



YLVA GUSTAFSSON

Terveydenhuollon tunteellinen tehostaminen

1990-luvulla moni maa, Suomi mukaan lukien, oli syvässä taloudellisessa kriisissä. Suomen tilanteessa näkyi Neuvostoliiton romahdus ja siitä seurannut ulkomaankaupan hyytyminen. Samaan aikaan uudet kansainväliset johtamisteoriat, etenkin niin kutsuttu *New Public Management* -teoria (NPM), vaikuttivat voimakkaasti taloudellisen kriisin selittämiseen. NPM-teorian mukaan yksi laman syistä oli julkisen sektorin tehottomuus. Tämän seurauksena julkisessa terveydenhuollossa vähennettiin henkilöstöä, kiristettiin työaikoja ja tiukennettiin palvelun valvontaa 1990-luvulla. Uudet johtamisteoriat johtivat myös uudenlaisen terveydenhuollon emotionalisointiin. Tehokkuusajattelun myötä hoitoalaa on alettu kuvailla emotionaalisenä työnä. Tässä ei ole kyse potilaskeskeiseen hoitoon panostamisesta.

Suomen julkinen sektori ei itse asiassa ollut tehoton tai erityisen byrokraattinen 1990-luvulla. Yhteiskuntapolitiikan tutkija Ville Yliskaskin mukaan vaikutelma Suomen julkisen sektorin tehottomuudesta oli enemmän poliittista propagandaa kuin tosiasia. Yksityisen sektorin tuottavuus oli ollut huonompi kuin julkisen sektorin tuottavuus. Tästä huolimatta onnistuttiin luomaan vaikutelma, että keskeinen syy Suomen lamaan oli julkisen sektorin tehottomuus.¹ Tämä vaikutelma julkisen sektorin tehottomuudesta ja kestättömyydestä sekä poikkeuksellisen korkeista veroista johti osaltaan julkisen sektorin supistamiseen ja markkinaistamiseen 1990-luvulla. Tehostamisajatuksen ytimessä olivat yksityiseltä sektorilta omaksutut hallintomenetelmät, joita sitten sovellettiin julkiseen sektoriin. Etenkin julkisessa terveydenhuollossa vähennettiin henkilöstöä, kiristettiin työaikoja ja tiukennettiin palvelun valvontaa.

Viimeaikaisessa keskustelussa hoivapolitiikasta hoivan tehostaminen on kytketty ulkoistamiseen ja markkinaistamiseen. Kirjassa *Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä* Vaiva-kollektiivin tutkijat huomauttavat ”Yritystoiminnan osuus kaikkien sosiaalipalvelujen tuotannossa on kasvanut merkittävästi, kuudesta prosentista 17 prosenttiin vuosina 2000–2012.”² NPM johti kuitenkin muuhunkin kuin terveydenhuollon ulkoistamiseen ja markkinaistamiseen: sen myötä terveydenhuoltoa alettiin emotionalisoida uudella tavalla. Sairaanhoitajien työtä on perinteisesti kuvattu eettisenä työnä, eli työnä, johon sisältyy monimutkaisia eettisiä kysymyksiä hyvästä hoidosta ja toisen ihmisen kohtelusta, mutta 2000-luvulla sairaanhoitajien työtä alettiin yhä enemmän hahmottaa emotionaalisenä työnä, joka vaatii tietynlaisia tunnetaitoja.

Tässä artikkelissa tarkastelen hoivatyön muutosta emotionaaliseksi työksi. Väitän, että tehokkuusajattelu ei näy ainoastaan henkilöstön vähentämisessä vaan myös siinä, miten hoitoalaa kuvaillaan emotionaalisenä työnä, eikä siis eettisenä työnä. Puhe tunteiden tärkeydestä hoitoalalla voi vaikuttaa potilaskeskeiseen hoitoon panostamiselta, mutta se on ennemminkin hahmotettava osana uuden julkishallinnon tehostamisen ajattelua.

Tutkimukseni aineisto koostuu muista tutkimuksista, joiden kautta teoretisoin ja tarkastelen terveydenhuollon tunteellista tehostamista. Artikkelin aineisto voidaan jakaa kolmeen eri osaan. Ensimmäinen osa aineistoa koostuu Pohjoismaiden sekä muiden maiden terveydenhuollon rakennemuutoksia tarkastelevista tutkimuksista. Toisen osan tutkimukset edustavat tunneälyteoriaa ja niissä argumentoidaan, että sairaanhoitajien on syytä kehittää tunneälyä ja resilienssiä. Kolmannessa aineiston osassa tarkastellaan kriittisesti tunneälyteorioita.

NPM:n vaikutuksia on aiemmin tutkittu esimerkiksi suhteessa henkilöstön vähentymiseen ja hoivatyön päättämiseen. Artikkelin aluksi taustoitan tätä keskustelua ja kuvailen, miten 1990-luvulla johtamisoppiteorian alkunsa saanut tunneälyteoria on 2000-luvulla alkanut vaikuttaa terveydenhuoltoalaan. Tämän jälkeen analysoin sitä, miten tunteet on terveydenhuollossa ”tieteellistetty” esimerkiksi käyttämällä erilaisia mittareita, kyselyitä ja sanastoa. Artikkelin lopuksi kuvailen, miksi yhä useammat hoivatyöntekijät kärsivät stressistä ja työuupumuksesta ja miksi ratkaisuna tähän ehdotetaan ”resilienssivalmennusta”.³ Suhtaudun kriittisesti näihin kehityskulkuihin, sillä ne vievät huomion pois terveydenhuollon vakavista eettisistä ongelmista: potilaiden huonosta kohtelusta ja niistä puutteellisista työolosuhteista, joissa sairaanhoitajien on työskenneltävä.

1990-luvun laman vaikutukset julkiseen terveydenhuoltoon

NPM:n vaikutusta Pohjoismaiden terveydenhuoltoon on tutkittu 1990-luvulta lähtien⁴. Yhden varhaisimmista tutkimuksista teki Tukholman yliopiston sosiaalityön professori Marta Szebehely, joka tutki terveydenhuollon rakennemuutoksia Pohjoismaiden vanhustenhoidossa. Tutkimus osoitti, miten vanhusten hoitotyö muuttui 1990-luvulla niin, että potilaskohtainen hoitotyön aika lyhennettiin ja leikattiin murto-osiksi. Hoitotyöntekijät, jotka työskentelivät Szebehelyn kutsumassa ”perinteisen kotihoidon piirissä”, hoitivat kolmea vanhusta päivässä, mutta nykyaikaisemman ”palvelukodin” hoitotyöntekijät hoitivat yhdeksää vanhusta päivässä. Kun perinteisen piirin hoitotyöntekijöillä oli noin 1,37 tuntia vanhusta kohti, palvelukodin työntekijöillä oli yleensä kuusi minuuttia aikaa vanhusta kohden. Palvelukodin hoitotyöntekijät kävivät siis monta kertaa päivässä saman potilaan luona mutta käynnit olivat lyhytkestoisia, muutaman minuutin mittaisia. Tämän uuden ”tehostuneemman” työajan avulla pystyttiin hoitamaan enemmän vanhuksia päivässä, mikä myös tarkoitti, että henkilökuntaa voitiin vähentää.

Samaan aikaan Suomessa alettiin yhä enemmän luopua vanhusten laitoshoidosta ja siirryttiin joko palveluasumiseen tai kotihoitoon. Tämä oli alun perin osa sinänsä kannatettavaa pyrkimystä yksilökeskeisempään hoitoon. Lama kuitenkin vaikutti muutokseen siten, että laitoshoitopaikkoja vähennettiin nopeasti ja liian paljon. Laitoshoitopaikkojen vähentyessä kotihoidossa hoidettiin yhä huonokuntoisempia vanhuksia samalla kun vanhusten kanssa vietettyä työaikaa lyhennettiin ja tehostettiin. Tämä näkyy vieläkin kotihoidon työntekijöiden kuormituksessa. THL:n tutkimuspäällikkö Tuulikki Vehkon ja työryhmän raportin *Vanhuspalveluiden henkilöstö ja työn tuloksellisuus rakennemuutoksessa* mukaan etenkin kotihoidon henkilöstömäärä on liian pieni ja työntekijät ovat kuormittuneet. Vaikka kotihoidon henkilöstön kuormitusta on pyritty ratkaisemaan, alueelliset erot ovat vielä suuria.⁵

Työajan tehostaminen ja henkilöstön vähentäminen vanhustenhoidossa ovat jatkuneet tähän päivään asti kaikissa Pohjoismaissa ja vaikuttaneet syvästi hoivan merkitykseen myös Suomessa. Raportissa *Hoivatyo muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa* Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan professori Teppo Kröger ja hänen kollegansa kuvailevat tehostettua hoitotyötä Suomen vanhustenhoidossa. Tutkimuksessaan he huomauttavat, että vuosina 2005–2015 asiakkaan puolesta kaupassa käyvien kotihoidon työntekijöiden määrä on vähentynyt 20 prosentista 4 prosenttiin. Asiakkaillaan ruokaa valmistavien kotihoidon työntekijöiden määrä on vähentynyt 17 prosentista 12 prosenttiin. Kotihoidon työntekijöiden, joilla on aikaa juoda kuppi kahvia vanhusten kanssa, määrä on vähentynyt 25 prosentista vuonna 2005 5 prosenttiin vuonna 2015.⁶ Toisin sanoen: kun työaika vanhuksen kanssa on leikattu pieniksi mur-

to-osiksi, ei ole enää aikaa auttaa vanhusta tavalla, joka luo tilaa myös sosiaaliseen yhdessäoloon.

Yhteiskuntatieteiden tutkijat Helena Hirvonen ja Marita Husso ovat kuvailleet tätä tehostettua hoitoaikaa ajan merkityksen muutoksena: kun aiemmin hoitoaika ja hoidon merkitys määriteltiin osana hoivasuhdetta, tehostamisen myötä hoito ja hoitoaika määritellään sarjana tarkasti aikataulutettuja tehtäviä⁷. Hoivasuhteella ei siis enää ole merkitystä hyvän hoidon määrittelyssä. Tämä heijastuu syvästi hoivan merkitykseen. On suuri ero valmistaa ruokaa ihmiselle hänen omassa keittiössään kuin tuoda hänelle valmisateria.⁸ Kun laittaa ruokaa, on myös tilaa keskustella vanhuksen kanssa päivittäisistä asioista. Samoin se, että ei ole aikaa juoda kahvia vanhusten kanssa, tarkoittaa, että on vähemmän tilaa keskustella vanhusten kanssa, vähemmän tilaa luoda hyvää tunnelmaa ja vähemmän tilaa nähdä, miten vanhus oikeastaan voi. Vaiva-kollektiivin Hanna-Kaisa Hoppania ja kollegat huomauttavat: ”Hoivan arvot, kuten läsnäolo, kiireetön keskustelu ja yhdessäolo tai vaikkapa kädestä kiinni pitäminen, eivät välttämättä taivu kustannustehokkaiksi palveluiksi.”⁹

Kasvava ja systeeminen ajanpuute näkyy Pohjoismaissa myös kasvavana kontrollointina. Kotihoidon työntekijöiden on nykyään pakko merkitä matkapuhelimeen, kun he lähtevät vanhuksen kotoa. Voidaan tietysti olettaa, että lisääntynyt kontrolli on tapa suojata asiakkaan oikeuksia. Tiukennettu valvonta näyttää kuitenkin liittyvän enemmän kustannussäästöihin kuin asiakkaan oikeuksien suojaamiseen. Artikkelissa ”Gränser för omsorg och den gränslösa omsorgen” norjalainen geriatrian professori Kirsten Thorsen huomauttaa, että tällainen järjestelmä johtaa siihen, että hoitotyöntekijä ei voi jäädä ovelle keskustelemaan muutaman minuutin ajaksi vanhuksen kanssa lähtiessään tämän kodista.¹⁰ Tällainen pieni rupattelu ovella on normaali kohtelias käytäntö. Kun pitää merkata lähtöaika puhelimeen, tärkeä ja normaali ystävällisyyden ja kunnioituksen ele katoaa. Kotihoidon työntekijöillä on yhä vähemmän aikaa sosiaaliseen tukeen ja ihmissuhteisiin vanhusten kanssa. Nämä työajan muutokset, lisääntynyt kontrolli ja työajan tehostaminen näkyvät henkilökohtaisten kontaktien ja hoitosuhteiden hajoamisena ja myös henkilöstön vaihtuvuutena.

Tunneälyteorian synty

Tehostamisen ja leikkauksien aiheuttamia muutoksia julkisessa terveydenhuollossa on Pohjoismaissa tutkittu laajasti. Vähemmän huomiota on kuitenkin kiinnitetty siihen seikkaan, että julkisen sektorin supistaminen ja markkinaistaminen on johtanut myös uudelleen terveydenhuollon emotionalisointiin. Sairaanhoidajien työtä on perinteisesti kuvattu eettisenä työnä, eli työnä, johon sisältyy monimutkaisia eettisiä kysymyksiä hyvästä hoidosta ja toisen ihmisen kohtelusta. 2000-luvulla sairaanhoidajien työtä alettiin kuitenkin yhä enemmän hahmottaa emotionaalisenä työnä, eli työnä, joka vaatii tietynlaisia tunnetaitoja. Väitän, että lisääntynyt puhe

”Sairaanhoitajien työtä on perinteisesti kuvattu eettisenä työnä, johon sisältyy monimutkaisia eettisiä kysymyksiä hyvästä hoidosta ja toisen ihmisen kohtelusta. 2000-luvulla sairaanhoitajien työtä alettiin kuitenkin yhä enemmän hahmottaa emotionaalisenä työnä, joka vaatii tietynlaisia tunteita.”

tunteista on osa uuden julkishallinnon tehostamisen ajattelua, joka murentaa potilaskeskeistä hoitoeetosta.

Keskeinen osa tätä muutosta on ollut niin sanottu tunneälyteoria. Tunneälyteoria on johtamisoppiteoria, jonka suosio kasvoi 1990-luvulla. Keskeisiä tutkijoita olivat tuolloin yhdysvaltalaisen psykologit Daniel Goleman, David Caruso, Peter Salovey ja John D. Mayer.¹¹ He kehittivät erilaisia tunneälyteorioita ja myös erilaisia tunneälyttestejä. He myös toimivat konsultteina, jotka myivät tunneälyteoriaa sekä tunneälyttestejä yrityksille johtamisoppiteorian ja laajemmalle yleisölle elämäntapaneuvoina. Popularisoituna teoriaa kuvailtiin usein mindfulness-oppina, jonka mukaan tunteiden säätely auttaisi elämään onnellista ja tasapainoista elämää. Varsinkin Golemanin oppaista, kuten *Tunneälystä* (Emotional Intelligence, 1995), tuli myyntimenestyksiä. Tunneälyteoriaa kuvailtiin vaihtoehtona rationalistisille älykkyysteorioille kuten älykkyyssosamääräteorialle (*Intelligence Quotient*, tai IQ). Kun vertailukohtana oli vanha, rasistisena pidetty älykkyyssmittaus, tunneälykkyyden väitettiin tarjoavan sosiaalisesti tietoisemmän ja demokraattisemman näkökulman tunteisiin, koska ”kaikki” voivat oppia ja treenata tunneälyä¹².

Tunneälyteorian suosio ja kasvu 1990-luvulla voidaan ymmärtää osana laajaa muutosta kohti yhä yksilökeskeisempää ajattelutapaa. Muutos juontaa juurensa Yhdysvalloista: yhteiskunnan ei katsottu olevan vastuussa ihmisestä huolehtimisesta vaan korostettiin entistä enemmän yksilön omaa vastuuta itsensä toteuttamisesta ja hyvinvoinnista. Tämä ajatus oli läheisesti kytketty

ajatukseen onnistuneesta ja tehokkaasta työelämästä. Tunneälykkyyden määrittelyssä keskeinen näkökohta oli tunteiden korostaminen henkilökohtaisena vahvuutena, joka liitettiin sekä henkilökohtaisiin hyveisiin ja työn intohimoon että terveyteen ja rikastumiseen. Tunneälyn kuvailtiin olevan avain sekä henkilökohtaiseen hyvinvointiin että yrityksen menestykseen. Esimerkiksi tunneälyä tutkinut psykologian professori Peter Salovey kirjoittaa: ”[...] asianmukainen tunteiden säätely on tärkeä ennuste hyvälle terveydelle ja avain rahan viisaaseen sijoittamiseen.”¹³ Myös esimerkiksi Bellevuen yliopiston hallinnon ja johtamisen professorin Carolyn M. Youssefin ja Neb-raskan yliopiston johtamisen professorin Fred Luthansin mukaan liiketoiminnan psykologinen pääoma ja menestys koostuvat laajalti positiivisista tunteista. He kirjoittavat:

“Näitä positiivisia tunteita voidaan pitää muutoksen voimana kohti [...] merkityksellisten ja haastavien tavoitteiden saavuttamista [...]. Yhdessä nämä [...] lisäävät menestymisen mahdollisuuksia tulevaisuudessa. Tämä menestys voi toteutua sekä objektiivisesti tavoitteiden saavuttamisena ja konkreettisina suorituksina että subjektiivisesti hyvinvointina.”¹⁴

Positiivisten tunteiden ja tunneälyn esitetään siis johtavan sekä menestyksekkääseen liiketoimintaan että onnelliseen elämään. Vaikka tämä positiivinen käsitys tunteiden merkityksestä työelämässä voi kuulostaa hienolta, se heijastaa työelämän muutoksia ja luo samalla tietynlaisen kuvan hyvästä työntekijästä ja menestyksestä. Työ-

elämän ja modernin identiteetin tutkija Nicholas Rose kuvaa kehitystä työelämän yksilöitymisestä ja yrittäjämaistumisesta:

”Johtamisoppeihin liittyi joukko kertomuksia menestyneestä yrittäjästä, menestyneestä huippu-urheilijasta ja taiteilijasta sekä menestyneestä teollisuudesta. Yrittäjä näyttää tässä olevan aika samanlainen kuin me: me kaikki voimme menestyä yrittäjänä, voimme kaikki toteuttaa itseämme, jos vain opimme itseohjauksen ja itsensä johtamisen taidot.”¹⁵

Vaikka yritysjohtajuuden tunneälyteoria on Yhdysvalloista lähtöisin, se on myös vaikuttanut Suomessa. Poliittisen historian tutkija Mona Mannevuola kuvaa väitöskirjassaan *Affektitehdas. Työn rationalisoinnin historiallisia jatkumoa*, miten Suomessa 2000-luvulla levisi ajatus, että niin kutsuttu Y-sukupolvi – etenkin Aalto-yliopiston opiskelijat ja tulevat yrittäjät – on eri tavalla ”sisäisesti motivoitunut” kuin ”fordistiset” kellokorttityöntekijät olivat 1950-luvulla. Mannevuola esittää, kuinka nuoret opiskelijat ja yrittäjät tekevät 70–80 tunnin työviikkoja ja urheilevat pitääkseen itsensä terveenä. Näitä nuoria kuvaillaan lehdissä tulevaisuuden vapaina, intohimoisina ja innokkaina yrittäjinä. Tällä tavalla uuden työajan loputon ”joustavuus” saa positiivisen hohteen. Mannevuola kirjoittaa: ”Tällöin autonominen työ on osoitus menestyksekkäästä urapolusta, eikä sen määrittelyssä esimerkiksi huomioida freelance-työn pakollisuutta tai työolosuhteiden pätkittäisyyttä joillakin aloilla.”¹⁶ Mannevuola jatkaa: ”joustavuus työmarkkinoilla esitetään innokkaan ja koulutetun Y-sukupolven toiveeksi, mutta normalisoi tuessaan innovatiivisuuden ja joustavuuden yhdistymisellä voidaan perustella uusia työehtoja ja työtapoja myös muilla aloilla.”¹⁷ Eli positiivisella joustavuuden kuvauksella voidaan normalisoida pätkätyöt ja epävarmat työolosuhteet, koska ”sisäisesti motivoitunut opiskelija tai työntekijä” näkee tämän riemullisena haasteena.

Myös sosiologian professori Eva Illouz esittää, että tunneälyteorian tehokkuus- ja menestysajattelu on osa uusliberalismin nousua 1990-luvulla. Hän korostaa, että vaikka tunneälyteoria halusi selvästi tehdä eroa IQ-teoriaan, sekä älykkyysmittausteoria että tunneälyteoria nojasivat ajatukseen, että älykkyys tai tunneäly tehostavat työntekoa.

”Samalla tavalla kuin älykkyysmittaukset luokittelivat ihmisiä armeijassa ja työpaikoilla heidän tuottavuutensa lisäämiseksi, tunneälystä tuli nopeasti tapa luokitella tuottavat ja vähemmän tuottavat työntekijät, tällä kertaa emotionaalisten tai kognitiivisten taitojen perusteella. Tunneälyä muutettiin luokitteluvälineeksi työpaikalla, ja sitä käytettiin ohjaamaan, ennustamaan ja tehostamaan suorituskykyä.”¹⁸

Tunneälyteorian synty oli siis osaa muutosta kohti yksilöityvää ja tehostettua työelämää. Keskeinen ajatus tunneälyteoriassa on tehokkuuden, tuottavuuden ja vastuun

yksilöistäminen ja ajatus tehokkuudesta henkilökohtaisena ominaisuutena. Keskeinen ajatus on myös, että tunteita voidaan tieteellisesti mitata ja määritellä, minkä avulla taas voidaan tehostaa työntekoa. Seuraavassa osiossa tarkastelen, kuinka nämä ajatukset tunteiden tieteellisestä tehostamisesta ja mittaamisesta siirtyvät 2000-luvulla terveydenhuollon kontekstiin.

Tunneälyteoria siirtyy terveydenhuoltoon

1990-luvulla tunneälytutkijat keskittyivät enimmäkseen yksityisen sektorin yritysjohtajuuteen. 2000-luvulla tunneälyteorioita alettiin kuitenkin soveltaa yhä enemmän julkisen sektorin terveydenhuoltoon. Aikana, jolloin tehokkuudesta oli tullut terveydenhuollon keskeinen päämäärä ja hyvän hoidon määritelmä kytkettiin minuuttisuorituksiin, myös tehokkuutta korostava tunneälyteoria näytti sopivan hyvin julkiseen terveydenhuoltoon. Tämän seurauksena 2000-luvun terveydenhuollossa yleistyivät nopeasti erilaiset kvantitatiiviset tunneälytestit, empatiatestit, potilastytyväisyyskyselyt ja ”tieteelliset” tunneälytermit.

Artikkelissa ”Empirical Research on Empathy in Medicine – A Critical Review.” norjalainen etiikan professori Reidar Pedersen kuvailee 37 erilaista empatiatestiä, jotka ovat käytössä terveydenhuollossa. Yleensä nämä testit koostuvat kyselylomakkeesta, jossa kysymyksiin voi vastata joko ”kyllä” tai ”ei” tai numeroarvolla. Testit voidaan vielä jakaa terveydenhuollon työntekijöiden itsearvioihin ja potilaiden antamiin arvioihin. Yleensä empatiatestit koostuvat itsearvioista. Pedersen esittää kaksi kriittistä huomiota empatiatesteistä. Ensinnäkään vastaaja ei saa kyselyssä mahdollisuutta selittää vastaustaan tai kertoa, mikä hänen mielestään on vaikeaa tai tärkeää potilaiden kanssa työskentelyssä. Toiseksi Pedersen huomauttaa, että on ongelmallista mitata empatiaa itsearviotestillä. Se, että itse sanoo olevansa empaattinen, ei tarkoita, että muut, esimerkiksi potilaat, olisivat samaa mieltä.¹⁹

Vaikka hoitohenkilökunnan empatiaa mittaavat itsearviotestit ovat ongelmallisia, voisi ajatella, että lisääntyneet potilastytyväisyyskyselyt edesauttaisivat potilaskeskeistä hoitoa. Tämä ei kuitenkaan ole itsestäänselvä. Artikkelissa ”Dilemmas of Emotion Work in Nursing under Market-Driven Health Care” sosiologi ja terveydenhuollon tehostamista tutkinut Deborah Bone huomauttaa, että potilastytyväisyyskyselyiden määrä on lisääntynyt samaan aikaan kuin julkisessa terveydenhuollossa on tehty voimakkaita henkilöstövähennyksiä²⁰. Lukuisat raportit siitä, että sairaanhoitajilla ei ole aikaa kuunnella ja keskustella potilaiden kanssa, ovat selvästi seurausta julkisen terveydenhuollon voimakkaista henkilöstövähennyksistä.

Voisi olettaa, että potilastytyväisyyskyselyt korvaisivat tätä ajan ja keskustelun puutetta. Potilaskyselyiden lisääntyminen voidaan siis nähdä positiivisena pyrkimyksenä antaa potilaalle ääni, ja siten osana potilaskeskeistä hoitoa. Potilaskyselyt kerätään kuitenkin yleensä anonyymisti ja suuressa mittakaavassa. Ne eivät anna potilaalle yksilöllistä ääntä hoitoasioissa, vaan potilaan vastauksesta tulee osa

”Kun potilaalle annetaan aikaa puhua ja etsiä sanoja hämmentäville kokemuksilleen, potilas voi myös pikkuhiljaa ymmärtää omaa tilannettaan paremmin.”

yleistä tilastoa. Artikkelissa ”Insatser för äldre och funktionshindrade” Marta Szebehely huomauttaa, että potilaskyselyt ovat usein liian yleisiä. Esimerkiksi hoivakodin asukkaille saatetaan antaa mahdollisuus valita standardoidulla lomakkeella oma paikkansa ruokailussa tai herätys- tai nukkumaanmenoaikansa. Tällaiset kysymykset voivat kuulostaa hyviltä. Szebehely kuitenkin huomauttaa, että kun puhutaan asukkaiden kanssa ja kysytään heiltä, mikä heidän mielestään on tärkeää, he vastaavat esimerkiksi: ”saada apua sukulaiselle soittamiseen, saada käsilaukun lukko korjatuksi, että ei tarvitsisi treenata tai että kahvi olisi sopivan lämmintä.”²¹ Vaikka standardoidut kyselylomakkeet siis periaatteessa kysyvät mielekkäitä asioita, ne eivät usein ota huomioon ihmisten henkilökohtaisia tarpeita ja toivomuksia. Lisääntyneet potilaskyselyt ovat osa tunteiden mittaamisen tehokkuusajattelua, jossa sekä potilaan että hoitajien äänet uhkaavat byrokratisoitua ja muuttua tilastolliseksi numeroksi.

Läsnäolon merkitys potilaan oman tilanteen ymmärtämisessä

Läsnäololle hoidossa varatun ajan väheneminen vaikuttaa myös vakavasti siihen, kuinka potilas ymmärtää oman tilanteensa. Sairauden kokemuksesta kertovassa kirjassaan *The Wounded Storyteller* yhdysvaltalainen sosiologi Arthur Frank huomauttaa, että varsinkin tilanteissa, joissa potilas on hämmentynyt tai peloissaan, kuuntelu voi olla hänelle parantavaa. Kun potilaalle annetaan aikaa puhua ja etsiä sanoja hämmentäville kokemuksilleen, potilas voi myös pikkuhiljaa ymmärtää omaa tilannettaan paremmin.

Potilas voi esimerkiksi ymmärtää, että hänen omat ajatuksensa eivät ehkä ole typeriä tai merkityksettömiä. Kokemuksista puhuminen voi myös auttaa eristyksen ja epätoivon kokemusten kanssa. Frank kuvailee kirjassaan uupunutta naista nimeltä Nancy, joka kertoo tavallisesta päivästä Alzheimerin tautia sairastavan äitinsä kanssa:

”Ja jos yritän valmistaa illallista ja minulla on jo huono olo, hän seisoo jääkaapin edessä. Sitten hän menee laittamaan kätensä liedelle. Ja sitten hän on mikron edessä ja sitten veitsien edessä. Ja jos lähetän hänet ulos keittiöstä, hän suuttuu minulle. Ja silloin voin todella huonosti.”²²

Frank kuvailee Nancyn tarinaa ”kaaoskertomuksena”: ”Kaaostarinassa elävä henkilö ei pysty ottamaan etäisyyttä elämästään tai sairaudesta. Tämä eletty kaaoskokemus tekee myös tarinankerronnasta vaikeaa.”²³ Frankin mukaan hämmentävä ja kaoottinen kokemus sairaudesta vaikeuttaa oman tilanteen ymmärtämistä ja myös siitä puhumista. Potilaan kertomus tilanteestaan voi olla hajanainen ja sekava, ja voi olla vaikeaa ymmärtää, mitä potilas kertoo. Frank korostaakin potilaiden kuuntelemisen eettistä merkitystä. Hänen mukaansa potilaan kuunteleminen on tärkeä osa eettistä läsnäoloa ja tapa nähdä toinen ihminen.

”Tarve kunnioittaa kaaostarinoita on sekä moraalinen että kliininen. Jos kaaoskerrontaa ei kunnioiteta, maailma kaikissa mahdollisuuksissaan torjutaan. Kaaostarinan torjuminen on samalla kertojan torjumista, eikä ihmisistä, jotka torjutaan, voida välittää.”²⁴

”Herkät tavat olla ja puhua potilaan kanssa ovat erittäin tärkeitä potilaille oman itsensä ymmärtämiseksi, itsekunnioituksen ylläpitämiseksi ja epätoivon välttämiseksi.”

Kunnioittava läsnäolo ja herkkyys potilasta kohtaan on usein myös osa arkipäiväistä yhdessäoloa esimerkiksi dementiapotilaitten hoidossa. Tutkimuksessa *Kohtaamisia dementiaboidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta* sosiologian ja sosiaaligerontologian dosentti Päivi Topo kollegoineen kuvaa hoitotyötä dementoituneiden vanhusten osastolla. Tutkimuksessa keskitytään tilanteisiin, joissa sairaanhoitaja ja potilas puhuvat tai tekevät asioita yhdessä:

”Miesasukas saa vieraita, joita hän ei tunnista ja pyrkii pois. Hoitaja huomaa tilanteen ja sanoo: ’Tuomme teille kahvit sinne huoneeseen, menettekö sinne.’ Asukas menee tyytyväisenä takaisin huoneeseensa.”

”Naisasukas kävi hoitajan kanssa ovella saattamassa omaistaan, tulevat nyt takaisin yhdessä jutellen.”²⁵

Topo ja kollegat kuvailevat tässä kaksi tilannetta, joissa dementoitunut potilas voisi järkyttyä, kun ei tunnista vieraita tai kun omaiset lähtevät. Hoitajat onnistuvat kuitenkin taitavasti välttämään surun tai järkytyksen. Sairaanhoitajat luovat potilaille mahdollisuuden käsitellä tilanteet arvokkaasti, nolostumatta ja tuntematta surua ja yksinäisyyttä. Topo ja kollegat antavat myös seuraavan kuvauksen:

”Katri Vuorela huokaa lounaan jälkeen: ’Nyt odotan vain, että minut noudetaan.’ Sairaanhoitaja kysyy: ’Minne haluaisit mennä?’ Katri vastaa: ’Kotiin.’ Sairaanhoitaja sanoo ystävällisellä äänellä: ’No mutta ei juuri nyt, nyt on vatsa täynnä ja täällä ollaan. Näin se on, koti

on meille kaikille tärkeä.’ Sairaanhoitaja puhuu Katrin kanssa kodistaan. Katri alkaa muistaa elävästi: ’Siellä rakas äitini ja isäni ovat niinkuin ennenkin. Me lapset olimme heille niin tärkeitä. Ainakin minulle äiti ja isä olivat niin tärkeitä, ja kun meidän piti lähteä vieraiden luo, kaipaus oli niin kova!’ Katri muistaa edelleen elävästi lapsuutensa.”²⁶

Dementoitunut nainen ei tajua omaa tilannettaan, kun hän sanoo odottavansa kotiin pääsyä, mutta hoitaja onnistuu hienovaraisesti muuttamaan keskustelun suuntaa niin, että siitä tulee hetki, jona he yhdessä muistelevat iloisesti naisen lapsuutta. Tällaiset herkät tavat olla ja puhua potilaan kanssa ovat erittäin tärkeitä potilaille oman itsensä ymmärtämiseksi, itsekunnioituksen ylläpitämiseksi ja epätoivon välttämiseksi.

Tärkeää on myös ymmärtää, että näitä tilanteita ei usein pysty ennakoimaan. Eettisesti vaativat tilanteet, kuten potilaan yllättävä suru, hämmennys tai pelko, voivat usein puhjeta yhtäkkiä ilman, että niihin voi valmistautua. Myös tämän vuoksi on tärkeää, että on aikaa kuunnella ja vastata potilaan huoleen tai hämmennykseen. Jos potilaiden kanssa olemiseen varattu aika vähenee, ei hoitajilla ole myöskään tilaa reagoida ja vastata yllättävään suruun, hämmennykseen tai pelkoon. Potilaskyselyt ja kasvava kontrollointi sen sijaan luovat kuvan eettisestä tilanteesta, joka pitäisi pystyä täysin ennakoimaan ja kontrolloimaan. Jos täydellisesti kontrolloidun hoivasuhteen ihanne johtaa siihen, että konkreettinen aika potilaan kanssa vähenee eikä yllättävissä tilanteissa enää ole joustavuutta, on kasvava kontrollointi eettiseltä kannalta syvästi ongelmallista.

Jos potilaiden kanssa vietetty aika vähenee samalla kun potilaskyselyjen määrä kasvaa, mihin näitä potilastyytyväisyystutkimuksia käytetään? Yksi selitys kyselyiden lisääntymiselle on, että potilastyytyväisyysmittauksilla on merkitystä potilaskeskeisen hoidon ulkoisen imagon ylläpitämisen kannalta. Yhdistävä tekijä on ajatus tunteiden ymmärtämisen tehokkuudesta ja tieteellisestä tunteiden mittaamisesta.

”Miehin” tunneäly muuttuu ”naiselliseksi” resilienssiksi

Tunneälyteorian kasvava merkitys terveydenhuollossa liittyy myös työuupumuksen hallintaan. Hoitohenkilöstön vähentämisen ja kiristettyjen työaikojen seurauksena yhä useammat hoitotyöntekijät kärsivät nykyään stressistä ja työuupumuksesta tai ”burnoutista”.²⁷

Burnoutin eli työuupumuksen käsitteen keksivät 1970-luvulla yhdysvaltalaiset psykologit Herbert Freudenberg ja Christina Maslach, tahoillaan mutta samaan aikaan. Maslach on näistä kuitenkin tunnetumpi. Maslachin mukaan erityisesti ihmiset, jotka työskentelevät asiakkaiden tai potilaiden kanssa, voivat kärsiä työuupumuksesta. Maslach haastatteli henkilöitä, jotka työskentelivät eri asiakaskeskeisissä palvelu- tai hoiva-ammateissa. Näiden haastattelujen pohjalta hän kirjoitti kirjan *Burnout. The Cost of Caring*. Kirjassa hän kuvailee, kuinka palvelu- ja hoiva-alalla työskentelevät ihmiset kärsivät tiettytyyppisestä uupumuksesta, joka johtuu liian intensiivisestä työstä asiakkaiden ja potilaiden kanssa. Maslachin mukaan keskeinen syy ihmisten uupumiseen löytyy työmallien ongelmallisista rakenteista, kuten liian suuresta työmäärästä ja henkilöstön määrän leikkaamisesta. Maslachin mukaan työuupumus muodostuu kolmesta oireyhtymästä: emotionaalinen uupumus, depersonalisaatio ja ammattimaisuuden heikentyminen. Vaikka Maslachin mielestä nämä oireyhtymät ovat psyykkisiä, oireet eivät kuitenkaan liity henkilön persoonallisuuteen, vaan heijastavat rakenteellisia ongelmia työssä. Eräessä myöhemmässä kirjassa Maslach ja psykologi Michael P. Leiter (1997) kirjoittavat:

”Työuupumus ei johdu geneettisestä taipumuksesta mäsennukseen tai yleisestä heikkoudesta. Se ei johdu luonteesta tai kunnianhimon puutteesta. Se ei ole persoonallisuusongelma tai kliininen oireyhtymä. Se on ammatillinen ongelma.”²⁸

Vaikka yleisesti tunnustetaan, että hoitohenkilöstön pahoinvointi ja voimavarojen ehtyminen johtuvat työn rakenteellisista ongelmista ja terveydenhuollon laajamittaisesta rationalisoinimisesta, työuupumusta kuvaillaan usein yksilön tunnetilojen kautta²⁹. On myös ehdotettu, että terveydenhuollon yhä kiireisempien työolojen takia sairaanhoitajien tulisi kouluttautua kohen- taakseen emotionaalista sietokykyänsä eli ”resilienssiä”³⁰. Tämä taipumus selittää hoitohenkilöstön työuupumusta tunnetilaongelmana liittyy tunneälyteorian kasvuun

terveydenhuollossa. Samalla tunneälyteorian sävy vaihtuu, kun sitä sovelletaan yritysmaailman sijaan terveydenhuoltoon.

Kun tunneälyteoriaa alettiin soveltaa julkiseen terveydenhuoltoon 2000-luvulla, tunneälykkyyden tutkijoiden fokus siirtyi liike-elämän ja yritysjohtajuuden miesvaltaiselta sektorilta naisvaltaiselle matalapalkkaiselle julkiselle sektorille. Samalla voidaan nähdä muutos tunneälyn käsitteessä. Vaikka käsite pysyi samana, tutkijat muuttivat sävyä kuvaillaan tunneälykkyyden ja persoonallisuuden yhteyttä. Väitteet menestykseen ja vaurauteen johtavasta tunneälystä, joka oli ollut keskeinen osa tunneälyn teoriaa, kun sitä sovellettiin yritysjohtajiin, sekä sisäisestä intohimosta loputtomaan työskentelyyn kellon ympäri eivät sopineet yhtä hyvin hoitoalaan. Ymmärrettiin, että selitys, jonka mukaan sairaanhoitajista tulisi rikkaita ja menestyneitä, jos he ovat emotionaalisesti älykkäitä, ei tekisi tunneälyn teoriasta vakuuttavaa julkisen terveydenhuollon alalla. Tärkeimmät emotionaaliseen älykkyyteen liitetyt sanat eivät enää olleet ”rikkaus”, ”menestys”, ”onnellisuus” tai ”terveys” vaan ”sietokyky” (*resilience*). Ei siis enää ehdotettu, että tunneällyllä voisi tavoitella onnellista elämää (rikkautta, terveyttä ja intohimoista uraa), vaan työn sietämisestä tuli moraalinen ja emotionaalinen hyve itsessään, vaikka tämä sietäminen ei johtaisi mihinkään sairaanhoitajan omassa elämässä.³¹

Esimerkiksi artikkelissa ”Emotional Intelligence as a Moderator in the Stress–Burnout Relationship: a Questionnaire Study on Nurses” teollisuuspsykologian tutkijat Gina Görgens-Ekermans ja Tamari Brand kuvailevat sairaanhoitajien tunneälyn merkitystä näin: ”Empiirinen tutkimus on osoittanut, että sairaanhoitajien tunneäly liittyy sopeutuviin stressinhallintastrategioihin [...] ja tehokkaampiin konfliktien käsittelyyn [...] sekä eettiseen käyttäytymiseen.”³² Voidaan olettaa, että on hyvä, jos tunneäly auttaa hoitajia hallitsemaan stressiä ja käsittelemään konflikteja. Tämä kuvaus eroaa kuitenkin selvästi siitä, miten yritysjohtajien tunneälyä luonnehditaan: se ei mitenkään viittaa siihen, että tunneäly johtaisi onnelliseen elämään ja vaurauteen. On siis selvä sukupuolitettu ero siinä, miten tunneälyn esitetään johtavan onnelliseen ja menestykseen uraan ja hyvään terveyteen yritysjohtajien tapauksessa, kun taas hoitajien tunneälyä kuvaillaan ”konfliktien käsittelynä” ja ”eettisenä käyttäytymisenä” tai pelkästään sietämisenä. Sairaanhoitajan tunneälyn ei katsota johtavan hyvään palkkaan, terveyteen tai onnelliseen elämään.

Negatiivisia tunteita vai eettinen stressi?

Tunneälyteorian ainoa ongelma ei ole se, että tunneälyteorian sävy muuttuu, kun sitä sovelletaan miehiseen yritysjohtamiseen verrattuna matalapalkkaiseen naisvaltaiseen hoitoalaan. Ongelma on myös se, että kun hoitajien uupumusta kuvaillaan tunnereaktionä, vakavat eettiset kysymykset hämärtyvät. Esimerkiksi psykologian tutkijoiden Dorota Daniela Szczygielin ja Moira Mikolajczakin mukaan terveydenhuollon ongelmat johtuvat sairaanhoitajien tunneälyn puutteesta. Artikkelissa ”Emotional Intelligence Buffers the Effects of Negative

”Työn sietämisestä tuli moraalinen ja emotionaalinen hyve itsessään.”

Emotions on Job Burnout in Nursing” he kirjoittavat: ”Havainnot osoittavat tärkeällä tavalla, että negatiiviset tunteet eivät aina johda työuupumukseen, vaan erityisesti niillä sairaanhoitajilla, joilta puuttuu tunneäly.”³³ Szczygielin ja Mikolajczakin mukaan terveydenhuollon henkilökunnan työuupumusta aiheuttavat ”negatiiviset tunteet”, ”emotionaalinen uupumus” ja ”emotionaalinen dissonanssi”.³⁴

Voisi olettaa, että sairaanhoitajat, jotka kokevat ”negatiivisia tunteita” tai ”emotionaalista uupumusta”, myös kärsisivät usein työuupumuksesta. Jos kuitenkin katsotaan, miten sairaanhoitajat itse kuvaavat tilanteita, joita on vaikea kestää, ei ole selvää, että näitä tilanteita tai kertomuksia voidaan määrittellä yleisesti ”negatiivisten tunteiden” tai ”emotionaalisen uupumuksen” kokemuksina. Artikkelissaan sairaanhoitajien kokemista vaikeista eettisistä tilanteista vanhustenhoidossa Uumajan yliopiston hoitotieteen tutkijat Eva Ericson-Lidman ja kollegat lainaavat sairaanhoitajaa, joka puhuu erityisen vaikeaksi kokemastaan tilanteesta:

”Kyse oli kivunlievityksestä elämän lopussa. En pystynyt suostuttelemaan lääkärinä antamaan potilaalle tarpeeksi kivunlievitystä. Se kuuluu meidän työhön. Elämän lopussa potilaan ei pitäisi joutua istumaan sängyssä huutamassa kivusta, pelosta ja ahdistuksesta. Meidän on lievitettävä kärsimystä. Se on laki.”³⁵

Edellä sairaanhoitaja kertoo, kuinka kuolevaa potilasta kohdeltiin kaltoin, kun hänelle ei annettu riittävästi

kipulääkitystä. Sairaanhoitaja koki tilanteen erittäin raskaaksi. Tämä kertomus voitaisiin määrittellä ”negatiivisen tunteen” ilmaisuksi, joka lopulta saattaisi aiheuttaa ”emotionaalisen uupumuksen”. Mielestäni olisi kuitenkin ongelmallista kuvata tapausta emotionaaliseksi reaktioksi. Sairaanhoitaja ei puhu tunteistaan. Hän puhuu julmuudesta, välinpitämättömyydestä ja epäoikeudenmukaisuudesta terveydenhuollossa. Jos puhutaan vain ”negatiivisista tunteista” tai ”emotionaalista uupumuksesta”, jätetään huomiotta sairaanhoitajan kertomuksessa esiin nouseva hoitotyön etiikkaan liittyvä kritiikki.

Tunneälytutkimuksissa on taipumus emotionalisoida sairaanhoitajien työtä. Tämä taipumus ei perustu sairaanhoitajien omiin kertomuksiin vaan siihen, kuinka tunneälyn tutkijat kuvaavat sairaanhoitajien työtä ja tulkitsevat heidän kertomuksiaan. Samalla tämä taipumus johtaa siihen, että hoitotyön olennaisesti eettisiä merkityksiä ei tunnisteta.

Sen sijaan, että oletettaisiin sairaanhoitajien työuupumuksen olevan emotionaalinen ongelma, olisi tärkeää tunnistaa, että sairaanhoitajat kuvaavat yhä useammin uuvuttaviksi erilaisia eettisesti vaikeita tilanteita, kuten ajan puute tai ongelmalliset valtakysymykset. Artikkelissa ”Sources of Burnout Among Healthcare Employees: the Perspective of Healthcare Managers” ruotsalaiset hoitotieteen tutkijat Ann-Louise Glasberg, Astrid Norberg ja Anna Söderberg kirjoittavat sairaanhoitajien keskuudessa lisääntyvästä *omantunnon stressistä*. Heidän mukaansa tämä liittyy siihen, että vastuu on siirtynyt, kasvanut ja

tullut yhä vaikeammaksi: ”Ihmiset rasittuvat joutuessaan tekemään vaikeita priorisointeja, joskus ristiriidassa eettisten hoivaperiaatteiden kanssa. Vastuu priorisoinnista on siirretty organisaatiotasolta yksittäisille henkilöstön jäsenille.”³⁶

Toinen emotionaalinen kokemus, joka tunneälykyyttä tarkastelleiden tutkijoiden mukaan aiheuttaa työuupumusta sairaanhoitajien keskuudessa, on se, että he joutuvat usein piilottamaan todelliset tunteensa potilaita ja kollegoita kohtaan. Sairaanhoitajat joutuvat usein olemaan ystävällisiä ja rauhallisia tilanteissa, joissa he oikeastaan saattavat olla järkyttyneitä tai tuntea surua tai vihaa. Tällaisten tilanteiden sanotaan aiheuttavan ”emotionaalista dissonanssia”. Szczygiel ja Mikolajczak kirjoittavat:

”[Negatiivisten tunteiden] kokeminen aiheuttaa erityisen taakan sairaanhoitajille, joiden on todellisista tunteistaan huolimatta ylläpidettävä ammatillista ja positiivista käytöstä. [...] Siksi sairaanhoitajien on monissa työpaikoissa peitettävä todelliset tunteensa ja ilmaistava tunteita, joita he eivät tunne. Tämä johtaa emotionaaliseen dissonanssiin ja epäitouden kokemukseen [...]”³⁷

Szczygielin ja Mikolajczakin mukaan emotionaalisen dissonanssin ongelma muistuttaa sitä, mitä yhdysvaltalainen sosiologi Arlie Russell Hochschild kirjassaan *The Managed Heart* kutsuu emotionaaliseksi työksi (*emotional labor*). Hochschild haastatteli lentoemäntiä, jotka kertoivat, kuinka heidän oli jatkuvasti pidettävä yllä kohteliaasta ja ystävällistä käyttäytymistä, vaikka matkustajat olivat usein töykeitä ja humalassa. Hochschild kuvailee, kuinka tietyn tyyppisen kohteliaan ja ystävällisen käyttäytymisen vaatiminen lentoemänniltä luo järjestelmän, jossa työntekijöiden on hyväksyttävä epäoikeudenmukainen kohtelu. Nämä kohteliaat tunteet, joita lentoemäntien on ilmaistava, ovat konventionaalisia ”naiselliseksi” miellettyjä tunteita kuten ystävällisyys, lämpö, empatia ja suvaitsevaisuus. Tällaiset työn vaatimat tunteet paljastavat, miten naisten kulttuurisesti hyväksytyä käyttäytymistä on standardoitu työssä. Sukupuolitetun emotionaalisen käyttäytymisen vaatiminen edellyttää eriarvoisten suhteiden jatkuvaa hyväksymistä. Tämä tietyn tyyppisen emotionaalisen käyttäytymisen vaatimus on usein myös olennainen osa matalapalkkaisia työtehtäviä, etenkin naisvaltaisilla aloilla. Hochschild myös kuvailee, kuinka lentoemäntiä koulutetaan siihen, että heidän ei vain tulisi käyttäytyä ystävällisesti vaan heidän pitäisi myös *tuntea* ystävällisyyttä ja lämpöä asiakkaita kohtaan. Täten lentoemäntien pitäisi täysin omaksua persoonaansa asiakaskeksinen perspektiivi, jossa huomioille epäoikeudenmukaisuudesta tai epätasa-arvosta ei ole tilaa.

Vaikka Szczygielin ja Mikolajczakin emotionaalisen dissonanssin ja Hochschildin emotionaalisen työn käsitteet saattavat kuulostaa samanlaisilta, niissä on isoja eroja. Kun Hochschild puhuu emotionaalista työstä, hänen tarkoituksensa ei ole kuvata psykologista sisäistä konfliktia, jossa lentoemännät eivät pysty ilmaisemaan

sisimpiä tunteitaan asiakkaille tai matkustajille. Pikemminkin hän kuvaa, kuinka tietynlaisen jatkuvan kohteliaisuuden vaatimus tarkoittaa samalla, että lentoemäntien on hyväksyttävä epäoikeudenmukaiset ja seksistiset työolot. Hochschildin mukaan tämä on sukupuolten väliseen epätasa-arvoon perustuva ongelma. Kun tunneälykyyden tutkijat ehdottavat, että Hochschildin tunnytyön käsite olisi samanlainen kuin emotionaalisen dissonanssin käsite, he tulevat vääristäneeksi Hochschildin analyysia. Hochschild ei väitä, että lentoemäntien pitäisi pystyä ilmaisemaan tai haluta ilmaista henkilökohtaiset tunteensa matkustajille. Sen sijaan hän väittää, että tietynlaisen emotionaalisen käyttäytymisen vaatimus työpaikoilla heijastaa olennaisia sukupuoleen perustuvia syrjinnän ja epäoikeudenmukaisuuden muotoja. Tunneälykyyden tutkijat käyttävät Hochschildin käsitettä tavalla, joka ei tunnusta tätä seksismiä tai epäoikeudenmukaisuutta työssä. Heidän emotionaalisen dissonanssin käsitteensä ei myöskään tunnusta sitä, kuinka emotionaalinen työ voi olla kokemus *epäoikeudenmukaisuudesta potilaita kohtaan*. Artikkelissa ”Changing Faces. Nurses as Emotional Jugglers” johtamisen ja organisoimisen professori Sharon Bolton lainaa sairaanhoitajaa, joka kuvaa tilannetta seuraavasti:

”Vaikeina päivinä, kun osasto tai klinikka on todella kiireinen ja ’valittajat’ hyökkäävät vasaralla ja pihdeillä, pidän tätä typerää virnistävää hymyä kasvoillani. Tätä meidän on tehtävä nyt, hymyiltävä asiakkaille ja yritettävä olla menemättä kotiin tyytymättöminä. Jos olisin he, olisin tyytymätön. He saavat huonompaa hoitoa kuin ennen. Ennen he saivat aikani ja huomioni. Vaikka olimme hieman ankaria ’valittajien’ kanssa, ainakin he tiesivät, mikä tilanne on, ja heille kerrottiin, että terveydenhuolto ei voi tehdä määräänsä enempää. Mutta nyt? Nyt hymyilemme heille, aivan kuin kaikki olisi kunnossa, vaikka näin ei ole. Ja mitä tuo hymy tarkoittaa? Ei mitään. Kihisen raivosta ja odotan vain, että vuoroni loppuu.”³⁸

Sairaanhoitaja ei tässä sano, että ongelma olisi se, että hän ei voi paljastaa sisimpiä tunteitaan potilaille. Hän ei myöskään kritisoi vaatimusta käyttäytyä kohteliaasti potilaita kohtaan. Sen sijaan hän kritisoi yhä tyhjempää käsitystä potilaskeskeisestä hoidosta, jossa pinnalliselle kohteliaisuudelle on yhä suurempi kysyntä samalla kun on vähemmän aikaa oikeasti puhua, kuunnella ja kunnolla hoitaa potilaita.

Boltonin kuvaus näyttää, miten potilaskeskeisen hoidon merkitystä on kavennettu järjestelmällisesti 1990-luvulta lähtien. Tämä on tarkoittanut muun muassa sitä, että potilaiden hoitamiseen on vähemmän aikaa samalla kun pidetään yllä kohteliaista ulkokuorta. Sairaanhoitajien kuvaama ongelma ei siis tässä ole, että he kokisivat emotionaalista dissonanssia. Pikemminkin he kokevat olevansa *epärehellisiä* potilaille hoidon huonosta laadusta. Tämä ei taaskaan ole pohjimmiltaan henkilökohtainen emotionaalinen ongelma vaan *eettinen*

ongelma: terveydenhuollon järjestelmällinen alarajo pakottaa epärehellisyyteen potilaita kohtaan.

Tieteellistettyjen emotionaalisten käsitteiden lisääntyminen vääristää ja hämärtää hoitoalan ongelmia. Kun Szczygiel ja Mikolajczak väittävät, että hoitajien uupumus on keskeinen emotionaalinen ongelma, he jättävät huomiotta, että sairaanhoitajat usein kuvaavat uuvuttavaksi eettisesti monimutkaisia kokemuksia ja tilanteita. Jos sairaanhoitajien vastaukset määritellään emotionaaliksi, niiden oletetaan olevan irrationaalisia ylireaktioita eikä kriittisiä eettisiä arvioita terveydenhuollon tilasta. Samalla tieteelliset emotionaaliset käsitteet liittyvät yksilön vastuullistamiseen. Hopppania ja kollegat huomauttavat, että työvoiman puute yritetään systemaattisesti sivuuttaa ”vastuullistamalla ja motivoimalla hoitajia”³⁹. Puhe sitkeydestä ja tunneälystä on osa tätä yksilön vastuullistamista ja riittämättömän työvoiman ongelman ohittamista. Samalla vastuullistetaan erityisesti matalapalkkaisia naisvaltaisia sektoreita.

Lopuksi

Olen tässä artikkelissa tutkinut terveydenhuollon tehostamista ja emotionalisoitumista analysoimalla hoivatyötä koskevia tutkimuksia. Olen ehdottanut, että julkisen terveydenhuollon tehostaminen ei johtanut ainoastaan

henkilöstön vähentämiseen vaan myös sen emotionalisoitumiseen. Tunteiden tehokkuusajattelu näkyy muun muassa työaikojen pirstaloitumisena ja sen myötä vähentyneenä yhdessäolona potilaan tai asiakkaan kanssa. Samalla potilastyytyväisyyskyselyt ovat yleistyneet.

Potilastyytyväisyyskyselyt eivät kuitenkaan korvaa läsnäoloa. Jos hoitajilla on liian vähän aikaa ja hoitajia on liian vähän, ei myöskään ole tilaa hoitaa potilasta arvokkaasti. Arvokas kohtelu näkyy usein ihmisen yksilöllisen tilanteen huomioimisena. Hyvä hoito perustuu monissa tapauksissa myös pitkäaikaisempiin hoitajan ja potilaan välisiin suhteisiin. Tällaiset suhteet luovat mahdollisuuksia luottamukselle ja keskusteluiden avoimuudelle. On myös tärkeää, että hoitajilla on aikaa vastata potilaan yllättävään ahdistukseen, pelkoon tai suruun. Kasvavat tehokkuuden vaatimukset hoitoalalla näkyvät sekä henkilöstön vähentämisenä että tunteiden tehostamisena. Samalla hoitohenkilöstön kuormitus on kasvanut.

Tunneälykkyyden tutkijat ehdottavat, että hoitajia pitäisi kouluttaa tunneällyssä, jotta heistä tulisi resilienttejä. He kuvaavat sairaanhoitajien lisääntyvän uupumuksen määrää emotionaaliseksi eikä eettiseksi reaktioksi. Tällöin tunneälytutkijat vievät huomion pois terveydenhuollon vakavista ongelmista: potilaita kohdellaan huonosti ja sairaanhoitajat joutuvat työskentelemään hajanaisissa työolosuhteissa.⁴⁰

Viitteet

- 1 Yliaska (2014, 253) toteaa: ”Onkin todennäköistä, että *tehottomuus*-diskurssia käytettiin pääasiassa propagandistisena aseena julkisen sektorin pienentämiseksi. Siinä vedottiin mielikuviin, jota julkisen sektorin toiminnasta oli aktiivisesti luotu.” Yliaska myös huomauttaa, että Suomen veroaste oli 1980-luvun lopussa Pohjoismaiden alhaisimpia.
- 2 Hopppania ym. 2016, 71.
- 3 Esim. Erkkilä 2020.
- 4 Esim. Hopppania ym. 2016; Kröger ym. 2018; Szebehely 1992, 1995, 2011; Vabø 2003; Vehko ym. 2018.
- 5 Vehko ym. 2018, 12, 46, 51.
- 6 Kröger ym. 2018, 16.
- 7 Hirvonen & Husso 2012, 2.
- 8 Esimerkiksi Helsingissä kotihoitopalvelu järjestää ateriapalvelun, jonka eri palveluntuottajat hoitavat. Valmisateria siis tuodaan eri toimijoilta. Ks. hel.fi/seniorit/fi/apua/kotihoito/kotihoitopalvelut-ja-maksut
- 9 Hopppania ym. 2016, 93.
- 10 Thorsen 2003, 271.
- 11 Esimerkiksi John Mayer, Peter Salovey ja David Caruso kehittivät yrityksillä myytävän tunneälytestin the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Daniel Goleman ja Richard Boyatzis ovat kehittäneet tunneälytestin nimeltä Emotional and Social Competence Inventory (ESCI).
- 12 Niin sanottua älykkyysosamäärää mittaavien älykkyysmittausten historia juontaa juurensa 1900-luvun alkuun. Mittauksissa oli selvästi rasistisia piirteitä ja niitä käytettiin esimerkiksi estämään maahanmuuttajien pääsy Yhdysvaltoihin 1900-luvun alussa. Mittaukset perustuivat länsimaiseen ajatusmaailmaan eivätkä ottaneet huomioon eroja kulttuurissa, koulutuksessa, äidinkiessä ja niin edelleen. Älykkyysosamäärätestejä käytetään kuitenkin edelleen, vaikka niitä onkin kritisoitu ja kyseenalaistettu.
- 13 Salovey 2001, 168. Käännös kirjoittajan.
- 14 Youssef & Luthans 2013, 754. Käännös kirjoittajan.
- 15 Rose 1999, 117. Käännös kirjoittajan.
- 16 Mannevuola 2015, 111.
- 17 Sama, 119.
- 18 Illouz 2007, 65; ks. myös Illouz 2008. Käännös kirjoittajan.
- 19 Pedersen 2009, 307–322.
- 20 Bone 2002, 147.
- 21 Szebehely 2011, 238.
- 22 Frank 2013, 99. Käännös kirjoittajan.
- 23 Sama, 98.
- 24 Sama, 109.
- 25 Topo ym. 2007, 94.
- 26 Sama, 99.
- 27 Esimerkiksi Erkkilä 2020.
- 28 Maslach & Leiter 1997, 34. Käännös kirjoittajan.
- 29 Esimerkiksi Szczygiel & Mikolajczak 2018 ja Gleichgerrcht & Decety 2014.
- 30 Esimerkiksi Harper ym. 2012 ja Szczygiel & Mikolajczak 2018.
- 31 Rosalind Gill ja Shani Orgad (2018) osoittavat, että samanlainen suku-

puolittunut ja luokkaistunut sävy resilienssin käsitteen käytössä näkyvä myös laajemmin osana uusliberalismin nousua. Gillin ja Orgadin mukaan etenkin keskiluokan naisille suunnatuilla self-help-kirjallisuudella, sovelluksilla ja työpajoilla luodaan ajatus, että naisten pitää reagoida vaikeisiin kokemuksiin ”ponnistamalla takaisin” (*bounce back*) ja että vaikeat kokemukset rakentavat itse-tuntoa. Naisten vaikeat kokemukset sekä perhe-elämässä että työpaikalla kuvataan positiivisina oppimismahdollisuuksina. (Gill & Orgad 2018, 6)

Kirjallisuus

- Bolton, Sharon, Changing Faces. Nurses as Emotional Jugglers. *Sociology of Health and Illness*. Vol. 23, No. 1, 2001, 85–100.
- Bone, Deborah, Dilemmas of Emotion Work in Nursing under Market Driven Health Care. *International Journal of Public Sector Management*, Vol 15, No 2, 2002, 140–150.
- Ericson-Lidman, Eva ym., Healthcare Personnel's Experiences of Situations in Municipal Elderly Care that Generate Troubled Conscience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 27, No. 2, 2013, 215–223.
- Erkkilä, Sari, Selvitys superilaisten kokemasta työkuormasta 2020. SUPER 2020. Verkossa: superliitto.fi/viestinta/selvitykset/selvitys-superilaisten-kokemasta-tyo-kuormasta-2020
- Frank, Arthur, *The Wounded Storyteller*. Chicago University Press, Chicago 2013.
- Gill, Rosalind & Orgad, Shani, The Amazing Bounce-Backable Woman. Resilience and the Psychological Turn in Neoliberalism. *Sociological Research Online*. Vol 23, No 2, 2018, 477–495.
- Glasberg, Ann-Louise, Norberg, Astrid; Söderberg Anna, Sources of Burnout Among Healthcare Employees: the Perspective of Healthcare Managers. Väitöskirjassa *Stress of Conscience and Burnout in Healthcare*. Umeå University, Umeå 2007, artikkeli III, 1–28.
- Gleichgerrcht, Ezequiel & Decety, Jean, Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. *PLoS ONE* Vol. 8, No. 4: e61526. doi:10.1371/journal.pone.006152
- Goleman, Daniel, *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam Books, New York 1996.
- Görgens-Ekermans, Gina & Brand, Tamari, Emotional Intelligence as a Moderator in the Stress–Burnout Relationship: a Questionnaire Study on Nurses, *Journal of Clinical Nursing* 21, 2012, 2275–2285.
- Harper, Mary G. & Jones-Schenk, Jan, The Emotional Intelligence Profile of Successful Staff Nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Vol. 43, No. 8, 2012, 354–362.
- Hirvonen, Helena & Husso, Marita, Living on a Knife's Edge. Temporal Conflicts in Welfare Service Work. *Time & Society*. Vol. 21, No. 3, 2012, 351–370.
- Hoppania, Hanna-Kaisa ym., *Hoiuun arvoiset. Väiva yhteiskunnan ytimessä*. Gaudeamus, Helsinki 2016.
- Illouz, Eva, *Cold Intimacies. The Making of Emotional Capitalism*. Polity Press, Cambridge 2007.
- Illouz, Eva, *Saving the Modern Soul, Therapy, Emotions and the Culture of Self-Help*. University of California Press, Berkeley 2008.
- Kröger, Teppo, van Aershot, Lina & Puthempambal, Jiby Mathew. *Hoiuun muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa*. YFI julkaisuja 6. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2018.
- Mannevu, Mona, *Affektitehdas. Työn rationaalisoimisen historiallisia jatkumia*. Turun yliopisto, Turku 2015. Verkossa: urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-6134-4
- Maslach, Christina, *Burnout. The Cost of Caring*. Malor Books, Los Altos 2003.
- Maslach, Christina & Leiter, Michael P., *The Truth about Burnout. How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. Jossey Bass, San Francisco 1997.
- Pedersen, Reidar, Empirical Research on Empathy in Medicine – A Critical Review. *Patient Education and Counseling* 76, 2009, 307–322.
- Rose, Nikolas, *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*. Free Association Books, London 1999.
- Salovey, Peter, Applied Emotional Intelligence: Regulating Emotions to Become Healthy, Wealthy and Wise. Teoksessa *Emotional Intelligence in Everyday Life, a Scientific Inquiry*. Toim. John H Beck, Joseph Ciarrochi, Joseph P. Forgas & John D. Mayer. Psychology Press, New York 2001, 229–248.
- Szebehely, Marta, Vårdbiträdet vardag i öppenvård och vid servicehus. Teoksessa *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*. Toim. Rosmari Eliasson. Studentlitteratur, Lund 1992, 72–102.
- Szebehely, Marta, *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Studentlitteratur, Lund 1995.
- Szebehely, Marta, Insatser för äldre och funktionshindrade. Teoksessa *Konkurrensens konsekvenser, vad händer med svensk välfärd?* Toim. Laura Hartman. SNS, Stockholm 2011, 215–257.
- Szczygiel, Dorota Daniela & Mikolajczak, Moira, Emotional Intelligence Buffers the Effects of Negative Emotions on Job Burnout in Nursing. *Frontiers in Psychology* 9: 2649, 2018.
- Thorsen, Kirsten, Gränser för omsorg och den gränslösa omsorgen. Teoksessa *Hemhjälp i Norden. Illustrationer och reflektioner*. Toim. Marta Szebehely. Studentlitteratur, Lund 2003, 241–278.
- Topo, Päivi ym., *Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta*. STAKES, Vaajakoski 2007.
- Vehko, Tuulikki, Josefsson, Kim, Lehtoaro, Salla & Sinervo, Timo, *Vanhuspalveluiden henkilöstö ja työn tuloksellisuus rakennemuutoksessa*, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 16, Helsinki 2018.
- Yliaska, Ville, *Tehokkuuden toiveuni. Uuden julkisjohtamisen historia Suomessa 1970-luvulta 1990-luvulle*. Into, Helsinki 2014.
- Youssef, Carolyn M. & Luthans, Fred, Managing Psychological Capital in Organizations: Cognitive, Affective, Conative, and Social Mechanisms of Happiness. Teoksessa *The Oxford Handbook of Happiness*. Toim. Susan A. David, Ilona Boniwell ja Amanda Conley Ayers. Oxford University Press, Oxford 2013, 751–766.