



Suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi ja koronavirusepidemiaan liittyvät muutokset



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Hyväksytty julkaistavaksi 22.11.2021.



Lähtökohdat

Koronavirusepidemia on aiheuttanut muutoksia työnteeseen suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä, mutta näiden muutosten vaikutuksia työntekijöiden hyvinvointiin on tutkittu melko vähän.

Menetelmät

Kyselytutkimuksen kohteena olivat Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon työntekijät. Aineisto kerättiin touko-heinäkuussa 2020. Tuloksia verrattiin samalta kohdejoukolta Kunta10-kyselyssä ja työterveyskyselyissä saatuihin tuloksiin.

Tulokset

Työ muuttui poikkeusaikana kahdella kolmasosalla työntekijöistä, eniten kliinistä työtä tekevillä ammattiryhmillä. Ne, joilla työ muuttui eniten, raportoivat ahdistuneisuutta enemmän kuin muut. Valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että koettu ahdistuneisuus liittyi työhön ja epidemiaan. Hammashoitajilla ja osastonhoitajilla työn muutos oli lisäksi yhteydessä masennusrisktiin, heikkoon koettuun työkykyyn ja työn kuormittavuuden kokemukseen. Ne, joilla työ ei merkittävästi muuttunut, kokivat eniten työpaineita mutta myös työn imua. Lähes puolella vastaajista oli kohonnut masennusriski.

Johtopäätökset

Tutkimuksen tulokset auttavat tunnistamaan työntekijöitä, jotka tarvitsevat eniten tukea muutoksissa. Äkillisissäkin toiminnan uudelleenjärjestelyissä tulisi pyrkiä siihen, että työ ei yhtäkkiä muutu kokonaan ja että työyhteisön ja esihenkilön tuki on riittävä.

Työhyvinvointi pandemian aikana

Matti Aukia, Tiina Tuononen, Nora Hiivala, Liisa Suominen

Maailman terveysjärjestö WHO julisti 11.3.2020 uuden koronaviruksen aiheuttaman taudin, COVID-19:n, pandemiaksi. Suun terveydenhuollossa oli aihetta epäillä, että virus leviää myös vastaanotoilla ja hoitotyössä, ja Yhdysvaltojen hammaslääkärijärjestö ADA julkaisi 16.3.2020 suosituksen, jossa ohjeistettiin siirtämään kiireetöntä hoitoa viirus leviämisen ehkäisemiseksi (1). Tilanteeseen reagoitiin nopeasti myös suomalaisessa suun terveydenhuollossa. Valmiuslain nojalla hoitotakuusäännökset poistettiin voimasta aikavälillä 17.3.–30.6.2020. Jotta kiireellinen hoito pystyttäisiin turvaamaan, Helsingin kaupungin kiireettömiä sosiaali- ja terveyspalveluja supistettiin. Suun terveydenhuollon vastaanottoaikoja ryhdyttiin siirtämään 17.3.2020 alkaen, ja myös potilaat itse peruivat aikojaan. Toimintojen supistamiseen vaikuttivat

myös ongelmat suojavälineiden saatavuudessa.

Helsinkiläisten kiireellistä ja välttämätöntä suun terveydenhoitoa varten pidettiin keväällä 2020 lopulta neljä hammashoitolaa 43:sta auki. Vakavan koronavirustaudin riskiryhmät hoidettiin erillään muista potilasryhmistä. Koronavirustautiin sairastuneiden, hengitystieoireisten ja karanteenissa olevien suun ja hampaiston akuuttihoito järjestettiin keskitetysti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin koronapäivystyspisteissä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa (sote) tehtiin nopealla aikataululla useita pandemian edellyttämiä uudelleenjärjestelyjä, ja myös suun terveydenhuollon henkilökuntaa siirrettiin uusiin tehtäviin. Osa henkilökunnasta työskenteli oman organisaation sisällä uusissa tehtävissä (asiakaspalvelu puhelimesta, etävastaanotot ja päivystys), osa taas siirtyi muihin toi-

mintoihin, kuten tartunnanjäljitykseen ja satamien terveysneuvontaan. Suun terveydenhuollon henkilöstöä siirrettiin myös esimerkiksi vanhushuoluihin. Erityisesti vakavan koronavirustaudin riskiryhmiin kuuluvia työntekijöitä siirrettiin suorasta asiakastyöstä muihin tehtäviin. Kaupunki ei lomautanut työntekijöitään kevään 2020 poikkeusaikana. (2.)

Toukokuun 2020 alussa suun terveydenhuollon toiminnan palauttamista alettiin kuitenkin jo suunnitella suojavälineiden ja muihin sote-palveluihin siirretyn henkilöstön saatavuuden rajoissa. Suun terveydenhuollossa tartuntoja ei ollut ilmennyt, kun käytettiin suositeltuja suojakeinoja. (2.)

COVID-19-pandemian vaikutuksia työntekijöiden ja erityisesti terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointiin on tutkittu sekä kansainvälisesti (3–11) että Suomessa (12–17). Maailmanlaajuisesti pandemiaan liittyvän ahdistuneisuuden esiintyvyys terveydenhuollon työntekijöillä on eri tutkimuksissa vaihdellut 14,5–44,6 %:n välillä ja masennuksen esiintyvyys 8,9–50,4 %:n välillä (18). Pandemia on suurtenan myötä suun terveydenhuollon työntekijöiden riskiä ahdistua tai kokea voimakkaampaa henkistä kuormitusta (4–6, 18). Vaikka suomalaisen väestön tai suomalaisten työntekijöiden henkinen kuormitus ei yleisesti ottaen ollut merkittävästi kasvanut aiempaan verrattuna keväällä 2020 (16), on suomalaisilla sote-työntekijöillä todettu koronaviruksen tartuntariskin aiheuttamia tai muista syistä johtuvia stressioireita (14, 17), ahdistuneisuutta (12, 15, 17), keskittymisvaikeuksia (17), henkisen hyvinvoinnin heikkenemistä sekä unettomuutta (13).

Vaikka koronavirusepidemia on muuttanut työntetoa suomalaisessa sote-palvelujärjestelmässä (16), on näiden muutosten vaikutuksia työntekijöiden hyvinvointiin tutkittu melko vähän. Laukkalan ja työtoverien (13) mukaan epidemian aiheuttamat muutokset sairaalahenkilökunnan työssä olivat yhteydessä heikompaan henki-

seen hyvinvointiin. Toisessa tuoreessa suomalaisessa tutkimuksessa (17) sairaalahenkilökunnan siirtyminen uuteen työyksikköön epidemian takia oli yhteydessä lisääntyneeseen ahdistuneisuuteen, keskittymisvaikeuksiin, työstressiin sekä fyysiseen ja psyykkiseen kuormitukseen. Siirtyneet työntekijät kokivat tulleen ohitetuiksi, jääneensä vaille riittävää tukea ja palkitsemista sekä kertoivat ammatillisen itsetuntonsa horjuneen. Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että työn muutokset aiheuttavat epävarmuutta ja henkistä kuormitusta (17, 19) ja että organisatioiden merkittävät uudelleenjärjestelyt heikentävät työntekijöiden hyvinvointia sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä huolimatta siitä, irtisano-taanko työntekijöitä vai ei (20).

Helsingissä ja monessa muussakin suomalaisessa kunnassa toteutui suun terveydenhuollon hoitokäyntejä huh-tikuussa 2020 merkittävästi vähemmän kuin vastaavaan aikaan vuodesta yleensä (2). Erilaisten uudelleenjärjestelyjen seurauksena monien työntekijöiden työn sisältö, toimipiste ja työyhteisö muuttuivat äkillisesti kevään 2020 poikkeusaikana. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten koronavirusepidemia ja siitä johtuvat muutokset työssä olivat yhteydessä suun terveydenhuollon henkilökunnan työhyvinvointiin. Käsittelemme tässä tutkimuksessa työhyvinvointia sosiaali- ja terveysministeriön määritelmän (21) mukaisena kokonaisuutena, johon kuuluvat työn mielekkäys, terveys, turvallisuus ja hyvinvointi. Työhyvinvoinnin edistämiseen osallistuvat paitsi työnantaja, johto ja esihenkilöt, myös työyhteisö ja työntekijä itse.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen kohteena olivat Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon työntekijät. Aineisto kerättiin 20.5.–8.7.2020 sähköisen kyselyn (Questback Essentials) avulla. Kaikilta vastaajilta kysyttiin seuraavia taustatietoja: työyksikkö, pääasiallinen työtehtävä ennen koronavirusepidemiaa

(taulukko 1) ja työkokemus kyseisessä työtehtävässä.

Lisäksi niiltä, joilla työtehtävä tai toimipiste muuttui, kysyttiin työtehtävää ja toimipistettä poikkeusaikana. Vastausvaihtoehdot olivat ”Muu suun terveydenhuollon piste”, ”Muu terveydenhuollon palvelu (esim. kotihoito, epidemiatyö)”, ”Muu sosiaalihuollon palvelu (esim. vanhushuollet)”, ”Etätyö (kotona)” ja ”Muu, mikä?”. Työtehtävän ”Muu, mikä?” -vastaukset luokiteltiin; luokittelu on listattuna kuviossa 1. Muiden kategoristen muuttujien uudelleenluokittelu on kuvattu tulosten esittelyn yhteydessä. Kaikki tutkimuksessa käytetyt mittarit on listattu liitteessä 1. (Liite 1 julkaistaan ainoastaan artikkelin verkkoversiossa.)

Käytetyt mittarit

Helsingin kaupungin työntekijät vastaavat kahden vuoden välein Työterveyslaitoksen Kunta10-kyselyyn (22), ja tietoa työntekijöiden hyvinvoinnista saadaan myös Helsingin kaupungin työterveyskyselystä (23). Jotta tämän tutkimuksen tuloksia voitaisiin peilata tietoon henkilöstön työhyvinvoinnista ennen koronavirusepidemiaa, laadittiin kysymykset ja mittarit edellä mainituissa kyselyissä käytettyjen kysymyspatteristojen perusteella. Kunta10-kyselyssä käytetyillä mittareilla selvitettiin kokemusta työn muutoksesta koronavirusepidemian aikana, työn jatkuvuuteen liittyvää epävarmuutta, työyhteisön sosiaalista pääomaa ja innovatiivisuutta (työyhteisömittarit), työn palkitsevuutta sekä kokemusta työpaineista (22).

Työn muutosta tarkasteltiin toimipisteen, työyhteisön ja työn sisällön muutosten kautta (liite 1, kolme ensimmäistä kysymystä). Työn katsottiin muuttuneen täysin, jos vastaaja oli vastannut ensimmäiseen kysymykseen ”Ei”, toiseen ”Kyllä” ja kolmanteen ”Työyhteisö on täysin muuttunut”. Näiden vastausten perusteella vastaajat jaettiin seuraaviin, työn muutosta kuvaaviin ryhmiin (myöhemmin *työn muutosryhmät*): ”Täysi muutos kaikissa osa-alueissa”, ”Täysi muutos osas-



sa osa-alueista” ja ”Ei täyttä muutosta missään osa-alueista”.

Tutkimuksessa haluttiin tarkastella myös työn kokonaismuutosta. Tätä tarkoitusta varten luotiin uusi laskennallinen summamuuttuja, joka koostui yllä mainituista työn muutosta tarkastelevista kysymyksistä. Kokonaismuutosta mitattaessa vastaaja sai kustakin kohdasta yhden pisteen, jos oli vastannut ensimmäiseen kysymykseen ”Ei”, toiseen ”Kyllä” ja kolmanteen ”Työyhteisö on täysin muuttunut”. Jonkin muun vastausvaihtoehdon valitseminen tuotti nolla pistettä. Muuttujan vaihteluväli oli 0–3, ja suurempi summa tarkoittaa suurempaa muutosta.

Lisäksi vastaajille esitettiin kysymyksiä, jotka liittyivät kliinisen työn muutokseen, perehdytykseen ja esihenkilöiltä saatua tukea uudessa työtehtävässä tai toimipisteessä sekä osaamisen riittävyyteen suhteessa poikkeusajan työtehtävien vaatimuksiin ja vastuisiin.

Ahdistuneisuuden mittaamisessa hyödynnettiin yleisesti käytössä olevaa (4, 5, 7, 15, 17), perusterveydenhuollon seulontakäyttöön tarkoitettua Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-7) -kyselyä (24) ja masennusriskin kartoittamisessa Työterveyslaitoksen Kaksi kysymystä masennuksesta -seulontamittaria (25), jota on käytetty samalla tavoin myös Helsingin kaupungin työterveyskyselyssä (23). Koetua työkykyä selvitettiin yhdellä kysymyksellä, joka on Suomessa vakiintunut tähän käyttöön (23, 26, 27). Työn voimavaroja mitattiin työn imua kartoittavalla Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) -mittarilla (8, 22, 28, 29), työstä palautumista koskevilla kysymyksillä (23) sekä kysymällä asioista, jotka tuottavat energiaa ja tarmoa työpäivän aikana. Kuormitustekijöitä mitattiin koettua stressiä koskevalla kysymyksellä (23, 30) sekä tätä tutkimusta varten laaditulla kysymyksellä, jossa selvitettiin työn kuormittavuutta verrattuna poikkeusaikaa edeltävään aikaan. Näiden kysymysten lisäksi kysely sisälsi tarkentavia kysymyksiä esi-

merkiksi siitä, johtuuko ahdistuneisuus vastaajan mielestä työstä tai koronavirusepidemiasta. Lisäksi kyselyssä oli mukana strukturoituja kysymyksiä syventäviä avovastauskysymyksiä (liite 1). Ahdistuneisuutta ja koettuja työpaineita kuvaavat numeeriset asteikot on luokiteltu taulukossa 2 esitetyllä tavalla.

Vastausten analysointi

Avovastausten analysointiin käytettiin Textometrica-työkalua (31). Avovastaukset ryhmiteltiin ja luokiteltiin vastauksista löytyvien sanojen perusteella niin, että yksittäinen vastaus saattoi saada useita eri luokituksia. Aineiston tilastolliseen analysointiin käytettiin R-tilastoanalyysiohjelmistoa (R-versio 3.6.2 ja RStudio versio 1.2.5033) sekä Excel-ohjelmistoa. Tilastollista analyysiä tehtiin ristiintaulukoimalla kategorisia muuttujia, ja jakaumien eroja testattiin khiin neliötestillä. Edellä listattuja vakiintuneita mittareita käsiteltiin numeerisina, ja niistä laskettiin tunnuslukuina keskiarvoja. Jakaumien normaaliutta ei oletettu, mutta havainnot esitetään keskiarvoina, koska keskiarvot ovat havainnollisia ja helpottavat myös tulosten vertailemista esimerkiksi Kunta10-aineistoon, jossa luvut on niin ikään esitetty keskiarvoina. Näiden muuttujien jakaumien erojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin käyttämällä aineistoon soveltuvia ei-parametrisia testejä: Kruskal-Wallis testia ja Mann-Whitneyn U-testiä.

Tutkimuksen rahoitus ja eettiset näkökohdat

Tutkimus tehtiin Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa, osin osana vastaavan hammaslääkärin ja ylihammaslääkärin työtehtäviä ja osin Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan rahoittamalla tutkimusapurahalla. Tutkimuksen tekoon saatiin tutkimuslupa Helsingin kaupungilta, eikä eettisen toimikunnan lausuntoa edellytetty. Vastaajat osallistuivat kyselyyn vapaaehtoisesti ja nimettömänä. Kyselystä saadut vastaukset käsiteltiin kuvailevin ja tilastollisin menetelmin, eivätkä yk-

sittäiset vastaajat ole tutkimustuloksista tunnistettavissa.

Tulokset

Vastaajat

Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa työskenteli 1.6.2020 yhteensä 793 henkilöä, ja sähköpostitse lähetettyyn kyselytutkimukseen vastasi heistä 48 % (n = 379). Suurin vastaajaryhmä olivat hammashoitajat (n = 148). Vastaajien ammattiryhmäjakauma oli erilainen kuin suun terveydenhuollon vakanssien ammattiryhmien jakauma keväällä 2020 (p-arvo 0,003). Suuhygienistien (15,0 %) ja hoitohenkilökunnan esihenkilöiden (4,0 %) osuus vastanneista oli suurempi kuin näiden ammattiryhmien osuus vakansseista vastaushetkellä (9,6 % ja 2,5 %). Myös vastaajien työkokemusjakauma erosi tilastollisesti merkitsevästi vakanssirekisterin kokemusjakaumasta (p-arvo < 0,001). Niiden henkilöiden osuus, joilla oli alle viiden vuoden työkokemus, oli vastaajajoukossa (33,5 %) suurempi kuin vakanssirekisterissä (22,5 %), kun taas 20 vuotta tai enemmän työkokemusta omaavia oli vastaajissa vähemmän kuin vakanssirekisterissä (26,8 % ja 34,7 %).

Työn muutos

Noin puolet vastaajista työskenteli kyselyajankohtana eri toimipisteessä kuin ennen koronavirusepidemiaa. Suurin osa vastaajista teki kuitenkin poikkeusaikana sisällöltään samankaltaista työtä kuin ennen poikkeusaikaa. (Taulukko 1.) Suurimmalla osalla uusi toimipiste oli jokin muu suun terveydenhuollon toimipiste (kliiniset työtehtävät) tai työtä oli siirrytty tekemään etätyönä (ei-kliiniset tehtävät). Toiseen toimipisteeseen siirtyneistä suuhygienisteistä 34,1 % ja hammashoitajista tai vastaanottoapulaisista 24,2 % työskenteli jossakin muussa terveydenhuollon palvelussa, kuten kotihoidossa tai tartunnanjäilytystyössä. Muussa terveydenhuollon palvelussa kuin suun terveydenhuollossa työskenteli hammaslääkäreistä ja erikoishammaslääkäreistä 7,3 % ja

Taulukko 1. Poikkeusajan (muutos koronavirusepidemian alussa) työskentely ja sen muuttuminen ammattiryhmittäin.

Koronavirusepidemian aikainen työskentely ja sen muuttuminen ammattiryhmittäin	Siirtyminen toiseen toimipisteeseen			Työyhteisön muuttuminen			Työn sisältö samanlainen kuin ennen koronavirusepidemiaa		Työn muutosryhmät: Taulukon muista mittareista yhdistetty mittari. Tarkasteltu vain täyttä muutosta kussakin osa-alueessa (nämä vastausvaihtoehdot merkitty #-symbolilla).		
Työtehtävä ennen koronavirusepidemiaa	Ei (n = 31)	Osittain (n = 66)	Kyllä (#) (n = 182)	Täysin tai pääosin sama (n = 92)	Vain osin sama (n = 166)	Täysin muuttunut (#) (n = 119)	Kyllä tai pääosin kyllä (n = 215)	Ei (#) (n = 164)	Ei täyttä muutosta missään osa-alueista (n = 105)	Täysi muutos osassa osa-alueista (n = 216)	Täysi muutos kaikissa osa-alueissa (n = 56)
	%										
Hammaslääkäri tai erikoishammaslääkäri (kliininen työ, n = 108)	24,1	19,4	56,5	15,7	51,9	32,4	53,7	46,3	18,5	66,7	14,8
Suuhygienisti (kliininen työ, n = 57)	21,1	22,8	56,1	8,8	57,9	33,3	10,5	89,5	3,5	71,9	24,6
Hammashoitaja (kliininen työ) tai vastaanottoavustaja (n = 148)	35,8	13,5	50,7	25,0	35,8	39,2	61,5	38,5	27,0	56,8	16,2
Esihenkilö tai johtaja (hoitohenkilökunta, n = 15)	53,3	33,3	13,3	40,0	53,3	6,7	73,3	26,7	60,0	40,0	0,0
Esihenkilö tai johtaja (hammaslääkärit, n = 9)	55,6	11,1	33,3	22,2	77,8	0,0	100,0	0,0	66,7	33,3	0,0
Muu, ei-kliininen tehtävä (n = 40)	65,0	12,5	22,5	62,5	22,5	15,0	95,0	5,0	70,0	25,0	5,0
Kliinisessä työssä (n = 313)	29,1	17,3	53,7	18,8	45,4	35,8	49,5	50,5	19,8	62,9	17,3
Ei-kliinisessä työssä (n = 64)	60,9	17,2	21,9	51,6	37,5	10,9	90,6	9,4	67,2	29,7	3,1
YHTEENSÄ (n = 377)	34,5	17,2	48,3	24,4	44,0	31,6	56,5	43,5	27,9	57,3	14,9

muista, ei-kliinistä työtä tehneistä vastaajista 15,4 %.

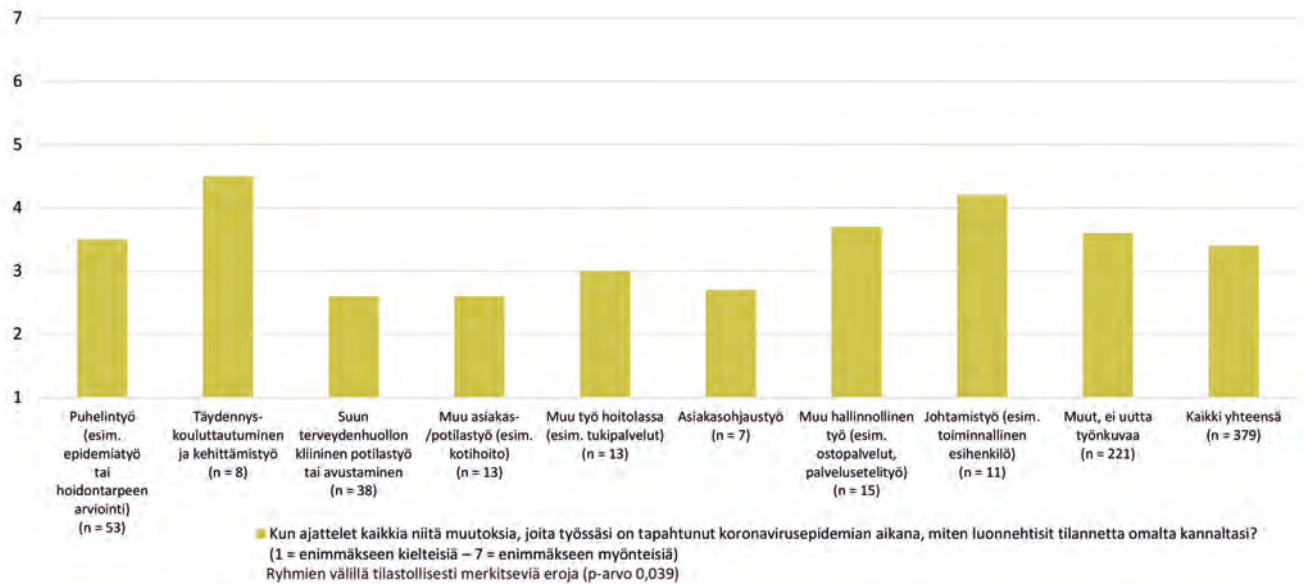
Kliinistä työtä aiemmin tehneistä ammattilaisista 40,3 % ei tehnyt poikkeusaikana lainkaan kliinistä työtä. Suuhygienisteillä tämä luku oli 61,5 %. Kliinistä työtä teki yhtä paljon tai enemmän kuin ennen poikkeusaikaa vain 16,9 % vastanneista, ja lähes puolet vastaajista (48,8 %) teki vähintään jonkin verran erilaista kliinistä työtä kuin ennen poikkeusaikaa. Ammattiryhmien väliset erot työn sisällön muutoksessa olivat huomattavia (taulukko 1) ja myös tilastollisesti merkitseviä (p-arvo < 0,001). Isoin muutos oli suuhygienisteillä. Suuhygienisteistä lähes kaikki

tekivät sisällöltään erilaista työtä kuin ennen koronavirusepidemiaa, kun kaikista työntekijöistä samassa tilanteessa oli alle puolet (taulukko 1).

Suuhygienisteillä uusi, muuttunut työtehtävä oli yleisimmin puhelintyö, esimerkiksi tartunnanjäljitys tai hoitotarpeen arviointi (50,0 %). Hammaslääkärit tai erikoishammaslääkärit siirtyivät useimmiten johonkin muuhun kliiniseen potilastyöhön (esim. päivystäminen, 38,8 %) tai puhelintyöhön (36,7 %). Hammashoitajilla vastaukset jakautuivat tasaisemmin niin, että puhelintyötä teki 18,5 %, kliinistä potilastyötä 20,4 %, muuta asiakas-/potilastyötä (esim. kotihoito) 20,4 % ja muuta työ-

tä hoitolassa 22,2 %. Loput työntekijät suorittivat täydennyskoulutuskursseja verkkokursseina tai tekivät kehittämistyötä (eniten hammaslääkärit), asiakasohjaustyötä (eniten suuhygienistit) tai muuta hallinnollista työtä (eniten hammashoitajat). Osa hammaslääkäreistä (10,2 %) ja suuhygienisteistä (4 %) siirtyi tekemään johtamistyötä esimerkiksi toiminnallisena esihenkilönä.

Pääasiassa kliinistä työtä tekevien ja ei-kliinistä työtä tekevien ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero (p-arvo < 0,001) sekä toimipisteen, työyhteisön että työn sisällön muutoksessa niin, että kliinistä työtä tekevien ammattiryhmien työ oli muuttunut enemmän.

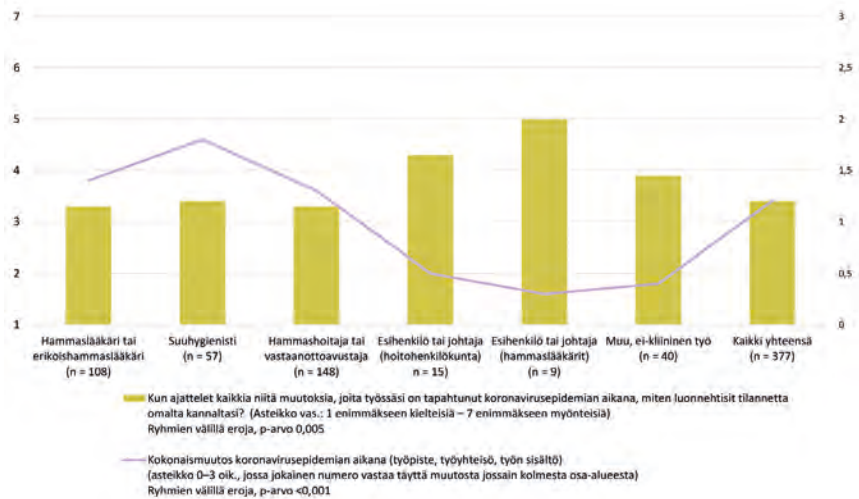


Kuvio 1. Kokemus muutoksesta ja muutoksen määrä poikkeusajan tehtävänkuvan mukaan (keskiarvo).

Kliinistä työtä tekevästä suurempi osa kuin ei-kliinistä työtä tekevästä oli lisäksi kokenut täyden työn muutoksen toimipisteen, työyhteisön ja työn sisällön osalta poikkeusaikana. (Taulukko 1.)

Kokemus työn muutoksesta

Ammattiryhmien välillä ilmeni eroja siinä, miten he kokivat muutoksen poikkeusaikana (kuvio 2). Kokemus muutoksesta oli erilainen myös riippuen poikkeusajan työtehtävästä (kuvio 1). Suuri osa niistä työntekijöistä, joiden työkuva muuttui sisällöltään toiseksi, ei ollut mielestään saanut riittävää perehdytystä (70,0 %) eikä tukea omalta esihenkilöltään (68,6 %) tai esihenkilöltään uudessa työtehtävässä (68,2 %). Kysymykseen ”Osaamiseni on riittävää suhteessa epidemia-ajan vastuksiini ja työtehtäviini” vastasi ”Täysin samaa mieltä” tai ”Jokseenkin samaa mieltä” 72,6 % niistä, joilla mikään työn osa-alue ei ollut muuttunut täysin, ja 68,2 % niistä, joiden työssä osa-alueista oli muuttunut. Täyden työn muutoksen kokeneilla vastaava luku oli 49,1 %, ja vastausvaihtoehdon ”Täysin eri mieltä” tai ”Jokseenkin eri mieltä”



Kuvio 2. Kokemus muutoksesta ja muutoksen määrä ammattiryhmän mukaan (keskiarvo).

oli valinnut tässä ryhmässä 43,6 %.

Niiltä vastaajilta, joilla työn sisältö ja/tai toimipiste muuttui täysin tai osittain (n = 287), tiedusteltiin kokemusta työn muutoksesta kahdella avovastauskysymyksellä. Ensimmäisessä kysyttiin, mitä uutta vastaaja oli oppinut uudessa

toimipisteessä tai työtehtävässä. Useampia vastauksia yhdistäviä teemoja olivat uudet toimintatavat, tietotekniset taidot ja uudet työtehtävät. Toisessa kysymyksessä selvitettiin, mitä muuta vastaaja haluaisi sanoa siirtymisestään toiseen tehtävään tai toimipisteeseen.

Taulukko 2. Työn muutosryhmien väliset erot muutoksen kokemuksessa sekä työhyvinvoinnin ja ahdistuneisuuden numeerisissa mittareissa.

	Työn muutosryhmät: Tarkasteltu täyttä muutosta kullakin työn osa-alueella: toimipiste, työyhteisö ja työn sisältö.			Kaikki yhteensä	Kruskal-Wallis p-arvo
	Ei täyttä muutosta missään osa-alueista	Täysi muutos osassa osa-alueista	Täysi muutos kaikissa osa-alueissa		
	KESKIARVO				
"Kun ajattelet kaikkia niitä muutoksia, joita työssäsi on tapahtunut koronavirusepidemian aikana, miten luonnehtisit tilannetta omalta kannaltasi?" (7-portainen asteikko: 1 = enimmäkseen kielteisiä – 7 = enimmäkseen myönteisiä) (n = 354)	3,7	3,4	3,1	3,4	0,029
Työn jatkuvuuteen liittyy epävarmuutta. (Väittämämuotoinen kysymyssarja ja tunnusluvut Kunta10-kyselystä, asteikko 1–5; isompi luku = enemmän epävarmuustekijöitä) (n = 353)	1,8	2,1	2,4	2,0	0,001
Työyhteisössä on sosiaalista pääomaa. (Väittämämuotoinen kysymyssarja ja tunnusluvut Kunta10-kyselystä, asteikko 1–5; isompi luku = enemmän sosiaalista pääomaa) (n = 359)	3,8	3,7	3,7	3,7	0,802
Työyhteisö on innovatiivinen. (Väittämämuotoinen kysymyssarja ja tunnusluvut Kunta10-kyselystä, asteikko 1–5; isompi luku = enemmän innovatiivisuutta) (n = 369)	3,5	3,4	3,3	3,4	0,209
GAD-7-ahdistuneisuuskysely, asteikko 0–21 (0–4: Vähäinen ahdistuneisuus, 5–9: Lievä ahdistuneisuus, 10–15: Kohtalainen ahdistuneisuus, 16–21: Vaikea ahdistuneisuus) (n = 363)	4,8	4,9	7,6	5,3	0,028
"Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyillesi asteikolla 0–10?" (Heikko: 0–5, Kohtalainen: 6–7, Hyvä: 8–10) (n = 375)	7,3	7,0	6,2	7,0	0,079
Työn imu: UWES-9-kyselyn kokonaiskeskiarvo, asteikko 0–6 (isompi luku = enemmän työn imua) (n = 347)	4,6	4,5	3,8	4,4	0,067
Työpaineisiin liittyvät kysymykset. (Tunnusluvut Kunta10:stä, asteikko 1–5; isompi luku = enemmän työpaineita) (n = 370)	3,6	3,3	3,2	3,4	0,006
Työn palkitsevuuteen liittyvät kysymykset. (Tunnusluvut Kunta10:stä, asteikko 1–5; isompi luku = enemmän palkitsevuutta) (n = 376)	2,7	2,6	2,5	2,7	0,067

Yleisimmät vastausten teemat olivat myönteinen tai edes jotakin hyvää sisältävä kokemus, huono kommunikaatio tai viestintä siirtoon liittyen tai siirron aikana, stressaava tai henkisesti raskas tai kuormittava kokemus sekä kokemus siitä, että ei ollut saanut riittävää perehdytystä tai tukea.

Muutoksen yhteydet työtekijöiden työhyvinvoinnin mittareihin

Poikkeusaikana tapahtunut työn muutos näyttäytyi pääosin myönteisempä-

nä niillä vastaajilla, joilla työn sisältö ei ollut merkittävästi muuttunut. Lisäksi työn imua näytti esiintyvän enemmän, jos työ ei ollut täysin muuttunut. Muutosryhmien välinen ero työn imun kokemuksessa oli tilastollisesti merkitsevä, kun tarkasteltiin pelkkää työn sisällön muutosta (p-arvo 0,004). Sen sijaan se, kuinka hyvin työstä palaututtiin tai kuinka paljon energiaa ja tarmoa tuottavia asioita työpäivän aikana koettiin verrattuna epidemiaa edeltävään aikaan, ei ollut yhteydessä työn muutok-

seen. Vastaajat, joiden työssä ei ollut tapahtunut muutoksia, kokivat eniten työpaineita. (Taulukko 2.)

Kun työn muutosryhmät "Ei täyttä muutosta missään osa-alueista" ja "Täysi muutos osassa osa-alueista", yhdistettiin toisiinsa, oli suurempi työn muutos tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä heikompaan arvioon omasta työkyvystä (arvioitu työkyky täyden muutoksen ryhmässä ka. 6,2 ja enintään osittaisen muutoksen ryhmässä ka. 7,1; p-arvo 0,026), voimakkaam-

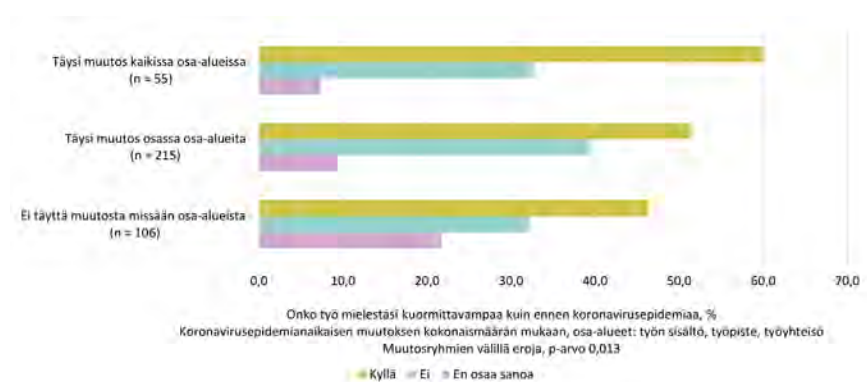


paan ahdistuneisuuteen (ka. 7,6 ja ka. 4,8; p-arvo 0,008) sekä heikompaan työn imuun (ka. 3,8 ja ka. 4,5; p-arvo 0,029). Kun työkykyä tarkasteltiin muutosryhmäkohtaisesti (ks. taulukko 2), yhteys oli tilastollisesti merkitsevä hammashoitajilla, heidän esihenkilöillään ja ei-kliinistä työtä tehneillä (p-arvo 0,008). Näitä ammattiryhmiä edustaneiden vastaajien joukossa niistä, joiden työ oli muuttunut enintään osittain, arvioi työkykynsä heikoksi 17,1 %, kun taas niillä, joiden työ oli muuttunut täysin, vastaava osuus oli 46,2 %. Muilla ammattiryhmillä muutos ei ollut yhteydessä koettuun työkykyyn (p-arvo 0,910).

Myös koettu työn kuormitus poikkeusaikana verrattuna epidemiaa edeltäneeseen aikaan oli yhteydessä työn muutosryhmiin (kuvio 3). Mitä enemmän työ muuttui, sitä kuormittavamaksi se koettiin verrattuna aiempaan. Työn muutoksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä koettuun lisäantyneeseen kuormitukseen, jos tarkastelusta jätettiin pois hammashoitajat ja vastaanottoapulaiset sekä hoitohenkilökunnan esihenkilöt.

Hammashoitajista ja vastaanottoavustajista työn koki koronavirusepidemian aikana aiempaa kuormittavamaksi 88 %, kun sekä työn sisältö, työyhteisö että toimipiste olivat muuttuneet (n = 24, esihenkilöistä yhdelläkään työ ei muuttunut täysin). Niistä hammashoitajista ja vastaanottoavustajista, joiden työ oli muuttunut korkeintaan osittain, 54 % koki työnsä poikkeusaikana aiempaa kuormittavamaksi; hoitohenkilökunnan esihenkilöiden joukossa vastaava osuus oli 80 %, kun se keskimäärin kaikilla vastaajilla oli 52 %.

Suuhygienististä suurin osa oli sitä mieltä, että työ ei ollut poikkeusaikana kuormittavampaa kuin ennen epidemiaa. Avovastausten (n = 262) perusteella kuormitusta työssä aiheuttivat poikkeusaikana useimmiten epävarmuus, epäselvyys ja epätietoisuus, jatkuvat muutokset sekä muuttuvat, epäselvät tai puutteelliset ohjeet. Muita vastauk-



Kuvio 3. Työn kuormittavuus muutoksen kokonaismäärän mukaan (%).

sissa toistuvia teemoja olivat mm. kiire, tiedonkulun puutteet ja liiallinen työmäärä.

Muutoksen yhteydet ahdistuneisuuteen ja masennusriskiin

Kaikista vastaajista 6,9 %:lla ilmeni GAD-7-kyselyssä vaikea ahdistuneisuus, 10,5 %:lla kohtalainen ahdistuneisuus ja 26,7 %:lla lievä ahdistuneisuus. Ahdistuneisuudessa ei todettu eroja eri ammattiryhmien välillä, eikä sillä ollut yhteyttä myöskään siihen, kuinka paljon kliinistä työtä vastaaja oli tehnyt poikkeusaikana.

Sen sijaan eri muutosryhmien välillä ahdistuneisuudessa oli tilastollisesti merkitseviä eroja (p-arvo 0,028), ja ahdistuneisuus oli voimakkaampaa erityisesti, jos työ oli täysin muuttunut (kuvio 4). Ahdistuneisuus ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä toimipisteen, työn sisällön tai työyhteisön muutokseen, mikäli näitä muutoksen osa-alueita tarkasteltiin erikseen. Yhteyksistä oli kuitenkin nähtävissä viitteitä työyhteisön ja työn sisällön osalta. Täyden työyhteisön muutoksen ryhmässä kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta esiintyi 22,8 %:lla, kun vastaava osuus muissa ryhmissä oli 14,9 %; täyden työn sisällön muutoksen ryhmässä kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus ilmeni

21,7 %:lla, kun osuus muissa ryhmissä oli 14,1 %. Muutosryhmien välillä ei havaittu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sen suhteen, johtuiko vastaajan kokema ahdistuneisuus hänen mielestään työstä ja/tai koronavirusepidemiasta. Vastaajista (n = 358) 14,5 % ilmoitti, että tunne ei pääosin johdu työstä eikä koronavirusepidemiasta. Vastanneista 10,9 % taas oli sitä mieltä, että ahdistuneisuus liittyy pääosin pelkääseen koronavirusepidemiaan, ja pelkän työn nimesi pääasialliseksi tekijäksi 7,8 %. Vastaajista 43 % nimesi tunteen aiheuttajaksi sekä työn että koronavirusepidemian.

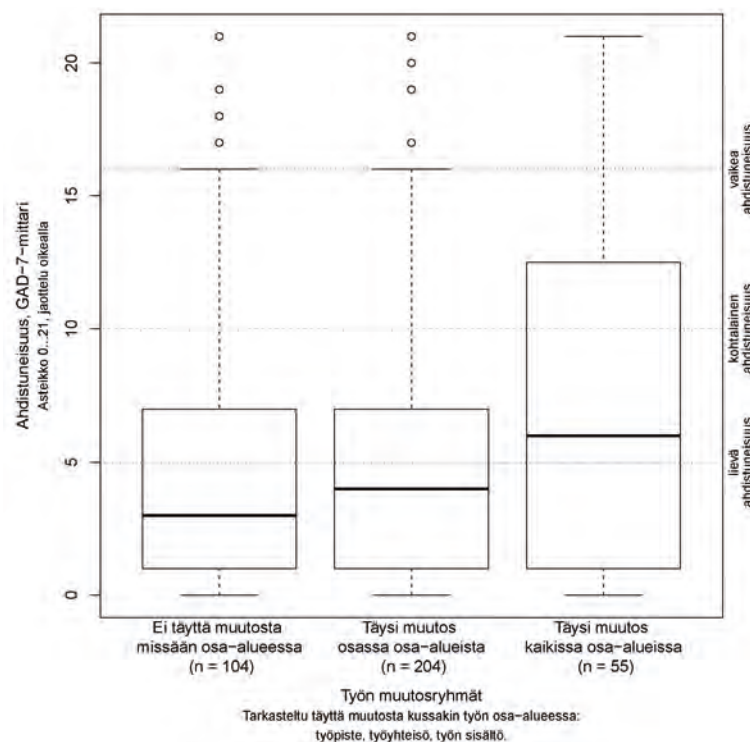
Vastaajista 48 %:lla oli kohonnut masennusriski; hammashoitajilla ja vastaanottoavustajilla sekä suuhygienisteillä osuus oli yli puolet. Vastaajien työn muutoksen ja masennusriskin välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys (p-arvo < 0,001), kun tarkasteltiin pelkkiä hammashoitajia, heidän esihenkilöitään tai ei-kliinistä työtä tekeviä ammattilaisia. Muilla ammattiryhmillä ei ilmennyt tällaista yhteyttä. Hammashoitajia, vastaanottoavustajia ja heidän esihenkilöitään (n = 200) tarkasteltaessa muutos näyttäytyi niin, että vähiten muutoksia kokeneista (n = 76) masennusriski oli kohonnut 43,4 %:lla, osittaisen muutoksen kokeneista (n = 99)

50,5 %:lla ja täyden muutoksen koke-neista ($n = 25$) 88,0 %:lla. Kaikista masennusriskissä olevista vastaajista 55 % oli sitä mieltä, että huoli johtuu työstä. Ammattiryhmällä tai työn muutosryhmällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä siihen, johtuiko vastaajan koke-ma huoli työstä.

Työhyvinvoinnin, masennusriskin ja ahdistuneisuuden keskinäiset yhteydet eri ammattiryhmissä

Kyselyyn vastanneista 66,5 % ilmoitti kokevansa vähintään jonkin verran stressiä ja 8,6 % erittäin paljon stressiä. Vastaajista 51,6 %:n mielestä stressi johtui pääosin työstä. Eri ammattiryhmien välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja stressin voimakkuudessa tai siinä, johtuiko stressi työstä. Stressi ja työn muutos eivät myöskään olleet yhteydessä toisiinsa. Ammattiryhmien välillä todettiin kuitenkin tilastollisesti merkitseviä eroja (p -arvo $< 0,001$) koetussa työkyvyssä. Hammaslääkäreistä työkykyänsä koki heikoksi 17,8 %, suuhygienisteistä 21,1 % ja hammashoitajista 31,7 % (kaikkien vastaajien keskiarvo 24,0 %). Vastavasti hyvä koettu työkyky oli hammaslääkäreistä 70,1 %:lla, suuhygienisteistä 64,9 %:lla ja hammashoitajista 33,8 %:lla.

Parempi koettu työkyky oli yhteydessä vähäisempiin työpaineisiin (p -arvo 0,004), vähäisempään epävarmuuteen työn jatkuvuudesta (p -arvo $< 0,001$) sekä vähäisempään ahdistuneisuuteen (p -arvo $< 0,001$). Vastaajilla, jotka kokivat työkykyänsä hyväksi, työpaineiden numeerinen keskiarvo oli 3,2, työn jatkumisen epävarmuuden keskiarvo 1,8 ja ahdistuneisuuden keskiarvo oli 2,8. Enintään kohtalaisen työkyvyn omaavilla vastaavat luvut olivat 3,5, 2,3 ja 8,1. Lisäksi hyvä koettu työkyky oli vahvasti yhteydessä parempaan työn imuun (hyvän työkyvyn ryhmässä työn imun ka. 5,1 ja muissa ryhmässä ka. 3,7; p -arvo $< 0,001$), parempaan kokemukseen työyhteisön sosiaalisesta pääomasta (mittarin ka. 3,9 ja 3,5; p -arvo $< 0,001$) sekä koettuun



Kuvio 4. Ahdistuneisuus työn muutosryhmissä.

työn palkitsevuuteen (mittarin ka. 3,0 ja 2,3; p -arvo $< 0,001$). (Asteikot, ks. taulukko 2.)

Voimakkaampi ahdistuneisuus, kohonnut masennusriski ja voimakkaampi stressi olivat kaikki yhteydessä toisiinsa tilastollisesti merkitsevästi (kaikissa yhdistelmissä p -arvo $< 0,001$). Masennusriskissä olevista 26,2 %:lla esiintyi vähintään kohtalaista ahdistuneisuutta ja vähintään melko paljon stressiä, kun vastaava luku niillä, joiden masennusriski ei ollut kohonnut, oli 3,8 %. Myös stressi ja suurempi koettu työkuormitus poikkeusajana olivat yhteydessä. Vähintään melko paljon stressiä koki 42,2 % niistä, joiden mielestä työ oli poikkeusajana kuormittavampaa kuin aiemmin, ja 10,4 % niistä, joiden mielestä työ ei ollut aiempaa kuormittavampaa (p -arvo $< 0,001$). Samoin voimakkaampi ahdistuneisuus oli yhteydessä heikompiin työyhteisömittarien tuloksiin. Näitä mittareita olivat koke-

mus työyhteisön sosiaalisesta pääomasta (vaikeaa ahdistuneisuutta kokevassa ryhmässä sosiaalisen pääoman ka. 3,1 ja vähäistä ahdistuneisuutta kokevassa 4,0; p -arvo $< 0,001$) sekä kokemus työyhteisön innovatiivisuudesta (vaikean ahdistuneisuuden ryhmässä työyhteisön innovatiivisuuden ka. 3,1 ja vähäisen ahdistuneisuuden ryhmässä 3,6; p -arvo 0,004). Myös masennuksen riski ja heikompi työn imu olivat yhteydessä (masennusriskissä olevien työn imun ka. 3,8 ja muiden 5,0; p -arvo $< 0,001$).

Voimavaratekijät

Vastaajista 78,6 % koki palautuvansa vähintään kohtalaisesti työpäivän jälkeen ja 67,2 % työpäivän aikana; ammattiryhmien välillä ei ilmennyt eroja palautumisessa. Kliinistä työtä tekevistä pieni osa (7,1 %) palautui hyvin työpäivän aikana, kun taas esihenkilöistä yksikään ei raportoinut palautuvansa hyvin työpäivän aikana. Koettu stressi



ja palautuminen sekä työpäivän aikana että sen jälkeen olivat yhteydessä toisiinsa (p-arvo molemmissa < 0,001) siten, että niistä vastaajista, jotka eivät kokeneet lainkaan stressiä, palautui viimeistään työpäivän jälkeen vähintään melko hyvin 93,1 %, kun taas erittäin paljon stressiä kokeneilla vastaava luku oli 12,5 %. Palautumista työpäivän aikana auttoivat avovastausten (n = 258) perusteella useimmiten työkaverit ja kollegat yleisesti, tauot ja hengähdys hetket, keskustelu ja juttelu työkaverien kanssa sekä työkaverien vertaistuki ja kannustus. Vapaa-ajan palautumisen (n = 285) keinot olivat moninaisempia. Hyvin moni mainitsi kuitenkin läheiset ihmiset, liikunnan tai ulkoilun sekä levon ja nukkumisen.

Työn erilaisten voimavaratekijöiden kuvailemiseksi vastaajia pyydettiin lisäksi listaamaan asioita, jotka työssä tuottavat energiaa ja tarmoa. Tähän kysymykseen saatiin 291 avovastausta. Ylivoimaisesti suurin osa mainitsi työkaverit ja kollegat. Muita monesti mainittuja voimavaratekijöitä olivat potilaat ja asiakkaat ja heiltä saatu kiitos, onnistuminen työssä, työyhteisön hyvä henki ja työilmapiiri, tauot ja lounas, hyvä palaute sekä keskustelu ihmisten kanssa. Lisäksi mainittiin samassa veneessä olemisen ja yhteen hiileen puhaltamisen kokemukset. Vastaajista 31 % koki näitä kirjaamia energiaa ja tarmoa tuottavia asioita poikkeusaikana enemmän kuin aiemmin ja 32 % saman verran kuin aiemmin. Vastauksissa oli ammattiryhmien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja (p-arvo 0,009). Hammaslääkäriesihenkilöistä seitsemän yhdeksästä koki energiaa ja tarmoa tuottavia asioita työssään vähintään jonkin verran enemmän kuin ennen koronavirusepidemiaa.

Pohdinta ja johtopäätökset

Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa työ muuttui poikkeusaikana erityisesti kliinistä työtä tekeville ammattiryhmillä. Vastaajat kokivat muutoksen kielteisenä erityisesti, mikäli työ oli muuttunut täysin, eli sekä työn si-

sällön että työyhteisön ja toimipisteen osalta. Ne, joilla työ ei ollut merkittävästi muuttunut – kuten suuri osa ei-kliinistä työtä tekevästä – kokivat eniten työpaineita mutta toisaalta myös eniten työn imua. Ne, joilla työ muuttui eniten, kokivat eniten epävarmuutta tulevasta, ja suurin osa näistä vastaajista katsoi, etteivät uusissa tehtävissä saatu perehdytys ja esihenkilötuki olleet riittävällä tasolla. Lähes puolet oli lisäksi sitä mieltä, että heillä ei ollut uuden työtehtävän vaatimaa osaamista. Ahdistuneisuus oli yhteydessä siihen, paljonko työ muuttui – erityisesti niiden vastaajien kohdalla, joiden työ muuttui täysin. Ahdistuneisuus oli lisäksi yhteydessä heikkoon koettuun työkykyyn, ja sillä oli yhteys heikompiin työyhteisömittarien tuloksiin. Valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että ahdistuneisuus liittyi työhön ja/tai koronavirusepidemiaan; muusta syystä ahdistuneita oli alle kuudennes. Masennusriski oli kohonnut lähes puolella kaikista vastaajista ja yli puolella hoitohenkilökunnasta. Hammashoitajilla ja heidän esihenkilöillään kohonnut masennusriski oli lisäksi yhteydessä työn muutokseen. Työn muuttuminen näkyi näillä ammattiryhmillä myös heikompana arviona omasta työkyvystä ja voimakkaampana kokemuksena työn kuormittavuudesta kuin muilla ammattiryhmillä.

Työhyvinvointi pandemian aiheuttamassa muutoksessa

COVID-19-pandemian aikana tapahtuneiden työn muutosten on todettu olevan yhteydessä ahdistuneisuuteen (12, 15, 17) ja hyvinvoinnin heikentymiseen (13). Myös tässä aineistossa työyhteisön muutos ja muutos työn sisällössä olivat yhteydessä ahdistuneisuuteen; sen sijaan pelkän toimipisteen muutos ei näyttänyt olevan merkittävässä roolissa. Työn muuttumisen etätyöksi ei kuitenkaan ole todettu vaikuttavan kielteisesti hyvinvointiin (8, 12, 15). Mahdollisuutta tehdä etätyötä kiiteltiin myös tämän aineiston avovastauksissa. Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että yksittäisillä, edes osittain pysyvillä

ja tutuilla elementeillä on ahdistuneisuudelta suojaava vaikutus muutostilanteessa. Ahdistuneisuuden ja muutoksen välisessä yhteydessä työn sosiaalinen puoli lieenee tärkeä: työyhteisön hyvän hengen ja yhteistyön on todettu olevan yhteydessä vähäisempään ahdistuneisuuteen (15). Tämä tutkimus tukee näitä havaintoja, sillä paremmilla työyhteisömittarien tuloksilla ja vähäisemmällä ahdistuneisuudella oli vahva yhteys myös tässä aineistossa.

Muutos näyttäytyi haitallisena erityisesti kliinistä työtä tekeville hammashoitajilla ja vastaanottoavustajilla, heidän esihenkilöillään sekä ei-kliinistä työtä tekeville ryhmillä (jotka myös voittopuolisesti olivat hammashoitajia). Poikkeusaikana moni työtehtävä edellytti juuri hammashoitajan tai lähihoitajan osaamista tai työpanosta. Näillä ammattiryhmillä työn muutos oli yhteydessä lisääntyneeseen kuormituksen kokemukseen, masennusrisktiin ja huonompaan koettuun työkykyyn. Nämä yhteydet ilmenivät erityisen selkeästi sellaisilla hammashoitajilla ja hammashoitajien esihenkilöillä, jotka olivat siirtyneet täysin eri tehtävään, työyhteisöön ja toimipisteeseen. Tällainen työ tarkoitti esimerkiksi kotihoidon tai muuta vanhushuolteen työä tai aiemmin kliinistä työtä tehneen hammashoitajan siirtymistä toiseen toimipisteeseen tekemään puhelin- tai hallinnollisia töitä. Esihenkilöillä täysi työn muutos tarkoitti esimerkiksi siirtymistä apulaisosastonhoitajan tehtävästä esihenkilöksi täysin toiseen työyhteisöön. Myös suuhygienistien työ muuttui kokonaisuudessaan paljon, koska kiireetön kliininen työ loppui poikkeusaikana täysin; suuhygienisteillä muutoksen laatu ei tulosten perusteella näytä olleen työhyvinvoinnin näkökulmasta yhtä kielteinen kuin muulla hoitohenkilökunnalla.

Työpaineita kokivat eniten ne, joilla työ ei ollut muuttunut merkittävästi. Tämä löydös selittyy osin sillä, että työntekijöitä ei poikkeusaikana lomautettu mutta toimintaa samalla kuitenkin supistettiin voimakkaasti. Avovas-

tauksista heijastui jopa tylsyyden tai merkityksettömyyden tunteita, kun selkeitä työtehtäviä ei ollut mahdollisuutta osoittaa äkillisesti kaikille kliinisen työn vähennyttyä. Osalla työntekijöistä työpaineet keventyivät, mikä näkyy siinä, että Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon työntekijöiden työpaineiden kokemuksen keskiarvo oli syksyn 2018 Kunta10-kyselyssä 3,74 ja tässä kyselyssä 3,2–3,6, riippuen työn muutosryhmästä. Työpaineiden keventymisestä voi kenties kertoa myös palautuminen työpäivän jälkeen. Vuoden 2019 työterveyskyselyn perusteella työpäivän jälkeen palautui vähintään kohtalaisesti 81,8 % suun terveydenhuollossa työskentelevistä vastaajista, kun vastaava luku tässä tutkimuksessa oli 78,6 %; hyvin tai melko hyvin palautui kuitenkin vuonna 2019 yhteensä 49,4 % vastaajista ja tässä tutkimuksessa 53,1 %.

Myöskään kokemus stressistä ei ollut yhteydessä ammattiryhmään tai muutokseen. Työkuorman kerääntymisestä harvoille kertoo ehkä vielä se, että erittäin paljon stressiä koki tässä aineistossa 8,6 % vastaajista, kun syksyn 2019 työterveyskyselyssä luku oli puolet pienempi (4,3 %) – vaikka vähintään jonkin verran stressiä ilmoitti kokevansa tässä kyselyssä 66,5 % ja vuonna 2019 67,6 % vastaajista. Yhdysvalloissa pandemian alussa työntekijöistä 13 %:lla oli vähintään kohtalaisesti stressiä (11), ja työstressi on terveydenhuollossa lisääntynyt pandemian aikana (9, 15, 17). Tässä aineistossa työstä palautuminen tai energiaa ja tarmoa työpäivän aikana tuottavat asiat eivät olleet yhteydessä muutokseen, mutta poikkeusaika on tuonut myös lisää voimavaroja suun terveydenhuollon työyhteisöihin, sillä lähes kolmasosa on kokenut energiaa ja tarmoa työhönsä tuovia asioita poikkeusaikana enemmän kuin aiemmin. Tämä näkyi erityisesti hammaslääkäriesihenkilöillä. Voimakkaampi koettu stressi ja suurempi henkinen kuormitus ovat yhteydessä toisiinsa (8), mikä voitiin havaita myös tässä aineistossa.

Samalla, kun työ keventyi osalla työntekijöistä, jatkoi osa kiireellistä ja välttämätöntä hoitoa poikkeusajan epävarmuudessa, ja toisaalta esihenkilötiimit ja hallinto järjestelivät organisaatiota vastaamaan tulevaisuuden muutoksiin. Ne, joilla työ ei ollut muuttunut merkittävästi, kokivat eniten myös työn imua. Kokonaisuudessaan suun terveydenhuollon henkilökunnan kokema työn imu näyttää poikkeusaikana vähentyneen. Vuoden 2018 Kunta10-kyselyssä työn imua koki usein 67,1 % Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon henkilökunnasta. Vastaavalla tavalla laskettu luku oli tässä aineistossa 64,5 % vastaajista (Kunta10-tutkimuksessa luku lasketaan UWES-9-kyselystä kolmen kysymyksen, kysymysten 1, 3 ja 8, perusteella) (28). Syksyn 2020 Kunta10-tutkimuksessa työn imua koki usein enää 60,3 % suun terveydenhuollossa työskentelevistä vastaajista. Kokonaisuutena kaupungin suun terveydenhuollon työntekijöiden työn imun mittarin keskiarvo oli kuitenkin kyselyn aikanaikin keskimäärin 4,4, mikä vastaa suomalaisessa aineistossa tasoa ”kohtuullinen”; niillä, joilla työ ei muuttunut, taso oli ”keskimääräistä korkeampi” (28). Lisäksi hammaslääkäreillä ja erikoishammaslääkäreillä työn imun keskiarvo oli tässä tutkimuksessa 4,76, mikä ylittää suomalaisen aineiston julkisen sektorin hammaslääkärien keskiarvon (4,48) (28). Työn imu ennustaa vähäisempiä masennusoireita ja vahvempaa tyytyväisyyttä elämään (32). Tässäkin aineistossa vähäisen työn imun ja masennusriskin välillä oli vahva yhteys.

Ahdistuneisuus ja masennusriski

Ahdistuneisuudessa ei ilmennyt eroja ammattiryhmien välillä, eikä sillä ollut yhteyttä myöskään kliinisen työn tekemiseen poikkeusaikana, vaikka tällöin vain osa työntekijöistä hoiti potilaita. Kirjallisuuden perusteella ahdistuneisuutta on COVID-19-pandemiassa esiintynyt terveydenhuollon henkilöstöstä eniten hoitohenkilökunnalla sekä niillä, jotka eivät tee esihenkilötyötä

(15, 18). Israelilaisia suun terveydenhuollon ammattilaisia tarkastelleessa tutkimuksessa ahdistuneisuudessa ei ollut eroja hammaslääkärien ja suuhygienistien välillä (6). Tämän aineiston vastaajista vaikeaa ahdistuneisuutta raportoi 6,9 %, kohtalaista 10,5 % ja lievää 26,7 %. Vastaajien ahdistuneisuus oli hyvin samantasoista kuin mitä se oli samaan aikaan keväällä 2020 suomalaisten sairaaloiden työntekijöillä (15), pohjoisitalialaisilla hammaslääkäreillä (5) sekä kansainvälisessä terveydenhuollon työntekijöiden aineistossa (7). COVID-19-pandemian aikana koettuun ahdistuneisuuteen tai henkiseen hyvinvointiin yleensä ei länsimaissa ole niinkään vaikuttanut epidemian alueellinen vaikeusaste (7, 10), tai sen vaikutukset ovat olleet vähäisiä (13). Ahdistusta selittävät kirjallisuuden perusteella pikemminkin yksilöllinen vaihtelu (13), pelko tartunnasta (4, 6), henkinen kuormitus (6), vähäinen kokemus vastaavista epidemioista (7) sekä toiseen työyksikköön siirtyminen (17). Tämänkin tutkimuksen vastaajien avovastauksissa näkyi se, että vaihtuvat ohjeet ja epätietoisuus kuormittivat. Vastaajien vaikutti olleen hankala tunnistaa, onko ahdistuksen syynä koronavirusepidemia vai työ. Vain 14,5 % kuitenkin ilmoitti, että ahdistus ei johdu näistä kummastakaan, ja pelkästään työn vuoksi ahdistusta kokeneita oli alle kymmenesosa vastanneista.

Heikko työkyky ja ahdistuneisuus olivat tässä aineistossa voimakkaasti yhteydessä toisiinsa: työkykynsä heikoksi kokeneet vastaajat kokivat myös ahdistusta keskimäärin lähestulkoon niin paljon, että yleistyneen ahdistusoireyhtymän diagnostiset kriteerit täytyivät (24). Koettu työkyky näyttää romahtaneen verrattuna Helsingin kaupungin vuoden 2019 työterveyskyselyyn: syksyllä 2019 työkykynsä koki heikoksi 6,0 % suun terveydenhuollon henkilökunnasta, kun tässä aineistossa luku oli 24,0 %. Hammashoitajien ammattiryhmässä vain kolmanneksella oli hyvä koettu työkyky, ja toisella kolmanneksella työkyky oli heikko. Voidaankin



kysyä, johtaako kokemus ahdistuksesta pandemiatilanteessa myös kokemukseen heikentyneestä työkyvystä. Heikko koettu työkyky ennustaa sairauspoissaoloja (27). Tässä tutkimuksessa vastaajien hyväksi kokemaa työkykyä oli yhteydessä vähäisempään ahdistukseen ja stressiin sekä vähäisempään epävarmuuteen työn jatkuvuudesta. Hyväksi koettu työkyky oli lisäksi yhteydessä suurempaan työn imuun, työyhteisön sosiaaliseen pääomaan ja työn palkitsevuuden kokemukseen.

Helsingin kaupungin työterveyskyselyssä vuonna 2019 suun terveydenhuollon vastaajista 32,1 %:lla oli kohonnut masennusriski. Tässä kyselyssä vastaava luku oli 48 %, eli masennusriskissä olevien osuus näyttää selkeästi kasvaneen. Kansainvälisessä COVID-19-pandemia-aikaa koskevassa kirjallisuudessa masennuksen esiintyvyyden vaihteluväli on ollut 8,9–50,4 % (11, 18); tämän kyselyn tulos mahtuu kyseiseen vaihteluväliin, sillä käytetyn masennusasteikon osuvuus on 78 % (25). Masennusriskin tulokinnassa on huomioitava, että varsinaisen masennuksen diagnosointi edellyttää aina tarkempia tutkimuksia.

Esihenkilötuki ja sosiaalinen tuki

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella suuri osa niistä työntekijöistä, joille osoitettiin poikkeusaikana uusi työ, ei saanut riittävää perehdytystä tai esihenkilötukea. Samanlaisia kokemuksia oli myös sairaalahenkilökunnasta niillä, jotka olivat siirtyneet pandemian vuoksi uuteen työyksikköön (17). Sosiaalinen tuki ja muutosjohtaminen ovat yhteydessä parempaan työhyvinvointiin, samoin kuin hyvä kommunikaatio muutoksessa ja kokemus muutosprosessin oikeudenmukaisuudesta (20). Tämän aineiston avovastauksissa näkyi, että osa vastaajista koki työnantajan hoitaneen siirtoon liittyvän viestinnän huonosti tai puutteellisesti, joskin osalla kokemus siirrosta oli ollut myönteinen. Heikko esihenkilötuki on yhteydessä voimakkaaseen stressiin, ahdistukseen, masennukseen, työuupumukseen

Wellbeing at work during COVID-19 related changes in oral health care

Although the COVID-19 pandemic has caused changes in the Finnish social and health care system, the effects on employee wellbeing have not been studied much. The subject of the study was oral health care workers of the City of Helsinki, the questionnaire data was collected in May–July 2020. Validated and frequently used measures of anxiety, stress, work ability estimates, work engagements and depression screenings were used. The results were compared with the results of the Kunta10-survey and occupational health surveys that had targeted the same subject group.

The work changed for two thirds of all the staff, and more so with clinical workers than non-clinical personnel. Those who experienced more change had more anxiety. Most respondents felt that the anxiety

they experienced was due to work and the epidemic. With dental assistants and their supervisors, the change in work was also associated with a risk of depression, poor assessment of work ability, and with experience of a heavier workload, compared to the time before COVID-19. Those without significant changes in work experienced the most work pressure and work engagement. Nearly half of the respondents were at risk of depression, which is more than revealed in a previous occupational health survey.

This study can be used to identify the individuals most in need of support during changes. Even in the event of a sudden reorganization, the aim should be that everything does not change at once and that the support of the work community and the supervisor is adequate.

ja huonompaan yleiseen hyvinvointiin (11).

Sosiaalinen tuki kollegoilta myös pandemian aikana on tärkeää (9, 17), ja se suojaa mielenterveysongelmilta (18). Kokemus vahvasta työyhteisöidentiteetistä on yhteydessä vähäisempiin stressioireisiin (14). Tämän aineiston avovastauksissa työkaverit ja kollegat mainittiinkin useimmin tekijänä, joka edisti palautumista työpäivän aikana ja toi energiaa ja tarmoa työpäivään. Vähentynyt sosiaalinen tuki on yhteydessä mielenterveysongelmiin (12). Tässä tutkimuksessa havaittiin vain heikkoja yhteyksiä työyhteisömittarien tulosten ja työn muutoksen välillä, joten voidaan olettaa, että työn muuttumisesta huolimatta työyhteisöissä on ollut tarjolla sosiaalista tukea. Useammassa avovastauksissa näkyivät lisäksi yhteen hiileen

puhaltamisen tai samassa veneessä olemisen teemat. Työyhteisön tuki koettiin tärkeäksi myös tutkimuksessa, joka tarkasteli koronavirusepidemiaan liittyvää muutosta sairaalamaailmassa (17).

Tutkimuksen luotettavuus ja vertailukelpoisuus

Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen, joten saattaa olla, että kyselyyn ovat vastanneet useammin ne, jotka ovat kokeneet poikkeusajan kaikkein hankalimpana. Tähän viittaavat aineiston ammatti- ja kokemusjakaumat. Vastaajien ammattiryhmäjakaumassa todettiin vinoumaa suhteessa kyselyajankohdan vakanssien jakaumaan: erityisesti suhygienistit ja vähemmän kokeneet työntekijät olivat kyselyssä yliedustettuina. Löydös voi kertoa halusta päästä vastaamaan ky-

selyyn, sillä suuhygienistit olivat eniten muutoksia kokenut ammattiryhmä.

Tutkimusasetelma oli poikittainen, joten havaitut yhteydet eivät tarkoita kausaliteetteja. Tutkimuksesta ei voi tehdä paljoakaan yleistyksiä, mutta se tarjoaa poikkileikkauksen suun terveydenhuollon työhyvinvointiin poikkeustilanteessa. Vastausprosenttia (48 %) voidaan pitää kohtuullisen hyvänä, eli aineisto edustaa suhteellisen hyvin Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon henkilökuntaa. Tutkimuksen vahvuutena on, että siinä hyödynnettiin validoituja (25, 26, 28, 30) ja vakiintuneita (24) menetelmiä sekä Kunta10-tutkimuksissa käytettyjä (22) mittareita. Tämä mahdollisti luotettavamman vertailun paitsi kirjallisuuteen, myös samasta tutkimuskohteesta kerätyihin muihin tuloksiin (22, 23). Vaikka vertailua aiemmin mainittujen kyselyiden tuloksiin ei ollut mahdollista tehdä tilastollisin menetelmin, voidaan vertailussa vuosien 2018 ja 2020 Kunta10-kyselyihin sekä vuoden 2019 Helsingin kaupungin työterveyskyselyyn ottaa huomioon vastaajien ammattiryhmien jakaumat ja aineistojen kohderyhmäkohtainen edustavuus. Kaikkien hammashoitajien osuus vastaajista oli vuoden 2019 työterveyskyselyssä suurempi (59 %) kuin tässä kyselyssä (50 %) ja Kunta10-kyselyissä (48–50 %). Hammaslääkärien ja suuhygienistien osuudet vastaajista olivat kaikissa kyselyissä kahden prosenttiyksikön sisällä (29–31 % ja 13–15 %). Vertailtavien kyselyjen vastaajamäärät (417–463) olivat suurempia kuin tämän kyselyn vastaajamäärä (379), eli ne edustavat kohderyhmää tätä kyselyä paremmin.

Tutkimusaineistona ollut kysely vaikuttaa toimineen myös tunteiden purkukanavana vastaajille. Vastausprosentti on kohtuullisen hyvä, ja toisaalta esimerkiksi eniten työn sisällön muutosta kokeneen ammattiryhmän ylliedustus voi kertoa halusta päästä purkamaan kokemuksiaan. Kyselyn viimeiseen avoimeen kysymykseen ”Onko jotain, mitä haluaisit vielä lopuksi sanoa?” vastasi 43 % osallistujista. Vas-

tausmäärästä, vastausten sisällöstä ja myös vastausten pituudesta (keskimäärin 317 merkkiä, enimmillään jopa yli 3 000 merkkiä) näkyi, että monella riitti vielä sanottavaa huolimatta jo muutenkin pitkästä kyselystä. Moni vastaus sisälsi pohdintaa ja reflektointia poikkeusajasta ja sekä sen myönteisistä että kielteisistä seurauksista. Moni vastaaja antoi voimakastakin kritiikkiä johdon toiminnasta, mutta kyselystä itsestään kiitettiin.

Loppupäätelmät

Tutkimus antaa tietoa siitä, miten organisaatiot sekä niiden johtajat ja esihenkilöt voivat varautua vastaaviin yllättäviin muutoksiin tulevaisuudessa. Tutkimuksen avulla voidaan myös pyrkiä tunnistamaan niitä henkilöstöryhmiä, jotka tarvitsisivat eniten tukea edelleen jatkuvassa epidemiatilanteessa. Äkillisissäkin uudelleenjärjestelyissä tulisi pyrkiä siihen, että työ ei muutu kerralla täydellisesti kaikilta osin ja että työyhteisön ja esihenkilön tuki on riittävä. Mikäli työn radikaalia muuttumista ei voida välttää, pitää muutostilanteet ennakoita ja huolehtia näissä tilanteissa riittävästä tuesta, perehdytyksestä, viestinnästä ja uusiin tehtäviin siirtyvien osaamisen varmistamisesta.

Tutkimus luo kokonaiskuvan, jonka perusteella osalle suun terveydenhuollon henkilökunnasta on kerääntynyt jopa työpahoinvointia: työhyvinvointi ja kokemus omasta työkyvystä ovat heikentyneet ja masennusriski on kasvanut. Toisaalta äkillinen poikkeusajan muutos voi selittää tätä pahoinvointia, mutta aineistossa näkyi lisäksi henkilöitä, jotka voivat työssä huonosti riippumatta muutoksesta tai ammattiryhmästä. Heikko koettu työkyky, ahdistuneisuus ja stressi sekä masennusriski olivat kaikki toisiinsa yhteydessä, ja yhteys oli vahva erityisesti hammashoitajilla ja heidän esihenkilöillään. Heikko työkyky oli lisäksi yhteydessä voimakkaampiin koettuihin työpaineisiin ja työn jatkuvuuteen liittyvään epävarmuuteen sekä huonompaan työn imuun, sosiaaliseen pääomaan ja työn palkitsevuuden

tunteeseen. Koettua työkykyä koskeva yksinkertainen kysymys (26) onkin työterveyden näkökulmasta toimiva tapa seuloa työntekijöistä ne, jotka tarvitsevat vahvempaa tukea ja apua (27). Jatkossa voisi olla mielekäästä tutkia koetun työkyvyn yhteyttä terveyden lisäksi muihinkin työhyvinvointiin liittyviin asioihin, kuten työn voimavaroihin, työsuoritukseen ja työyhteisöön osallistumiseen. Myöskään äkillisen muutoksen ja työhyvinvoinnin yhteyksistä ei vielä tiedetä riittävästi, ja tämä vaatii myös pitkäjänteistä tutkimusta.

Tämän kyselyn tuloksia on jo hyödynnetty kaupungin sisäisessä toiminnassa sekä yhteistyön kehittämisessä esimerkiksi kotihoidon johdon ja suun terveydenhuollon välillä. ■

Matti Aukia, EHL (terveydenhuolto),
Helsingin kaupunki
maukia@gmail.com

Tiina Tuononen, EHL, HLT, Itä-Suomen
yliopisto

Nora Hiivala, EHL, HLT, Helsingin
kaupunki

Liisa Suominen, professori, Itä-Suomen
yliopisto

Artikkeli perustuu Matti Aukian erikois-
hammaslääkäripintoihin sisältyvään kir-
jalliseen työhön.

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia, jotka
voisivat vaikuttaa artikkelin sisältöön.



KIRJALLISUUS

1. American Dental Association. ADA Calls Upon Dentists to Postpone Elective Procedures. 2020. [https://www.ada.org/en/press-room/news-releases/2020-archives/march/ada-calls-upon-dentists-to-postpone-elective-procedures]. Viitattu 7.6.2021.
2. Auero M-L, Hiiuala N. Muistio ja tilannekatsaus alueellisista kokouksista – suun terveydenhuollon palvelut koronavirusepidemian aikana. Helsinki; 2020.
3. Uhlen MM, Ansteinsson VE, Stangvaltaite-Mouhat L, Korzeniewska L, Skudutyte-Rysstad R, Shabestari M. ym. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on dental health personnel in Norway. *BMC Health Serv Res* 2021; 21(1): 420.
4. Ahmad Chaudhary F, Ahmad B, Gul M, Rafiq A, Qasim Butt D, Rehman M. ym. The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Oral Health Care Workers and its Impact on Their Willingness to Work During this Pandemic. *Archives of Psychiatry Research* 2021; 57(2): 179–88.
5. Consolo U, Bellini P, Bencivenni D, Iani C, Checchi V. Epidemiological aspects and psychological reactions to COVID-19 of dental practitioners in the Northern Italy districts of Modena and Reggio Emilia. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(10): 3459.
6. Shacham M, Hamama-Raz Y, Kolerman R, Mijiritsky O, Ben-Ezra M, Mijiritsky E. COVID-19 Factors and Psychological Factors Associated with Elevated Psychological Distress among Dentists and Dental Hygienists in Israel. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(8): 2900.
7. Burkova VN, Butovskaya ML, Randall AK, Fedenok JN, Ahmadi K, Alghraibeh AM. ym. Predictors of anxiety in the COVID-19 pandemic from a global perspective: Data from 23 countries. *Sustainability* 2021; 13(7): 4017.
8. Ruiz-Frutos C, Ortega-Moreno M, Allande-Cussó R, Ayuso-Murillo D, Domínguez-Salas S, Gómez-Salgado J. Sense of coherence, engagement, and work environment as precursors of psychological distress among non-health workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Saf Sci* 2021; 133: 105033.
9. Vanhaecht K, Seys D, Bruyneel L, Cox B, Kaesemans G, Cloet M. ym. COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. *Int J Qual Health Care* 2021; 33(1).
10. Bettinsoli ML, Di Riso D, Napier JL, Moretti L, Bettinsoli P, Delmedico M. ym. Mental Health Conditions of Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Disease Outbreak. *Appl Psychol Health Well Being* 2020; 12(4): 1054–73.
11. Evanoff BA, Strickland JR, Dale AM, Hayibor L, Page E, Duncan JG. ym. Work-related and personal factors associated with mental well-being during the COVID-19 response: Survey of health care and other workers. *J Med Internet Res* 2020; 22(8): e21366.
12. Savolainen I, Oksa R, Savela N, Celuch M, Oksanen A. COVID-19 Anxiety – A Longitudinal Survey Study of Psychological and Situational Risks among Finnish Workers. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(2): 794.
13. Laukkala T, Suvisaari J, Rosenström T, Pukkala E, Junttila K, Haravuori H. ym. Covid-19 pandemic and Helsinki university hospital personnel psychological well-being: Six-month follow-up results. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(5): 2524.
14. Finell E, Vainio A. The combined effect of perceived COVID-19 infection risk at work and identification with work community with psychosocial wellbeing among Finnish social sector and health care workers. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(20): 7623.
15. Mattila E, Peltokoski J, Neva MH, Kaunonen M, Helminen M, Parkkila AK. COVID-19: anxiety among hospital staff and associated factors. *Ann Med* 2021; 53(1): 237–46.
16. Kestilä L, Jokela M, Härmä V, Rissanen P. Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Helsinki: THL; 2021. [https://www.julkari.fi/handle/10024/142536?show=full]. Viitattu 3.7.2021.
17. Mattila E, Peltokoski J, Parkkila A-K, Helminen M, Neva M, Kaunonen M. Tutusta tuntemattomaan: työyksikön muutos sairaalan henkilökunnan henkisen hyvinvoinnin riskitekijänä COVID-19-pandemian aikana. *Sosiaali-lääketieteellinen Aikakauslehti* 2021; 58(3): 253–65.
18. de Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz S-A, Ellis L. ym. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 104–18.
19. Nikolova I, van Dam K, van Ruysseveldt J, de Witte H. Feeling weary? Feeling insecure? Are all workplace changes bad news? *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(10): 1842.
20. de Jong T, Wiezer N, de Weerd M, Nielsen K, Mattila-Holappa P, Mockaŕto Z. The impact of restructuring on employee well-being: a systematic review of longitudinal studies. *Work and Stress* 2016; 30(1): 91–114.
21. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työhyvinvointi. [https://stm.fi/tyohyvinvointi]. Viitattu 11.6.2021.
22. Ervasti J, Vesa S, Olin N, Nikunlaakso R, Aalto V. Kunta10-tutkimus. Työterveyslaitos; 2020. [https://www.ttl.fi/tutkimushanke/kunta10-tutkimus/]. Viitattu 7.6.2021.
23. Työterveyskysely 2019. Helsingin kaupunki; 2019. [https://www.hel.fi/tyoterveys/fi/julkaisut-ja-hankkeet/tyoterveyskysely]. Viitattu 29.5.2020.
24. Melartin T. GAD-7. Työterveyslaitos; 2012. [https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/avaa?p_artikkeli=tmm00109]. Viitattu 29.5.2020.
25. Tuisku K. Kaksi kysymystä masennuksesta. Työterveyslaitos; 2011. [https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/avaa?p_artikkeli=tmm00081]. Viitattu 29.5.2020.
26. Gould R, Hopsu L. Työkykypistemäärä. Työterveyslaitos; 2011. [https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00100]. Viitattu 8.6.2021.
27. Hynninen Y, Voltti S, Pohjonen T, Tuovinen E, Leskelä R-L. Työntekijän koettu työkyky ennustaa sairauspoissaoloja ja työterveyshuollon kustannuksia. *Suom Lääkäril* 2020; 41(75): 2138–43.
28. Hakanen J. Työn imun arviointin menetelmä. Työterveyslaitos; 2009. [http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-802-934-5]. Viitattu 25.10.2020.
29. Guidetti G, Converso D, Loera B, Viotti S. Concerns about change and employee well-being: the moderating role of social support. *Journal of Workplace Learning* 2018; 30(3): 216–28.
30. Ahola K. Koettu stressi. Työterveyslaitos; 2011. [https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00071]. Viitattu 7.6.2021.
31. Lindgren S, Palm E. Textometrica Service Package. Uumajan yliopisto; 2011. [http://textometrica.humlab.umu.se]. Viitattu 25.5.2021.
32. Hakanen J, Schaufeli WB. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *J Affect Disord* 2012; 141(2–3): 415–24.