikertainen kuolleisuusriski verrattuna vakituisiin (Nätti, Kinnunen, Mäkikangas, & Mauno, 2009). Suomalaisten kuntatyöntekijöiden masennuslääkkeiden käyttö lisääntyi määräaikaisten sitä enemmän, mitä epävarmemmassa työsuhteessa he työskentelivät (Virtanen ym., 2008).

Monet stressiteoriat painottavat henkilökohtaisen arvion ja kokemuksen merkitystä stressaavassa tilanteessa (Lazarus & Folkman, 1984). Näiden teorioiden mukaan tilanteella olisi terveysvaikutuksia vain jos tilanne koetaan stressaavaksi ja epäillään omia kykyjä selviytyä tilanteesta. On osoitettu esimerkiksi, että henkilökohtaisella arviolla sosioekonomisesta asemasta olisi suurempi merkitys ihmisen terveyteen kuin varsinaisella objektiivisella sosioekonomisella asemalla (Singh-Manoux, Marmot, & Adler, 2005). Vaikka koettu epävarmuus ja objektiivisesti epävarma työsuhte ovat tietysti voimakkaasti yhteydessä toisiinsa (Virtanen, Kivimäki, Elovainio, Vahtera, & Ferrie, 2003), näyttäisi siltä, että koettu epävarmuus ennustaa esimerkiksi sairaana työskentelyä työsuhteen todellista luonnetta paremmin. Tämä tosin saattaa johtua osin siitä, että osa määräaikaisten työsuhteista on vapaaehtoisia (Bernhard-Oettel, De Cuyper, Berntson, & Isaksson, 2008). Työn koettu epävarmuus sinänsä on yhdistetty heikentyvään terveyteen (Rugulies, Aust, Burr, & Bultmann, 2008) ja psyykkiseen sairastavuuteen (Ferrie, Shipley, Newman, Stansfeld, & Marmot, 2005). Myös työn varmuuteen kohdistuvalla uhalla näyttäisi olevan haitallisia vaikutuksia terveydelle (Ferrie, Shipley, Marmot, Stansfeld, & Smith, 1998). Työn epävarmuus saattaa myös vaikuttaa laajemmin kielteisesti työntekijän elämään, kuten parisuhteeseen (Hughes & Galinsky, 1994). Välittävänä mekanismina on esitetty epävarmuuden aiheuttamaa työuupumusta ja psykosomaattisia oireita (Mauno & Kinnunen, 1999).

Vuorotyö

Vuorotyö näyttää varsin selkeästi aiheuttavan haittaa fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille ja työsuoriutumiseksi (Barton & Folkard, 1991; Berger & Hobbs, 2006; Poissonnet & Veron, 2000). Stressioireilu, työuupumus ja väsymys ovat tutkimusten mukaan olleet lääkäreillä yhteydessä kuormittaviin työvuoroihin ja päivystykseen (Lindfors

ym., 2006). Vuorotyöläisillä näyttäisi olevan myös korkeampi riski esimerkiksi sepelvaltimotaudille (Tenkanen, Sjöblom, Kalimo, Alikoski, & Härmä, 1997), vatsa- ja suolisto-ongelmille (Knutsson & Boggild, 2010) ja metabolistelle oireyhtymälle (Karlsson, Knutsson, & Lindahl, 2001). Myös lisääntymisterveysongelmat kuten esimerkiksi ennenaikaiset syntymät, keskenmenot ja lapsettomuus on yhdistetty yötoihin (Smith-Coggins ym. 1997, Virkkunen ym. 2007, Tenkanen ym. 1998, Kandolin 1993).

Vuorotyö vaikeuttaa myös työn ja perheen yhteensovittamista ja saattaa edelleen haitata ihmissuhteita työn ulkopuolella (Barnett, Gareis, & Brennan, 2008; Grosswald, 2003). Vuorotyötä tekevät lasten vanhemmat kokevat tutkimusten mukaan enemmän masennusoireita. He myös kokevat perheensä toimivan heikommin ja enemmän ongelmia vanhemmuudessaan kuin normaalia viikkotyötä tekevät (Strazdins, Clements, Korda, Broom, & D'Souza, 2006). Vuorotyöhön liittyviä vaikeita nukkumishäiriöitä on havaittu noin kymmenellä prosentilla vuorotyötä tekevästä (Drake, Roehrs, Richardson, Walsh, & Roth, 2004). Vuorotyöläiset myös esimerkiksi tupakoivat yleisemmin ja ovat useammin ylipainoisia (Kivimäki, Kuisma, Virtanen, & Elovainio, 2001). Joidenkin tutkimusten mukaan vuorotyössä sattuu enemmän työtaturmia ja työn tuottavuus näyttäisi olevan vuorotyössä heikompaa (Folkard & Tucker, 2003).

Psykososiaaliset resurssit

Organisaation oikeudenmukainen päätöksenteko ja henkilöstön kohtelu on tärkeä työpaikan voimavara, joka näyttää myös olevan keskeinen työntekijöiden terveyttä suojaava psykososiaalinen tekijä (Elovainio, Kivimäki, & Vahtera, 2002).

Organisaation oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan:

- kokemusta niiden päätöksentekosääntöjen tai päätöksentekoprosessien oikeudenmukaisuudesta joiden perusteella työt, palkkiot, korvaukset, palautteet tai etuisuudet jaetaan (Bies & Moag, 1986; Lind & Tyler, 1988);
- kokemusta siitä, että esimies kohtelee alaisiaan oikeudenmukaisesti.
- työntekijöiden kokemusta työstä saatujen palkkioiden, korvausten, palautteen ja etuisuuksien oikeudenmukaisuudesta.

Organisaation epäoikeudenmukaisuus on yhdistetty työntekijöiden alhaiseen psyykkiseen hyvinvointiin (Tepper, 2001), lisääntyneeseen vaihtuvuuteen, heikompaan työtyytyväisyyteen ja vähäisempään sitoutumiseen (McFarlin & Sweeney, 1992; Simons & Roberson, 2003). Suomalaisissa sairaaloissa on havaittu organisaation epäoikeudenmukaisuuden olevan yhteydessä työntekijöiden psyykkisiin ongelmiin, sairaspöissaoloihin ja alhaiseen itse-arvioitun terveyteen (Elovainio ym., 2002). Organisaation epäoikeudenmukaisuudella on myös todettu olevan yhteyksiä terveydenhuollon henkilöstön sydän- ja verisuonikuolemiin (Elovainio, Leino-Arjas, Vahtera, & Kivimäki, 2006) ja sydämen sykkeen heikentyneeseen säätelyyn (Elovainio, Kivimäki ym., 2006). Suomessa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että myös lääkäreillä työpaikan oikeudenmukaisuus ja työn vaikutusmahdollisuudet ovat tärkeimpiä työhön liittyviä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä hyvinvointiin (Lindfors ym., 2007).

Toinen tärkeä psykososiaalinen voimavara työpaikalla on työntekijän mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä. Huonot vaikutusmahdollisuudet työssä on yhdistetty kokonaiseen joukkoon fyysisiä ja psyykkisiä terveysongelmia, kuten kohonneeseen sydän- ja verisuonitautien riskiin indikaattoreina sydäninfarkti (Malinauskiene, Theorell, Grazuleviciene, Malinauskas, & Azaraviciene, 2004), sydäntauti (Bosma, Stansfeld, & Marmot, 1998) ja korkea verenpaine (Steptoe & Willemsen, 2004). Vähäiset vaikutusmahdollisuudet ovat ennustaneet myös sairauspöissaoloja (Arola, Pitkänen, Nygård, Huhtala, & Manka, 2003) ja heikompaa itse-arvioitua terveyttä (Smith, Frank, Mustard, & Bondy, 2008). Lääkäreillä psyykinen hyvinvointi ei ollut yhteydessä työtuntien määrään tai luonteeseen vaan juuri mahdollisuuteen vaikuttaa työtunteihin ja työpaikan koettuun joustavuuteen (Taylor, Pallant, Crook, & Cameron, 2004). Vaikutusmahdollisuuksien on myös todettu lisäävän hoitajien organisaatioon sitoutumista (Jalonen, Virtanen, Vahtera, Elovainio, & Kivimäki, 2006) ja vähentävän lääkärin työhön liittyvää stressiä (Elovainio & Kivimäki, 1998). Suomalaisilla sairaalassa työskentelevillä lääkäreillä vähäiset vaikutusmahdollisuudet ovat olleet yhteydessä halukkuuteen jäädä aikaisemmin eläkkeelle (Sutinen, Kivimäki, Elovainio, & Forma, 2005). Vaikutusmahdollisuudet voivat siis oletettavasti suojata lääkäreitä useilta terveysongelmilta (Johnson ym., 1995).

Sekä oikeudenmukainen johtaminen että työn vaikutusmahdollisuudet tai itse asiassa niiden puute ovat siis selkeitä riskitekijöitä työntekijöiden hyvinvoinnille ja jopa terveydelle. Oikeudenmukainen johtaminen ja hyvät vaikutusmahdollisuudet ovat kuitenkin tärkeitä myös siksi, että niiden voi olettaa suojaavan muiden rasitustekijöiden, kuten kiireen tai epävarmuuden tai hankalien työaikojen kielteisiltä vaikutuksilta. Oikeudenmukainen johtaminen ja hyvät

vaikutusmahdollisuudet näyttäisivät siis muodostavan työpaikan psykososiaalisen ilmapiirin perustan, joka osin vaikuttaa siihen kuinka muut kuormitustekijät koetaan. Niinpä kiire ei ehkä kuormita niin paljon, jos sen katsotaan jakautuvan tasaisesti tai oikeudenmukaisesti tai jos ihmiset pystyvät kuitenkin vaikuttamaan kiirehuippujen jakoutukseen. Teoreettisen selityksen oikeudenmukaisuuden voimakkaille vaikutuksille tarjosi van den Bos kumppaneineen (van den Bos ym., 1998). He ehdottivat, että oikeudenmukaisuus on tärkeää, koska oikeudenmukaisuusarviot tarjoavat keinon hallita erilaisia ympäristön epävarmuuksia, eli tilanteet jotka herättävät epävarmuutta, hämminkiä ja epäilyksiä toimivat ärsykkeinä käyttäen oikeudenmukaisuusarvioita, kun ihmiset arvioivat, kuinka vakavasta tai haitallisesta tilanteesta on kysymys. Yhtenäiset ja vakaat oikeudenmukaisuuskokemukset joko poistavat epävarmuuden tai ainakin vähentävät epävarmuutta minkä epävarmuus muuten herättäisi.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän hankkeen tarkoituksena oli tutkia epätyypillisten työsuhteiden vaikutuksia kahdessa eri terveydenhuollon keskeisessä ammattiryhmässä. Erityisenä tavoitteena oli tunnistaa mahdollisia työn psykososiaalisia tekijöitä, kuten työn vaikutusmahdollisuudet, hyvä johtaminen ja organisaation oikeudenmukaisuus, jotka saattaisivat lieventää työn epävarmuuden, määräaikaisten työsuhteiden ja vuorotyön kielteisiä vaikutuksia sairaanhoitajien ja lääkärien hyvinvointiin ja kokemuksiin. Oikeudenmukaisuustutkimuksessa on myös ilmennyt tarvetta kehittää luotettava lyhyempi oikeudenmukaisuusmittari ja tämän tutkimuksen tarkoituksena oli myös pyrkiä kehittämään toimiva lyhyempi organisaatiossa koettua oikeudenmukaisuutta kuvaava mittari. Lyhyempi toimiva oikeudenmukaisuusmittari voisi lisätä organisaation oikeudenmukaisuuden käyttöä monissa tutkimuksissa ja täten lisätä tietämystä aiheesta.

Aineisto

Tässä hankkeessa hyödynnettiin useita eri aineistoja:

- Lääkäreiden ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys -kohorttiaineisto: Kyselytutkimusosion aineisto koottiin loppuvuoden 2006 ja alkuvuoden 2007 aikana postikyselynä. Lääkäreiden perusjoukon muodostivat 1943 syntyneet ja sitä nuoremmat, kotimaassa työssä olevat lääkärit (n=15 889). Näistä noin joka kolmannelle satunnaisotannalla valitulle lääkärille lähetettiin kyselylomake (n=5000). Osoitteet poimittiin Lääkäriliiton rekisteristä. Kolmen kyselykierroksen jälkeen vastauksia saatiin 2841 (vastausprosentti 56,8). Tutkimusaineisto on edustava iän, sukupuolen ja päätoimipaikan suhteen. Sairaanhoitajien perusjoukon muodostivat kaikki 1943 syntyneet ja sitä nuoremmat sairaanhoitajiksi joskus valmistuneet joiden tiedot löytyivät Terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (TERHIKKI). Näistä poimittiin 5000 henkilön satunnainen otos. Osoitteet hankittiin Väestörekisterikeskuksesta. Kolmen kyselykierroksen jälkeen vastauksia saatiin 2152 (43 %).
- Kunta-10 aineisto, joka selvittää kunta-alan henkilöstön terveyden ja työelämän muutoksia. Tutkimuksen kohderyhmään kuuluvat kaikki noin 50 000 tutkimukseen osallistuvien kuntien palveluksessa olevaa vakinaista työntekijää ja pitkäaikaista sijaista. Henkilöstöä on seurattu pitemmän aikaa säännöllisin kyselyin. Vuonna 2008 kyselyyn vastasi yli 28 000 henkilöä.
- KILPA-hankkeessa kerätty aineisto 179 ikäihmisten tehostetun palveluasumisen tai vanhainkodin yksiköstä. Näistä 53 oli kunnallisten palvelutaloja, 29 yritysten palvelutaloja, 52 järjestöjen palvelutaloja ja 45 oli vanhainkoteja. Työyksikköjen kaikille 2348 työntekijälle lähetettiin vuonna 2008 henkilöstökysely ja 1545 vastasi kyselyyn (vastausprosentti 66 %).
- Anestesiologia-lääkäri aineisto, jonka kyselyt oli lähetetty vuonna 2004 kaikille Suomessa toimiville 550 anestesiologille, joista 328 (60 %) vastasi kyselyyn.
- Kolmen italialaisen yliopiston aineisto sairaanhoitajaoppilaista (Catholic University of Rome, La Sapienza University of Civitavecchia, Poliambulanza of Brescia). Luennon lopussa kerättiin kyselyaineisto ja 346 opiskelijaa 349:sta suostui osallistumaan.

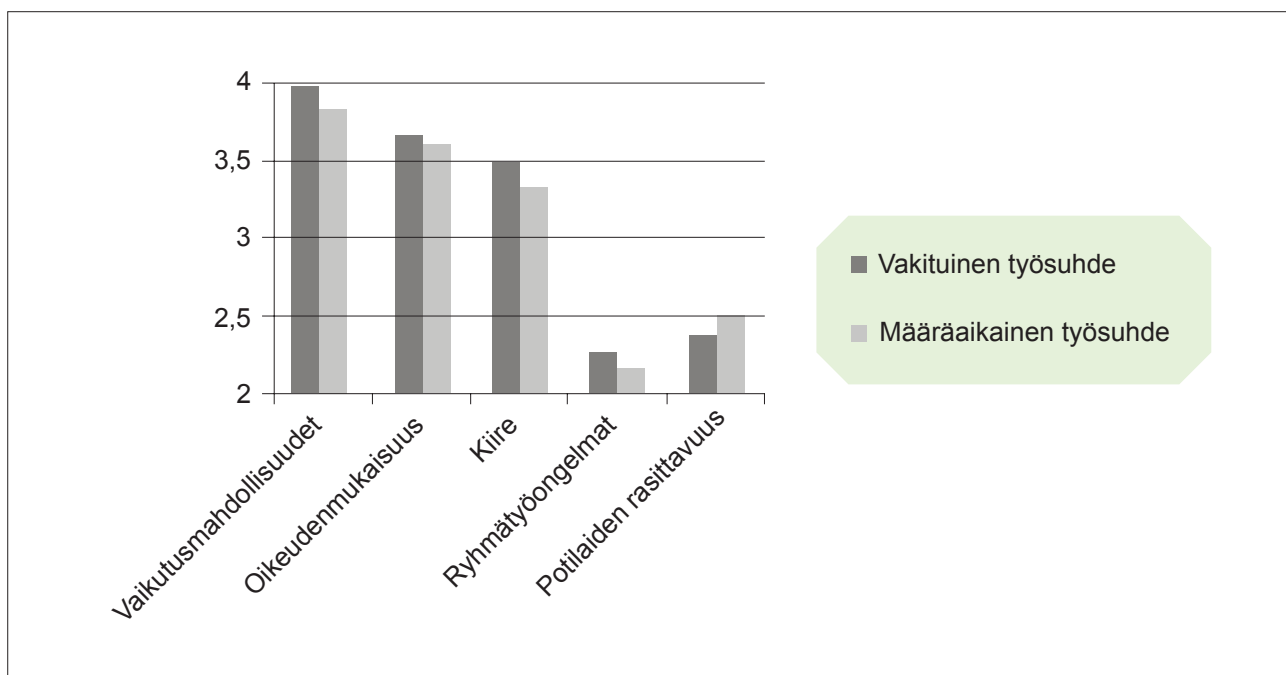
Tulokset

Taulukossa 1 esitetään Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys -kohorttiaineistojen jakaumia. Määräaikaisella työsopimuksella työskentely oli hieman yleisempää lääkäreillä (23 %) kuin sairaanhoitajilla (16 %). Sairaanhoitajista 41 prosenttia työskenteli päivävuorossa ja toiseksi yleisintä oli kolmivuorotyö, jota teki 34 prosenttia sairaanhoitajista. Lääkäreillä noin puolet päivysti ja puolet ei. Sairaanhoitajilta ei kysytty päivystystä eikä lääkäreiltä vuorotyöntekoa.

Objektiivisen epävarmuuden eli työsuhteen määräaikaisuuden vaikutukset

Aluksi tarkastellaan objektiivisen epävarmuuden eli työsuhteen määräaikaisuuden suoria vaikutuksia työntekijän vaikutusmahdollisuuksiin, johtamiseen ja työssä kuormittumiseen. Määräaikaisilla lääkäreillä oli vähemmän vaikutusmahdollisuuksia kuin vakituksissa työsuhteissa olevilla (Kuva 1). Tämä yhteys säilyi kun otettiin samanaikaisesti huomioon myös sukupuolen, iän ja toimipaikan vaikutukset. Erikoistumisjakson (lähinnä erikoislääkäristatus) ja johtavassa asemassa olemisen vaikutukset näyttivät kuitenkin selittävän yhteyden määräaikaisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien välillä. Erikoistumassa olevilla ja ei-johtavassa asemassa olevilla oli tulostemme mukaan vähemmän vaikutusmahdollisuuksia kuin muilla, mikä ei liene yllättävää. Määräaikaiset lääkärit kokivat myös organisaation vähemmän oikeudenmukaiseksi kuin vakituiset. Tämä yhteys kuitenkin menetti merkityksensä, kun sukupuolen, iän ja toimipaikan vaikutukset otettiin huomioon, eli yhteys selittyi paljolti sillä, että määräaikaisissa työsuhteissa oli paljon nuorempia lääkäreitä.

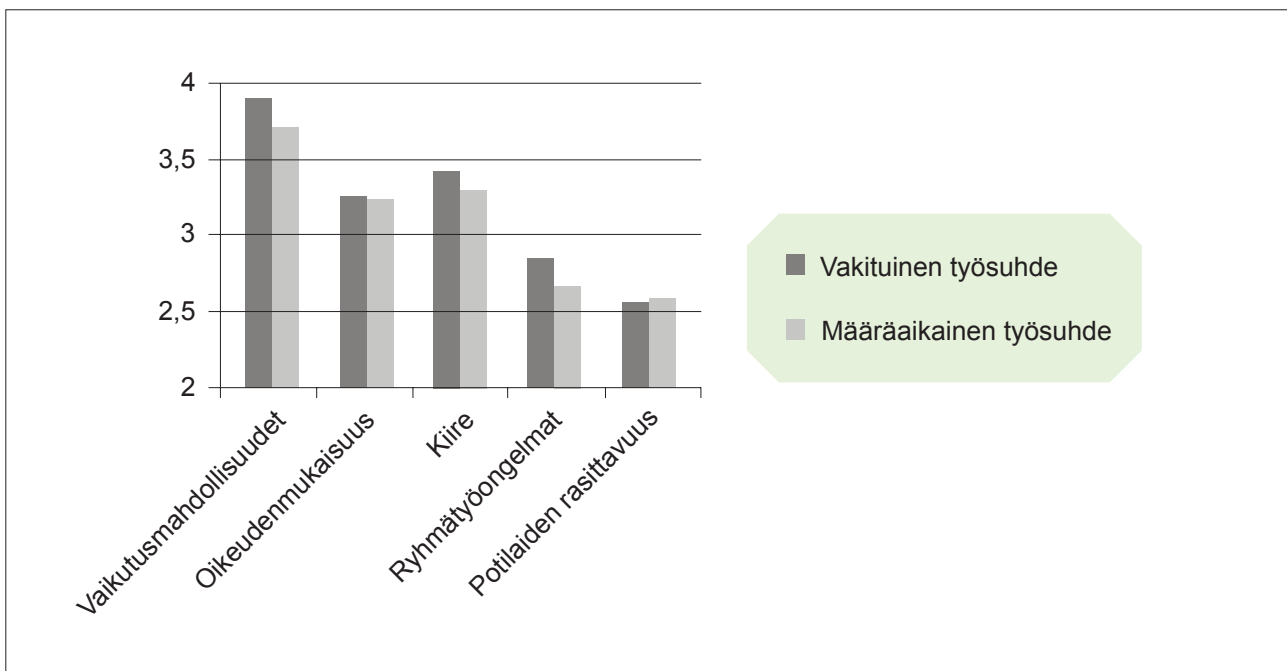
Määräaikaisilla lääkäreillä kiire häiritsi vähemmän kuin vakituksilla ja tämä ero ei näyttänyt selittyvän millään muulla määräaikaisten ja vakituisten lääkäreiden taustaan liittyvällä tekijällä, kuten sukupuolella tai iällä (Kuva 1). Määräaikaisilla lääkäreillä oli hieman vähemmän ryhmätyöongelmia kuin vakituksilla, mutta tämä yhteys selittyi sillä että määräaikaiset olivat nuorempia, useammin naisia ja enemmän töissä sairaaloissa kuin vakituiset. Määräaikaiset lääkärit kokivat potilaiden olevan hieman kuormittavampia kuin vakituiset, mutta tämä ero selittyi muilla työhön liittyvillä tekijöillä, kuten sillä että määräaikaiset olivat harvemmin erikoistuneita tai johtavassa asemassa.



Kuva 1. Psykososiaaliset resurssit ja stressitekijät vakinaisilla ja määräaikaisilla lääkäreillä

Taulukko 1. Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys -kohorttiaineiston jakaumia

	Lääkärit		Terveydenhoitajat	
	N	%	N	%
Sukupuoli				
Mies	1646	59	2036	95
Nainen	1146	41	101	5
Toimipaikka				
Sairaala	1276	45	899	42
Perusterveydenhuolto	585	21	504	23
Muu	950	34	749	35
Työsuhde				
Vakituinen	1702	60	1491	69
Määräaikainen	662	23	337	16
Muu tai ei töissä	477	17	324	15



Kuva 2. Psykososiaaliset resurssit ja työn stressitekijät vakinaisilla ja määräaikaisilla sairaanhoitajilla

Määräaikaisilla sairaanhoitajilla oli vähemmän vaikutusmahdollisuuksia kuin vakinaisessa työsuhteessa olevilla, eikä tämä ero näyttänyt selittyvän millään tutkitulla määräaikaisten ja vakituisten lääkärien taustaan liittyvällä tekijällä, kuten iällä, toimipaikalla, ylityöiden määrällä tai muilla vastaavilla tekijöillä (Kuva 2). Työsuhteen luonne ei ollut yhteydessä oikeudenmukaisuuskokemuksiin sairaanhoitajilla. Kiire näytti kuormittavan määräaikaista sairaanhoitajia vähemmän kuin vakituisia sairaanhoitajia. Tämä ero selittyi kuitenkin muilla työhön liittyvillä asioilla, kuten esimerkiksi sillä, että vakituiset työntekijät tekivät enemmän ylityötä ja enemmän päivätöitä, missä kiire on yleensä korkeimmillaan sekä olivat olleet pitempään samassa työsuhteessa, joten monet työt kasautuivat heille, koska heillä oli osaamista. Määräaikaisilla sairaanhoitajilla ryhmätyöongelmat olivat vähäisempiä kuin vakituisilla sairaanhoitajilla, mutta tämäkin ero selittyi edellä mainituilla muilla työhön liittyvillä tekijöillä. Potilaisiin liittyvä rasitus oli samankaltainen sekä määräaikaisilla että vakituisilla sairaanhoitajilla.

Työsuhteen laadulla oli myös vaikutuksia halukkuuteen työskennellä sairaana ja terveyskäyttäytymiseen. Määräaikaisilla sopimuksilla olevat kuntatyöntekijät olivat epätodennäköisemmin sairaana töissä kuin vakituisessa työsuhteessa olevat. Eli vakinaiset sairaanhoitajat kokivat useammin tarvetta työskennellä vaikka olivat sairaita kuin määräaikaiset työntekijät. Yli 35-vuotiailla sairaanhoitajilla määräaikainen työsuhde oli yhteydessä noin kaksinkertaiseen riskiin alkoholin suurkulutukselle ja tupakoinnille verrattuna vakituiseen työsuhteeseen. Määräaikainen työsuhde ei ollut yhteydessä terveyskäyttäytymiseen sairaanhoitajilla, jotka olivat 35 vuotta tai sen alle. Määräaikaisuus on siis yhteydessä huonompaan terveyskäyttäytymiseen, mutta tätä yhteyttä ei ollut nuorilla työntekijöillä. Tämä tutkimuksemme havainto perustui poikkileikkausaineistoon, joten syysuhteita ei tutkimuksemme perusteella voi arvioida. Huono terveyskäyttäytyminen voi altistaa määräaikaisille työsuhteille tai päinvastoin tai molemmat suunnat voivat olla mahdollisia.

Subjektiviisen eli koetun epävarmuuden vaikutukset

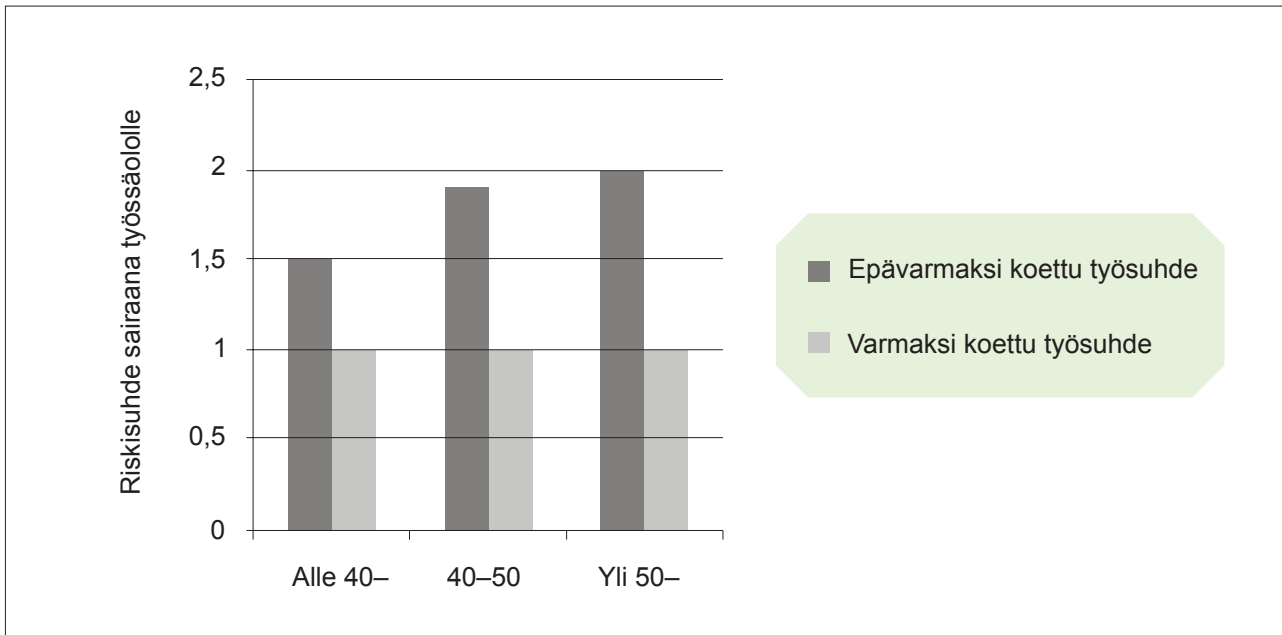
Työn koettu epävarmuus oli yhteydessä kuntatyöntekijöiden lisääntyneeseen sairaana työssäoloon ja tämä yhteys oli voimakkaampi vanhemmilla kuin nuoremmilla. Kuten kuvasta 3 näkyy, alle 40-vuotiaista epävarmoiksi työnsä kokevat olivat 1.5 kertaa todennäköisemmin sairaana töissä kuin varmoiksi työnsä kokevat. Yli 50-vuotiailla työnsä epävarmaksi kokevilla oli jo kaksinkertainen riski olla sairaana töissä verrattuna niihin, jotka eivät kokeneet työsuhteen epävarmuutta.

Epävarmuus ja määräaikaisuus eri toimipaikoissa

Lääkäreillä määräaikaisten sopimusten osuus työsopimuksista oli suurin sairaaloissa (38 %) ja pienin perusterveydenhuollossa (14 %). Sairaaloissa on paljon erikoistuvia lääkäreitä, jotka työskentelevät usein määräaikaisilla sopimuksilla, mikä selittää määräaikaisten suuren osuuden. Lääkäreillä määräaikaisuus näyttäytyi eri tavoin eri toimipaikoissa, Perusterveydenhuollossa ja sairaaloissa työskentelevillä määräaikaisilla lääkäreillä näytti olevan vähemmän ryhmätyöongelmia kuin vakituisilla lääkäreillä. Muissa työpaikoissa, kuten esimerkiksi yksityisillä, yliopistoissa ja lääketeollisuudessa määräaikaisilla oli enemmän ryhmätyöongelmia kuin vakituisilla.

Sairaanhoitajilla määräaikaisia sopimuksia oli vähemmän kuin lääkäreillä ja erot eri toimipaikkojen välillä olivat pienemmät, mutta määräaikaisten sopimusten osuus työsopimuksista oli jakautunut samalla tavalla, eli eniten määräaikaisuuksia oli sairaaloissa (21 %) ja vähiten perusterveydenhuollossa (17 %). Sairaanhoitajilla toimipaikalla ja määräaikaisuudella ei ollut yhteisvaikutuksia stressitekijöihin.

Vanhusten asumispalveluiden tuottajan ja hoitohenkilöstön työsuhteen laadun välillä oli merkitsevä yhteisvaikutus henkilöstön kokemalle epävarmuudelle. Yrityksissä sekä vakituiset että määräaikaiset kokivat varsin vähän epävarmuutta, kun taas kunnallisissa palvelutaloissa ja järjestöjen vanhainkodeissa määräaikaiset kokivat huomattavasti vakinaisia työntekijöitä enemmän epävarmuutta. Tämä viittaisi siihen, että työmarkkinoiden tilanteella on merkitystä kokemuksiin. Suomessa vanhuspalvelut kasvavat voimakkaasti, eikä yrityksissä työtä ilmeisesti koeta epävarmaksi. Sen sijaan järjestöjen tilanne on ongelmallisempi. Järjestöjen palveluntuotantoa on viimeaikoina yhtiöitetty ja järjestöt ovat kohdanneet palveluiden kilpailutuksen uutena asiana. Myös kunnallisissa palveluissa on paljon erilaisia muutoksia meneillään, mikä saattaa tuottaa epävarmuutta.



Kuva 3. Kuntatyöntekijöiden sairaana työssäolon riskisuhte eri ikäluokissa

Psykososiaaliset resurssit välittävinä tekijöinä

Tutkimuksessamme tutkittiin epätyypillisten työsuhteiden ja epävarmuuden suorien vaikutusten lisäksi sitä, toimivatko psykososiaaliset resurssit välittävinä tekijöinä epätyypillisten työsuhteiden erilaisille yhteyksille esimerkiksi hyvinvointiin, työasenteisiin ja stressiin. Välittävänä tekijänä toimiminen tarkoittaa sitä, että ainakin osa epätyypillisten työsuhteiden vaikutuksista esimerkiksi hyvinvointiin ja työasenteisiin johtuisi siitä, että määräaikaisuus on yhteydessä välittävään tekijään, eli esimerkiksi alhaisempiin psykososiaalisiin resursseihin, jotka osaltaan johtavat hyvinvoinnin laskuun. Eli siis epätyypilliset työsuhteet olisivat yhteydessä vähäisempiin psykososiaalisiin resursseihin, jotka taas osaltaan johtaisivat heikentyneeseen hyvinvointiin tai työasenteisiin.

Tuloksemme vahvistivat oletuksen siitä että oikeudenmukaisuus ja työn vaikutusmahdollisuudet toimisivat välittävänä tekijöinä epätyypillisten työsuhteiden vaikutuksille. Määräaikainen työsuhte oli yhteydessä vähäisempään työhön sitoutumiseen ja tämä selittyi osin sillä, että määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevät kokivat organisaationsa epäoikeudenmukaisemmaksi ja kokivat työssään olevan vähemmän vaikutusmahdollisuuksia mutta enemmän vaatimuksia. Työn vaikutusmahdollisuudet ja vaatimukset toimivat välittävinä tekijöinä myös vuorotyön ja hyvinvoinnin kokemusten välillä. Vuorotyö oli yhteydessä korkeampaan psyykkiseen rasittuneisuuteen ja matalampaan työkykyyn ja tämä yhteys selittyi pitkälti sillä, että vuorotyötä tekevillä oli vähemmän vaikutusmahdollisuuksia työhönsä ja enemmän työn vaatimuksia. Vuorotyön ja psyykkisen rasittuneisuuden yhteys selittyi osin myös sillä, että vuorotyöläiset kokivat organisaationsa epäoikeudenmukaisemmaksi kuin ne, jotka eivät tehneet vuorotyötä.

Tulostemme mukaan organisaation oikeudenmukaisuus toimi välittävänä tekijänä myös lääkärin työskentelysektorin (yksityinen vs. julkinen) ja työtyytyväisyyden, sitoutumisen, psyykkisen rasittuneisuuden ja univaikeuksien välillä (Taulukko 2). Taulukossa esitellään yksityisen työnantajan yhteys työtyytyväisyyteen, organisaatioon sitoutumiseen, psyykkiseen rasittuneisuuteen ja univaikeuksiin. Ensimmäisellä rivillä (Ei vakiointuja -rivi) on yksityinen työnantaja -muuttujan yhteys hyvinvointimuuttujiin ilman muita muuttujia kuin taustamuuttujat. Seuraavaksi (organisaation oikeudenmukaisuus -rivi) esitellään yksityinen työnantaja -muuttujan yhteys hyvinvointimuuttujaan, kun samaan aikaan otetaan huomioon organisaation oikeudenmukaisuuden vaikutus. Viimeiseksi yksityinen työnantaja -muuttujan yhteyttä vastemuuttujaan tarkastellaan ottaen huomioon työn vaikutusmahdollisuuksien vaikutus. Yksityisellä sektorilla työskentelevät lääkärit olivat tyytyväisempiä työhönsä, sitoutuivat siihen paremmin, heillä oli vähemmän psyykkistä rasittuneisuutta ja vähemmän uniongelmia kuin julkisella sektorilla työskentelevillä lääkäreillä. Tämä selittyi osin sillä, että yksityinen työnantaja koettiin oikeudenmukaisemmaksi kuin julkinen työnantaja.

Taulukko 2. Yksityisen työnantajan yhteys vastemuuttujiin. Organisaation oikeudenmukaisuuden ja työn vaikutusmahdollisuuksien välittävät vaikutukset^a

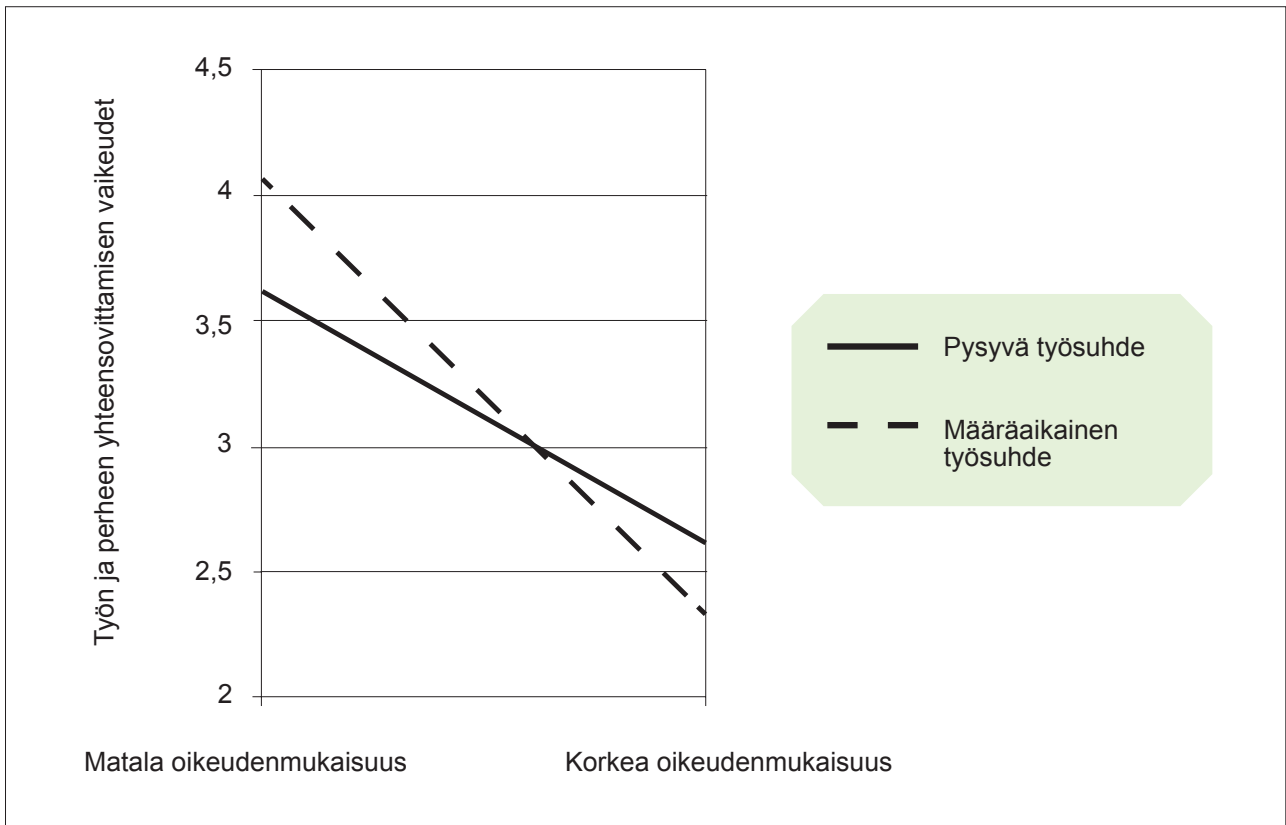
Yksityinen työnantaja	Työtyytyväisyys	
	β	p
Vakioitu ^b		
Ei vakiointeja	.09	<.001
Organisaation oikeudenmukaisuus	.01	.813
Työn vaikutusmahdollisuudet	.04	.013
	Organisaatioon sitoutuminen	
Vakioitu ^b		
Ei vakiointeja	.08	<.001
Organisaation oikeudenmukaisuus	.01	.474
Työn vaikutusmahdollisuudet	.04	.019
	Psyykinen rasittuneisuus	
Vakioitu ^b		
Ei vakiointeja	-.09	<.001
Organisaation oikeudenmukaisuus	-.04	.083
Työn vaikutusmahdollisuudet	-.08	<.001
	Univaikeudet	
Vakioitu ^b		
Ei vakiointeja	-.05	.014
Organisaation oikeudenmukaisuus	-.01	.652
Työn vaikutusmahdollisuudet	-.04	.052
^a Jos ei-vakioitu merkitsevä yhteys menettää merkitsevyytensä kun muuttuja lisätään analyysiin, viittaa tämä siihen että muuttuja toimisi ainakin osittain välittävänä tekijänä ^b Sukupuolen, iän, spesialisaatiostatuksen ja osa-aikatyön lisäksi		

Psykososiaaliset resurssit suojaavina tekijöinä

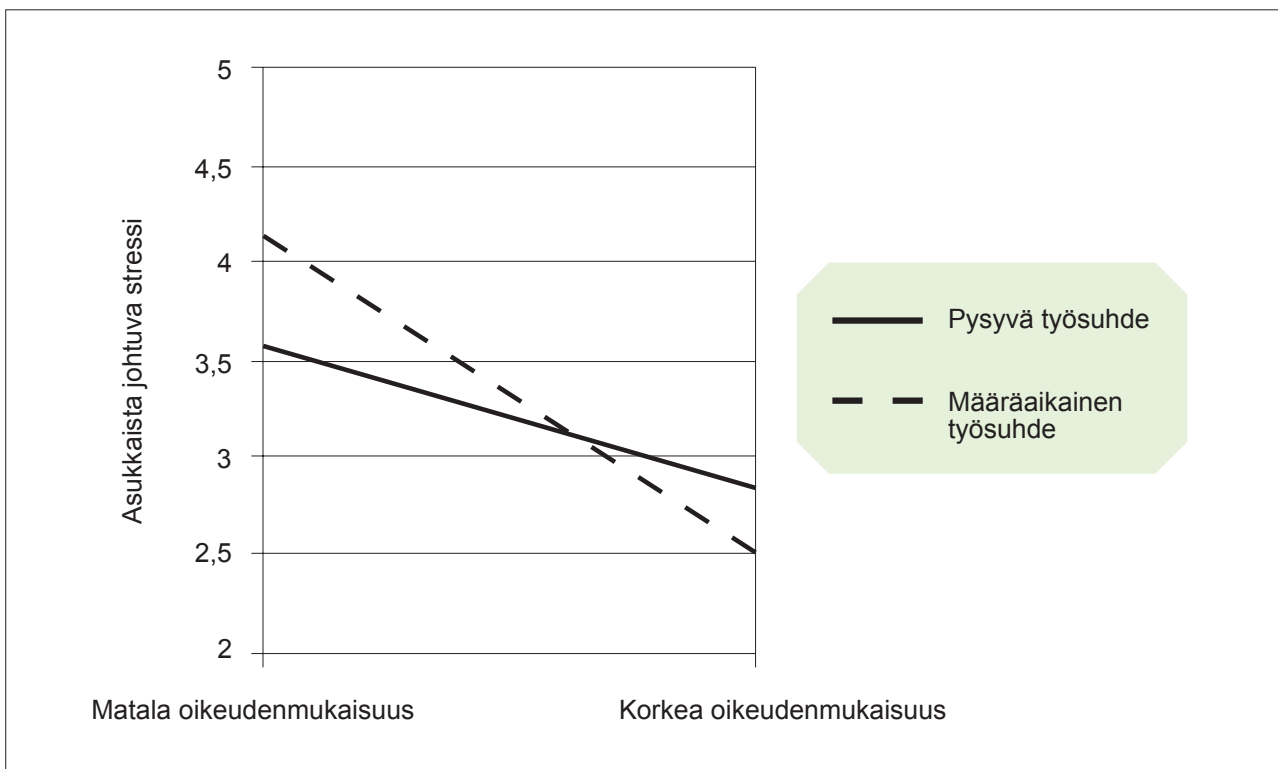
Tutkimuksessamme tutkittiin myös sitä voisivatko psykososiaaliset tekijät suojata epätyypillisen työn negatiivisia vaikutuksia vastaan. Eli siis voisivatko työn hyvät psykososiaaliset resurssit auttaa epätyypillisiä töitä tekeviä selviämään paremmin työnsä haasteista ja täten vähentää epätyypillisten töiden kielteisiä vaikutuksia.

Tulostemme mukaan varsinkin hyväksi koettu organisaation oikeudenmukaisuus voi suojata työntekijöitä epätyypillisten työsuhteiden negatiivisilta vaikutuksilta. Organisaation oikeudenmukaisuus pystyi suojaamaan määräaikaista sairaanhoitajia työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeuksilta. Kuten kuvasta 4 näkyy, oli työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeuksia eniten määräaikaisten työntekijöillä, jotka kokivat organisaationsa epäoikeudenmukaiseksi.

Organisaation oikeudenmukaisuus pystyi myös suojaamaan vanhustenhuollon hoitohenkilökuntaa määräaikaisten työsuhteen negatiivisilta vaikutuksilta. Kuten kuvasta 5 näkyy, eniten vanhustenhuollon asukkaista johtuvaa stressiä kokivat määräaikaisten hoitotyöntekijät, jotka kokivat organisaation epäoikeudenmukaiseksi. Mutta kun organisaatio



Kuva 4. Työsuhteen tyypin ja organisaation oikeudenmukaisuuden yhteysvaikutukset sairaanhoitajien kokemille työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeuksille



Kuva 5. Työsuhtedetyypin ja organisaation oikeudenmukaisuuden välinen yhteysvaikutus hoitohenkilökunnan kokemaan asukkaista johtuvaan stressiin

koettiin oikeudenmukaisena eivät määräaikaiset kokeneet enempää stressiä kuin vakinaisetkaan.

Organisaation oikeudenmukaisuus ja työn vaikutusmahdollisuudet pystyivät suojaamaan myös anestesia- ja lääke- reitä päivystysrasituksen negatiivisilta vaikutuksilta. Kuten kuvasta 6 nähdään, ei oireiden määrä ollut riippuvainen oikeudenmukaisuudesta tai vaikutusmahdollisuuksista, kun päivystyksiä ei ollut tai ne tehtiin vain kotoa käsin. Kun päivystyksiä tehtiin myös kodin ulkopuolella, oli oireiden määrä pieni, jos oikeudenmukaisuus tai vaikutusmahdollisuudet olivat kunnossa. Mutta kun nämä psykososiaaliset resurssit olivat vähissä, oireita oli paljon päivystävillä selvästi enemmän.

Organisaation oikeudenmukaisuus pystyi suojaamaan sairaanhoitajia vuorotyön negatiivisilta vaikutuksilta. Vuorotyötä tekevät sitoutuivat työhönsä vähemmän, kun he kokivat organisaation epäoikeudenmukaisena, mutta kun organisaatio koettiin oikeudenmukaiseksi, ei vuorotyötä tekevien ja päivävuorolaisten välillä ollut eroja. Vastaavasti kolmivuorota tekevät ja yövuorota tekevät kokivat enemmän stressiä kuin päivävuorolaiset, jos he kokivat organisaation epäoikeudenmukaisena, mutta eroja ei ollut jos organisaatio koettiin oikeudenmukaisena (Kuva 7).

Johtamisen oikeudenmukaisuus ja positiivinen johtamistapa pystyivät myös vähentämään vanhustenhuollon eri palveluntuottajien välillä esiintyviä eroja hoitohenkilökunnan epävarmuuden kokemisessa. Järjestöjen palvelutaloissa työskentelevä hoitohenkilökunta koki paljon epävarmuutta työssään jos johtaminen oli epäoikeudenmukaista tai huonoa, mutta kun johtaminen oli oikeudenmukaista ei eroja muihin palveluntuottajiin ollut (Kuva 8). Vastaava ilmiö esiintyi myös kunnallisissa palvelutaloissa mutta hieman vähäisempänä.

Lyhyen oikeudenmukaisuusmittarin kehittäminen

Organisaation oikeudenmukaisuutta mitattaessa on usein ongelmaksi muodostunut mittareiden sisältämien kysymysten suuri määrä, jolloin monissa tutkimuksissa on tilan puutteen vuoksi jouduttu jättämään oikeudenmukaisuusmittari kokonaan pois tutkimuksesta tai vastaajat ovat jättäneet vastaamatta pitkiin kysymyslistoihin. Helpottamaan tätä ongelmaa hankkeen yhteydessä kehitettiin lyhennelmä Colquittin (2001) 20-osioisesta oikeudenmukaisuusmittarista. Lyhennelmä sisältää kahdeksan kysymystä ja sen psykometriset ominaisuudet todettiin hyväksi. Kriteerivaliditeetti osoittautui samoin toimivaksi, koska mittarilla mitattu epäoikeudenmukaisuus yhdistettiin lisääntyneisiin univaikeuksiin ja psyykkiseen rasittuneisuuteen. Mittari sisältää vain kahdeksan kysymystä, joten se vie vähän tilaa ja voidaan lisätä moniin tutkimuksiin ja täten lisätä tietoutta organisaatioiden koetusta oikeudenmukaisuudesta ja sen vaikutuksista moniin muihin tekijöihin. Lyhennettynäkin mittari antaa luotettavaa tietoa koetusta organisaation oikeudenmukaisuudesta.

Lyhyt versio sisältää seuraavat kysymykset:

Päätöksenteon oikeudenmukaisuus

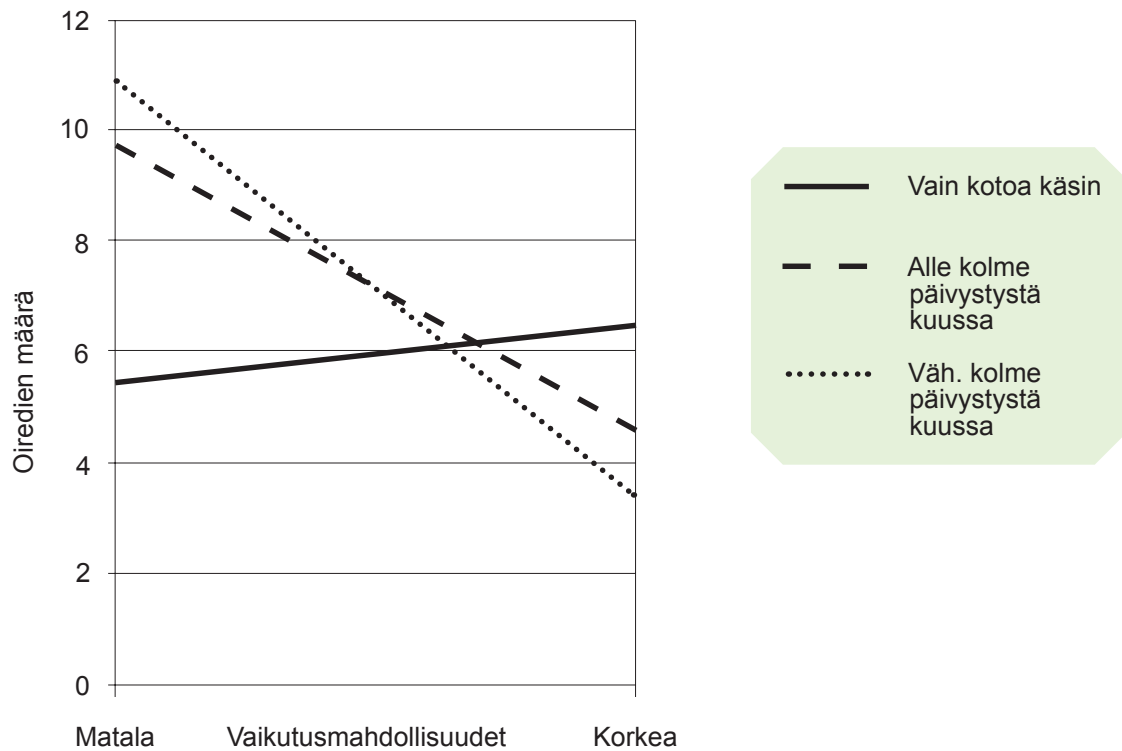
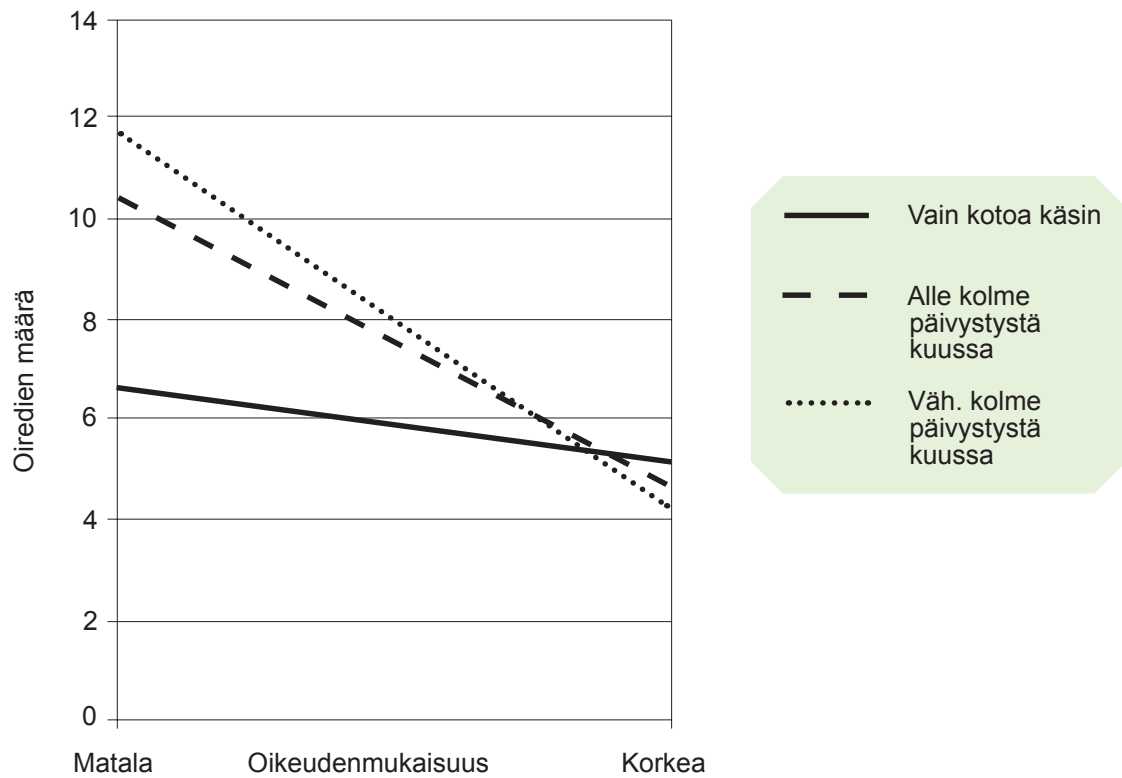
- Kaikilla on oikeus sanoa mielipiteensä ja kokemuksensa itseään koskevissa asioissa
- Tehdyt päätökset ovat työpaikallamme olleet johdonmukaisia
- Työpaikallamme päätökset eivät ole puolueellisia

Johtamisen oikeudenmukaisuus

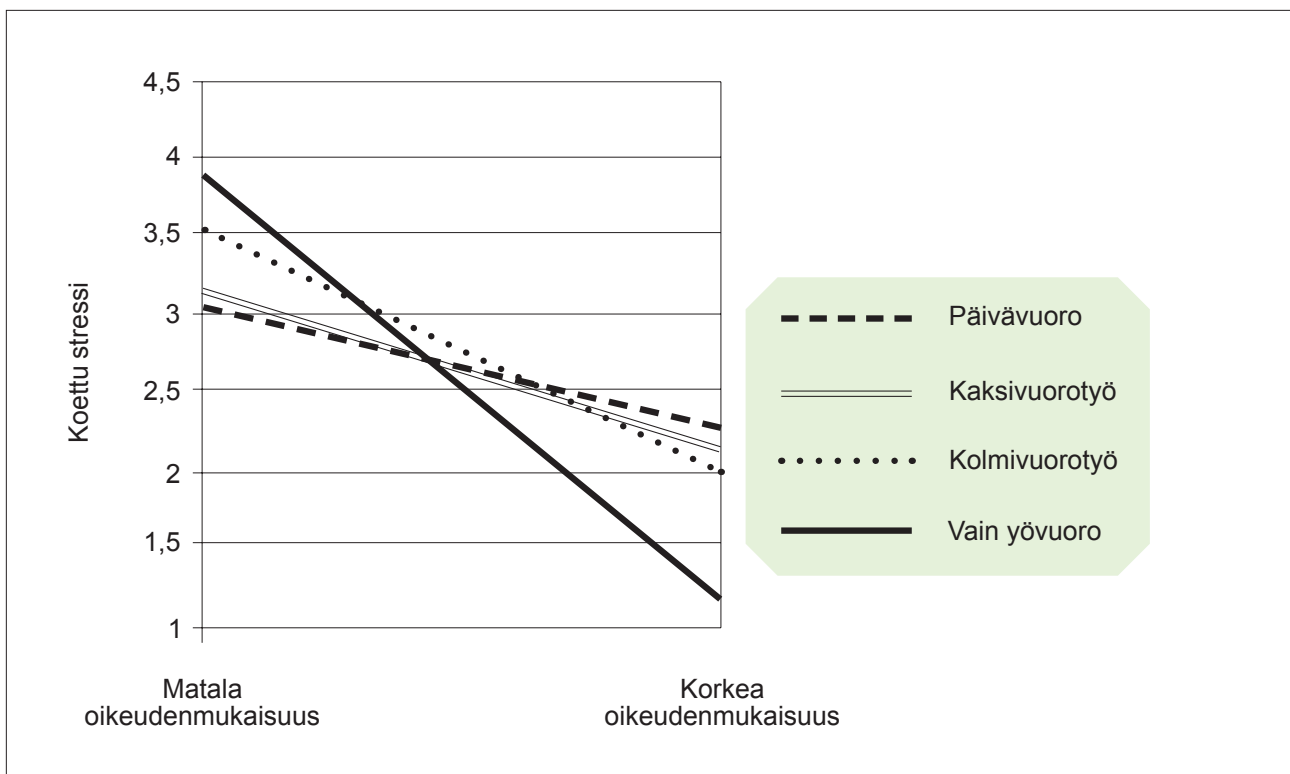
- Esimieheni kohtelee alaisiaan ystävällisesti ja huomaavaisesti
- Esimieheni kohtelee alaisiaan kunnioittavasti
- Esimieheni osaa ottaa huomioon alaintensa tarpeet ja osaa kuunnella alaisiaan

Jakamisen oikeudenmukaisuus

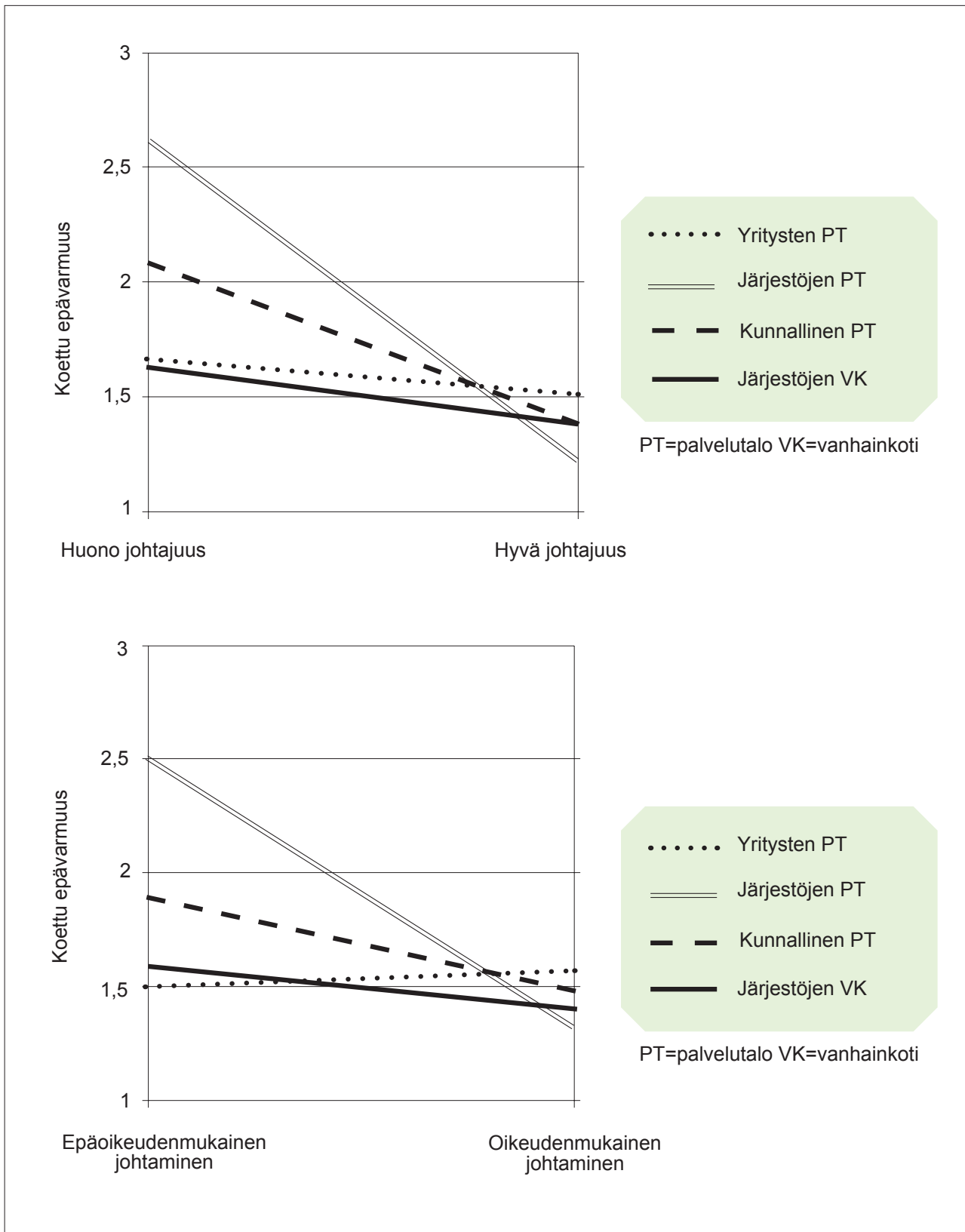
- Saamani palkka ja arvostus vastaavat työhöni antamaani panostusta
- Saamani palkka ja arvostus ovat sopivia siihen nähden mitä olen työssäni saanut aikaan



Kuva 6. Päivystyksen määrän ja psykososiaalisten resurssien yhteisvaikutukset anestesialääkäreiden kokemien oireiden määrään



Kuva 7. Työvuoron ja oikeudenmukaisuuden välinen yhteisvaikutus hoitohenkilökunnan kokemalle stressille



Kuva 8. Vanhustenhuollon palveluntuottajien ja johtamisen oikeudenmukaisuuden ja hyvyyden välinen yhteysvaikutus hoitohenkilökunnan kokemaan epävarmuuteen työsuhteesta.

Päätelmät

Tulostemme perusteella näyttäisi siltä, että vakituisella työ sopimuksella olevalla hoitohenkilökunnalla on vaikeuksia työn kuormituksen kanssa, he kokevat enemmän työn stressitekijöitä ja työskentelevät todennäköisemmin sairaana kuin määräaikaiset. Määräaikaisten vaikutusmahdollisuudet olivat vakituisia heikkomat ja he kokivat myös organisaationsa epäoikeudenmukaisemmaksi kuin vakituiset työntekijät. Osin, mutta vain osin, määräaikaisten heikompi psykososiaalinen työn profiili selittyy määräaikaiseen työhön liittyvillä muilla tekijöillä kuten esimerkiksi lääkäreillä erikoistumisvaiheella, nuoruudella (uran alkuvaihe) ja sillä että määräaikaiset eivät ole johtavassa asemassa. Määräaikaisilla yli 35-vuotiailla oli myös enemmän ongelmia terveystyöskentelyssä kuin vakinaisilla samanikäisillä. Tiettyyn ikään tai uran alkuvaiheeseen liittyen määräaikaisuus ilmeisesti hyväksytään ja se saattaa sopia työntekijän henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen. Mahdollisesti uran alkuvaiheessa työntekijä haluaakin kokeilla erilaisia työpaikkoja ja tehtäviä. Kuitenkin jatkuessaan pidemmän aikaa määräaikaisuus alkaa tuottaa haitallisia vaikutuksia enemmän.

Kaikki määräaikaiset työt eivät välttämättä johda heikkoon asemaan. Joillakin määräaikaisilla työntekijöillä voi alan työvoimapulasta johtuen olla suhteellisen turvattu asema työmarkkinoilla ja tällaisia ammatteja ovat juuri lääkit ja sairaanhoitajat. Tilapäisen välityksellisen kautta tapahtuvan työn ja työn, johon kutsutaan puhelimitse vain tarvittaessa, voidaan ajatella edustavan niin sanottuja ”heikkoja” töitä, kun taas määräaikaiset työsuhteet ammateissa, joissa työvoimasta on selvästi pulaa, koetaan vain vähän epävarmuutta tuottavina ja niissä työskentelevien mahdollisuudet työmarkkinoilla ovat hyvät (Butler, Park, & Zaidman, 1998; Kalleberg, Reskin, & Hudson, 2000; Paoli & Merllie, 2001). Määräaikaisuuden vaikutukset riippuvat paljolti juuri koetun epävarmuuden määrästä (Virtanen, Liukkonen, Vahtera, Kivimäki, & Koskenvuo, 2003) ja sairaanhoitajien ja lääkärien kohdalla Suomessa työn epävarmuuden voi olettaa tällä hetkellä olevan alhaista. Myös kontekstilla on merkitystä, sillä esimerkiksi sairastavuutta tutkittaessa on huomattu, että määräaikaisen työvoiman sairastavuus oli suurempaa kuin vakituisen sellaisissa maissa, joissa määräaikaisia työsuhteita käytettiin vain vähän ja työttömyys oli vähäistä (Virtanen, Kivimäki ym., 2005).

Suomen voidaan katsoa edustavan maata, jossa määräaikaisten käyttö on kohtuullisen yleistä. Työnantajan kannalta määräaikaisten yleinen käyttö terveydenhuollossa tuntuukin hieman oudolta, koska sairaanhoitajista ja lääkäreistä on Suomessa pulaa. Julkisen sektorin organisaatioissa sijaisten tarve kuitenkin on suuri, sillä naisvaltaisuus näkyy runsaina perhevapaiden käyttönä ja korkea keski-ikä pitkinä lomina ja lisääntyneinä sairauspoissaoloina (Lehto, Lyly-Yrjänäinen, & Sutela, 2005). Tulostemme perusteella tätä terveydenhuollon suurta määräaikaisuusien käyttöä tulisi kuitenkin pyrkiä vähentämään, sillä se saattaa toisaalta altistaa vakinaiset suuremmalle työkuormitukselle ja määräaikaiset eriarvoisuuden kokemuksi ja heikommille työoloille.

Tuloksemme painottavat toisaalta työn psykososiaalisten resurssien merkitystä hoitohenkilökunnan hyvinvoinnille ja asenteille. Kaikissa tapauksissa määräaikaisia työsuhteita ei voida välttää. Vuorotyö ja päivystykset ovat terveydenhuollon työn ominaisuus, jonka tiedetään kuormittavan työntekijöitä, mutta näitä haittavaikutuksia voidaan vähentää oikeudenmukaisella johtamisella ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksilla työhönsä. Organisaation oikeudenmukainen johtaminen ja päätöksenteko sekä mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä olivat suoraan yhteydessä henkilökunnan hyvinvointiin ja ne pystyivät myös vähentämään määräaikaisuuden, vuorotyön ja päivystysrasituksen monia kielteisiä vaikutuksia. Varsinkin organisaation oikeudenmukaisuuden tärkeys nousi esiin tutkimuksemme. Jos organisaatiossa koettiin olevan ongelmia oikeudenmukaisuudessa, kokivat määräaikaiset työntekijät potilaat kuormittavammaksi ja työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeammaksi kuin vakinaiset työntekijät. Vastaavasti vuorotyötä tekevät sitoutuivat työhönsä vähemmän ja kokivat enemmän stressiä, jos he kokivat organisaation epäoikeudenmukaisena. Kun organisaatio koettiin oikeudenmukaiseksi, ei vuorotyötä tekevien ja päivävuorolaisten välillä ollut eroja. Samalla lailla oikeudenmukaisuus suojaasi anestesia- ja päivystysrasitukselta. Oikeudenmukainen johtaminen myös vähensi epävarmuutta työstä ja huolehtimista työn jatkuvuudesta sellaisilla vanhustenhuollon työnantajilla jotka koettiin epävarmoiksi.

Terveydenhuollon organisaatioiden tulisi pyrkiä parantamaan työpaikkansa psykososiaalista profiilia ja lisätä johtamisen ja päätöksenteon oikeudenmukaisuutta. Erityisen tärkeää tämä on tulostemme perusteella julkisella puolella terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Laadukas johtaminen, myönteisen ja avoimen työskentelyluominen ja henkilöstön hyvinvoinnista huolehtiminen näyttäisi tuovan hyötyjä varsinkin näissä organisaatioissa. Heikko johtaminen, huono työilmapiiri ja liian kuormittava työ johtavat pahimmillaan negatiiviseen kehään, jolloin työntekijät joko sairastuvat tai vaihtavat työpaikkaa. Jäljelle jäänyt henkilökunta kuormittuu entistä enemmän joutuessaan työskentelemään alimiehityksellä, eikä uusiakaan työntekijöitä saada houkutelua. Olisikin olennaista päästä positiivisemmalle kehälle.

Oikeudenmukainen johtaminen ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksien lisääminen ovat keskeisiä tekijöitä, joilla työyhteisöä voidaan kehittää sellaiseksi, johon työntekijät sitoutuvat. Vaikutusmahdollisuuksia voidaan lisätä esimerkiksi lisäämällä henkilöstön valtaa päätöksenteossa esimerkiksi työajoista, työtavoista, palkitsemisjärjestelmistä, työsuhteasioista sekä parantamalla mahdollisuuksia pitkän tähtäimen urasuunnitteluun ja koulutukseen. Terveystieteiden organisaatioissa kannattaisi myös panostaa johdon koulutukseen. Aiempien tutkimustulosten perustella näyttäisi siltä, että koulutuksella voidaan edistää koettua johdon oikeudenmukaisuutta ja sen kautta parantaa työntekijöiden asenteita ja hyvinvointia. Työntekijöiden kuunteleminen, tasapuolisuus, päätösten perustaminen oikeaan tietoon sekä asiallinen kohtelu ovat yllättävän tärkeitä tekijöitä. Johtamisella on luotava kulttuuri, jossa työntekijöille annetaan mahdollisuus ja työntekijät uskaltavat – ja ehtivät – keskustella, arvioida kriittisesti nykyistä toimintaansa ja etsiä uusia vaihtoehtoja järjestää työ paremmin.

Lähteet

- ALBION, M. J., FOGARTY, G. J., & MACHIN, M. A. (2005). *Benchmarking occupational stressors and strain levels for rural nurses and other health sector workers*. *J Nurs Manag*, 13, 411–418.
- AROLA, H., PITKÄNEN, M., NYGÅRD, C. H., HUHTALA, H., & MANKA, M. L. (2003). *The connection between age, job control and sickness absences among Finnish food workers*. *Occup Med*, 53, 229–230.
- BALDWIN, P. J. (1999). *Nursing*. In J. Firth-Cozens & R. L. Payne (Eds.), *Stress in health professionals*. Chichester, England, UK: Wiley.
- BARNETT, R. C., GAREIS, K. C., & BRENNAN, R. T. (2008). *Wives' shift work schedules and husbands' and wives' well-being in dual-earner couples with children*. *J Fam Iss*, 29, 396–422.
- BARTON, J., & FOLKARD, S. (1991). *The response of day and night nurses to their work schedules*. *J Occ Psychol*, 64, 207–218.
- BECKER, G. S. (1993). *Human capital: A theoretic and empirical analysis with special reference to education*. Chicago: National Bureau of Economic Research, University of Chicago Press.
- BENACH, J., GIMENO, D., & BENAVIDES, F. (2002). *Types of employment and health in the European Union*. Dublin: European Institute for the Improvement of Living and Working Conditions.
- BENAVIDES, F. G., BENACH, J., DIEZ-ROUX, A. V., & ROMAN, C. (2000). *How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions*. *J Epidemiol Community Health*, 54, 494–501.
- BERGER, A. M., & HOBBS, B. B. (2006). *Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients*. *Clinical J Oncol Nursing*, 10, 465–471.
- BERNHARD-OETTEL, C., DE CUYPER, N., BERNTSON, E., & ISAKSSON, K. (2008). *Well-being and organizational attitudes in alternative employment: The role of contract and job preferences*. *Int J Stress Management*, 15, 345–363.
- BIES, R., J., & MOAG, J., S. (1986). *Interactional justice: Communication criteria of fairness*. In R. J. Lewicki, B. H. Sheppard & M. Z. Bazerman (Eds.), *Research on negotiations in organizations*. (pp. 43–55). Greenwich: JAI Press.
- BOSMA, H., STANSFELD, S. A., & MARMOT, M. G. (1998). *Job control, personal characteristics, and heart disease*. *J Occup Health Psychol*, 3, 402–409.
- BUTLER, R., PARK, Y., & ZAIDMAN, B. (1998). *Analyzing the impact of contingent work on worker's compensation*. *Employee Benefits Pract Quart*, 41, 1–20.
- CAVERLEY, N., CUNNINGHAM, J. B., & MACGREGOR, J. N. (2007). *Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization*. *J Manag Stud*, 44, 304–319.
- COLQUITT, J. A. (2001). *On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure*. *J Appl Psychol*, 86, 386–400.
- DE WITTE, H., & NÄSWALL, K. (2003). *Objective versus subjective insecurity: Consequences of temporary work for job satisfaction and organizational commitment in four European countries*. *Econ Ind Democr*, 24, 149–188.
- DOERINGER, P., & PIORE, M. (1971). *Internal labor markets and manpower analysis*. Lexington, MA: Lexington Books.
- DRAKE, C. L., ROEHRS, T., RICHARDSON, G., WALSH, J. K., & ROTH, T. (2004). *Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers*. *Sleep*, 27, 1453–1462.
- ELOVAINIO, M., & KIVIMÄKI, M. (1998). *Work and strain on physicians in Finland*. *Scand J Soc Med*, 26, 26–33.
- ELOVAINIO, M., KIVIMÄKI, M., PUTTONEN, S., LINDHOLM, H., POHJONEN, T., & SINERVO, T. (2006). *Organizational injustice and impaired cardiovascular autonomic regulation among female employees*. *Occup Environ Med*, 63, 141–144.
- ELOVAINIO, M., KIVIMÄKI, M., & VAHTERA, J. (2002). *Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health*. *Am J Public Health*, 92, 105–108.
- ELOVAINIO, M., LEINO-ARJAS, P., VAHTERA, J., & KIVIMÄKI, M. (2006). *Justice at work and cardiovascular mortality: a prospective cohort study*. *J Psychosom Res*, 61, 271–274.
- ELOVAINIO, M., & LINDSTRÖM, K. (1993). *Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöjen toimivuus Suomessa*. Stakes, Raportteja 113.
- EUROPEAN COMMISSION. (2007). *Employment in Europe 2007*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Available at http://ec.europa.eu/employment_social/employment_analysis/employ_2006_en.htm.
- FERRIE, J. E., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G., STANSFELD, S. A., & SMITH, G. D. (1998). *An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women*. *Am J Public Health*, 88, 1030–1036.
- FERRIE, J. E., SHIPLEY, M. J., NEWMAN, K., STANSFELD, S. A., & MARMOT, M. (2005). *Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship*. *Soc Sci Med*, 60, 1593–1602.
- FOLKARD, S., & TUCKER, P. (2003). *Shift work, safety and productivity*. *Occup Med (Lond)*, 53, 95–101.
- GROSSWALD, B. (2003). *Shift work and negative work-to-family spillover*. *J Soci Soc Welf*, 30, 31–56.
- HANSEN, C. D., & ANDERSEN, J. H. (2008). *Going ill to work—what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?* *Soc Sci Med*, 67, 956–964.
- HARDY, G. E., SHAPIRO, D. A., & BORRILL, C. S. (1997). *Fatigue in the workforce of National Health Service Trusts: levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors*. *J Psychosom Res*, 43, 83–92.
- HENRY, J. (2004). *OMA membership survey results confirm overwhelming level of frustration among Ontario physicians*. *Ont Med Rev*, 71, 1–6.
- HUGHES, D., & GALINSKY, E. (1994). *Work experiences and marital interactions: elaborating the complexity of work*. *J Org Beh*, 15, 423–438.
- JALONEN, P., VIRTANEN, M., VAHTERA, J., ELOVAINIO, M., & KIVIMÄKI, M. (2006). *Predictors of sustained organizational commitment among nurses with temporary job contracts*. *J Nurs Adm*, 36, 268–276.
- JOHNSON, J. V., HALL, E. M., FORD, D. E., MEAD, L. A., LEVINE, D. M., WANG, N. Y., YM. (1995). *The psychosocial work environment of physicians. The impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates*. *J Occup Environ Med*, 37, 1151–1159.
- KALLEBERG, A. L., RESKIN, B. F., & HUDSON, K. (2000). *Bad jobs in America: Standard and nonstandard employment relations and the job quality in the United States*. *Am Sociol Rev*, 65, 256–278.
- KARLSSON, B., KNUTSSON, A., & LINDAHL, B. (2001). *Is there an association between shift work and having a metabolic syndrome? Results from a population based study of 27,485 people*. *Occup Environ Med*, 58, 747–752.
- KIVIMÄKI, M., KUISMA, P., VIRTANEN, M., & ELOVAINIO, M. (2001). *Does shift work lead to poorer health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who had never done shift work*. *Work & Stress (Vol. 15, pp. 3–13): Taylor & Francis Ltd*.
- KNUTSSON, A., & BOGGILD, H. (2010). *Gastrointestinal disorders among shift workers*. *Scand J Work Env Health*, 36, 85–95.
- LAINEN, M., WICKSTRÖM, G., PENTTI, J., ELOVAINIO, M., KAARLELA-TUOMAALA, A., LINDSTRÖM, K., YM. (2006). *Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005*. Tampere: Työterveyslaitos.
- LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- LEHTO, A.-M., LYLTY-YRJÄNÄINEN, M., & SUTELA, H. (2005). *Pysyvän työn toivossa: Määräaikaisten työsuhteiden käytöstä ja kokemisesta*. Helsinki: Työministeriö, Työpoliittinen tutkimus: 291.
- LEPÄNTALO, A., HEPPONEN, T., SINERVO, T., VÄNSKÄ, J., HALILA, H., & ELOVAINIO, M. (2008). *Terveystieteiden tutkimuskeskusten työhön sitoutuminen ja työstälähtöaika sekä niihin yhteydessä olevat työn psykososiaaliset riskitekijät*. *Sosiaalilääkäri*, 45, 279–292.
- LIND, E. A., & TYLER, T. R. (1988). *The social psychology of procedural justice*. New York: Plenum.
- LINDFORS, P. M., MERETOJA, O. A., TÖYRY, S. M., LUUKKONEN, R. A., ELOVAINIO, M. J., & LEINO, T. J. (2007). *Job satisfaction, work ability and life satisfaction among Finnish anaesthesiologists*. *Acta Anaesth Scand*, 51, 815–822.
- LINDFORS, P. M., NURMI, K. E., MERETOJA, O. A., LUUKKONEN, R. A., VILJANEN, A. M., LEINO, T. J., YM. (2006). *On-call stress among Finnish anaesthetists*. *Anaesthesia*, 61, 856–866.
- MALINAUSKIENE, V., THEORELL, T., GRAZULEVICIENE, R., MALINAUSKAS, R., & AZARAVICIENE, A. (2004). *Low job control and myocardial infarction risk in the occupational categories of Kaunas men, Lithuania*. *J Epid Comm Health*, 58, 131–135.
- MAUNO, S., & KINNUNEN, U. (1999). *The effects of job stressors on marital satisfaction in Finnish dual-earner couples*. *J Org Beh*, 20, 879–895.
- MAUNO, S., KINNUNEN, U., MÄKIKANGAS, A., & NÄTTI, J. (2005). *Psychological consequences of fixed-term employment and perceived job insecurity among health care staff*. *Eur J Work Org Psychol*, 14, 209–237.
- MCFARLIN, D. B., & SWEENEY, P. D. (1992). *Distributive and procedural justice as predictors of satisfaction with personal and organizational outcomes*. *Acad Manag J*, 36, 626–637.
- NÄTTI, J., KINNUNEN, U., MÄKIKANGAS, A., & MAUNO, S. (2009). *Type of employment relationship and mortality: Prospective study among Finnish employees in 1984–2000*. *Eur J Publ Health*, 19, 150–156.
- PAOLI, P., & MERLLIE, D. (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Dublin: European Foundations for the Improvement of Living and Working Conditions.
- POISSONNET, C. M., & VERON, M. (2000). *Health effects of work schedules in healthcare professions*. *J Clin Nursing*, 9, 13–23.
- RUGULIES, R., AUST, B., BURR, H., & BULTMANN, U. (2008). *Job insecurity, chances on the labour market and decline in self-rated health in a representative sample of the Danish workforce*. *J Epidemiol Community Health*, 62, 245–250.
- SEGAL, L. M., & SULLIVAN, D. G. (1997). *The growth of temporary services work*. *J Econ Persp*, 11, 117–136.
- SILVERSTEIN, B., VIKARI-JUNTURA, E., & KALAT, J. (2002). *Use of a prevention index to identify industries at high risk for work-related musculoskeletal disorders of the neck, back, and upper extremity in Washington state, 1990–1998*. *Am J Ind Med*, 41, 149–169.
- SIMONS, T., & ROBERSON, Q. (2003). *Why managers should care about fairness: The effects of aggregate justice perceptions on organizational outcomes*. *J Appl Psychol*, 88, 432–443.
- SINGH-MANOUX, A., MARMOT, M. G., & ADLER, N. E. (2005). *Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status?* *Psychosom Med*, 67, 855–861.
- SMITH, P. M., FRANK, J. W., MUSTARD, C. A., & BONDY, S. J. (2008). *Examining the relationships between job control and health status: a path analysis approach*. *J Epid Comm Health*, 62, 54–61.
- STAKES. (2009). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008*. Helsinki, Finland: National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- STEPTOE, A., & WILLEMSSEN, G. (2004). *The influence of low job control on ambulatory blood pressure and perceived stress over the working day in men and women from the Whitehall II cohort*. *J Hypertens*, 22, 915–920.
- STRAZDINS, L., CLEMENTS, M. S., KORDA, R. J., BROOM, D. H., & D'SOUZA, R. M. (2006). *Unsocial Work? Nonstandard Work Schedules, Family Relationships, and Children's Well-Being*. *J Marr Famil*, 28, 394–410.
- SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO. (2006). *Lääkärikysely 2006. Tilastoja: Suomen Lääkäriliitto*. Frenckellin Kirjapaino Oy.
- SUTINEN, R., KIVIMÄKI, M., ELOVAINIO, M., & FORMA, P. (2005). *Associations between stress at work and attitudes towards retirement in hospital physicians*. *Work Stress*, 19, 177–185.
- TAYLOR, D. M., PALLANT, J. F., CROOK, H. D., & CAMERON, P. A. (2004). *The psychological health of emergency physicians in Australasia*. *Emerg Med Australas*, 16, 21–27.
- TENKANEN, L., SJÖBLÖM, T., KALIMO, R., ALIKOSKI, T., & HÄRMÄ, M. (1997). *Shift work, occupation and coronary heart disease over 6 years of follow-up in the Helsinki Heart Study*. *Scand J Work Environ Health*, 23, 257–265.
- TEPPER, B. J. (2001). *Health consequences of organizational injustice: Tests of main and interactive effects*. *Org Beh Hum Dec Proc*, 86, 197–215.
- THEORELL, T., OXENSTIERNA, G., WESTERLUND, H., FERRIE, J., HAGBERG, J., & ALFREDSSON, L. (2003). *Downsizing of staff is associated with lowered medically certified sick leave in female employees*. *Occup Environ Med*, 60, E9.
- WICKSTRÖM, G., LAINE, M., PENTTI, J., ELOVAINIO, M., & LINDSTRÖM, K. (2000). *Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - muutokset 1990-luvulla*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- VIRTANEN, M., KIVIMÄKI, M., ELOVAINIO, M., VIRTANEN, P., & VAHTERA, J. (2005). *Local economy and sickness absence: prospective cohort study*. *J Epidemiol Community Health*, 59, 973–978.
- VIRTANEN, M., KIVIMÄKI, M., ELOVAINIO, M., VAHTERA, J., & COOPER, C. L. (2001). *Contingent employment, health and sickness absence*. *Scand J Work Environ Health* (Vol. 27, pp. 365–372): Finnish Inst of Occupational Health.
- VIRTANEN, M., KIVIMÄKI, M., ELOVAINIO, M., VAHTERA, J., & FERRIE, J. E. (2003). *From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence*. *Occup Environ Med*, 60, 948–953.
- VIRTANEN, M., KIVIMÄKI, M., FERRIE, J. E., ELOVAINIO, M., HONKONEN, T., PENTTI, J., YM. (2008). *Temporary employment and antidepressant medication: A register linkage study*. *J Psychiatr Res*, 42, 221–229.
- VIRTANEN, M., KIVIMÄKI, M., JOENSUU, M., VIRTANEN, P., ELOVAINIO, M., & VAHTERA, J. (2005). *Temporary employment and health: a review*. *Int J Epidemiol*, 34, 610–622.
- VIRTANEN, P. (1994). *'An epidemic of good health' at the workplace*. *Sociol Health Illness*, 16, 394–401.
- VIRTANEN, P., LIUKKONEN, V., VAHTERA, J., KIVIMÄKI, M., & KOSKENVUO, M. (2003). *Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure*. *Int J Epidemiol*, 32, 1015–1021.
- VIRTANEN, P., VAHTERA, J., KIVIMÄKI, M., PENTTI, J., & FERRIE, J. (2002). *Employment security and health*. *J Epid Comm Health*, 56, 569–574.
- VIRTANEN, P., VAHTERA, J., NAKARI, R., PENTTI, J., & KIVIMÄKI, M. (2004). *Economy and job contract as contexts of sickness absence practices: revisiting locality and habitus*. *Soc Sci Med*, 58, 1219–1229.
- YEH, Y., KO, J., CHANG, Y., & CHEN, C. (2007). *Job stress and work attitudes between temporary and permanently employed nurses*. *Stress Health*, 23, 111–120.
- ZEYTINGOGLU, I. U., LILLEVIK, W., SEATON, M. B., & MORUZ, J. (2004). *Parttime and casual work in retail trade. Stress and other factors affecting the workplace*. *Industrial Relations*, 59, 516–544.

Lista alkuperäisjulkaisuista

- HEPONIEMI, T., KOUVONEN, A., SINERVO, T. & ELOVAINIO, M. (2010). *Do psychosocial factors moderate the association of fixed-term employment with work interference with family and sleeping problems in registered nurses: A cross-sectional questionnaire survey*. International Journal of Nursing Studies 47:1096–1104
- HEPONIEMI, T., ELOVAINIO, M., PENTTI, J., VIRTANEN, M., WESTERLUND, H., VIRTANEN, P., OKSANEN, T., KIVIMÄKI, M. & VAHTERA, J. (2010) *Association of contractual and subjective job insecurity with sickness presenteeism among public sector employees*. Journal of Occupational and Environmental Medicine 52:830–835
- ELOVAINIO, KUUSIO, H, AALTO, A-M., SINERVO, T. & HEPONIEMI, T. (2010) *Insecurity and shift work as characteristics of negative work environment in nurses: Testing psychosocial and behavioral models*. Journal of Advanced Nursing 66:1080–1091
- HEPONIEMI T., KUUSIO, H., SINERVO T, ELOVAINIO M. (2010) *Job attitudes and well-being among public vs. private physicians: Organizational justice and job control as mediators*. European Journal of Public Health. doi: 10.1093/eurpub/ckq107
- ELOVAINIO, HEPONIEMI, T., KUUSIO, H, SINERVO, T., HINTSA, T. & AALTO, A-M. (2010) *Developing a short measure of organizational justice: A multi sample Health Professionals -study*. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 52:1068–1074
- HEPONIEMI, T., ELOVAINIO, M., KOUVONEN, A., KUUSIO, H., NORO, A., FINNE-SOVERI, H. & SINERVO, T. (Painossa) *The effects of ownership, staffing level and organizational justice on nurse commitment, involvement, and satisfaction: A questionnaire study*. International Journal of Nursing Studies
- HEPONIEMI, T., ELOVAINIO, M., KOUVONEN, A., NORO, A., FINNE-SOVERI, H. & SINERVO, T. *The association of ownership type with job insecurity and worry about job stability: The moderating effects of fair management, positive leadership, and employment type* (lähetetty toiselle kierrokselle Advances in Nursing Science)
- HEPONIEMI, T., ELOVAINIO, M., KOUVONEN, A., NORO, A., FINNE-SOVERI, H. & SINERVO, T. *Can organizational justice mitigate the negative effects of shift work and fixed-term employment?* (lähetetty kolmannelle kierrokselle European Journal of Work and Organizational Psychology)
- HEPONIEMI, T., KOUVONEN, A., SINERVO, T. & ELOVAINIO, M. *Is public health care sector a more strenuous working environment for physician than private sector?* (lähetetty arvoitavaksi Scandinavian Journal of Public Health)
- LINDFORS, P., HEPONIEMI, T., MERETOJA, O., LEINO, T. J. & ELOVAINIO, M. (2009) *Mitigating on-call symptoms through organizational justice and job control- A cross-sectional questionnaire study among Finnish anesthesiologists*. Acta Anaestheologica Scandinavica 53: 1138–1144
- HEPONIEMI, T., SINERVO, T., VÄNSKÄ, J., HALILA, H. & ELOVAINIO, M. (2010) *Vaikutusmahdollisuudet ja organisaation oikeudenmukaisuus lääkärityössä*. Suomen Lääkärilehti 44: 3609–3614.
- HEPONIEMI T, SINERVO, T. & ELOVAINIO M. (2009) *Sairaanhoitajien ja lääkärin määräaikaisten työsuhteiden vaikutukset työn stressitekijöihin*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46:184–195.
- HEPONIEMI T, SINERVO, T., VÄNSKA J, HALILA, H. & ELOVAINIO M. (2009) *Lääkärin ja sairaanhoitajien työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeudet*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46:14–22.
- MAGNAVITA, N., DE NARDIS, I., ELOVAINIO, M., HEPONIEMI, T. & BERGAMACHI, A. (Painossa) *Environmental discomfort and musculoskeletal disorders*. Occupational Medicine
- MAGNAVITA, N & HEPONIEMI, T. (Painossa) *Work place violence against nurses and nursing students: A cross-sectional questionnaire study*. Journal of Nursing Scholarship
- ELOVAINIO, M., KIVIMÄKI, M., LINNA, A., BROCKNER, J., VAN DEN BOS, K., GREENBERG, J., PENTTI, J., VIRTANEN, M., & VAHTERA, J.(2010). *Does Organizational Justice Protect from Sickness Absence Following a Major Life Event? Finnish Public Sector study*. Journal of Epidemiology and Community Health. 64:470–472
- ELOVAINIO, M. FERRIE, J. E., SINGH-MANOUX, A. GIMENO, D., DE VOGLI, R., SHIPLEY, M. J., VAHTERA, J., BRUNNER, E.J., MARMOT, M. G., KIVIMÄKI, M. (2009). *Cumulative exposure to high strain and active jobs as predictors of cognitive function: The Whitehall II study*. Occupational and Environmental Medicine. 66, 32–37.
- ELOVAINIO, M., HEPONIEMI, T. & SINERVO, T. *Giustizia organizzativa e salute: Una analisi dell'evidenza scientifica [Organizational justice and health; review of evidence]* (2009) kirjassa (Ed) Magnavita, N. Lavoro umano: Il benessere nei luoghi di lavoro. Milano; Educat
- ELOVAINIO, M., HEPONIEMI, T., SINERVO, T. & MAGNAVITA, N. (2010) *Organizational justice and health: Review of evidence*. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia 32:B5–B9.
- ELOVAINIO, M. & HEPONIEMI, T (2011) *Pätkätöistä päivystykseen – epätyypillinen työ terveydenhuollossa*. Kirjassa Työstä, joutsta ja jaksa: Työn ja hyvinvoinnin tulevaisuus. Toimittanut Pietikäinen, Petteri. Gaudeamus, Tallinna

Lista kongressiabstracteista

- HEPONIEMI, T., SINERVO, T., KUUSIO, H. & ELOVAINIO, M. (2010) *Fixed-term employment and psychosocial factors among physicians and registered nurses*. 4th ICOH-WOPS Conference, Netherlands, Amsterdam
- HEPONIEMI, T., KUUSIO, H., SINERVO, T. & ELOVAINIO, M. (2010) *Määräaikaisen työsuhteen yhteys terveyskäyttäytymiseen sairaanhoitajilla*. Psykologia 2010 kongressi, Suomi, Jyväskylä
- HEPONIEMI, T., SINERVO, T., KUUSIO, H. & ELOVAINIO, M. (2010) *The associations between work stressors and distress among registered nurses: the moderating effect of organizational justice and job control*. International Congress of Towards Better Work and Wellbeing, Helsinki Finland.