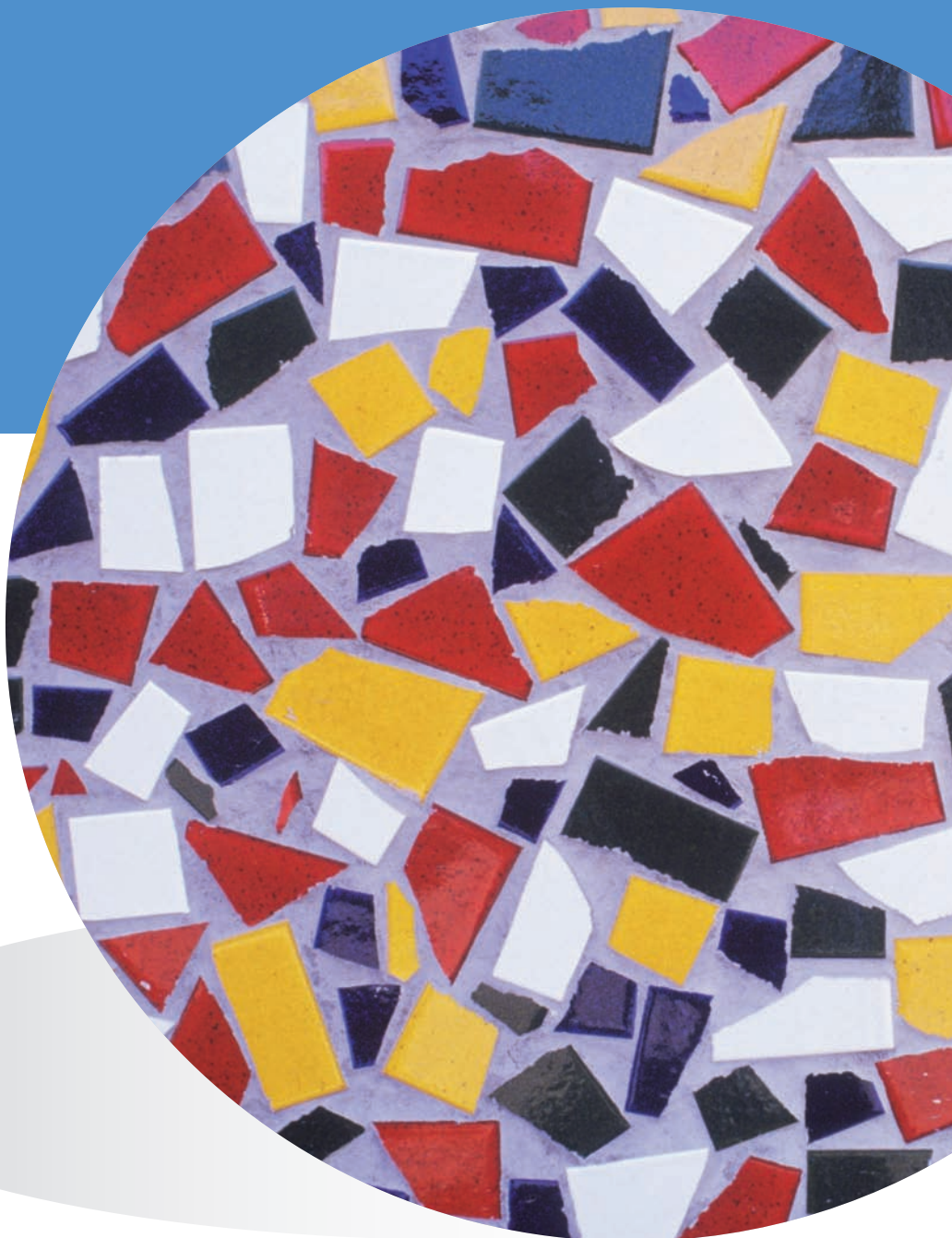


Timo Sinervo
Anja Noro
Liina-Kaisa Tynkkynen
Juhani Sulander
Heikki Taimio
Harriet Finne-Soveri
Reija Lilja
Vesa Syrjä

Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen?

Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi

RAPORTTI



© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-952-245-355-6 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-356-3 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Yliopistopaino

Helsinki 2010

Esipuhe

Tämän raportin tarkoituksena on perustuloksien avulla verrata ikäihmisten, yritysten, järjestöjen ja julkisen palveluasumisen asukasrakennetta, hoidon laatua, henkilöstön hyvinvointia ja kustannuksia. Tutkimuksen tulokset on koottu KILPA-hankkeessa (2007-2010), jossa pyrittiin selvittämään, miten kilpailuttaminen kunnissa toteutetaan ja miten se heijastuu kilpailutettaviin yksiköihin. Koska kilpailuttaminen ei vuonna 2007 toteutunut kaikissa kunnissa suunnitellulla tavalla, tässä esitettävät tulokset ovat enemmänkin yksityisen ja julkisen palvelutuotannon eroja käsitteleviä.

Kilpailuttamishankkeen juuret ovat Palkansaajien tutkimuslaitoksella jo aiemmin toteutetussa kilpailutus-tutkimuksessa, jota KILPA-hankkeella pyrittiin syventämään. KILPA-hanke on toteutettu THL:n (aik. Stakes) ja Palkansaajien tutkimuslaitoksen yhteistyönä. THL:stä mukana ovat olleet erikoistutkija Timo Sinervo, tutkimuspäällikkö Anja Noro, tutkija Vesa Syrjä, yksikön päällikkö Harriet Finne-Soveri, tutkija Liina-Kaisa Tynkkynen ja tutkija Juhani Sulander. Palkansaajien tutkimuslaitokselta mukana ovat olleet erikoistutkija Heikki Taimio, tutkimusjohtaja Reija Lilja ja tutkimuskoordinaattori ja Tampereen yliopiston professori Jukka Pirttilä.

KILPA-hankkeen tukena toimi ohjausryhmä, joka kokoontui useita kertoja hankkeen aikana. Ohjausryhmältä olemme saaneet arvokasta palautetta tutkimuksen toteutuksesta ja tulosten tulkinnasta. Ohjausryhmän jäsenet ovat olleet elinkeinopoliittinen asiantuntija Aino Närkki (sosiaalialan työnantaja- ja toimialaliitto), suunnittelija Soili Nevala (Super), johtaja Tarja Honkalampi (Tehy), erityisasiantuntija Marjo Varsa (Talentia), ylitarkastaja Annemari Raassina (STM), erityisasiantuntija Eevaliisa Virnes (Kuntaliitto), vanhainkoti- ja palveluasumistojen päällikkö Eeva-Liisa Tuominen (Helsingin kaupunki), palveluasumispäällikkö Mona Hägglund (Espoon kaupunki), tutkimusprofessori Pekka Huuhtanen (Työterveyslaitos), tiimipäällikkö Marjukka Laine (Työterveyslaitos) sekä pitkäaikashoidon päällikkö Helena Soini (Espoon kaupunki) 31.12.2007 saakka, yksikön päällikkö Leena Piekkola (Kuntaliitto) 15.1.2008 saakka ja yritysneuvoja Eija Kairinmäki (KTM) 31.3.2009 saakka.

Hankkeeseen osallistuneet organisaatiot ovat saaneet asiakasrakenteen, hoidon laadun ja henkilöstötekijöiden osalta erilliset palautteet omista yksiköistään sekä käyttöönsä muiden vastaavien yksiköiden keskimääräiset vertailutiedot. KILPA-hankkeeseen osallistuneille tahoille järjestettiin useita seminaareja hankkeen toteutuksesta ja tuloksista sekä koulutusta RAI-arviointijärjestelmän käyttöön.

KILPA-hanketta ovat rahoittaneet Työelämän kehittämisohjelma (TYKES), Työsuojelurahasto sekä THL ja Palkansaajien tutkimuslaitos.

Haluamme kiittää hankkeeseen osallistuneita yksityisiä ja julkisia palveluntuottajia ja niiden henkilöstöä osallistumisesta tutkimushankkeeseen. Samoin kii-

tämme rahoittajia hankkeen mahdollistamisesta ja ohjausryhmää tuesta. Olemme saaneet koottua ainutlaatuisen tutkimusaineiston, jonka avulla pyrimme jatkossa syventämään analyysyjä. Aineiston perusteella on tulossa useita tieteellisiä artikkeleita ja julkaisuja sekä ammatillisia artikkeleita. Toivomme, että palveluiden tilaajat ja päätöksentekijät saavat tutkimustuloksistamme tukea palveluntuotannon järjestämisessä ja palveluntuottajat tukea toimintansa kehittämiseen ja seuraamiseen.

Helsingissä 11.11.2010

Tekijät

Tiivistelmä

Timo Sinervo, Anja Noro, Liina-Kaisa Tynkkynen, Juhani Sulander, Heikki Taimio, Harriet Finne-Soveri, Reija Lilja, Vesa Syrjä. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 34/2010, 91 sivua. Helsinki 2010. ISBN 978-952-245-355-6 (painettu), ISBN 978-952-245-356-3 (pdf)

Yksityisten palveluiden käyttö on lisääntynyt sosiaali- ja terveystalouksissa voimakkaasti. Yhtenä syynä on se, että se on nähty keinona parantaa tuottavuutta. Aiemmat tutkimustulokset yksityisten palveluiden käytön ja kilpailuttamisen vaikutuksista ovat varsin ristiriitaisia. Usein on todettu, että yksityisten palveluiden käytöllä on voitu alentaa kustannuksia, mutta harvoin on tarkasteltu sitä, ovatko palvelumuodot vertailukelpoisia asiakasrakenteen suhteen. Toisaalta kustannukset ovat usein nousseet ensimmäisen kilpailutuksen jälkeen. Hoidon laadun suhteen tulokset ovat yhtä ristiriitaisia. Voittojen maksimoinnin ja kustannusten leikkaamisen on pelätty johtavan hoidon laadun heikkenemiseen, ja tästä on viitteitä amerikkalaisesta tutkimuksesta. Toisaalta kilpailun on oletettu parantavan laatua motivoimalla työprosessien kehittämiseen, mistä on viitteitä ainakin yksittäisistä kilpailutuksista. Henkilöstön kannalta kilpailutus on usein merkinnyt lisää epävarmuutta ja kuormitusta sekä henkilöstön vaihtuvuutta. Toisaalta yksityisten organisaatioiden on todettu joissakin tutkimuksissa olevan paremmin johdettuja, työntekijöillä on enemmän vaikutusmahdollisuuksia ja organisaatiot ovat matalampia ja vähemmän byrokraattisia.

KILPA-hankkeessa on kerätty tutkimusaineisto 134 ikäihmisten tehostetun palveluasumisen yksiköstä. Näistä 53 oli kunnallisten palvelutalojen yksikköjä, 29 yritysten ja 52 järjestöjen. Lisäksi hankkeessa on mukana 45 vanhainkotiyksikköä. Kaikki yksiköt olivat mukana THL:n RAI-vertailukehittäminen -hankkeessa, jossa kaikkien noin 3 000 asiakkaan kuntoisuus ja hoidon laatu arvioitiin RAI-järjestelmän avulla. Yksiköiden kustannukset ja toimintatiedot selvitettiin osastonhoitajille ja talouspäälliköille osoitetuilla kyselyillä. Työyksiköiden kaikille työntekijöille lähetettiin henkilöstökysely (n = 1 545), jolla arvioitiin työn kuormittavuutta, johtamista, työyhteisön toimintaa sekä henkilöstön hyvinvointia. Tutkimusaineistoja käsiteltiin työyksikkötasolla.

Tutkimus osoitti ensinnäkin, että kunnalliset, järjestöjen ja yritysten omistamat palvelutaloyksiköt poikkesivat toisistaan asiakasrakenteen ja kustannusten suhteen. Yritysten ja järjestöjen yksiköt olivat pääasiassa dementiayksiköitä, kun taas kunnallisissa yksiköissä asiakkaat olivat hyvin monenlaisia. Toisaalta kunnallisissa yksiköissä hoidettiin päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevia asiakkaita, mutta toisaalta kliinisesti vaativia asiakkaita ja näiden lisäksi erilaisista dementiaoireista kärsiviä. Kunnallisten yksiköiden asiakkaat vaativat hieman vähemmän

hoitoa, mutta henkilöstöä oli selvästi vähemmän. Järjestöjen yksiköissä oli selvästi eniten vähintään runsaasti apua tarvitsevia. Järjestöt olivatkin henkilöstö- ja toimintakulujen osalta kalleimpia, kunnalliset yksiköt halvimpia. Kun asiakkaiden hoidon tarve otettiin huomioon, olivat yritysten yksiköt hieman järjestöjen yksiköitä kalliimpia, kunnalliset edelleen halvimpia.

Hoidon laadun osalta tulokset olivat erilaisia riippuen mitattavasta laatutekijästä. Esimerkiksi kunnallisissa palvelutaloissa asiakkaista suuremmalla osalla oli käytössä yli 9 lääkettä, yksityisissä harvemmin. Toisaalta järjestöissä käytettiin muita useammin rauhoittavia ja unilääkkeitä. Kunnallisissa palvelutaloissa puolestaan oli paremmin käytössä liikkumisen apuvälineitä. Hoitamaton kipua ja alavireistä mielialaa on kunnallisissa yksiköissä enemmän.

Järjestöjen palvelutaloissa henkilöstön hyvinvointiin liittyvät tekijät olivat parhaimmalla tasolla. Kuntien ja yritysten palvelutalot erosivat siten, että kunnallisissa palvelutaloissa johtaminen, työtyytyväisyys ja työn hallinta (itsenäisyys ja kykyjen käyttö) olivat hyvällä tasolla, mutta työntekijöiden kuormitus oli suurta. Yritysten palvelutaloissa puolestaan kuormitus oli vähäistä, mutta johtaminen, työntekijöiden itsenäisyys ja tyytyväisyys olivat matalammalla tasolla.

Tulokset osoittavat, että yksityisen ja julkisen palveluntuotannon välillä oli eroja, mutta selkeää paremmuusjärjestystä ei voida esittää. Lisäksi tutkitut tekijät vaihtelevat selvästi enemmän vertailtujen palvelumuotojen sisällä kuin niiden välillä. Näyttää kuitenkin siltä, että ennako-oletukset yksityisen palvelutuotannon halvemmasta kustannustasosta eivät pidä paikkaansa. Ei voida myöskään väittää, että laatuongelmia olisi yksityisissä organisaatioissa enemmän, pikemminkin päinvastoin. Myöskään henkilöstön hyvinvointiin liittyvät tekijät eivät vastanneet aiempaa – pääosin amerikkalaista – tutkimusta. Sen sijaan tulokset vastaavat aiempia tuloksia siitä, että voittoa tavoittelematon palvelutuotanto on laadukasta ja sen henkilöstön hyvinvointi on korkealla tasolla.

Näitä eroja voidaan todennäköisesti selittää sillä, että kilpailutuksissa otetaan sellaiset laatutekijät kuin henkilöstömäärä paremmin huomioon. Samoin yksityisen sektorin tiukempi valvonta vaikuttanee siihen, että henkilöstömäärä yksityisellä sektorilla oli paremmalla tasolla.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että vanhuspalveluiden kustannuksia ei tule tarkastella ottamatta huomioon asiakkaiden kuntoisuutta. Kunnallinen palvelutuotanto osoittautui edullisemmaksi, mutta on pohdittava, selittyykö tämä ero liian alhaisella henkilöstömitoituksella. Tällä voi olla vaikutusta paitsi hoidon laatuun, myös henkilöstön sairaslomiin, työssä pysymiseen ja ennen aikaiseen eläköitymiseen. Vanhuspalveluissa henkilöstön riittävyys ja työssä jaksaminen on kriittinen kysymys. Kaiken kaikkiaan palvelutalojen hoidon laatu oli kohtuullisen hyvällä tasolla verrattuna amerikkalaisiin viitearvoihin. Toisaalta lääkkeiden käyttöä oli runsaasti ylittäen amerikkalaiset viitearvot.

Tutkimusraportti on hankkeen perustulosten kuvaus, joka herättää edelleen monia kysymyksiä. Näihin kysymyksiin paneudutaan jatkossa, kun pyritään selvit-

tämään esimerkiksi kustannuserojen, laatuerojen ja henkilöstön hyvinvointiin liittyvien erojen syitä.

Tutkimus toteutettiin THL:n ja Palkansaajien tutkimuslaitoksen rahoituksen lisäksi TYKES-ohjelman ja Työsuojelurahaston rahoituksella.

Avainsanat: sosiaali- ja terveyspalvelut, vanhuspalvelut, palveluasuminen, yksityiset palvelut, julkiset palvelut, asiakasrakenne, hoidon laatu, kustannukset, tuottavuus, henkilöstön hyvinvointi

Sammandrag

Timo Sinervo, Anja Noro, Liina-Kaisa Tynkkynen, Juhani Sulander, Heikki Taimio, Harriet Finne-Soveri, Reija Lilja, Vesa Syrjä. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi [Privat eller kommunalt serviceboende? Kostnader, klientstruktur, vårdkvalitet och personalens välbefinnande]. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 34/2010, 91 sidor. Helsingfors 2010. ISBN 978-952-245-355-6 (tryckt), ISBN 978-952-245-356-3 (pdf)

Användningen av privata tjänster har ökat kraftigt inom social- och hälsovården. En orsak är att det betraktas som ett sätt att förbättra produktiviteten. Tidigare forskningsresultat om effekterna av att använda privata tjänster och att konkurrensutsätta är tämligen motstridiga. Det har ofta konstaterats att kostnaderna har kunnat sänkas genom användning av privata tjänster, men sällan har man granskat om serviceformerna är jämförbara när det gäller klientstrukturen. Å andra sidan har kostnaderna ofta stigit efter den första konkurrensutsättningen. När det gäller vårdkvaliteten är resultaten lika motstridiga. Man har varit rädd för att maximering av vinsten och nedskärning av kostnaderna ska leda till en sämre vårdkvalitet, vilket också amerikansk forskning tyder på. Å andra sidan har man utgått från att konkurrens bidrar till en bättre kvalitet genom att motivera till utveckling av arbetsprocesserna, vilket åtminstone enskilda konkurrensutsättningar har visat tecken på. För personalen har konkurrensutsättningen ofta medfört större osäkerhet och belastning och en ökad personalomsättning. Å andra sidan har man också i vissa undersökningar konstaterat att privata organisationer har en bättre ledning, att deras anställda har mer möjligheter att påverka och att organisationerna är lägre och mindre byråkratiska.

Inom projektet KILPA har undersökningsmaterial samlats in vid 134 enheter för serviceboende med heldygnsomsorg. Av dessa enheter för äldre finns 53 vid kommunala servicehus, 29 vid företag och 52 vid icke-vinstdrivande organisationer. Dessutom deltar 45 ålderdomshemsenheter i projektet. Samtliga enheter deltog i THL:s projekt för RAI-benchmarking där tillståndet och vårdkvaliteten bedömdes för alla cirka 3 000 klienter med hjälp av RAI-systemet. Enheternas kostnader och verksamhetsuppgifter utreddes genom enkäter till avdelningsskötare och ekonomichefer. En personalenkät skickades till alla anställda (n = 1 545) vid enheterna för att bedöma arbetets belastning, ledningen, arbetsplatsens verksamhet och personalens välbefinnande. Undersökningsmaterialet behandlades på enhetsnivå.

Undersökningen visade för det första att servicehusenheter som ägs av kommuner, organisationer och företag har olika klientstruktur och kostnader. Företagens och organisationernas enheter utgjorde huvudsakligen demensenheter, medan de kommunala enheterna hade många olika slags klienter. Vid de kommunala

enheterna vårdades dels klienter som behövde hjälp i de dagliga sysslorna, men dels även kliniskt sett krävande klienter och utöver dessa också klienter med olika slag av demenssymtom. Klienterna vid kommunala enheter krävde en aning mindre vård, men det fanns klart mindre personal. Vid organisationernas enheter fanns det klart flest klienter som behövde mycket hjälp. Personal- och verksamhetskostnaderna var därför störst vid organisationernas enheter, medan de var lägst vid de kommunala enheterna. Med beaktande av klienternas vårdbehov var företagens enheter en aning dyrare än organisationernas enheter, medan de kommunala enheterna fortfarande var förmånligast.

Beträffande vårdkvaliteten varierade resultaten beroende på den kvalitetsfaktor som mättes. Till exempel använde en stor del av klienterna vid de kommunala servicehusen mer än 9 läkemedel, medan andelen var mindre inom de privata enheterna. Vid organisationernas enheter användes däremot oftare lugnande medel och sömnmedel än vid andra enheter. Vid de kommunala servicehusen finns däremot bättre möjligheter att använda hjälpmedel för förflyttning. Obehandlad smärta och nedstämdhet var vanligare vid kommunala enheter.

I organisationernas servicehus är faktorer som anknyter till personalens välbefinnande på bästa nivå. Kommunernas och företagens servicehus avvek från varandra på så sätt att ledningen, arbetstillfredsställelsen och kontrollen över arbetet (självständighet och användning av förmågor) var på en bra nivå vid de kommunala servicehusen, men de anställdas belastning var hög. Vid företagens servicehus var belastningen däremot liten, men ledningen, de anställdas självständighet och tillfredsställelse var på en lägre nivå.

Resultatet visar att det finns skillnader mellan privat och offentlig serviceproduktion, men att ingen klar rangordning kan lyftas fram. Dessutom varierar de undersökta faktorerna klart mer inom de jämförda serviceformerna än mellan dem. Det förefaller ändå som om förhandsantagandet om att privat serviceproduktion har en lägre kostnadsnivå inte stämmer. Man kan inte heller påstå att det finns mer kvalitetsproblem inom privata organisationer, utan snarare tvärtom. Inte heller faktorer som anknyter till personalens välbefinnande motsvarar tidigare – huvudsakligen amerikansk – forskning. Däremot motsvarar resultatet de tidigare resultaten om att icke-vinstdrivande serviceproduktion är av hög kvalitet och att personalens välbefinnande är på en hög nivå inom denna produktion.

Dessa skillnader kan sannolikt förklaras med att man vid konkurrensutsättning bättre beaktar sådana kvalitetsfaktorer som personalstyrkan. Likaså bidrar sannolikt en strängare övervakning inom privata sektorn till att personalstyrkan är på en bättre nivå där.

Utgående från forskningen kan konstateras att kostnaderna för äldreservicen inte bör granskas avskilt från klienternas tillstånd. Den kommunala serviceproduktionen visade sig vara förmånligare, men man måste överväga om skillnaden beror på en alltför låg personaldimensionering. Utöver vårdkvaliteten kan detta också påverka personalens sjukledigheter, vilja att fortsätta i arbetet och förtids-

pensionering. En kritisk fråga inom äldre servicen är att det finns tillräckligt med personal och att personalen har förutsättningar att orka i arbetet. I det stora hela ligger servicehusens vårdkvalitet på en rimligt god nivå jämfört med de amerikanska referensnivåerna. Å andra sidan överskrider användningen av läkemedel de amerikanska referensvärdena med stor marginal.

Forskningsrapporten är en beskrivning av projektets grundläggande resultat som ger upphov till många ytterligare frågor. Dessa frågor kommer i fortsättningen att stå i fokus till exempel vid utredningen av orsakerna till kostnadsskillnader, kvalitetsskillnader och skillnader i personalens välbefinnande.

Undersökningen genomfördes med finansiering av THL och Löntagarnas forskningsinstitut och dessutom ur TYKES-programmet och Arbetarskyddsfonden.

Nyckelord: social- och hälsovårdstjänster, äldre service, serviceboende, privata tjänster, offentliga tjänster, klientstruktur, vårdkvalitet, kostnader, produktivitet, personalens välbefinnande

Abstract

Timo Sinervo, Anja Noro, Liina-Kaisa Tynkkynen, Juhani Sulander, Heikki Taimio, Harriet Finne-Soveri, Reija Lilja, Vesa Syrjä. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi [Sheltered housing – private or municipal? Costs, clientele structure, quality of care, and well-being of the personnel]. National Institute for Health and Welfare (THL), Report 34/2010, 91 pages. Helsinki, Finland 2010. ISBN 978-952-245-355-6 (printed), ISBN 978-952-245-356-3 (pdf)

The use of private services has been increasing greatly within the area of social and health services. One reason for this is that it has been regarded as a means of increasing productivity. Earlier studies on the effects of the use of private services and competitive bidding have provided rather conflicting results. A frequent observation has been that cost reductions have been achieved through the use of private services, but there are few studies related to the comparability of the two modes of service in relation to the structure of the clientele. On the other hand, costs have often increased after the first competitive bidding. The results related to the quality of care have been equally conflicting. Fears have been expressed that profit maximisation and cost cutting may lead to a reduction in the quality of care, as indicated by some American studies. On the other hand, it has been assumed that competitive bidding would improve quality through motivation for the development of working processes, as indicated by some individual competitive bidding cases. For the personnel, competitive bidding has often meant increased uncertainty and stress as well as higher staff turnover. On the other hand, some studies have found that private organisations are better managed, give more say to their employees, have lower organisational structures and are less bureaucratic.

In the KILPA project, research data were collected from 134 enhanced sheltered housing units for elderly residents. Of the total, 53 sheltered accommodation units belonged to municipalities, 29 to commercial enterprises and 52 to non-profit private organisations. In addition, 45 units located in nursing homes were included in the project. All units participated in the THL's RAI benchmarking project in which the casemix and quality of care were assessed by RAI system (approximately 3000 clients). Unit costs and information on units' staffing were collected using questionnaires meant for head nurses and financial managers. All work-unit employees received a staff questionnaire (n = 1,545) used to evaluate work-related stress, management, work community functioning, and staff well-being. Research data were processed on the work-unit level.

First of all, research indicated that sheltered housing units belonging to municipalities, commercial enterprises and non-profit organisations differed in their client structure and costs. The units belonging to enterprises and non-profit organisations were mainly dementia units, whereas the residents of municipal

units were very diverse. On the one hand, residents of municipal units were clients needing assistance in their daily activities, while on the other hand, they included clinically demanding clients and also clients exhibiting a variety of dementia symptoms. Clients in municipal units required slightly less care, though the units had clearly lower staffing levels. The units belonging to non-profit organisations had decidedly the most clients requiring plenty of assistance. Non-profit units had the highest staffing levels and operating costs and municipal units had the lowest costs. Taking client care needs into consideration, the units belonging to enterprises were slightly more expensive than the units belonging to non-profit organisations and the municipal units were the least expensive.

The results for the quality of care differed depending on the quality factor measured. For example, more residents of municipal sheltered housing were using more than nine medicines, while in private units fewer clients were using that many medicines. On the other hand, non-profit organisation clients used more sedatives and hypnotics than the others. In the municipal sheltered units, again, the clients had better access to mobility aids. Untreated pain and depressed mood were more commonly found in municipal units.

In the sheltered housing belonging to non-profit organisations, factors related to staff well-being came out the best. In comparing sheltered housing belonging to municipalities and to enterprises, it was found that management, work satisfaction and control over work (autonomy and the use of skills) were at a high level in municipal sheltered housing, though stress among the staff was high. There was little stress in sheltered housing belonging to enterprises, but management, employee autonomy and satisfaction were at a lower level.

The results indicate that there are differences between the private and the public provision of services, but no clear order of superiority can be established. In addition, the factors studied varied decidedly more within than between the service modes compared. However, it appears that expectations that the private provision of services has a lower level of costs are not valid.

Neither can it be argued that private systems have more quality-related problems; if anything, the opposite seems to be true.

Nor did factors related to staff well-being agree with earlier – mainly American – research. On the other hand, the results agree with earlier findings that non-profit service provision is of high quality and that staff well-being is high.

These differences may be explained by the fact that quality factors such as the number of staff are taken into account to a greater extent in competitive bidding. Likewise, tight control in the private sector may have an effect on the higher staffing numbers in the private sector.

Based on the study, it can be stated that the costs of elderly care should not be discussed without taking casemix into account. Municipal service provision proved to be the most cost-effective, but one might ponder whether this difference can be explained in terms of too low staffing levels. It may impact not only the quality

of care, but also the staff's sick leaves, staff retention and premature retirement. Sufficient staff numbers and working ability are critical issues in services to the elderly. Overall, the quality of care in sheltered housing was on a moderately good level when compared to the American reference values. On the other hand, the frequent use of medicines exceeded the American reference values.

This research report is a description of the basic project results and raises a large number of additional questions. These questions will be examined in the future when issues such as the reasons for differences in costs, quality and staff well-being are studied.

Besides financing from the National Institute for Health and Welfare (THL) and the Labour Institute for Economic Research, funding for the study was provided by the Workplace Development Programme TYKES and the Finnish Work Environment Fund.

Keywords: social and health services, elderly care, sheltered housing, private services public services, casemix, quality of care, costs, efficiency, well-being of workers

Sisällys

Esipuhe
Tiivistelmä
Sammandrag
Abstract

JOHDANTO	17
Ikäihmisten asumispalvelut Suomessa	20
TEOREETTINEN TAUSTA	22
Julkisten palveluiden tuottamisen tavat ja kilpailuttaminen	22
Yksityisesti tuotettujen palveluiden käytön vaikutukset kustannuksiin	24
Organisaation omistuspohjan vaikutukset hoidon laatuun ja henkilöstön hyvinvointiin.....	25
TUTKIMUKSEN OSA-ALUEET	28
Asukkaiden toimintakykyä kuvaavat indikaattorit.....	28
Hoidon laatua kuvaavat indikaattorit.....	30
Henkilöstökyselyn osa-alueet.....	30
Motivaatio, työssä viihtyminen ja sitoutuminen työhön.....	31
Työn kuormitustekijät	32
Työyhteisön toiminta ja johtaminen	33
Työntekijöiden hyvinvointi.....	34
TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT	35
Tutkimusongelma	35
Tiedonkeruu	36
Tilastollinen analyysi ja raportointi.....	38
TUTKIMUSAINEISTO	39
Tutkimuksessa mukana olleet palveluntuottajat	39
Yksikköjen asukkaiden taustatekijät.....	40
Henkilöstökyselyyn vastanneet työntekijät	40
Kustannus- ja toimintatiedot.....	42
TULOKSET	43
Yksikköjen asiakasrakenne.....	43
Fyysinen toimintakyky.....	43
Kognitiivinen toimintakyky	44
Masennusoireet	45
Voimavaratarveluokitus ja kustannuspaino	47
Yhteenveto asiakasrakenteesta	49
Kustannukset ja työyksiköitä kuvaavat tekijät.....	51
Yksikköjen koko.....	51
Henkilöstömitoitus	51
Laskennallinen hoitopäivän hinta	52
Yhteenveto kustannuksista ja työyksiköitä kuvaavista tekijöistä.....	54

Hoidon kliininen laatu	56
Vähintään 9 lääkettä	56
Antipsykoottisten lääkkeiden käyttö ilman diagnoosia tai oiretta.....	57
Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö.....	57
Ei liikkumisen apuvälineitä vaikka vaikeuksia liikkua	58
1–4 asteen painehaavat.....	59
Kova päivittäinen kipu	60
Käyttöoire, joka vaikuttaa muihin.....	60
Alavireinen mieliala.....	61
Sairaalahoido tai päivystyspoliklinikkakäynti viimeisen 90	
vuorokauden aikana	62
Painon lasku	62
Yhteenveto kliinisestä laadusta	63
Henkilöstön hyvinvointi	65
Motivaatio, työssä viihtyminen ja sitoutuminen työhön.....	65
Työn kuormitustekijät.....	69
Työyhteisön toiminta ja johtaminen	72
Työntekijöiden hyvinvointi.....	74
Yhteenveto henkilöstökyselystä	75
JOHTOPÄÄTÖKSET	77
 Kirjallisuus	 80
 Liite I Henkilöstökyselyn mittaristo	 85
Liite II Henkilöstökyselyn osatekijöiden keskiarvot ja luottamusvälit.....	89
Liite III Kliiniset hoidon laadun indikaattorit, keskiarvot.....	91

JOHDANTO

Väestön ikääntyminen ja huoltosuhteen muutokset ovat jo pitkään olleet yhteiskunnallisen keskustelun keskeisiä teemoja. Vuonna 2010 yli 65-vuotiaiden osuus koko maan väestöstä oli 17,6 %. Vuonna 2030 yli 65-vuotiaita arvioidaan olevan jo noin 26 %. Tilastokeskuksen tuoreimmassa väestöennusteessa vuosina 2010–2030 65 vuotta täyttäneiden määrä lisääntyy 581 170:lla. Erityisesti yli 80-vuotiaiden määrän kasvu merkitsee suurempaa palvelutarvetta. Yli 80-vuotiaiden määrän ennustetaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä.

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus on ennustanut sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötarpeen lisääntyvän vuosina 2010–2025 79 000–125 000 työntekijällä, pääosin väestön ikääntymisen vaikutuksesta (Honkatukia ym. 2010). Samaan aikaan ikääntymisen myötä eläkkeelle jäävien sosiaali- ja terveystalouden työntekijöiden määrä lisääntyy. Tämä asettaa haasteita erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiselle ja suunnittelulle: yhtäältä on vastattava kasvavaan palvelutarpeeseen tehokkailla toimintatavoilla ja toisaalta on rekrytoitava uutta työvoimaa alalle. Erityisesti ikäihmisten palvelut ovat nousseet agendalle kansallisessa keskustelussa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Myös Euroopan tasolla väestön vanheneminen koetaan haasteena, ja muun muassa ikääntymiseen liittyviin sairauksiin ja ikäihmisten terveyden edistämiseen on alettu kiinnittää huomiota (EUGMS Hopea-paperi 2009).

Sosiaali- ja terveydenhuolto on kansantalouden kehityksen kannalta avainasemassa tulevina vuosina. Kun terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden osuus bruttokansantuotteesta on nyt noin 8,5 %, on osuuden arvioitu nousevan vuonna 2030 jo 10–11 %:iin. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuuden parantamiseen ja kustannusten nousun hillitsemiseen on kiinnitetty jatkuvasti enemmän huomiota. Julkisten palveluiden järjestämisessä on jo pitkään etsitty uusia, perinteiselle julkiselle palveluntuotannolle vaihtoehtoisia toimintamalleja. 1970-luvulta lähtien julkishallintoon ja julkisten palveluiden tuotantoon ovat vaikuttaneet vahvasti julkisen sektorin uuden johtamisopin (New Public Management, NPM) mukana syntyneet ajatukset (OECD 1981). NPM:n myötä julkiseen palveluntuotantoon ryhdyttiin soveltamaan markkinaehtoisia toimintamalleja (Pollitt ym. 2007). Näin on tapahtunut myös Suomessa, jossa muun muassa erilaisia tilaaja-tuottajajärjestelyjä, yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuushankkeita, ostopalveluita sekä toimintojen ulkoistamisia on ryhdytty soveltamaan julkisesti rahoitettujen palveluiden tuotantoon.

Uusilla toimintatavoilla on tavoiteltu toiminnan tehostamista, keventämistä sekä kustannusten minimointia, jotta kasvavaan palveluiden tarpeeseen olisi mahdollista vastata, kun samaan aikaan kustannusten kasvua pyritään hillitsemään. Pääsääntöisesti uudet toimintamallit käsittävät yksityisen sektorin osallistamisen

julkisten palveluiden tuotantoon. Kuntien yksityisiltä palveluntuottajilta ostamien palveluiden osuuden onkin ennustettu edelleen lisääntyvän tulevaisuudessa (Hyvärinen & Lith 2008.)

Yksityisten palveluiden käyttämisen vaikutuksista on kuitenkin varsin vähän tutkimustietoa tai tämä tieto on ristiriitaista. Kilpailutettaessa palveluita on kustannuksia voitu alentaa, etenkin ensimmäisellä kilpailutuskierröksellä. Toisaalta on viitteitä siitä, että kustannukset nousevat myöhemmin ja etenkin siinä tilanteessa, että kilpailu ei toimi riittävän hyvin (Megginson & Netter 2001; Fredriksson & Martikainen 2006). Varsin usein tutkimuksissa ei ole kuitenkaan otettu huomioon yksiköiden asiakasrakennetta, jolloin ei voida selvittää sitä, pystyvätkö jotkut yksiköt valikoimaan itselleen kevyemmin hoidettavia asiakkaita. Mikäli asiakasrakennetta ei oteta huomioon, ei myöskään kustannusten ja hoidon laadun vertailu ole luotettavaa.

Monesti epäillään, että tuottavuuden nostaminen ja tuottojen maksimointi heikentää hoidon laatua (Hart ym. 1997). Toisaalta kilpailu voi parantaa laatua luomalla kannusteita työprosessien ja tehokkuuden kehittämiseen. Selvitäkseen kilpailusta yksityisesti tuotettujen julkisten palveluiden hoidon laadun on oltava korkea (Suoniemi ym. 2005). Tutkimustulokset ovat tältä osin ristiriitaisia. Vuonna 2009 ilmestyneen meta-analyysin mukaan kuitenkin valtaosa tutkimuksista osoittaa, että voittoa tavoittelemattomissa yksiköissä hoidon laatu on parempaa (Comondore ym. 2009). Tutkimus kuitenkin osoitti, että laatueroihin vaikuttivat monet muutkin tekijät ja että varsin monissa tutkimuksissa eroja ei ole löytynyt.

Yksityisten palveluntuottajien määrän lisääntymisellä voi olla monia myönteisiä tai kielteisiä vaikutuksia henkilöstöön. Lisääntynyt epävarmuus, kasvaneet vaatimukset, kiire, irtisanomiset, alempi palkkaustaso, lisääntynyt työpaikan vaihtaminen ja osa-aikatöiden yleistyminen ovat useimmin mainittuja kilpailuttamisen kielteisiä vaikutuksia. Toisaalta joissakin tutkimuksissa on todettu, että yksityisten organisaatioiden johtamisen on parempaa, niissä on matalampi organisaatio, ja siten työntekijöillä on enemmän vastuuta ja parempi työn hallinta (Walsh 1995; Fredriksson & Martikainen 2006).

Henkilöstötekijöitä on harvoin tutkittu, kun tarkastellaan yksityisten ja julkisten palveluiden eroja. Henkilöstötekijöiden huomioonottaminen on kuitenkin tärkeää ainakin kahdesta syystä. Ensinnäkin tiedetään, että vanhusten pitkäaikais-hoidon henkilöstön stressi, kiire ja johtamisongelmat heikentävät hoidon laatua (Pekkarinen ym. 2007). Toiseksi vanhustenhuolto on yksi niistä aloista, joissa henkilöstön kuormitus on suurinta (Laine ym. 2006). Siksi on erittäin tärkeää, että vanhuspalveluiden henkilöstö saadaan pidettyä alalla ja alalle voidaan houkutella lisää henkilöstöä. Henkilöstön kuormituksella ja työssä viihtymisellä tiedetään olevan voimakas yhteys työpaikassa ja alalla pysymiseen. Samoin ennen aikainen eläköityminen on yhteydessä työkuormitukseen.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa ikäihmisten ympärivuorokautisen palveluasumisen tuotannon erilaisten järjestämistapojen yhteyksistä hoi-

don tuottavuuteen, asiakasrakenteeseen, kustannuksiin, laatuun, henkilöstön työhyvinvointiin ja työyhteisöön. Tarkastelemalla samassa tutkimuksessa näitä eri tekijöitä pyrittiin saamaan kokonaiskuva, eikä vain vertailu yhden asian osalta.

Palveluasuminen on rajattu tutkimuskohteeksi neljästä syystä. Yhtäältä palveluasuminen on voimakkaasti laajeneva vanhuspalvelujen muoto, sillä kunnat pyrkivät vähentämään vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla annettun hoidon osuutta vanhuspalveluiden kokonaisuudessa. Toisaalta vaihtoehtoisia järjestämistapoja kuten tilaamista yksityisiltä palveluntuottajilta ja kilpailuttamista käytetään enenevässä määrin juuri palveluasumisessa. Kolmanneksi tehostettu palveluasuminen erottuu muusta palveluasumisesta verrattain homogeenisena toimintana, mikä tekee erilaisten asumispalveluyksiköiden vertaamisen luotettavammaksi ja helpommaksi. Neljänneksi palveluasumista on tutkittu varsin vähän ja hoidon laadusta, kustannuksista ja henkilöstön hyvinvoinnista on melko vähän tietoa. Hankkeeseen otettiin mukaan myös vanhainkotiyksiköjä, koska niiden asiakasrakenne oli hyvin samankaltainen palvelutaloihin verrattuna.

Vanhusten asumispalvelujen erilaisten järjestämistapojen vaikutuksista hoidon kustannuksiin, tuottavuuteen, laatuun, ja henkilöstön hyvinvointiin on tärkeää saada tutkittua tietoa. Palvelujen rahoittajat – kunnat, veronmaksajat, asiakkaat ja poliittiset päätöksentekijät – saavat tutkimustiedosta pohjan arvioilleen siitä, miten vanhusten asumispalvelut kannattaisi tulevaisuudessa järjestää. Toiseksi palveluntuottajien on hyödyllistä tietää, mitkä tekijät, erityisesti johtamisen ja henkilöstöpolitiikan osalta, vaikuttavat hoidon laatuun, tuottavuuteen ja kustannuksiin. Vastaavista tiedoista voivat hyötyä myös henkilöstö ja sen edustajat. Tämän tutkimuksen tarkoituksen on osittain vastata näihin tiedontarpeisiin.

Tutkimus on toteutettu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL, ent. Stakes) ja Palkansaajien tutkimuslaitoksen (PT) yhteistyönä. Tutkimusta ovat rahoittaneet Työsuojelurahasto (TSR) ja Työelämän kehittämissuunnitelma (TYKES).

Raportti etenee siten, että aluksi luodaan lyhyt katsaus tutkimuksen teoreettiseen taustaan. Sen jälkeen käydään läpi tutkimuksen eri osa-alueita, selostetaan tutkimusprosessin kulkua sekä kuvataan tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineisto.

Seuraavaksi esitetään tulokset, jotka muodostuvat yritysten, järjestöjen ja kuntien omistamien yksikköjen asiakasrakenteen, kustannusten, hoidon laadun sekä henkilöstöön liittyvien tekijöiden vertailusta. Yksikköjen asiakasrakennetta ja laatua koskevien tulosten rinnalla esitetään vastaavalta tiedonkeruualjalta kansallinen vertailuluku julkisten vanhainkotien osalta. Tämä on tutkimuksen ensimmäinen peruseräraportti. Myöhemmin julkaistaan syventävä raportti, jossa tässä raportissa todettujen erojen syytä tarkastellaan monipuolisemmin.

Ikäihmisten asumispalvelut Suomessa

1990-luvulla ikäihmisten palvelujen rakenteissa tapahtui merkittäviä muutoksia: palveluasumisen osuus lisääntyi, kun taas laitoshoitopaikkojen määrä väheni (Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2010; Suoniemi ym. 2005). Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita yhdisteltiin ja osastojen rakenteisiin tehtiin muutoksia (Pekkarinen ym. 2004). Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistäminen hallinnollisesti saman organisaation alaisuuteen on jatkunut edelleen 2000-luvulla.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen myötä kuntakentällä tapahtuu suuria muutoksia, jotka vaikuttavat myös vanhustenhuoltoon. Kuntia on yhdistetty ja toisaalta on siirrytty erilaisiin kuntien muodostamiin yhteistoiminta-alueisiin. Entistä useammin kunnat tai yhteistoiminta-alueet tilaavat palveluita tuottajayksiköiltä (Kokko ym. 2009). Tämän myötä on mahdollista, että palveluntuottajien kirjo lisääntyy ja näin myös yksityisten palveluntuottajien määrä kasvaa. Lainsäädännön sekä työvoiman saatavuuden ohella julkisen sektorin ostopalvelupäätökset vaikuttavatkin oleellisesti yksityisen palveluntuotannon kehitykseen (Hyvärinen & Lith 2008, 45). Jo nyt huomattava osa yksityisten sosiaalipalveluiden liikevaihdosta on arvioitu tulevan kuntasektorilta ostopalvelusopimusten kautta (Lith 2006). Jatkossa palvelusetelien käyttö voi kuitenkin lisääntyä ja palveluiden osto kilpailuttamisen kautta saattaa vähentyä, kun korostetaan asiakkaiden valinnanvapautta.

Vanhuspalvelut on perinteisesti luettu osaksi sosiaalihuoltoa, jossa terveydenhuoltoon verrattuna yksityisiä palveluntuottajia on enemmän. Yksityisten sosiaalipalveluiden tuotanto on myös lisääntynyt viime vuosikymmenten aikana nopeasti (Lith 2006). Yksityiset sosiaalipalvelut 2008 -tilastoraportin mukaan Suomessa oli vuonna 2008 yhteensä noin 4000 yksityisiä sosiaalipalveluita tarjoavaa toimintayksikköä. Maantieteellisesti tarkasteltuna liki puolet yksityisistä sosiaalipalveluista sijoittuu Etelä-Suomen alueelle. Väestöpohjaan suhteutettuna yksityisiä sosiaalipalveluita oli kuitenkin eniten Itä-Suomessa (Yksityiset sosiaalipalvelut 2008). Yksityisten palveluntarjoajien maantieteellistä sijoittumista on yleisesti selitetty muun muassa kunnan koolla, kunnan taloudellisella tilanteella, väestörakenteella sekä kunnassa vallitsevilla poliittisilla voimasuhteilla (ks. katsaus Hyvärinen & Lith 2008).

Henkilöstöä yksityisellä sosiaalipalvelusektorilla oli yhteensä noin 38 300 vuonna 2008 (Yksityiset sosiaalipalvelut 2008). THL:n virallisen tilaston mukaan 31.12.2007 yksityisellä sosiaalipalvelusektorilla työskentelevien osuus oli noin 30 % koko sosiaalipalvelusektorista (Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2010). Siten yksityisen sektorin osuus oli noussut noin 10 prosenttiyksiköllä kymmenessä vuodessa.

Etenkin palvelutaloissa työskentelevän henkilöstön määrä on kasvanut viime vuosina koko sosiaalihuollossa merkittävästi: kunnan palveluksessa olevan henkilöstön on arvioitu kolminkertaistuneen ja yksityisissä palvelutaloissa työskente-

televän henkilöstön jopa kuusinkertaistuneen. Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla työskentelevän henkilöstön määrä on puolestaan vähentynyt (Kähkönen & Volk 2008, 35).

Ikääntyneille tarkoitettujen sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen yhteenlaskettu asiakasmäärä on noussut noin 26 prosenttia kuluvalle vuosikymmenellä. Näiden palvelujen rakenne on muuttunut siten, että tehostetun palveluasumisen osuus on jatkuvasti kasvanut. Samaan aikaan vanhainkotien asiakasmäärä on pienentynyt. Pitkäaikaiset hoitopaikat myös terveyskeskusten vuodeosastoilla ovat vähentyneet.

Tehostetun palveluasumisen osuus ikäihmisten sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluiden yhteenlasketusta osuudesta oli lähes puolet (47 %). Vanhainkodeissa oli 18 138 ja tehostetussa palveluasumisessa 22 867 asukasta vuoden 2008 viimeisenä päivänä. Vanhainkotien asiakasmäärä väheni 4,6 ja tehostetun palveluasumisen asukasmäärä nousi 10,0 prosenttia vuodesta 2007. Tavallisen palveluasumisen asukasmäärä oli 7 824 eli noin seitsemän prosenttia pienempi kuin vuonna 2007 (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2008).

Yksityisiä vanhusten laitoksia oli Suomessa vuonna 2008 yhteensä 44. Näistä yli 70 % (n = 31) oli järjestöjen omistamia. Aukkaita yksityisissä vanhainkodeissa oli 31.12.2008 yhteensä 2 338 (Yksityiset sosiaalipalvelut 2008).

TEOREETTINEN TAUSTA

Julkisten palveluiden tuottamisen tavat ja kilpailuttaminen

Useissa maissa julkisen sektorin rooli terveydenhuollon, sosiaalipalveluiden ja koulutuksen järjestäjänä on merkittävä. Vahva julkinen sektori on perinteisesti ollut myös osa pohjoismaisen hyvinvointivaltion eetosta, ja julkisen sektorin roolia palveluntuottajana on perusteltu muun muassa oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon näkökulmasta (Suoniemi ym. 2005). Taloustieteissä julkisen sektorin vahvaa asemaa peräänkuulutetaan usein myös tilanteissa, joissa markkinamekanismi ei onnistu kohdentamaan voimavaroja tehokkaasti. Tämä voi olla seurausta muun muassa tuotettavan hyödykkeen luonteesta (julkishyödykkeet, meriittihyödykkeet¹), tuotannossa saavutettavista mittakaavaeduista, hyödykkeiden ulkoisvaikutuksista tai myyjän ja ostajan välillä vallitsevasta informaation epäsymmetriasta (Tuomala 2009).

Vanhuspalveluiden julkisen rahoituksen ja palveluntuotannon tarvetta on perusteltu muun muassa niiden meriittihyödykeluonteella: palveluita kulutettaisiin tarpeeseen nähden liian vähän ilman julkisen vallan mukaan tuloa (Suoniemi ym. 2005, 11–12). Kriitikoiden mukaan julkinen tuotantomonopoli on kuitenkin toiminnan tehottomuuteen johtava järjestely, jonka vuoksi julkisen palveluntuotannon alistaminen kilpailuun on nähty tarpeellisena (Fredriksson & Martikainen 2006, 10). Tällä voidaan tarkoittaa julkisten palveluntuottaja-organisaatioiden asettamista samalle viivalle yksityisten palveluntuottajien kanssa.

Puhuttaessa julkiselle tuotannolle vaihtoehtoisista palveluiden tuotantotavoista on aluksi selkeytettävä sitä, mitä käsitteillä *yksityinen* ja *julkinen* tarkoitetaan. Julkinen ja yksityinen ovat käsitteinä moniulotteisia (Perry & Rainey 1988), ja se, miten ne määrittyvät, riippuu lopulta siitä, kuka käsitteitä kulloinkin määrittelee ja siitä, missä asiayhteydessä käsitteitä käytetään (Tynkkynen 2009, 11). Ero voidaan tehdä esimerkiksi tarkastelemalla sitä, miten organisaation toiminta vaikuttaa yhteiseen hyvään (public interest). Erottelun perusteella voidaan käyttää myös sitä, tuottavatko organisaatiot toiminnallaan julkishyödykkeitä vai yksityishyödykkeitä kansalaisten käyttöön (Perry & Rainey 1988).

Yksi yleisimmistä tavoista tehdä ero yksityisen ja julkisen välille on kuitenkin tarkastella organisaatioiden *omistuspohjaa* (Boyne 2002). Tämä jaottelu on omak-

1 Puhdasta julkishyödykettä (esim. majakka) voivat käyttää kaikki riippumatta sen maksajasta. Lisäkuluttajan ilmaantuminen ei kohota sen tuotantokustannuksia. Monet julkiset palvelut kuten koulutus, terveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat sen sijaan meriittihyödykkeitä, joiden kuluttamisen tarpeellisuutta kuluttaja ei joko osaa välttämättä itse ajoissa päättää tai joiden arvioimiseen hänellä ei ole riittävä tietoa tai ymmärrystä. Tämän seurauksena meriittihyödykkeiden kulutus jää alle sen tason, mikä olisi suotavaa.

suttu yksityinen–julkinen-jaon perusteeksi myös tässä tutkimuksessa. Perryn ja Raineyn (1988) mukaan omistuspohjan perusteella tehdyn jaon lisäksi yksityinen–julkinen-jaotellussa olisi huomioitava myös se, mikä taho organisaation toimintaa rahoittaa. Tässä tutkimuksessa pelkän omistuspohjan perusteella tehdyn jaotellun voidaan kuitenkin katsoa olevan riittävä, sillä kaikki palveluntuottajat saavat ainakin osan rahoituksestaan kuntasektorilta. Omistuspohjan mukaista erottelua noudattaen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajat voidaan jaotella kolmeen ryhmään: *julkisessa omistuksessa olevat*², *järjestöjen omistuksessa olevat* ja *yritysten omistamat* palveluntuottajat.

Palveluntuottajaorganisaatioiden omistuspohjasta puhuttaessa on, julkinen–yksityinen-jaon lisäksi, tärkeää erottaa toisistaan *voittoa tavoittelevat* (for-profit) ja *voittoa tavoittelemattomat* (not-for-profit) organisaatiot (Amirkhanyan ym. 2008). Erityisesti sosiaalihuollossa ja edelleen vanhuspalveluissa eron tekeminen on tärkeää, sillä järjestöjen, niin kutsutun kolmannen sektorin, rooli suomalaisessa sosiaalipalvelujärjestelmässä on perinteisesti ollut vahva (Hyvärinen & Lith 2008; Lith 2006). Näin palveluntuottajan profiili määrittyykin tässä tutkimuksessa yhtäältä akselilla yksityinen–julkinen ja toisaalta sen mukaan, mikä on palveluntuottajan intressi toiminnalla saavutetun voiton maksimoimiseen.

Julkkisten palveluiden kohdalla on erotettava toisistaan myös palveluiden *järjestäminen* ja palveluiden *tuottaminen*. Suoniemi ym. (2005) puhuvat tässä yhteydessä *julkisen hyödyketarjonnan* ja *julkisen sektorin tuotannon* erottamisesta. Ensin mainitussa julkinen sektori rahoittaa ja järjestää palvelut kansalaisille kuitenkin tuottamatta niitä itse. Tämänkaltaisen *palveluiden hankkiminen ulkoa* (contracting out) voidaan edelleen jakaa *ostopalveluihin* (out-tasking) ja *ulkoistamisiin* (outsourcing) (Hyvärinen & Lith 2008, 14–15). On hyvä huomata, että palveluiden hankkiminen ulkopuolisilta tuottajilta ei kuitenkaan tarkoita samaa asiaa kuin toiminnan *yksityistäminen* (privatizing), so. omistuksen siirtyminen yksityiselle organisaatiolle. Kyse on ainoastaan tuotantovastuun siirtämisestä yksityisen organisaation alaisuuteen (Fredriksson & Martikainen 2006, 13.)

Ostopalvelutilanteessa on kyse eräänlaisesta tilaaja–tuottaja-asetelmasta, jossa julkinen taho (esim. kunta) tilaa palvelut ulkopuoliselta palveluntuottajalta (Suoniemi ym. 2005, 8). Tämän seurauksena syntyvät niin sanotut *näennäismarkkinat* (quasi-markets). Näennäismarkkinoilla voidaan tarkoittaa julkisen sektorin muodostamaa tilannetta, jossa pääsääntöisesti verorahoitteiset palvelut järjestetään markkinasuuntautuneesti erottamalla palveluiden tilaaminen ja tuottaminen toisistaan. Näennäismarkkinoilla voi toimia niin julkisia kuin yksityisiäkin palvelun tuottajia, ja erilaisten tuottajien välillä vallitsee vähintään potentiaalinen kilpailu. Toimintaa ohjataan sopimuksilla (Kähkönen 2007, 25).

Hankintalainsäädäntö edellyttää, että valtion ja kuntien viranomaisten sekä muiden hankintayksiköiden on kilpailutettava hankintansa laissa säädetyn ehdoin (ks. esimerkiksi Hyvärinen & Lith 2008). *Kilpailuttamisella* (competitive bidding,

2 Kunnan, kuntayhtymän tai valtion omistamat.

competitive tendering) voidaan tarkoittaa tilannetta, jossa potentiaalisia palveluntuottajia on useita ja jossa palvelujen järjestäjä pyytää tuottajilta tarjouksia määrällisesti ja laadullisesti mahdollisimman tarkasti yksilöidyistä tuotteista tai toiminnoista ja ilmoittaa ne kriteerit, joiden perusteella palveluiden tuottaja valitaan (Fredriksson & Martikainen 2006, 13).

Tällä hetkellä Suomessa kuntien tekemiä hankintoja ja palveluiden kilpailuttamista säätelevät *laki julkisista hankinnoista* (348/2007), *erityisalojen hankintalaki* (349/2007), *hankinta-asetus* (614/2007) ja *laki julkisista hankinnoista annetun lain muuttamisesta* (321/2010). Hankintalain (348/2007) tavoitteena on ”tehostaa julkisten varojen käyttöä, edistää laadukkaiden hankintojen tekemistä sekä turvata yritysten ja muiden yhteisöjen tasapuolisia mahdollisuuksia tarjota tavaroita, palveluita ja rakennusurakointia julkisten hankintojen tarjouskilpailuissa”. Julkisia hankintoja koskevaan sääntelyyn ja kilpailuttamiseen ovat Suomessa vaikuttaneet keskeisesti eurooppalaiset julkisia hankintoja koskevat säännöt, ja julkisilla hankinnoilla voidaan sanoa olevan suuri merkitys Euroopan unionin talouselä-mässä (Hyvärinen & Lith 2008, 17–25).

Yksityisesti tuotettujen palveluiden käytön vaikutukset kustannuksiin

Kuntien rahoittamien palveluiden hankkiminen yksityisiltä tuottajilta ja palveluntuottajien kilpailuttaminen on nähty laajalti keinona kohottaa toiminnan tehokkuutta ja tuottavuutta sekä alentaa toimintakustannuksia (esim. Kähkönen & Volk 2008; Fredriksson & Martikainen 2006; Suoniemi ym. 2005). D’Souzan ja Megginsonin (1999) mukaan toiminnan yksityinen luonne usein parantaakin toiminnan tehokkuutta ja tuottavuutta. Jos otetaan huomioon toiminnan laadussa tapahtuneet muutokset, on kuitenkin osoitusta myös siitä, että yksityiseen tuotantoon siirryttäessä ei välttämättä saavuteta kustannussäästöjä (Suoniemi ym. 2005; Hart ym. 1997). Tehokkuus- ja tuottavuusargumenttien lisäksi ostopalvelujen lisäämistä on perusteltu muun muassa myös sillä, että näin on mahdollista saada vertailukohta kunnan omalle palveluntuotannolle. On myös katsottu, että ostopalveluiden myötä tarve sitoa kunnan omaa pääomaa esimerkiksi kiinteistöihin vähenee (Hyvärinen & Lith 2008, 59–60).

Kilpailuttamisen ja sen vaikutusten tutkiminen on lisääntynyt viime vuosina, mutta tietoa vaikutuksista suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa on edelleen niukalti saatavilla. Fredriksson ja Martikainen (2006) ovat toimittaneet lähinnä kansainvälisiä kilpailuttamisen kokemuksia käsittelevän teoksen. Hyvärinen ja Lith (2008) ovat puolestaan tutkineet kilpailuttamisen taustatekijöitä ja laajuutta Suomessa. Heidän mukaansa yksityisen palveluntuotannon käyttö on edennyt eritahtisesti suomalaisessa kuntakentässä, ja eri toimialojen välillä on eroja siinä, kuinka paljon yksityisiä palveluntuottajia käytetään. Se, millaiset taustate-

kijät vaikuttavat yksityisten palveluntuottajien käyttöön, vaihtelee kuitenkin palvelualuejen välillä. Vanhuspalveluissa etenkin vanhusvoittoisissa kunnissa ja suuremmissa kunnissa käytetään useammin yksityisiä palveluntuottajia.

Suoniemi ym. (2005) ovat tarkastelleet vanhuspalveluiden kilpailuttamista. Osana tutkimusta he raportoivat Ruotsista saatuja tuloksia kilpailutuksen vaikutuksista palveluiden kustannuksiin ja laatuun. Tulosten valossa näyttää siltä, että kilpailutuksella ei juuri ole ollut vaikutuksia kumpaankaan toiminnan osa-alueeseen. Myöskään Kähkösen ja Volkin (2008) tutkimuksessa ei voitu tehdä yksiselitteisiä päätelmiä siitä, onko vanhuspalveluiden kilpailutuksella ollut vaikutuksista esimerkiksi palvelutoiminnan tehostumiseen. Sama pätee myös Haataisen (2006) katsaukseen kilpailuttamisen henkilöstövaikutuksista. Edellä esitetyt tulokset kuvastavatkin sitä, että kilpailuttamisen vaikutukset ovat edelleen pitkälti epäselviä ja paljolti kontekstiriippuvaisia.

Deverauxin ym. (2004) katsauksen mukaan voittoa tavoittelevissa sairaaloissa hoidon kustannukset muodostuivat yleisesti ottaen kalliimmiksi kuin voittoa tavoittelemattomissa sairaaloissa. Comondoren ym. (2009) meta-analyysi puolestaan osoitti, että henkilöstömäärät ovat voittoa tavoittelemattomissa organisaatioissa korkeammat. Tutkimustulokset ovat siis varsin ristiriitaisia omistuspohjan tai kilpailuttamisen vaikutuksista kustannuksiin.

Organisaation omistuspohjan vaikutukset hoidon laatuun ja henkilöstön hyvinvointiin

Hoidon laadun suhteen näyttää yleisesti siltä, että voittoa tavoittelemattomissa hoitolaitoksissa (not-for profit nursing homes) hoidon laatu on voittoa tavoitteleviin hoitolaitoksiin (for-profit nursing home) verrattuna parempaa (esim. Comondore ym. 2009; Hillmer ym. 2005; O'Neill ym. 2003). Omistuspohjan vaikutusten hoidon laatuun³ on kuitenkin arvioitu riippuvan tutkimuksen kontekstista sekä tutkimusasetelmasta (Shen & Eggleston 2008), ja muun muassa Ruotsista saadut tulokset ovat ristiriitaisia (Suoniemi ym. 2005).

Comondoren ym. (2009) meta-analyysin mukaan yleisimmin laadun mittareina on käytetty painehaavojen esiintyvyyttä ja fyysisten rajoitteiden käytön määrää. Näiden lisäksi on tarkasteltu henkilöstömäärää ja koulutusta. Edelleen on tarkasteltu laadunvalvonnassa havaittuja puutteita. Suurin osa tutkimuksista oli yhdysvaltalaisia. Painehaavoja ja fyysisiä rajoitteita esiintyi voittoa tavoittelemattomissa organisaatioissa vähemmän kuin voittoa tavoittelevissa organisaatioissa. Samoin laadun valvonnassa oli vähemmän huomautuksia voittoa tavoittelemattomissa organisaatioissa. Tutkimuksen tekijät selittävät tuloksia sillä, että voittoa tavoittelevissa organisaatioissa kustannusten alentamiseen on monia syitä, kuten se, että odotetaan noin 10–15 prosentin tuottoa sijoituksille. Toisaalta tekijät korosta-

³ Kuolleisuus sekä muita määreitä.

vat, että myös voittoa tavoittelevissa organisaatioissa on erittäin laadukkaita yksiköitä ja laatueroihin vaikuttavat monet tekijät omistuspohjan lisäksi.

Vaikka meta-analyyseissä oli mukana 82 tutkimusta, ne painottuivat todennäköisesti suomalaista vanhainkoti- ja terveyskeskuksen vuodeosastohoitoa vastaaviin hoitoyksiköihin. Siten tulokset eivät ole suoraan suomalaiseen palvelujärjestelmään ja erityisesti palveluasumiseen siirrettävissä. Tietoa omistuspohjan vaikutuksista hoidon ja hoivan laatuun Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa siis tarvitaan.

Suomalaisen tutkimuksen perusteella tiedetään, että liian alhaisilla kustannuksilla tuotetaan heikkoa laatua (Voutilainen 2004), mutta toisaalta vasta kohtalaisen merkittävä kustannusero heikentää laatua (Laine 2005).

Vanhustenhuolto on työvoimavaltainen ala, ja sen on ennustettu kärsivän tulevaisuudessa työvoimapulasta. Henkilöstön hyvinvointi on tärkeä tekijä koettaessa rekrytoida alalle uusia työntekijöitä ja pyrittäessä estämään alalla jo olevien työntekijöiden ennen aikainen eläkkeelle jäänti. Yksittäisten organisaatioiden näkökulmasta henkilöstön hyvinvointiin liittyvillä tekijöillä tiedetään olevan suuri vaikutus työpaikan vaihtohalukkuuteen (Castle ym. 2007).

Tutkimukset ovat osoittaneet myös, että henkilöstötekijöillä – myös psykososiaalisilla tekijöillä, ei vain henkilöstömäärällä – on voimakas yhteys hoidon laatuun. Esimerkiksi kohtuullisella kuormituksella ja hyvillä vaikutusmahdollisuuksilla sekä johtamisen oikeudenmukaisuudella tiedetään olevan yhteys hoidon laatuun (Pekkarinen ym. 2004; Pekkarinen 2007). Yksiköissä, joissa kuormitus oli kohtuullista ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet olivat hyvät, käytettiin lähes puolet harvemmin fyysisiä rajoitteita ja niissä käytettiin 25 % vähemmän psykoosilääkkeitä ilman vastaavaa diagnoosia tai oiretta, ja painehaavoja esiintyi 30 % vähemmän kuin kuormittuneissa yksiköissä.

Työelämän laatua⁴ koskevissa arvioissa on viime vuosina tapahtunut lievää parantumista, ja palkansaajat arvioivat työelämänsä laadun olevan melko hyvä. Yksittäisten ulottuvuuksien muutokset ovat viime vuosina olleet kuitenkin vähäisiä lukuun ottamatta työpaikan varmuutta, joka on muuttunut selvästi huonoon suuntaan vuonna 2009 (Ylöstalo & Jukka 2010).

Julkisella sektorilla on havaittu (Lehto & Sutela 2008) kiireen, henkilöstön riittämättömyyden, tulevaisuutta koskevan epävarmuuden ja avoimuuden puutteen lisääntyneen. Kuntasektorilla kielteinen kehitys alkoi näkyä 1990-luvun lamasta alkaen. Vanhustenhuollon käsittävillä sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla (Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2010) kehitys on ollut kahdensuuntaista: sosiaalialalla työelämän laadun arviot ovat hiukan parantuneet, kun taas terveydenhuollossa arviot työelämän laadusta ovat laskeneet (Kunta-alan työolobarometri 2008). Työterveyslaitoksen ja Stakesin (nyk. THL) viiden vuoden välein toistettava sosiaali- ja terveysalan henkilöstön hyvinvointikysely (Laine ym.

4 Työolobarometrissa (Ylöstalo & Jukka 2010) työelämän laatua kuvaavat haastattelutiedot on tiivistetty neljäksi ulottuvuudeksi: 1) tasapuolinen kohtelu, 2) työpaikan varmuus, 3) voimavarat suhteessa vaatimustasoon ja kannustavuus sekä 4) innovatiivisuus ja luottamus.

2006) on osoittanut, että vanhusten laitoshoidossa kuormitus on kasvanut jatkuvasti. Ala on sosiaali- ja terveydenhuollon kuormittavin.

Vanhustenhuollossa työskentely on haastavaa ja raskasta, sillä pitkäaikaisen laitoshoidon piirissä olevat ikäihmiset kärsivät usein monista yhtäaikaisista terveysongelmista (Noro ym. 2005). Sinervon (2000) ja Pekkarisen ym. (2004) tutkimusten mukaan vanhusten laitoshoidossa työntekijöitä kuormittavat kiire, fyysinen kuormitus sekä työrooleihin ja -tehtäviin liittyvät ristiriitaisuudet. Nämä ovat omiaan altistamaan työntekijöitä edelleen fyysiselle ja psyykkiselle oireilulle. Lisäksi ne vaikuttavat negatiivisesti henkilöstön työkykyyn. Ikäihmisten palveluille erityisen haasteensa asettaa tieto siitä, että nuoret opiskelijat eivät näytä pitävän vanhustenhuoltoa houkuttelevana työskentelysektorina (Laine ym. 2006, 7).

Organisaation omistuspohjalla on todettu olevan vaikutusta henkilöstön hyvinvointiin, työolosuhteisiin ja työtyytyväisyyteen (Mache ym. 2009). Organisaation voiton tavoittelun (for-profit status) on todettu olevan yhteydessä muun muassa työntekijöiden suurempaan vaihtuvuuteen (Castle & Engberg 2006; Konetzka ym. 2005) ja työntekijöiden yleisempään loppuun palamiseen (Hansen ym. 2008). Lisäksi voittoa tavoittelevissa sairaaloissa (for-profit hospitals) työskentelyn on todettu olevan yhteydessä korkeampiin stressitasoihin sekä suurempaan työn määrään (Milestapping 1992).

Omistuspohjan lisäksi on tutkittu myös yksityistämisen ja kilpailuttamisen vaikutuksia henkilöstön hyvinvointiin. Yksityistämisen myötä toiminnan tehokkuus usein lisääntyy (D'Souza & Megginson 1999). Tämä ei kuitenkaan välttämättä tarkoita työn vaatimusten lisääntymistä (Hansen ym. 2009), joskin myös työmäärän lisääntymiseen viittaavia tuloksia on esitetty (Haatainen 2006). Toimintojen yksityistämisen on todettu vaikuttavan eri henkilöstöryhmiin eri tavoin (Falkenberg ym. 2009).

Haatainen (2006) on tehnyt katsauksen kilpailuttamisen henkilöstövaikutuksiin, ja tulokset ovat ristiriitaisia. Negatiivisina vaikutuksina voidaan mainita muun muassa henkilöstön työmäärän lisääntyminen, epävarmuuden kasvu ja joissain tapauksissa myös työn kuormittavuuden lisääntyminen. Haatainen (2006) kuitenkin muistuttaa, että kilpailuttaminen on vaikuttanut henkilöstöön myös positiivisella tavalla muun muassa lisääntyneen työtyytyväisyyden, parantuneen vuorovaikutuksen ja johtamisen myötä. Yksityiset organisaatiot ovat usein matalampia ja työntekijöillä on siten paremmat vaikutusmahdollisuudet työhönsä (Walsh 1995; Fredriksson & Martikainen 2006).

TUTKIMUKSEN OSA-ALUEET

Asukkaiden toimintakykyä kuvaavat indikaattorit

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL, aikaisemmin Stakesissa) on vuodesta 1999 saakka ollut meneillään Vanhusten pitkäaikaishoidon vertailukehittämishanke, jossa hyödynnetään alun perin Yhdysvalloissa kehitettyä RAI⁵-mittaria (Noro ym. 2001; 2005). Vastaava hanke kotihoidossa käynnistyi vuonna 2003 (Finne-Soveri ym. 2006). RAI-arviointeja hyödyntämällä tuotetaan tietoa kunnallisille ja yksityisille vanhusten pitkäaikaishoidon laitoksille asukkaiden hoidon tarpeesta ja hoidon kliinisestä laadusta (Noro ym. 2005). RAI-arvioinnin tietoja voidaan hyödyntää yhtäältä yksittäisen asukkaan hoidon suunnittelun apuvälineenä ja toisaalta osastotasolla, jolloin hankkeeseen osallistuvat laitokset pystyvät vertailemaan luotettavasti toimintaansa ja asukkaan hoidon tarpeella vakioitua tuottavuuttaan. Hoitolaitokset voivat esimerkiksi arvioida sitä, onko heillä keskimääräistä tai tavoitearvoa enemmän kaatumisia, painehaavoja tai muita hoidon laatuun liittyviä ongelmia. RAI-hankeessa tehdään myös laajaa kansainvälistä yhteistyötä, ja näin myös kansainvälisten vertailujen tekeminen on mahdollista.

Tässä tutkimuksessa mukana olleiden yksikköjen asukkaiden toimintakykyä arvioidaan käyttäen sekä laitoshoidon RAI-kokonaisarvioinnin (ks. esim. Noro ym. 2001; 2005) että kotihoidon tietopohjaa (Finne-Soveri ym. 2006). Laitoshoidon arvioinnissa asukkaiden hoidon tarvetta ja toimintakykyä arvioidaan lähes 400 tekijällä, jotka käsittävät yhteensä 18 eri osa-alueita.⁶ RAI-arvioinnin suorittaa sairaanhoitaja tai vaihtoehtoisesti hoitotiimi. Arvioinnissa hyödynnetään muun muassa seuraavia tiedon lähteitä (Noro ym. 2001; 2005):

- Asukkaan hoitodokumentit
- Asukkaan haastattelut
- Asukkaan toiminnan havainnointi
- Muiden hoitajien ja asiantuntijoiden (fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ym.) kanssa keskustelu
- Lääkäreiden kanssa keskustelu
- Keskustelut asukkaan omaisten ja läheisten kanssa

Tässä raportissa asukkaiden toimintakykyä kuvataan RAI-arvioinnin keskeisillä mittareilla:

- Fyysinen toimintakyky (ADL-skaala/Morris ym. 1999)
- Kognitiivinen toimintakyky (CPS-mittari/Morris & Fries 1994)

5 RAI = Resident Assessment Instrument.

6 Ks. tarkka kuvaus suomenkielisistä versioista Noro ym. (2001, 2005) ja Finne-Soveri ym. (2006).

- Masennusoireet (DRS-skaala/Burrows ym. 2000)
- Käyttöoireet (RAI-käsikirja 2001)

Asukkaiden fyysistä toimintakykyä kuvaa hierarkkinen ADL⁷-mittari (0–6). Se muodostuu neljästä toiminnosta: liikkuminen osastolla, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia (Morris ym. 1999; Noro ym. 2005). Asteikolla suurempi arvo indikoi aina huonompaa toimintakykyä. Toisin sanoen mitä suurempi arvo, sitä enemmän asukas tarvitsee hoitajien apua päivittäisissä toimissaan.

Asukkaiden kognitiivista suoriutumista kuvaa CPS⁸-mittari (0–6). Mittarissa selvitetään asukkaiden lähimuistia, ymmärretyksi tulemista, kykyä suoriutua päivittäisen elämän päätöksenteosta, tajunnan tasoa ja kykyä syödä itse (Morris & Fries 1994; Noro ym. 2005). Mitä suurempi luku asteikolla, sitä heikompaan asukkaan kognitiivinen suoriutuminen on.

Masennusoireita kuvataan DRS⁹-skaalalla (0–14), joka muodostuu seitsemästä masennukseen viittaavasta oireesta: haluttomuus elää, itseen ja muihin kohdistuva kiukku, epärealistiselta vaikuttava pelon ilmaiseminen, omaan terveyteen liittyvä toistuva huoli, ahdistuneet valitukset ja huolet muista elämään liittyvistä asioista, surullinen, kivulias ja/tai huolestunut kasvojen ilme, itkeminen (Burrows ym. 2000). Jos asukas saa pisteitä kolme tai enemmän, on hänellä syytä epäillä masennusta, mikäli pisteitä on 9 tai enemmän, asiakas todennäköisesti kärsii masennuksesta.

Käyttöoireita tarkastellaan viidellä osa-alueella: vaeltelu, karkea ja/tai uhkaava kielenkäyttö, fyysinen pahoinpitely, sosiaalisesti sopimaton/häiritsevä käyttäytyminen, kielteinen suhtautuminen hoitoon (RAI-käsikirja 2001). Tarkastelussa on käyttöoireisten asukkaiden osuus (%) kaikista yksikön asukkaista. Mukaan on laskettu kaikki ne asukkaat, joilla esiintyi jokin edellä mainituista käyttöoireista.

Kustannuspaino kuvaa sitä, kuinka paljon aikaa asukkaan hoito vaatii. Se perustuu aikamittauksiin ja on laskettu RUG-III/22-voimavaratarveluokituksen perusteella.¹⁰ Hoidon keskimääräinen taso on kustannuspainomittarissa asetettu tasolle yksi (cmi = 1). Kustannuspainon ollessa alle yksi (cmi < 1) yksikön asukkaiden hoito on keskimääräistä vähemmän aikaa vaativaa¹¹. Kustannuspaino, joka on suurempi kuin yksi (cmi > 1), indikoi, että asukkaiden hoitoon kuluu keskimääräistä enemmän aikaa¹². Kustannuspaino on osa RUG-III-luokitusta, joka luokittelee asiakkaat toimintakyvyn ja kliinisten ongelmien perusteella tiettyihin luokkiin, joilla on kaikilla oma kustannuspaino.

7 Activities of Daily Living.

8 Cognitive Performance Scale.

9 Depression Rating Scale.

10 Ks. tarkka kuvaus Björkgren ym. (1998).

11 Esimerkiksi kustannuspaino 0.86 kertoo, että yksikön asukkaiden hoito vie noin 14 % keskimääräistä vähemmän resursseja.

12 Esimerkiksi kustannuspaino 1.13 kertoo, että yksikön asukkaiden hoito vie noin 13 % keskimääräistä enemmän resursseja.

Hoidon laatua kuvaavat indikaattorit

Terveydenhuollon laatua voidaan arvioida useasta eri näkökulmasta (Donabedian 1966). Näin on myös hoito- ja hoivatyön laadun suhteen. Terveydenhuollon laatu voidaan nähdä riippuvaisena monimutkaisista vuorovaikutussuhteista toimintaympäristön rakenteiden (structure), hoitoprosessin (process) ja hoidon tulosten (outcome) välillä (Donabedian 1966). Tämän lisäksi hoidon laatuun vaikuttavat muun muassa laajempi yhteiskunnallinen konteksti sekä väestörakenteeseen liittyvät tekijä (Unruth & Wan 2004). Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin yhtäältä sellaisia laatuindikaattoreita, joiden voidaan katsoa luonnehtivan hoitoprosessin laatua (esim. lääkkeiden käyttö). Toisaalta tarkastellaan sellaisia laadun osa-alueita, joiden voidaan sanoa kuvaavan hoidon lopputuloksen laatua (esim. painehaavat). RAI-järjestelmän pohjalta tuotetut laatuindikaattorit kuvaavat hoidon kliinistä laatua sekä ongelmien esiintyvyytenä että ilmaantuvuutena (Zimmermann ym. 1995). Kotihoitoon kehitettyihin laatuindikaattoreihin sisältyy enemmän riskivaikiointia, mutta nekin kuvaavat ongelmien esiintyvyyttä ja ilmaantuvuutta (Hirdes ym. 2004).

Laatuindikaattorit kuvaavat yksikkö-/osastotason hoidon laatua. Laatumuutajat kertovat sen, kuinka suuri osuus (%) yksikön asukkaista kärsii mahdollisesta laatuongelmasta. Mitä suurempi osuus on, sitä todennäköisemmin yksikössä on olemassa laatuongelma. Suurimmalle osalle laatuindikaattoreista on määritelty hyvän hoidon ja erinomaisen hoidon laaturajat, joiden avulla on mahdollista arvioida sitä, onko hoidon laatu yksiköissä riittävällä tasolla (Noro ym. 2005).

Henkilöstökyselyn osa-alueet

Henkilöstökyselyllä pyrittiin selvittämään sitä, eroavatko yksityiset ja kunnalliset työyksiköt toisistaan henkilöstön hyvinvointiin liittyvien tekijöiden suhteen. Aiemmin esitettyjen tutkimustulosten perusteella voidaan olettaa, että mikäli yksityisten palveluiden käytöllä pyritään alentamaan kustannuksia ja lisäämään tuottavuutta, tämä voi vaikuttaa kielteisesti henkilöstön hyvinvointiin lisääntyneen kuormituksen kautta.

Aiemmat THL:ssä (ent. Stakesissa) tehdyt tutkimukset osoittivat, että henkilöstön hyvinvointiin ja johtamiseen liittyvillä tekijöillä on voimakas yhteys hoidon laatuun ja jossakin määrin myös tuottavuuteen (Heponiemi ym. 2007; Pekkarinen 2007). Siksi henkilöstöön liittyvien tekijöiden selvittäminen on tärkeää myös tilaajalle. Lisäksi on yhteiskunnallisesti tärkeää, että vanhustenhuollon vetovoimaisuus säilyy vähintäänkin nykytasolla, jotta henkilöstöä pystytään rekrytoimaan entistä paremmin. Samoin on pyrittävä siihen, että ennenaikainen eläköityminen vähenee nykyisestä.

Henkilöstökyselyn tutkimusmenetelmät on valittu siten, että keskeiset henkilöstön hyvinvointiin, työssä pysymiseen, eläköitymiseen ja hoidon laatuun vaikuttavat tekijät pystytään selvittämään. Tutkimuksessa käytettiin sellaisia tutkimusmenetelmiä, jotka mahdollistavat vertailun aiempaan tutkimukseen sekä muihin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialoihin. Menetelmät ovat pääsääntöisesti kansainvälisesti testattuja ja yleisesti käytettyjä tutkimusmenetelmiä.

Tutkimuksessa kartoitettiin työhön ja työyhteisöön liittyviä tekijöitä jaoteltuna tiettyihin kokonaisuuksiin, joita kuvataan seuraavassa. Mittarien tarkat kuvaukset lähteineen on esitetty liitetaulukossa 1.

Motivaatio, työssä viihtyminen ja sitoutuminen työhön

Motivaatiotekijöillä tarkoitetaan työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä ja työn monipuolisuutta. Vaikutusmahdollisuudet ja työn monipuolisuus ovat keskeisiä työn kuormitukselta suojaavia tekijöitä. Mikäli työntekijä pystyy riittävästi vaikuttamaan työhönsä, pääsee työssään tekemään itsenäisiä päätöksiä ja hänellä on mahdollisuus itsenäisesti suunnitella omaa työtään, hän pystyy sopeutumaan suuriinkin vaatimuksiin (kiire, vastuu, tiedolliset vaatimukset) työssään eikä kuormitu liiallisesti. Vastaavasti jos työ on järjestetty tarpeeksi monipuoliseksi niin, että työntekijä pääsee käyttämään hyödykseen opittuja taitojaan ja kykyjään, työ ei ole liian yksipuolista ja toistuvaa ja työssä pystyy kehittymään, koetaan kuormitus pienemmäksi. Nämä samat tekijät liittyvät myös keskeisesti työssä viihtymiseen, työhön sitoutumiseen, motivaatioon ja hyvään työsuoritukseen. Edellä mainittuja työn motivaatiotekijöitä tutkittiin Karasekin (1979) mittarilla.

Sitoutumisella työhön ja organisaatioon sekä työssä viihtymisellä on todettu olevan suuri merkitys hoidon laadulle ja työsuoritukselle. Nämä tekijät ovat pitkälti seurausta edellä kuvatuista motivaatiotekijöistä. Sitoutuminen organisaatioon ja työssä viihtyminen kuvaavat myös osittain työyhteisön tilaa. Ryhmän turvallisuudella ja yhtenäisyydellä sekä johtamisen koetulla laadulla on suuri merkitys siinä, missä määrin työntekijät haluavat sitoutua organisaatioon. Jos työntekijät pitävät työyhteisöään sellaisena ryhmänä, johon haluavat kuulua, ja jos he kokevat työyksikkönsä ja organisaationsa johtamisen oikeudenmukaisena, työhön halutaan panostaa ja työssä viihdytään ja suunnataan energiaa myös organisaation sosiaaliseen toimintaan (Allen & Meyer 1990; Kanungo 1982).

Työhön sitoutuminen viittaa siihen, kuinka voimakkaasti työntekijä on suuntautunut työhönsä ja miten merkittävä osa työ on työntekijän elämässä. Tiettyyn rajaan saakka työhön sitoutuminen onkin hyvä asia, suojaaa kuormitukselta ja ohjaa energiaa työhön, mutta liiallinen sitoutuminen saattaa olla myös kuormitustekijä ja johtaa epärealistisen korkeisiin tavoitteisiin työssä. Työhön sitoutumista mittattiin Kanungon (1982) käyttämällä kysymyksillä.

Organisaatioon sitoutuminen puolestaan viittaa siihen, missä määrin työntekijä kokee kuuluvansa työyhteisöön, miten voimakas side hänellä on työpaikkaansa ja missä määrin hän kokee ylpeyttä kuulumisestaan nykyiseen työyhteisöön. Työssä viihtyminen tarkoittaa yleistä tyytyväisyyttä työhön sekä tyytyväisyyttä kasvun mahdollisuuksiin työssä. Sitoutumisella ja työssä viihtymisellä on suuri merkitys myös työssä pysymiseen ja toisaalta työpaikan vaihtohalukkuuteen. Organisaatioon sitoutumista mitattaessa käytettiin Allen & Meyerin (1990) mittaria. Työtyytyväisyyttä mitattiin JDS-kyselyllä¹³ (Hackman & Oldham 1976).

Se, miten työ ja perhe-elämä ovat sovitettavissa yhteen, vaikuttaa siihen, kuinka sitoutunut työntekijä on työhönsä sekä siihen, kuinka hyvin hän työssään viihtyy. Työaikajärjestelyillä voidaan vaikuttaa paljolti siihen, millaisia mahdollisuuksia työntekijällä on mahdollista sekä mieluisa työ että perheen kanssa vietetty aika osaksi jokapäiväistä elämää. Lapsen sairastuessa mahdollisuus jäädä kotiin tätä hoitamaan on joustavuutta, jolla työntekijän työmotivaatiota, sitoutumista ja työssä viihtymistä voidaan lisätä. Mahdollisuus sovittaa työaikoja perhe-elämään sopivaksi vaikuttaa myös siihen, kuinka houkuttelevana työpaikkana organisaation näkevät ne, joilla perhe-elämä vaatii toisinaan suurtakin joustavuutta. Tämä koskee pienten lasten vanhempien ohella kasvavassa määrin myös sellaisia, jotka joutuvat huolehtimaan omista vanhemmistaan sekä lastenlapsistaan.

Työn ja perheen yhteensovittamisen tarve työpaikoilla osana henkilöstöpolitiikkaa on ilmeinen, koska useimmilla työssä olevilla on perhe tai muita läheisiä, joiden kanssa heidän täytyy käyttää aikaa. Kun työn ja perheen yhteensovittamista tukevien käytäntöjen ymmärretään koskevan useimpia työntekijöitä jossain elämänvaiheessa, on niitä helpompi ottaa käyttöön. Työn ja perheen yhteensovittamista kysyttiin kysymyksillä, jotka on muodostettu aiemmista laadullisista tutkimuksista (Lammi-Taskula ym. 2008; Salmi 2004).

Työn kuormitustekijät

Kuormitustekijöiden kokonaisuus jakautuu työn sisältöön ja työn organisointiin liittyviin kuormitustekijöihin, tavoitteiden selkeyteen liittyviin kuormitustekijöihin sekä fyysisiin kuormitustekijöihin. Työn sisältöön on luettu tässä tutkimuksessa asiakassuhteet sekä asiakkaiden kuntoisuuteen liittyvä koettu rasittavuus. Vaikka asiakassuhteet ovatkin yleensä keskeinen työn mielekkyyden lähde, koetaan asiakkaiden käyttäytyminen usein myös kuormittavaksi. Asiakassuhteilla viitataan siihen, miten usein asiakkaiden erilaiset odotukset tai passiivisuus häiritsevät tai että asiakkaat syyttelevät tai arvostelevat eivätkä halua osallistua hoitoon. Työn organisointiin liittyvät rasitustekijät tarkoittavat kiirettä tai työn vaatimuksia työmäärän suhteen. Työn vaatimuksilla tarkoitetaan sitä, kuinka kovaa työntekoa työntekijät kokevat työnsä vaativan. Kiire jakautuu toisaalta kiirehtimiseen ja toi-

13 Job Diagnostic Survey.

saalta siihen, ettei asiakkaille ole riittävästi aikaa. Työn vaatimuksia mitattiin Karasekin (1979) mittarilla, Työstressikyselyn mittareilla (Elo ym. 1992) sekä Stakesin kehittämällä mittareilla (Elovainio & Sinervo 1994; 1997.)

Tavoitteiden selkeys viittaa siihen, miten selkeäksi työntekijä kokee työnsä tavoitteet ja miten hyvin hän tuntee vastuunsa, velvollisuutensa ja oikeutensa. Tämän käänköpuolet, rooliepäselvyys ja rooliristiriidat ovat yksi keskeisimpiä kuormitustekijöitä työssä ja samalla myös olennaisia terveysriskejä. Rooliepäselvyydellä viitataan siihen, ettei työntekijä täysin tiedä, mitä häneltä odotetaan ja toisaalta, mitä hän voi odottaa muilta. Rooliristiriidoilla puolestaan viitataan siihen, että työntekijä saa ristiriitaisia odotuksia, joutuu tekemään työtä tavalla, joka on hänen mielestään väärä tai että työyhteisössä on erilaisia käsityksiä oikeista toimintatavoista. Rooliristiriidat voivat liittyä esimerkiksi siihen, että yksikössä on kilpailevia kulttuureja, eli erilaisia käsityksiä hyvistä toimintatavoista tai että erilaista hoitoa vaativien asiakkaiden tarpeita on vaikea sovittaa yhteen. Tavoitteiden selkeyttä ja rooliristiriitoja mitattiin Rizzon ym. (1970) mittarilla.

Fyysiset rasitustekijät tarkoittavat ergonomisia ongelmia, kuten nostoja, hankalia työasentoja ja toistuvia liikkeitä sekä työympäristön ongelmia, kuten melua, rauhattomuutta, tilanahtautta, ilmanlaadun puutteita sekä työvälineiden ja tilojen puutteita. Fyysisiä rasitustekijöitä mitattiin Työstressikyselyn mittareilla (Elo ym. 1992).

Työyhteisön toiminta ja johtaminen

Työyhteisön toimintaa käsittelevä kokonaisuus on jaettu neljään osioon, johon kuuluvat vuorovaikutuksen turvallisuuteen, ideoinnin määrään, tavoitteiden selkeyteen ja hyväksymiseen sekä oman työn kriittiseen arviointiin. Nämä neljä teemaa ovat keskeisiä hyvin toimivan ja kehittyvän työyhteisön ominaisuuksia (Kivimäki & Elovainio 1999; alkuper. West 1990).

Työyhteisön pitäisi ensinnäkin toimia yhdessä ja pystyä keskustelemaan avoimesti niin, että jokainen tuntee olevansa hyväksytty. Toiseksi työyhteisön jäsenillä pitäisi olla käsitys siitä, mitkä työyhteisön tavoitteet ovat ja näiden tavoitteiden tulisi olla yhteisesti hyväksyttyjä. Tavoitteiden pitäisi olla myös sellaisia, että ne koetaan hyödyllisiksi ja saavutettavissa oleviksi. Kehittyäkseen työyhteisön tulisi etsiä uusia tapoja tarkastella työtään, käyttää aikaa uusien ideoiden kehittelyyn sekä toimia yhdessä näiden ideoiden toteuttamiseksi. Lisäksi työyhteisön on koettava työnsä niin tärkeäksi, että siinä pyritään pääsemään mahdollisimman hyvään lopputulokseen. Tämä edellyttää sitä, että työntekijät pystyvät kriittisesti arvioimaan nykyisen työn heikkouksia ja asettamaan kyseenalaiseksi työn perusteet. Työyhteisön toimintaa mitattiin TCI-mittarin¹⁴ lyhennetyllä versiolla (Kivimäki & Elovainio 1999.)

14 Team Climate Inventory.

Johtamisen osalta tarkasteltiin yhtäältä esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuutta ja toisaalta esimiehen yleistä tapaa johtaa organisaatiota (ks. liitetaulukko 1). Johtamista voidaan tarkastella lukuisista eri näkökulmista, mutta työntekijöiden kokemuksella johtamisen oikeudenmukaisuudesta on todettu olevan vaikutusta työntekijöiden motivaatioon (Linna 2008) ja organisaatioon sitoutumiseen (Meierhans ym. 2008; Walumbwa ym. 2010). Varsinkin epävarmoina aikoina kokemus oikeudenmukaisuudesta on työntekijälle tärkeää (Linna 2008; Kausto ym. 2003). Lisäksi oikeudenmukaisuuden on todettu vaikuttavan yllättävänkin voimakkaasti työntekijöiden terveyteen (Elovainio ym. 2010; Elovainio ym. 2002) ja hoidon laatuun (Pekkarinen 2007).

Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että päätökset tehdään oikean tiedon perusteella, niiden perusteista saa tietoa, väärät päätökset voi purkaa, työntekijät voivat vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin, säännöt ovat samat kaikille ja että päätöksistä ja niiden vaikutuksista tiedotetaan (Leventhal 1980). Esimieheltä oikeudenmukaisuuden toteutuminen edellyttää alaisten mielipiteiden kuuntelemista, tasapuolista päätöksentekoa, tiedottamista, luotettavuutta sekä alaisten ystävällistä ja kunnioittavaa johtamista (Bies & Moag 1986). Esimiehen toiminnan ja johtamisen oikeudenmukaisuutta tutkittiin Moormanin (1991) mittarilla ja esimiehen yleistä tapaa johtaa organisaatiota Työolotutkimuksen esimiestoimintaa käsittelevillä väitteillä (Lehto & Sutela 2004.)

Oikeudenmukaisuus organisaatiokontekstissa tarkoittaa myös sitä, miten edut, kuten arvostus, palkka ja ylennykset jakautuvat työntekijöiden kesken (Colquitt 2001; Cropanzano & Greenberg 1997). Arvostuksen ja palkkauksen oikeudenmukaisuutta mitattiin Colquittin (2001) mittarilla.

Työntekijöiden hyvinvointi

Työn vaikutuksia työntekijöiden hyvinvointiin tarkasteltiin sekä psyykkisinä että fyysisinä oireina. Ensinnäkin kysyttiin stressin kokemusta. Stressillä tarkoitettiin kyselylomakkeessa tilannetta, jossa ihminen tuntee itsensä jännittyneeksi, levottomaksi, hermostuneeksi tai ahdistuneeksi tai hänen on vaikea nukkua asioiden vaivatessa jatkuvasti mieltä (Elo ym. 1992; Viikari-Juntura ym. 1991). Tähän liittyen tarkasteltiin myös työntekijöiden unihäiriöitä, kuten nukahtamisvaikeuksia ja yöllistä heräilyä. Toiseksi tarkasteltiin työntekijöiden psykosomaattista oireilua ja psyykkistä hyvinvointia. Psykosomaattisilla oireilla tarkoitettiin muun muassa päänsärkyä, vatsakivun ja sydämentykytyksenkaltaisia oireita (Elo ym. 1992). Psykkistä hyvinvointia tutkittiin Goldbergin (1972) General Health Questionnaire -mittarilla, joka käsitti hermostuneisuutena, alakuloisuutena, onnellisuuden puutteena ja rauhattomuutena ilmeneviä oireita. Kolmanneksi työntekijät arvioivat sitä, kuinka hyväksi he kokivat nykyisen työkykynsä. Neljänneksi tarkasteltiin tuki- ja liikuntaelinten oireita, joilla tarkoitettiin esimerkiksi niska-hartiaseudun, käsien ja jalkojen ja alaselän kipuja (Kuorinka ym. 1987).

TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimusongelma

Tutkimuksen tavoitteena on analysoida vanhusten tehostetun palveluasumisen erilaisten järjestämistapojen yhteyksiä tuottavuuteen, kustannuksiin, asiakasrakenteeseen, hoidon laatuun ja työhyvinvointiin. Eri asumispalveluyksiköiden tuottavuudessa ja tuotantokustannuksissa voi esiintyä systemaattisia eroja riippuen siitä, vastaako tuotannosta kunta tai kuntayhtymä itse, voittoa tavoittelematon yhteisö (järjestö tai säätiö) vai yksityinen yritys. Kilpailutus tai myös sen pelkkä uhka (joka voi ilmetä esimerkiksi kunnan palvelusuunnitelmassa) voi myös vaikuttaa tuottavuuteen ja kustannuksiin.

Tuottavuuden kohottaminen ja kustannusten nousun hillitseminen tai niiden alentaminen voi perustua eri tekijöihin, jotka tässä tutkimuksessa selvitetään. Tämän tutkiminen edellyttää asukkaiden hoidon tarpeen ja sen laadun mittaamista. Tällöin ei riitä, että tarkastellaan vain esimerkiksi henkilökunnan ja asiakkaiden välistä suhdelukua, vaan olisi otettava huomioon se, millaista palvelua asukkaat tosiasiaassa tarvitsevat ja saavat. Tutkimuksessa tarkastellaan toisaalta asiakkaiden kuntoisuuden ja hoidon tarpeen eroja ja toisaalta henkilöstömitoitusta ja kustannuksia. Edelleen tarkastellaan myös asiakkaiden hoitoisuudella painotettuja kustannuksia eri asumispalveluyksiköissä. Näin voidaan selvittää paitsi kustannusten erot myös se, tapahtuuko yksityisen ja julkisen palvelutuotannon välillä asiakkaiden valikoitumista.

On myös selvitettävä, perustuvatko kustannussäästöt ja tuottavuuden nousu työvoimakustannusten vähentämiseen. Tähän on mahdollista päästä useilla erilaisilla keinoilla, esimerkiksi supistamalla henkilökuntaa, nuorentamalla sen ikärakennetta, alentamalla ammattitaitovaatimuksia, käyttämällä osa-aikatyöntekijöitä kiireisimpinä aikoina tai kiristämällä työtahtia. Toisaalta on mahdollista, että paremmalla johtamisella ja työyhteisön toiminnalla työskentely on tehokkaampaa. Tutkimuksessa kerätään aineisto henkilöstön määrästä ja rakenteesta sekä työvoimakustannuksista, johtamisesta, työyhteisön toimivuudesta ja työhyvinvoinnista. Tässä raportissa kustannuksia tarkastellaan henkilöstö- ja toimintakustannuksina ja henkilöstömäärää henkilöstön ja asiakkaiden suhdeluksina.

Tutkimusongelmat ovat tiivistettynä seuraavat:

- Eroavatko kuntien, järjestöjen ja yritysten tuottaman palveluasumisen kustannukset, henkilöstömitoitus, asiakasrakenne, hoidon laatu, johtaminen, henkilöstön hyvinvointi ja työyhteisön toiminta toisistaan?

- Selittääkö näitä eroja
 - erilainen asiakasrakenne
 - erilaiset resurssit ja kustannusrakenne
 - erilainen motivaatio, työn organisointi, henkilöstön kuormitus, johtaminen, työyhteisön toiminta, henkilöstörakenne.

Tässä raportissa vastataan lähinnä ensimmäiseen kysymykseen, eroavatko yksityiset ja kunnalliset vanhuspalveluyksiköt toisistaan eri tekijöiden suhteen. Erojen syitä analysoidaan tarkemmin myöhemmin ilmestyvässä tutkimusraportissa.

Tiedonkeruu

Hanke alkoi vuonna 2007. Pääosa hankkeeseen osallistuvista yksiköistä osallistui THL:n RAI-vertailukehittämishankkeeseen (Noro ym. 2005; Finne-Soveri ym. 2006). Tämän lisäksi hankkeeseen rekrytoitiin mukaan uusia vapaaehtoisia yksiköitä, jotka hankkeen aluksi ottivat käyttöön RAI-asiakasarviointimenetelmän ja tekivät yhteistyösopimuksen osallistumisesta em. vertailukehittämishankkeeseen. Tutkimusaineistot koottiin syksyn 2007 aikana ja osin (kustannus- ja toimintatiedot) kevään 2008 aikana.

Tutkimusaineistot muodostuvat yksikköjen RAI-asiakasarvioinneista, henkilöstökyselystä sekä toiminta- ja kustannustiedoista. Kaikista hankkeeseen osallistuneista vanhusten palveluasumisen yksiköistä on käytettävissä seuraavat aineistot:

- Asiakasrakenne ja hoidon laatu (RAI-järjestelmä)
- Hoidon yksikkökohtaiset kustannukset (Kustannustietolomake)
- Hoidon organisointi, henkilöstömäärä (Osastolomake)
- Henkilöstön hyvinvointi, työyhteisön toimivuus ja johtaminen (Henkilöstökysely).

Hankkeeseen osallistuneet uudet yksiköt saivat koulutuksen RAI-arviointiin ja toteuttivat asukkaidensa arvioinnit. RAI-vertailukehittämistoiminnassa jo aiemmin mukana olleet osastot toteuttivat arviointeja osana normaalia toimintaansa. Niistä yksiköistä, jotka osallistuivat pitkäaikaisen laitoshoidon vertailukehittämishankkeeseen, tiedot on koottu laitoshoidon RAI-arviointimenetelmällä (Noro ym. 2001; Noro ym. 2005), ja niistä palveluasumisen yksiköistä, jotka osallistuvat kotihoidon vertailukehittämiseen, tiedot on koottu kotihoidon RAI-arviointimenetelmällä (Finne-Soveri ym. 2006). Uudet yksiköt, jotka tulivat mukaan tutkimushankkeeseen, suorittivat asiakkaiden arvioinnit laitoshoidon RAI-arviointimenetelmällä.

RAI-vertailukehittämishankkeen oikeus koota asiakastason tietoa perustuu sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuslupa, jonka perusteella vertailutietoa voidaan hyödyntää tutkimuksissa. KILPA-hanke koulutti uudet osastot RAI-arviointien tekemiseen elokuussa 2007, ja ensimmäiset arvioinnit tehtiin marraskuun

2007 loppuun mennessä. Osa näistä yksiköistä teki uuden arvioinnin keväällä 2008. Osa yksiköistä aloitti arviointien tekemisen vasta keväällä 2008, RAI-vertailukehittämiseen osallistuneista yksiköistä arviointitiedot poimittiin vastaavilta ajankohdilta. Tässä tutkimuksessa käytettävät arviointitiedot on laskettu keskiarvoina syksyn 2007 ja kevään 2008 arvioinneista.

Laitos- ja kotihoidon RAI-arvioinneissa on paljon yhteisiä kysymyksiä, joiden perusteella voitiin muodostaa erillinen tutkimusaineisto tätä tutkimusta varten. Aineistosta laskettiin asiakasrakennetta kuvaavia mittareita kuten kognitio (Morris & Fries 1994), avun tarve päivittäisissä toiminnoissa (Morris ym. 1999), sosiaalinen osallistuminen (Mor ym. 1995; Schroll ym. 1997), käytösoireet, jotka ovat kansainvälisesti testattuja (Noro ym. 2005; Finne-Soveri ym. 2006). Laitoshoidon arvioinneista laskettavat hoidon laatuindikaattorit (Zimmermann ym. 1995) ja kotihoidon arvioinneista laskettavat laatuindikaattorit (Hirdes ym. 2004) eivät ole keskenään suoraan verrannollisia. Siksi tutkimusaineistoon laskettiin laatuindikaattorit siten, että lähtökohdaksi otettiin laitoshoidon laatuindikaattorit ja laskettiin niistä ne, jotka oli mahdollista laskea kotihoidon arviointitiedoista. Lisäksi tutkimusaineistoon lisättiin muutama vain kotihoidossa laskettu laatuindikaattori, jotka voitiin tuottaa laitoshoidon arviointitiedon pohjalta (liitetaulukko 3).

Asiakkaiden voimavaratarvetta kuvaavat luokitukset RUG-III/22 ja RUG-III/34 ovat laskettavissa sekä laitoshoidosta (Fries ym. 1994; Björkgren ym. 1998; Björkgren 2002) että kotihoidosta (Poss ym. 2009), mutta kustannuspaino, joka kuvaa asiakkaiden suhteellista voimavaratarvetta, on eri tavalla laskettu laitoshoidon ja kotihoitoon. Laitoshoidossa käytössä oleva kustannuspaino perustuu henkilökunnan yhden viikon ajankäytön seurantoihin, jotka on toteutettu Suomessa vuosina 1994 (Björkgren ym. 1998; Björkgren 2002) ja 2000 (Laine 2005). Kotihoidossa vastaavaa aikalaskentaa ei ole suoritettu. Jotta palveluasuminen saadaan verrannolliseksi sekä koti- että laitoshoidon RAI-järjestelmää käyttävien osalta, luokitusta muunnettiin ja supistettiin siten, että se on yhteneväinen tietosisällöltään ja sisältää yhteensä 17 luokkaa (RUG-III/17), ja kustannuspainot (CMI_17) laskettiin hyödyntäen vuoden 2000 aikalaskentaa (Gerasin ym. 2010).

Sekä kustannustietojen että osastojen toiminta- ja henkilöstötietojen keruussa käytettiin niitä menetelmiä, jotka ovat olleet RAI-vertailukehittämistoiminnassa jatkuvassa käytössä alkaen vuodesta 2000 (Laine 2005; Noro ym. 2005). Osastojen toimintaa kuvaavat tiedot kootaan kerran vuodessa osastonhoitajille lähetettävällä lomakkeella. Siinä kootaan tietoa edellisen vuoden tilanteesta hoitopaikkojen henkilöstörakenteesta ja -mitoituksesta sekä osaston toiminnasta (Laine 2005). Nämä tiedot koottiin sekä uusilta osallistujilta että poimittiin mukaan vertailutoimintaan osallistuneilta.

Vastaavasti kustannustiedot kootaan excel-pohjaisella lomakkeella, joka lähetetään laitosten ja toimintayksiköiden taloushenkilöille, jotka kokoavat tiedot kustannuksista omista laitoksistaan (mikäli mahdollista) yksikkötasolla koskien edeltävää toimintavuotta (Laine 2005). Nämä tiedot koottiin sekä uusilta osallistujilta että poimittiin vertailutoimintaan osallistuneilta.

Työhyvinvointikysely toteutettiin kyselylomakkeella, joka lähetettiin suoraan kaikille osastojen työntekijöille tammi-helmikuussa 2008. Osastojen henkilöstölistat koottiin tammikuussa 2008. Täytetyt kyselyt palautettiin THL:een (kyselyjen ajankohtana Stakes) palautuskuoressa. Kyselyn pääalueet olivat työntekijöiden työn hallinta, työn kuormitustekijät, johtaminen, ryhmätöön toimivuus, työssä viihtyminen ja työhön ja organisaatioon sitoutuminen, henkilöstön hyvinvointi ja terveys sekä työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen. Mittareina käytettiin kansainvälisesti testattuja mittareita, jotka ovat vertailukelpoisia THL:n aiempaan vanhustenhuollon tutkimukseen, lääkäri- ja sairaanhoitajakyselyyn sekä Työterveyslaitoksen Kunta 10- ja Sairaalatutkimuksiin.

Tilastollinen analyysi ja raportointi

Tämän raportin tulokset perustuvat tutkimusaineistoon, johon on yhdistetty yksikkötasolla RAI-arviointeihin perustuvat asiakasrakente- ja laatumuuttajat, yksikkötason kustannustiedot ja henkilöstötiedot sekä henkilöstökyselyn tiedot. Kaikista yksiköistä ei välttämättä ole saatavilla kaikkia aineistoja. Sekä RAI-arviointien että henkilöstökyselyn osalta yksikkötason tunnusluvut on laskettu, mikäli osastolla oli arvioiteja tai henkilökunnan vastauksia 5 tai enemmän.

Tulokset on raportoitu yritysten, järjestöjen ja kuntien omistamien palvelutalojen sekä järjestöjen vanhainkotien keskiarvoina. Lisäksi esitetään kaikkien julkisten vanhainkotien vastaavat vertailuarvot (Lähde: RAI-tietokanta, THL). Tuloksia raportoitaessa käytetään henkilöstökyselyn osalta vakioimattomia keskiarvoja. Joiltakin osin käytetään ikä- ja sukupuolivakioituja keskiarvoja, joissa myös asiakasrakenteen vaikutus on huomioitu. Asiakasrakenteen vakioinnissa on käytetty mukailtua kustannuspaino-muuttujaa (cmi) (Björkgren ym. 1998; 1999; Björkgren 2002; Gerasin ym. 2010). Niiden osa-alueiden kohdalla, joilla asukkaan fyysinen ja psyykinen toimintakyky on katsottu tarpeelliseksi huomioida tarkemmin, on keskiarvot laskettu erikseen myös siten, että asukkaan fyysinen toimintakyky (ADL-mittari/Morris ym. 1999), kognitiivinen toimintakyky (CPS-mittari/Morris & Fries 1994) ja käytösoireet (RAI-käsikirja 2001) on vakioitu. Nämä keskiarvoluvut mainitaan myös silloin, kun niiden vaikutus on tilastollisesti merkitsevä. Hoidon laadun tarkastelussa palveluntuottajaorganisaatioiden välisiä eroja tarkasteltiin vakioimalla yksikköjen asiakasrakente (ikä, sukupuoli, hoitoaika, kognitio, fyysinen toimintakyky, terveydentilan vakaus ja kustannuspaino), analyysimenetelmänä oli lineaarinen regressioanalyysi.

Aineistoa analysoitiin käyttäen PASW 17.0- ja SAS-tilasto-ohjelmia. Aineiston kuvailussa käytettiin frekvenssitarkasteluja (keskiarvo, keskihajonta, 95 % luottamusväli). Palveluntuottajien väliset vertailut toteutettiin käyttäen varianssi-analyysiä. Vertailuissa käytettiin parittaista t-testiä. Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin merkitsevyystaso 0,05.

TUTKIMUSAINEISTO

Tutkimuksessa mukana olleet palveluntuottajat

Tutkimuksessa oli mukana kaiken kaikkiaan 179 työyksikköä. Hoitopaikkoja näissä yksiköissä oli yhteensä 3 426 ja asiakasarviointeja toteutettiin noin 3 000. Henkilöstökyselyyn vastasi 1 249 sellaista työntekijää (taulukko 1), jotka voitiin yhdistää tiettyyn yksikköön. Yksiköistä suurin osa oli palveluasumisen yksiköitä (n = 134). Näistä reilu kolmannes (n = 53) oli omistuspohjaltaan julkisesti omistettuja ja lähes vastaava osuus järjestöjen omistamia (n = 52). Mukana olevista palveluasumisen yksiköistä yritysten omistamia oli noin viidennes. Aineistossa mukana olevat järjestöjen omistamat yritykset (n = 9) on tässä tarkastelussa luettu yritysten joukkoon. Päätös tehtiin vertaamalla järjestöjen omistamien yritysten asiakasrakennetta sekä henkilöstökyselyn tuloksia yrityksiin ja järjestöihin. Tämän perusteella todettiin järjestöjen omistamien yritysten muistuttavan enemmän yrityksiä kuin järjestöjä, joskaan tulos ei ollut yksiselitteinen.

Asiakkaiden arviointitiedot ja henkilöstökyselyn tiedot saatiin kaikista yksiköistä. Sen sijaan kustannustiedot saatiin 155 yksiköstä ja toimintatiedot 156 yksiköstä. Toimintatiedot saatiin 19 yritysten, 44 järjestöjen ja 49 julkisista palvelutaloyksiköstä sekä 37 järjestöjen vanhainkotiyksiköstä. Kustannustiedoista vastaavat lukumäärät olivat 19, 48, 44, ja 41 yksikköä.

Vanhainkotien osuus tarkasteltavista yksiköistä oli noin neljäsos (n=45). Tarkasteltavat vanhainkodit olivat kaikki järjestöjen omistamia. Mukana aineistossa oli myös neljä julkisesti omistettua vanhainkotiyksikköä sekä yksi terveyskeskuksen vuodeosasto. Vähäisen lukumääränsä vuoksi ne jätettiin analyysin ulkopuolelle.

TAULUKKO 1. Yksiköiden, RAI-arviointien, hoitopaikkojen ja henkilöstökyselyyn vastanneiden lukumäärät.

Palveluntuottaja	Yksiköt	RAI-arviointeja 2007	RAI-arviointeja 2008	Hoitopaikat	Henkilöstökyselyyn vastanneet
Yritys/palveluasuminen	29	418	446	422	200
Järjestö/palveluasuminen	52	697	490	699	348
Julkinen/palveluasuminen	53	968	1236	1397	392
Järjestö/vanhainkoti	45	844	824	908	309
Yhteensä	179	2 927	2 996	3 426	1 249

Tarkastelussa mukana olevat palvelutuottajat sijaitsivat 18 kunnan alueella. Suurin osa, noin kaksi kolmesta, tarkastelluista yksiköistä sijaitsee pääkaupunkiseudulla. Muut yksiköt sijaitsevat Pirkanmaalla sekä noin kymmenen pienemmän kunnan alueella.

Yksikköjen asukkaiden taustatekijät

Kaikista tutkimuksessa mukana olleiden yksiköiden asukkaista miltei 80 % oli naisia. Yritysten omistamissa palvelutaloissa miesasukkaiden osuus oli muihin palvelutuottajiin verrattuna hieman suurempi (26 %). Järjestöjen vanhainkodeissa miehiä oli muihin palvelutuottajiin verrattuna sen sijaan hieman vähemmän (17 %).

Yritysten omistamissa palvelutaloissa asukkaiden keski-ikä oli 79,3 vuotta, järjestöjen palvelutaloissa 81,2 vuotta ja julkisessa palveluasumisessa 81,8 vuotta. Järjestöjen vanhainkodeissa asukkaat olivat iäkkäimpiä, keski-ikä oli 84,7 vuotta. Keskimääräinen hoitoaika oli yritysten palvelutaloissa 2,3 vuotta, järjestöjen palveluasumisessa 3 vuotta ja julkisissa palvelutaloissa 3,3 vuotta. Järjestöjen vanhainkodeissa hoitoaika oli keskimäärin 2,7 vuotta. Palveluasumisen kesto oli kaiken kaikkiaan melko pitkä.

Asukkaista valtaosa oli suomenkielisiä (90 %). Siviilisäädyltään suurin osa tarkasteltujen yksiköiden asukkaista oli leskiä (57 %). Yritysten palvelutaloissa leskien osuus oli hieman muihin palvelutuottajiin verrattuna suurempi (64 %). Naimattomien osuus oli noin 18 % kaikista asukkaista. Naimisissa ja puolisostaan eronneita oli kaikista asiakkaista noin 12 %.

Koulutuksen osalta suuri osa tarkasteltujen yksiköiden asukkaista oli suorittanut korkeintaan kansakoulun (46 %). Yritysten palveluasumisen yksiköissä kansakoulun suorittaneita oli selvästi vähiten (30 %) mutta niissä niiden asukkaiden osuus, joiden koulutuksesta ei ollut tietoa, oli huomattavan suuri, lähes 45 %. Ylioppilaita asukkaista oli noin kolme prosenttia ja yliopistollisen loppututkinnon suorittaneita noin viisi prosenttia. Korkeakoulutettujen osuus oli hieman keskimääräistä suurempi yritysten palvelutaloissa (7 %) ja järjestöjen palvelutaloissa (7 %) mutta selvästi pienin julkisissa palvelutaloissa (2 %).

Henkilöstökyselyyn vastanneet työntekijät

Kysely lähetettiin yhteensä 2 348 työntekijälle ja siihen vastasi kaiken kaikkiaan 1 545 työntekijää, joten vastausprosentiksi saatiin 65,8. Kuten aikaisemminkin mainittiin, julkisten vanhainkotiyksiköiden (n = 4) ja terveyskeskuksen vuodeosastojen (n = 1) vähäisen lukumäärän vuoksi ne suljettiin pois analyysistä ja siksi myös niiden henkilöstö sekä sellaiset työntekijät, joita ei voitu yhdistää tiettyyn työyksikköön (n = 167), on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

Vastauksia saatiin suhteellisesti eniten yritysten palveluasumisen yksiköiden työntekijöiltä (vastausprosentti 68,5) ja suhteessa vähiten järjestöjen vanhainkotien henkilöstöltä (vastausprosentti 58,4). Vanhainkotien vastauksia tarkasteltaessa onkin huomattava, että niissä vastausprosentti on muihin yksikköihin verrattuna noin 6,5 prosenttiyksikköä alhaisempi.

Kuten sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä tutkittaessa, myös tässä tutkimuksessa suurin osa (97 %) kyselyyn vastanneista työntekijöistä oli naisia. Henkilöstön keski-ikä oli koko aineistossa 43 vuotta (keskihajonta, kh 11,8). Järjestöjen palveluasumisen yksiköissä toimivat työntekijät olivat keski-ikänsä hieman nuorempia (ka = 42; kh = 11,7). Jonkin verran keskimääräistä vanhempaa henkilöstöä oli puolestaan julkisissa palveluasumisen yksiköissä (ka = 44; kh = 11,8).

Työntekijöistä suurin osa (85 %) oli tutkimushetkellä vakinaisessa työsuhteessa ja pääsääntöisesti työsuhteet olivat kokoaikaisia (91 %). Yritysten palveluasumisen yksiköissä kokoaikatyön tekeminen ei kuitenkaan ollut aivan yhtä yleistä kuin muissa palvelutuottajaorganisaatioissa keskimäärin: yritysten työntekijöistä noin 85 % ilmoitti olevansa tällä hetkellä kokoaikaisessa työsuhteessa. Osa-aikatyöntekijöiden osuus yrityksissä oli puolestaan noin 13 % työntekijöistä, kun koko aineistossa osa-aikatyöntekijöiden osuus oli noin 6 %.

Suurin osa (76 %) työntekijöistä ilmoitti tekevänsä joko kaksi- tai kolmivuorotyötä. Suhteessa vähiten yötyötä tekevää henkilöstöä oli julkisissa palveluasumisen yksiköissä (5 %). Päivätyön osuus oli julkisissa ja yritysten omistamissa palvelutaloissa hiukan yleisempää kuin järjestöjen vanhainkodeissa tai palveluasumisen yksiköissä keskimäärin.

Henkilöstön koulutusrakenteen osalta palvelutuottajaorganisaatiot olivat melko samantyyppisiä. Kaksi kolmesta työntekijästä oli suorittanut ammattikoulutuksen tai keskiasteen koulutuksen tutkinnon. Näin yleisimmän ammattiryhmän aineistossa muodostivat lähi- ja perushoitajat. Henkilöstöä, jolla ei muodollista koulutusta ollut lainkaan tai jotka olivat käyneet ainoastaan ammatillisen kurssin, oli suhteessa muihin palvelutuottajiin hiukan enemmän julkisissa palveluasumisen yksiköissä (7 %). Yrityksissä puolestaan oli jonkin verran muihin verrattuna enemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita työntekijöitä (4 %). Järjestöjen palveluasumisen yksiköissä puolestaan näytti olevan muihin palvelutuottajaorganisaatioihin verrattuna suhteellisesti hiukan enemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittanutta henkilöstöä (12 %).

Nykyisessä työssään kyselyyn vastannut henkilöstö oli ollut noin kuusi ja puoli vuotta. Kokonaisuudessaan työntekijät olivat työskennelleet sosiaali- ja terveysalalla keskimäärin 13 ja puoli vuotta. Yritysten ja järjestöjen palvelutaloissa henkilöstö oli ollut nykyisessä työssään keskimääräistä lyhyemmän aikaa, noin viisi vuotta. Henkilöstön pysyvyys näyttäisi olevan suurinta järjestöjen omistamisessa vanhainkodeissa, joissa työntekijät olivat olleet nykyisessä työssään keskimäärin noin seitsemän vuotta. Tähän saattaa vaikuttaa kuitenkin myös se, että yritysten palvelutaloista monet ovat varsin nuoria organisaatioita. Eniten työvuosia

sosiaali- ja terveysalalla oli julkisen sektorin työntekijöillä, noin 14 vuotta. Sen sijaan järjestöjen palveluasumisen yksiköissä henkilöstö oli työskennellyt sosiaali- ja terveysalalla keskimäärin noin 11,5 vuotta, mikä on ainakin julkisiin palveluasumisen yksiköihin sekä järjestöjen omistamiin vanhainkoteihin verrattuna selvästi vähemmän.

Kustannus- ja toimintatiedot

Kustannus- ja toimintatiedot koottiin samoilla menetelmillä kuin vanhustenhuollon vertailukehittämishankkeessa (Laine 2005; Laine ym. 2006). Kustannustietolomakkeen Excel-pohja koskien toimintavuotta 2007 lähetettiin osallistuvien toimipaikkojen talousyhdyshenkilöille huhtikuussa 2008. Kustannustietojen osalta aineistoa ei saatu kaikista yksiköistä. Toisaalta joidenkin toimipaikkojen osalta tiedot saatiin koko toimipaikan tasolla, ei yksikkötasolla. Mikäli mahdollista osa toimipaikkatason kustannuksista jyvitetiin osastotasolle painottamalla joko kustannuspainolla tai henkilöstömäärällä. Kustannustiedot on käytettävissä 155 yksikön osalta. Koska kustannustietoja on jyvitetty yksiköihin, on yksikkökohtaisia tietoja jatkossa tulkittaessa jyvitys otettava huomioon. Tässä raportissa jyvitys ei kuitenkaan vaikuta tuloksiin, koska tässä tarkastellaan vain eri tuottajien keskiarvoja.

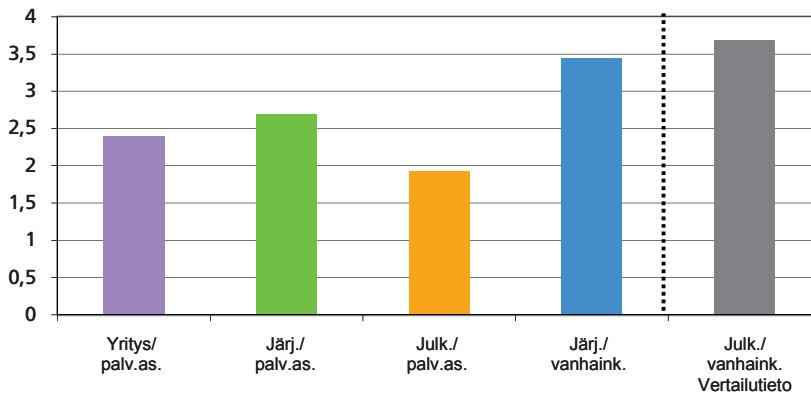
Webropol-pohjainen toimintatietokysely lähetettiin osallistuviin yksiköihin tammikuussa 2008. Yleensä osastonhoitajat vastasivat kyselyyn. Toimintatietolomakkeessa koottiin tietoja yksikön henkilöstön vakanssien määrästä, toimintavoista ja rakenteista. Henkilöstön määrää selvitettiin yksikölle kohdennettuina vakansseina vuoden 2008 alussa. Henkilöstömitoitus laskettiin STM:n laatusuosituksen (2008) ohjeistuksen mukaisesti. Saatuja henkilöstötietoja tarkistettiin vielä puhelimitse, ja joidenkin toimipaikkojen osalta henkilöstömäärät jyvitetiin osastoille. Henkilöstöä kuvaavat tiedot ovat käytettävissä 156 yksikön osalta. Koska toimintatietoja on osin jyvitetty yksiköihin, on jyvitys otettava huomioon yksikkökohtaisia tuloksia tulkittaessa, mutta kuten kustannustietojenkin suhteen, jyvitys ei vaikuta tämän raportin tuloksiin.

TULOKSET

Yksikköjen asiakasrakenne

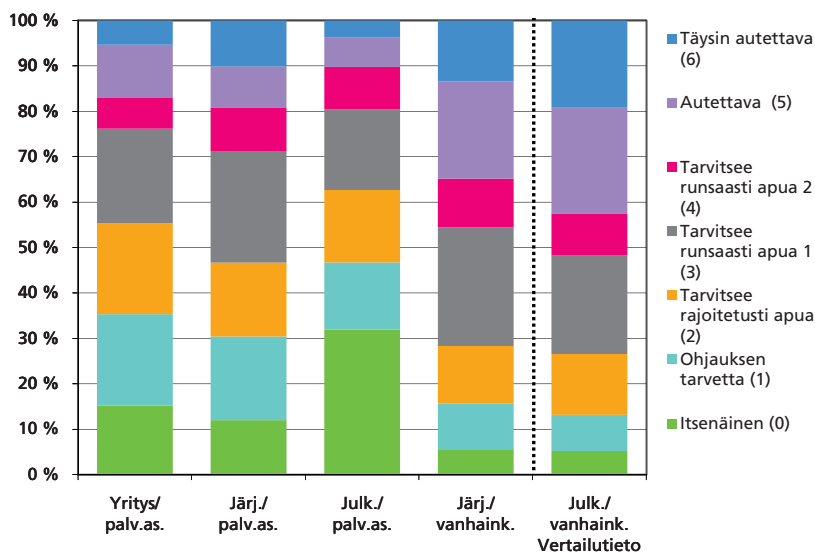
Fyysinen toimintakyky

Palvelutuottajayksiköt poikkesivat asukasrakenteen osalta toisistaan (kuvio 1). Vanhainkodeissa asukkaiden fyysinen toimintakyky oli heikompi kuin palveluasumisessa. Fyysisen toimintakyvyn ongelmia oli vähiten julkisen palveluasumisen asukkailla.



KUVIO 1. Fyysisen toimintakyvyn (hierarkkinen ADL, 0–6, 0 = itsenäinen, 6 = täysin autettava) keskiarvot omistuspohjan ja asumismuodon mukaan.

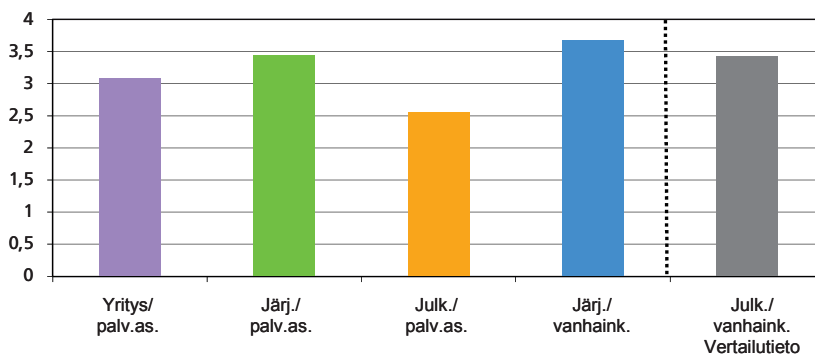
Tarkasteltaessa tarkemmin asiakkaiden avun tarvetta fyysisen toimintakyvyn osalta julkisten palvelutalojen asukkaista kolmannes oli itsenäisesti toimivia (kuvio 2). Julkisissa palvelutaloissa oli myös vähiten asukkaita, jotka tarvitsevat vähintään runsaasti apua. Autettavia tai täysin autettavia oli eniten sekä järjestöjen omistamisessa että julkisissa vanhainkodeissa: heitä oli asukkaista noin kolmasosa. Palvelutaloista fyysiseltä toimintakyvyltään huonokuntoisimpia olivat järjestöjen palveluasumisen yksiköiden asukkaat: yli 50 % asukkaista tarvitsi vähintään runsaasti apua.



KUVIO 2. Asukkaiden fyysinen toimintakyky tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa, % asukkaista.

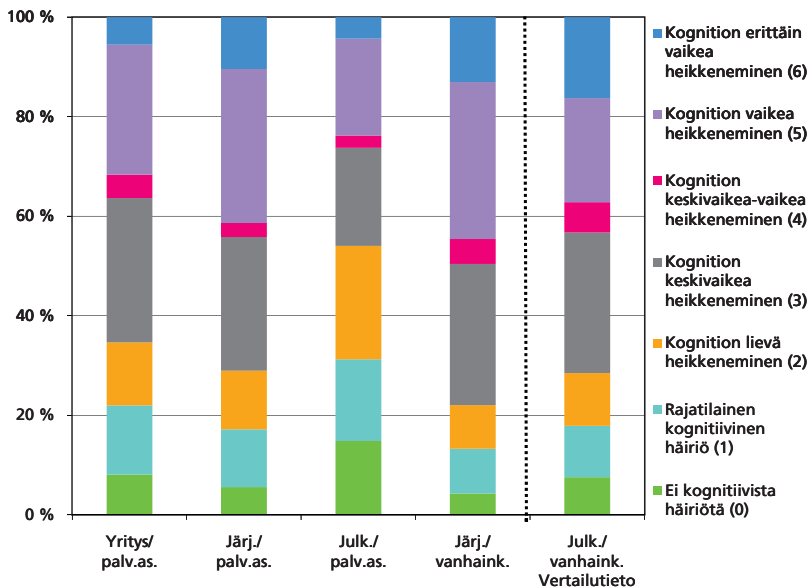
Kognitiivinen toimintakyky

Palveluasumisen asiakkaiden kognitiivinen suoriutuminen oli samalla tasolla kuin julkisissa vanhainkodeissa Suomessa eli heillä oli keskimäärin keskivaikea kognition aleneman taso. Julkisen palveluasumisen asiakkailla oli hieman parempi kognitiivinen suoriutuminen kuin muilla (kuvio 3).



KUVIO 3. Kognitiivisen suoriutumisen (CPS, 0–6, 0 = ei häiriötä, 6 = kognition erittäin vaikea heikkeneminen) keskiarvot palveluntuottajaorganisaatioissa.

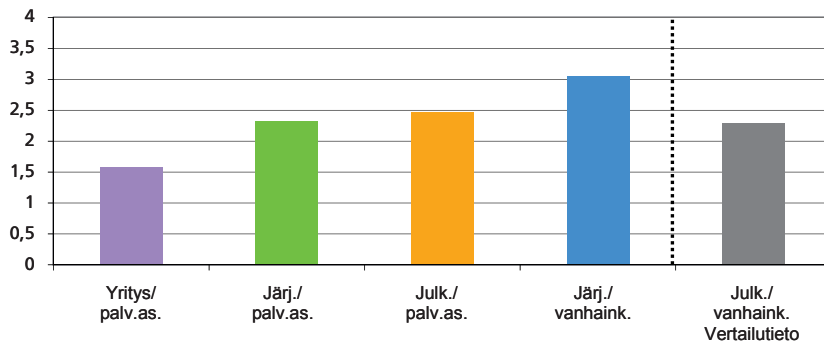
Kognitiivinen suoriutuminen oli asiakkailta vähintään keskivaikeasti tai enemmän heikentynyt (kuvio 4). Niiden asiakkaiden määrä, joilla ei ollut mitään kognitiivista häiriötä, oli kaikissa tarkastelluissa hoitotyypeissä pieni, vaikkakin isompi osuus oli julkisten palvelutalojen asukkailla. Niiden asukkaiden osuus, joilla oli todettu vähintään erittäin vaikea kognition heikkeneminen, oli julkisissa palvelutaloissa puolestaan noin 25 %. Tämä oli huomattavasti vähemmän kuin järjestöjen palvelutaloissa, joissa kognitiivisen toimintakyvyn osalta huonokuntoisten asukkaiden määrä oli noin kaksi viidesosaa. Yritysten palvelutaloissakin vaikeasta tai erittäin vaikeasta kognition häiriöstä kärsi noin kolmasosa. Kognition keskivaikeasta heikkenemisestä kärsivien asukkaiden osuus oli niin ikään suuri sekä yritysten (29 %) että järjestöjen (27 %) palveluasumisen yksiköissä. Järjestöjen ja kuntien vanhainkodeissa asukkaiden kognition jakaumat olivat melko samankaltaisia, ja verrattavissa järjestöjen ja yritysten tuottamaan palveluasumiseen.



KUVIO 4. Asukkaiden kognitiivinen toimintakyky tarkastelluissa palvelutuottajaorganisaatioissa, % asukkaista.

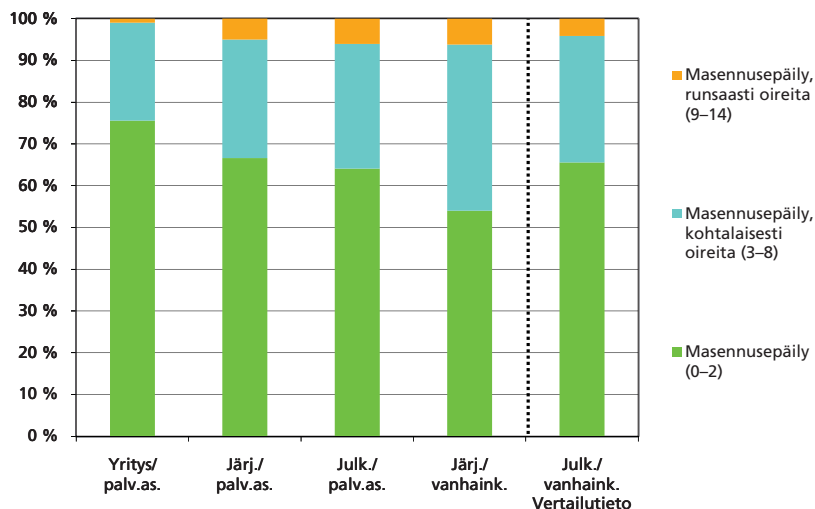
Masennusoireet

Masennusoireita esiintyi eniten järjestöjen vanhainkotien ja julkisten palveluasuntojen asukkailla keskimäärin hieman enemmän kuin vertailussa käytetyillä julkisilla vanhainkodeilla (kuvio 5). Yksityisessä palveluasumisessa asiakkailta oli keskimäärin vähemmän masennusoireita.



KUVIO 5. Depressio-oireet (DRS) palveluntuottajaorganisaatioissa, keskiarvot yksiköittäin.

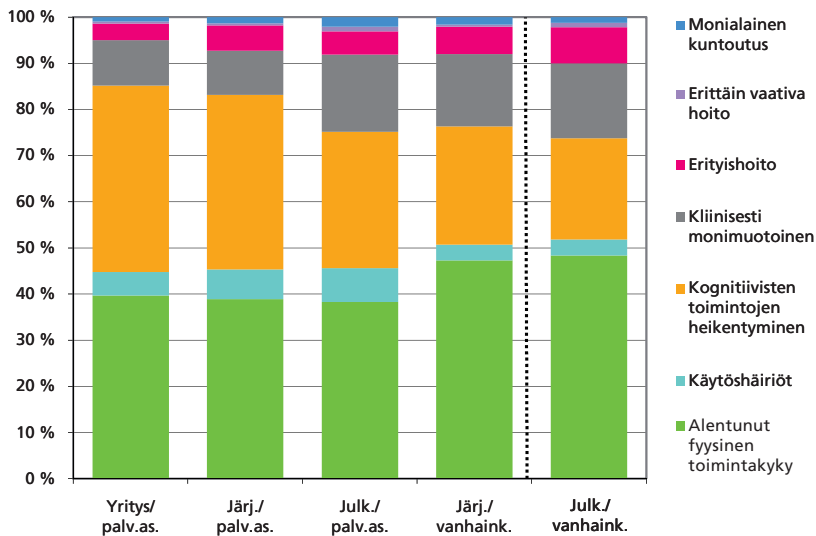
Tarkasteltaessa lähemmin masennusoireistoa noin kolmanneksella kaikkien palveluntuottajien asukkaista oli syytä epäillä masennusta (3 pistettä tai enemmän) (kuvio 6). Järjestöjen vanhainkodeissa osuus oli tätäkin suurempi. Niiden asukkaiden osuus, joilla pisteitä oli yhdeksän tai enemmän, mikä kuvaa todennäköistä masennusta, oli 5 %. Yritysten asukkailla näyttäisi olevan vähemmän masennusepäilyä ja vakavampaa masennusoireilua kuin muilla.



KUVIO 6. Asukkaiden masennusoireet tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa, % asukkaista.

Voimavaratarveluokitus ja kustannuspaino

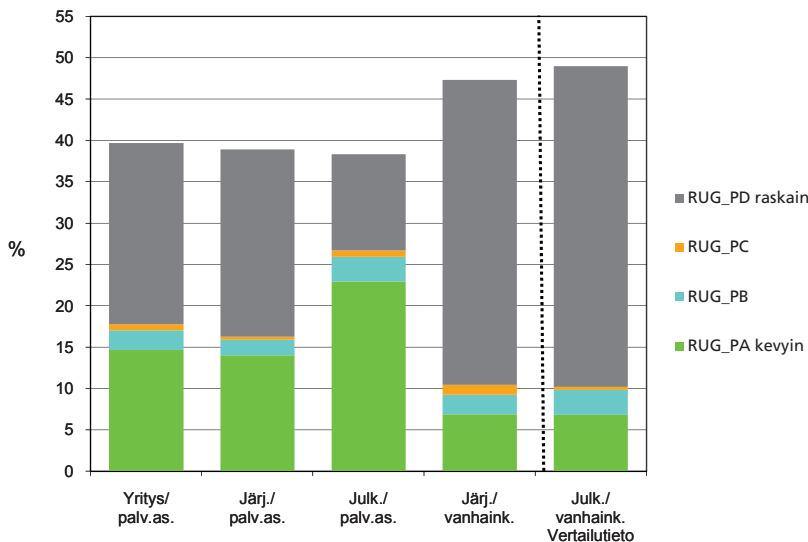
Voimavaratarveluokituksen ja kustannuspainon tarkastelussa on käytetty mukailtua RUG-III/17- ja cmi_17-kustannuspainoa, jonka tarkoituksena on ollut saada laitos- ja kotihoidon arviointien perusteella laskettu luokitus ja kustannuspaino yhteismitalliseksi (Gerasin ym. 2010). Kun tarkastellaan asiakkaiden jakautumista kliinisten ongelmien ja toimintakyvyn heikentymisen perusteella muodostetulla luokituksella, havaitaan, että noin puolet kuuluu fyysisen toimintakyvyn heikentymisen luokkaan vanhainkodeissa ja 40 % palveluasumisessa (kuvio 7). Kolmannes palveluasumisen asukkaista kuuluu kognitiivisten toimintojen heikentyminen luokkaan, mutta palveluasumisen asiakkaisiin sisältyy myös kliinisesti monimuotoisia ongelmia omaavia sekä erityishoidettavia. Näiden osuus kuten myös monialaisen kuntoutuksen asiakkaiden osuus on suurin julkisen palveluasumisen asiakkaisissa, ollen samaa kokoluokkaa vanhainkotien asiakkaiden kanssa.



KUVIO 7. Voimavaratarveluokitus RUG-III/17 tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa, % asiakkaisista.

Lähempi tarkastelu alentuneen/heikentyneen fyysisen toimintakyvyn osalta kertoo, että ko. luokkaan sisältyvät vanhainkotien asukkaat kuuluvat siihen alaryhmään (RUG_PD), jolla on suuri kustannuspaino ja johon kuuluvat asiakkaat edellyttävät hoitohenkilökunnalta suurta työpanosta (kuvio 8). Tähän ryhmään kuuluvat mm. viimevaiheen dementiaa sairastavat, joilla ei ole muita kliinisiä ongelmia. Vanhainkodeissa tämäntyyppisiä raskaita asiakkaita on kaikkiaan noin 40 %. Yritysten ja järjestöjen asiakkaisissa heitä on noin kolmannes. Julkisessa palveluasumisessa tämäntyyppisten asiakkaiden osuus on pienin, noin 15 %. Melko hy-

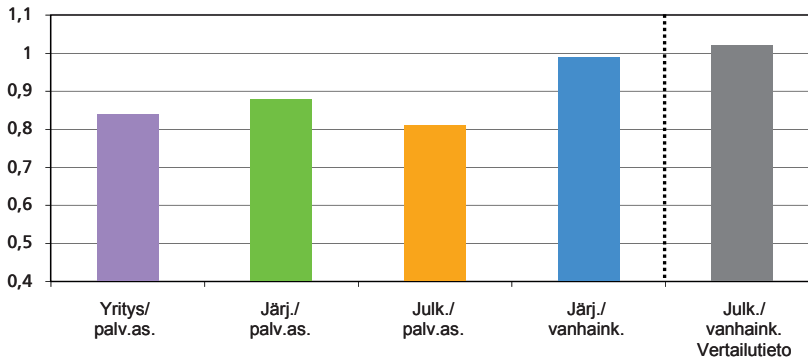
väkuntoisten asiakkaiden (RUG_PA) osuus on pienin vanhainkodeissa (noin 7 %) ja suurin julkisessa palveluasumisessa (25 %).



KUVIO 8. Asiakkaiden jakauma alentuneen/heikentyneen fyysisen toimintakyvyn alaluokissa tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa, % asiakkaista.

RUG-III/17-voimavaratarveluokituksen perusteella laskettava kustannuspaino on henkilökunnan tietäntyyppiselle asiakkaalle kohdentamaan työajan perusteella laskettu suhdeluku, jossa ykkönen kertoo keskimääräisesti resursseja vaativasta asiakasrakenteesta, ja esimerkiksi julkisen palveluasumisen kustannuspainoarvo 0,81 tarkoittaa, että asiakkaat vaativat 19 % vähemmän voimavaroja kuin keskimääräinen asiakas. Kun tarkastellaan yksiköiden kustannuspainoa, joka kuvaa asiakkaiden voimavaratarvetta, huomataan että raskashoitoisimpia asukkaat olivat sekä julkisissa (1,02) että järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 0,99) (kuvio 9). Yritysten (0,83) ja julkisen palveluasumisen (0,81) yksiköiden asukasrakenne oli kevyempää kuin järjestöjen palveluasumisessa (ka = 0,88).

Yksiköiden kustannuspainossa oli varsin suuria eroja. Yritysten palveluasumisessa kustannuspainon vaihteluväli oli 0,61–1,11, järjestöjen palveluasumisessa 0,60–1,11, julkisessa palveluasumisessa 0,65–1,10 ja järjestöjen vanhainkotiasumisessa 0,76–1,11. Siten kaikissa palveluntuottajaorganisaatioissa oli sellaisia yksiköitä, joiden kustannuspaino oli yli tai alle yhden. Tämä viittaa siihen, että jako vanhainkoteihin ja palvelutaloyksiköihin saattaa olla osin keinotekoinen.



KUVIO 9. Kustannuspaino tarkasteltavissa palvelutuottajaorganisaatioissa.

Yhteenveto asiakasrakenteesta

Kaiken kaikkiaan palvelutuottajaorganisaatioiden asiakasrakenteet poikkesivat toisistaan omistuspohjan mukaan. Julkiset palveluasumisen yksiköt erottuivat muista palveluntuottajista selvästi asukkaiden fyysisen ja kognitiivisen suoriutumisen suhteen: asukkaat olivat muihin palveluntuottajaorganisaatioihin verrattuna parempikuntoisia. Asukkaat olivat julkisissa palveluasumisen yksiköissä myös kustannuspainoltaan hieman muihin verrattuna kevythoitaisempia, mutta myös hoitoaika oli pidempi. Julkisten palveluasumisen yksiköiden asiakkaista kuitenkin selvästi suurempi osa oli ns. kliinisesti monimuotoisia asiakkaita ja monialaiseen kuntoutusluokkaan kuuluvia eli heillä oli myös jokin lääketieteellinen syy hoitoonsa. Kuitenkin julkisen palveluasumisen asukkaista noin joka viides oli fyysisestikin melko hyväkuntoinen, jolloin palveluasumisen syy oli jokin muu kuin terveydentilaan tai toimintakykyyn suoraan liittyvä. Vaikka vanhainkodeissa oli suurempi joukko asiakkaita, jotka kuuluivat voimavaratarveluokituksen alimpaan luokkaan alentunut/heikentynyt fyysinen toimintakyky, nämä asiakkaat kuuluivat sen luokan raskaimpiin hoidettaviin, eli tähän luokkaan kuuluvat ovat yleensä viimevaiheen dementiaa sairastavia, jotka ovat yhden tai kahden hoitajan apua tarvitsevia.

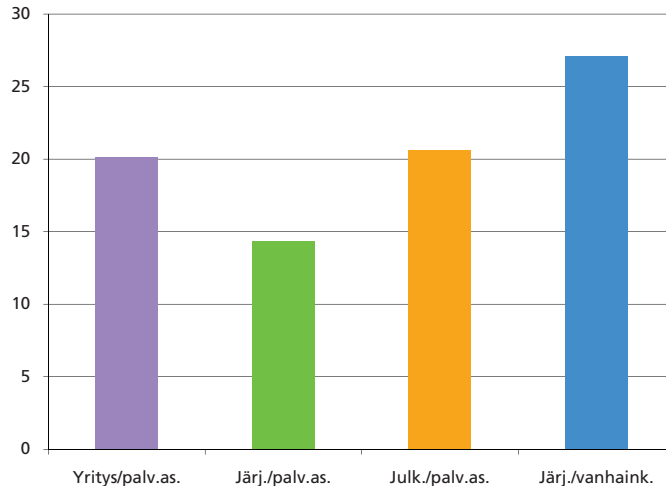
Myös yritysten palveluasumisen yksiköissä asukkaat olivat kaikilla mittareilla tarkasteltuna keskimääräistä parempikuntoisia, mutta he poikkesivat selvästi muista palveluntuottajaorganisaatioista ainoastaan masennusoireiden osalta: yritysten palvelutaloissa masennukseen viittaavia oireita esiintyi vähiten. Yritysten palveluasumisessa asiakkaiden hoitoaika oli lyhin. Järjestöjen palveluasumisen yksiköiden asukkaat olivat pääsääntöisesti lähellä tämän tutkimuksen aineiston keskiarvoja. Asukkaiden fyysinen toimintakyky oli etenkin järjestöjen palvelutaloissa, mutta myös yritysten palveluasumisen yksiköissä parempi kuin vertailuarvona käytetyissä julkisissa vanhainkodeissa. Kognitiivisessa toimintakyvyssä ei ollut suuria eroja, mutta julkisissa palvelutaloissa oli enemmän asiakkaita, joilla ei ollut kognitiivista häiriötä.

Voidaan siis todeta, että yksityisiltä palveluntuottajilta ostetaan lähinnä dementiayksikköjen palveluita fyysisesti parempikuntoisille asiakkaille. Kuntien palvelutaloissa asiakkaiden avuntarve on vaihtelevampaa. Kognitioon liittyviä ongelmia on vähemmän, mutta kustannuspaino ei kuitenkaan poikkea kovin paljon yksityisistä organisaatioista. Siten kuntien palvelutaloyksiköissä asiakkailla lienee jotakin muita sairauksia, jotka aiheuttavat palvelutarvetta. Asiakaskunnan rakenteeseen saattaa vaikuttaa myös asiakkaiden erilainen sijoittaminen eri palveluihin. Yritysten palveluasumisessa hoitoajat olivat lyhempiä. Osin eroja julkisen ja yksityisen palveluasumisen välillä voi selittää julkisen palveluasumisen periaate, että iäkkäät voivat asua samassa paikassa mahdollisimman pitkään. Vaikka asiakkaiden kunto on parempi, niin hoitoaika näyttäisi olevan heillä pidempi. Yksityisellä puolella ja järjestöissä kilpailuttaminen voi myös johtaa asiakaskunnan vaihtumiseen. Oli myös tiedossa se, että joissakin kunnallisissa yksiköissä oli meneillään muutos kevyemmästä palveluasumisesta ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Kun palveluasuminen on muutettu ympärivuorokautiseksi, ei ole haluttu siirtää entisiä asiakkaita muualle.

Kustannukset ja työyksiköitä kuvaavat tekijät

Yksikköjen koko

Työyksiköt erosivat toisistaan yksikön koon (asukasmäärän) suhteen. Järjestöjen omistamien palvelutalojen yksiköt olivat pienimpiä kooltaan ja yritysten ja kuntien palvelutaloyksiköt keskimäärin viittä asukasta suurempia. Järjestöjen vanhainkodeissa oli eniten asukkaita (kuvio 10).



KUVIO 10. Hoitopaikat/osasto tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

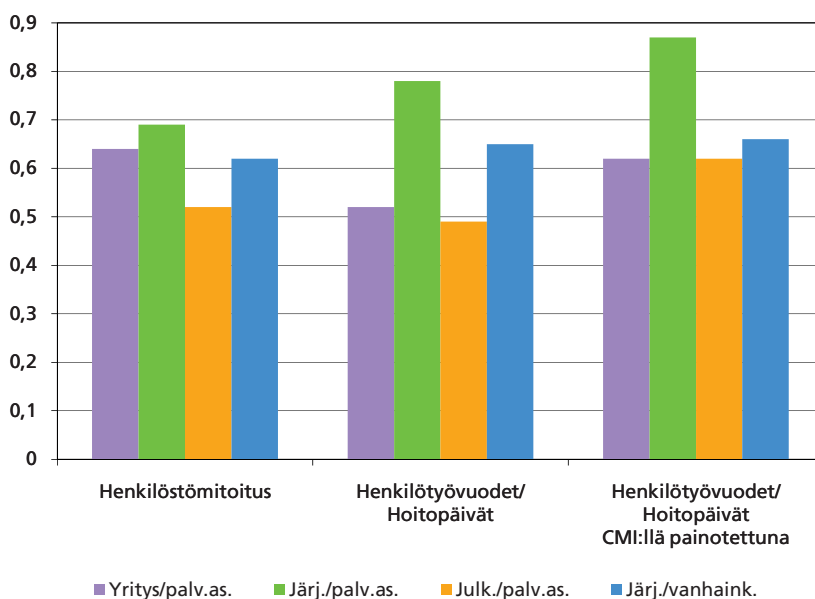
Henkilöstömitoitus

Julkisissa palveluasumisen yksiköissä oli matalin ja järjestöjen palveluasumisen yksiköissä korkein henkilöstömitoitus (kuvio 11). Kun aiemmin todettiin, että kuntien palvelutalojen asukkaiden kustannuspaino (eli hoidon tarve) oli vain vähän yrityksiä matalampi, oli henkilöstömitoitus selvästi yksityisiä organisaatioita matalampi. Huomattavaa on, että henkilöstömitoitus oli yritysten ja järjestöjen palvelutaloissa korkeampi kuin järjestöjen vanhainkodeissa. Julkisten vanhainkotien keskimääräinen henkilöstömitoitus oli 0,62 eli samaa luokkaa kuin järjestöjen vanhainkodeissa.

Kun henkilöstömitoitus painotetaan kustannuspainolla, on yritysten palveluasumisen henkilöstömitoitus 0,54, järjestöjen palveluasumisen 0,61, julkisen palveluasumisen 0,43 ja järjestöjen vanhainkotien 0,62. Jos asiakasrakente otetaan huomioon, palveluasumisen henkilöstömitoitus siis pienenee selvästi.

Verrattaessa henkilötyövuosia vuotuisiin hoitopäiviin oli henkilöstömitoitus työvuosina arvioiden edelleen korkein järjestöjen palvelutaloissa (0,78) ja matalin

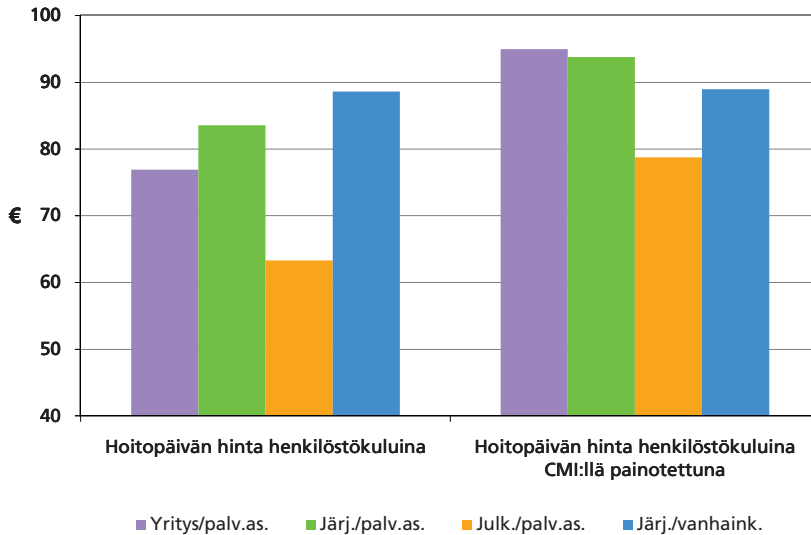
julkisten palvelutalojen (0,49) ohella yritysten palvelutaloissa (0,52). Kustannuspainolla painotettuina (kun oletetaan, että kustannuspaino olisi kaikissa organisaatioissa yksi) henkilöstömitoitus työvuosina arvioiden oli järjestöjen palveluasumisen yksiköissä selvästi kaikkia muita palveluntuottajaorganisaatioita korkeampi (0,87). Yritysten matalampia henkilötyövuosimääriä saattaa selittää ostopalveluiden suurempi määrä. Toisin sanoen lienee niin, että yrityksissä ostetaan hoitoon liittyviä palveluita ulkopuolelta enemmän kuin muissa organisaatioissa.



KUVIO 11. Henkilöstömitoitus ja henkilötyövuodet tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

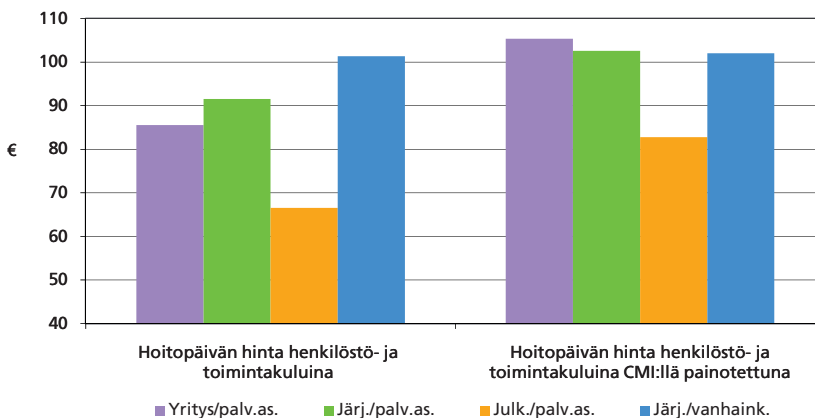
Laskennallinen hoitopäivän hinta

Laskennallista hoitopäivän hintaa verrattiin käytettyjen henkilöstökulujen perusteella (kuvio 12). Painottamattomia lukuja käytettäessä kallein hoitopäivä oli järjestöjen vanhainkodeissa (88,63 €) ja halvin julkisissa palveluasumisen yksiköissä (63,31 €). Kun henkilöstökulut painotettiin kustannuspainolla, kallein hoitopäivä oli yritysten palveluasumisen yksiköissä (94,98 €) ja järjestöjen palvelutaloissa (93,81 €). Halvin hoitopäivä oli edelleen julkisissa palveluasumisen yksiköissä (78,75 €).



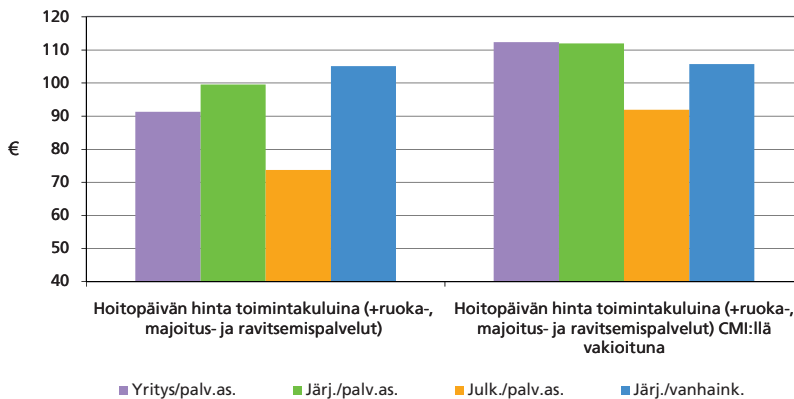
KUVIO 12. Hoitopäivän hinta henkilöstökuluina tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Hoitopäivän hintaa verrattiin sekä henkilöstökulut että toimintakulut mukaan laskettuna (kuvio 13). Toimintakuluissa henkilöstökulujen lisäksi otettiin huomioon ostetut palvelut (mm henkilöstövuokraus ja välittömästi hoitoon liittyvät ostopalvelut). Verrattaessa painottamattomia hintoja palveluntuottajien hoitopäivän hintaan se oli kallein järjestöjen vanhainkodeissa (101,36 €) ja halvin julkisissa palveluasumisen yksiköissä (66,55 €). Kustannuspainolla painottamisen jälkeen kallein hoitopäivä oli yritysten palveluasumisen yksiköissä (105,39 €), mutta erot muihin palveluntuottajiin olivat pienet lukuun ottamatta julkisen palveluasumisen yksiköitä, joissa hoitopäivä oli selvästi halvin (82,81 €).



KUVIO 13. Hoitopäivän hinta henkilöstö- ja toimintakuluina tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Hoitopäivän hintaa verrattiin vielä toimintakuluina, joihin oli laskettu myös ruoka-, majoitus- ja ravitsemispalvelut (kuvio 14). Tällä tavalla laskettujen vakioimattomien toimintakulujen perusteella kallein hoitopäivä oli järjestöjen vanhainkodeissa (105,16 €) ja halvin julkisissa palveluasumisen yksiköissä (73,75 €). Kustannuspainolla vakioituna kallein hoitopäivä oli yritysten palveluasumisen yksiköissä (112,36 €) ja järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (111,98 €). Halvin hoitopäivä oli edelleen julkisissa palveluasumisen yksiköissä (91,93 €). Näiden lukujen osalta on kuitenkin huomattava, että kaikissa yksiköissä asiakkaiden ruoka-, majoitus- ja ravitsemuspalvelut eivät näy yksiköiden kustannuksissa, koska joissakin yksiköissä asiakkaat saattavat maksaa vuokran ja ruoan suoraan eri palveluntuottajalle ja kiinteistön omistajalle.



KUVIO 14. Hoitopäivän hinta toimintakuluina sisältäen ruoka-, majoitus- ja ravitsemispalvelut tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Riippumatta laskentatavasta tulokset siis osoittavat, että kunnalliset palvelutaloyksiköt olivat halvimpia. Järjestöjen palvelutalot olivat kalleimpia, mutta kun käytettiin asiakkaiden kustannuspainolla painotettuja lukuja, olivat yrityksen hieman kalliimpia.

Yhteenveto kustannuksista ja työyksiköitä kuvaavista tekijöistä

Yksikköjen koot, henkilöstömitoitukset ja kustannuspainot vaihtelivat. Järjestöjen palveluasumisen yksiköt olivat kooltaan pienimpiä, mutta niissä oli korkein henkilöstömitoitus ja toiseksi korkein kustannuspaino. Yritysten palveluasuminen ja julkinen palveluasuminen olivat kooltaan samankokoisia, keskimäärin 20 paikkaa, yritysten kustannuspaino ja henkilöstömitoitus olivat korkeammat kuin julkisessa palveluasumisessa. Jos kustannuspainolla painotetaan henkilöstömitoitusta,

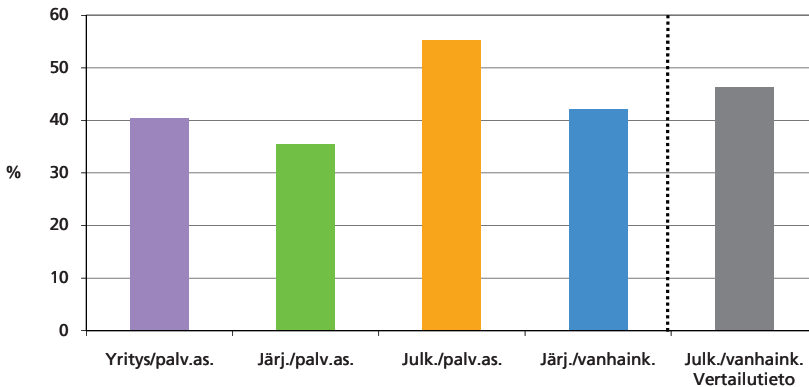
se alenee kaikessa palveluasumisessa, mutta järjestöjen vanhainkotien osalta säilyy ennallaan mutta järjestöjen palveluasumisen henkilöstömitoitustas päättyy samalle tasolle. Jos henkilöstömitoitusta arvioidaan henkilötyövuosina, jotka on jaettu kustannuspainotetuilla hoitopäivillä, osoittautuu järjestöt parhaiten mitoitetuksi. Kustannusten osalta näyttää julkinen tuotanto edullisimmalta.

Hoidon kliininen laatu

Seuraavassa tarkastellaan hoidon laatua mukana olleissa palveluntuottajaorganisaatioissa hyödyntäen laatuindikaattoreita, jotka on laskettu sekä koti- että laitoshoidon yhteisistä laatuindikaattoreista. Tarkasteluun on otettu yhteensä 10 laadun indikaattoria, joille esitetään lisäksi julkisten vanhainkotien vastaava vertailutieto. Yhteenveto laatuindikaattoreiden muodostamisesta ja keskiarvoista on esitetty liitetaulukossa 3. Palveluntuottajaorganisaatioiden eroja on testattu regressioanalyysillä, joissa asiakasrakenne on vakioitu.

Vähintään 9 lääkettä

Niiden asiakkaiden osuus, joilla oli samanaikaisesti käytössä vähintään yhdeksän erilaista lääkettä, oli tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa keskimäärin 44 % yksiköiden asiakkaista (kuvio 15). Lääkkeiden käyttö oli huomattavasti yleisempää julkisissa palveluasumisen yksiköissä (55 %), ja ne poikkesivat kaikista muista palveluntuottajaorganisaatioista tilastollisesti merkitsevästi asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen.



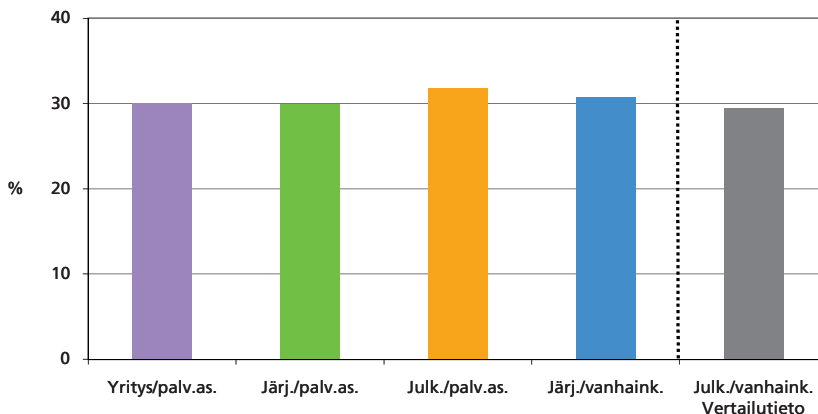
KUVIO 15. Käytössä vähintään 9 lääkettä, % asukkaista tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Hyvän hoidon raja-arvoksi on määritelty 30,1 % asukkaista. Erinomaisen hoidon raja-arvona voidaan pitää 13,1 % asukkaista (Noro ym. 2005.) Nämä raja-arvot eivät toteutuneet minkään palveluntuottajaorganisaation kohdalla palveluntuottajan keskiarvoa tarkasteltaessa.

Antipsykoottisten lääkkeiden käyttö ilman diagnoosia tai oireita

Niiden asiakkaiden osuus, joilla oli käytössä antipsykoottisia lääkkeitä mutta ei psykoottisen sairauden diagnoosia tai oireita, oli keskimäärin 30,8 % (kuvio 16). Osuus on laskettu kaikista niistä asiakkaista, joilla ei ollut psykoottisen sairauden diagnoosia tai psykoottiseen sairauteen viittaavaa oireilua. Eniten psykoosilääkkeitä oli käytössä julkisen palveluasumisen yksiköissä, mutta asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen palveluntuottajaorganisaatiot eivät poikenneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi.

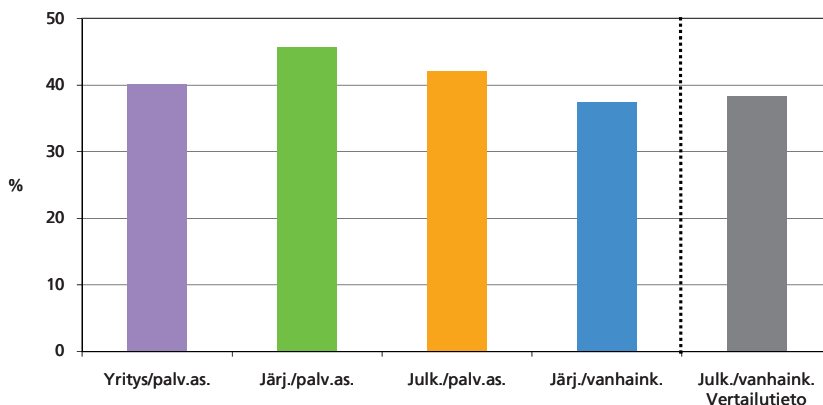
Hyvän hoidon raja-arvoksi on määritelty 13,4 % asukkaista, jotka saavat psykoosilääkkeitä ilman psykoottisen sairauden diagnoosia tai oireita. Erinomaisen hoidon raja-arvo on 5,4 % (Noro ym. 2005). Raja-arvoja ei saavutettu tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.



KUVIO 16. Antipsykoottisten lääkkeiden käyttö ilman psykoottisen sairauden diagnoosia tai oireita, % asukkaista tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö

Niiden asiakkaiden osuus, joilla oli käytössä rauhoittavia ja/tai unilääkkeitä ilman psykoottisen sairauden diagnoosia tai oireita, oli tarkastelluissa yksiköissä keskimäärin 41,7 % asiakkaista (kuvio 17). Eniten rauhoittavia ja/tai unilääkkeitä oli käytössä järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 45,7 %) ja vähiten järjestöjen vanhainkodeissa, joissa rauhoittavia ja/tai unilääkkeitä käyttävien asiakkaiden osuus oli pienin (ka = 37,4 %). Nämä erot säilyivät tilastollisesti merkitsevinä asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen.



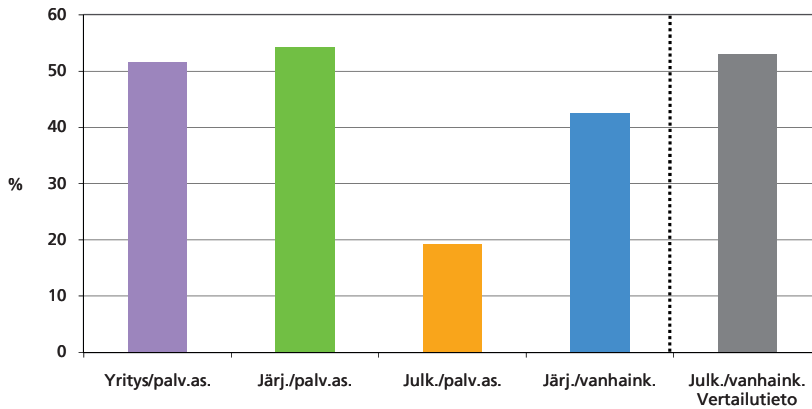
KUVIO 17. Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö, % asukkaista tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Hyvän hoidon raja-arvoksi on määritelty 16,4 % ja erinomaisen hoidon raja-arvoksi 5,5 % asukkaista (Noro ym. 2005). Tarkastelluissa palveluntuottaja-organisaatioissa raja-arvoja ei saavutettu.

Ei liikkumisen apuvälineitä vaikka vaikeuksia liikkua

Tätä laatuindikaattoria tarkasteltaessa on huomioitava, että kotihoidon RAI-mittarilla kysymystä on kartoitettu monipuolisemmin. Osa kunnallisista palvelutaloista käytti kotihoidon mittaria. On siis mahdollista, että julkisten palvelutalojen vertailu muihin palveluntuottajiin ei ole täysin luotettavaa, vaan ennemmin suuntaa antavaa. Asukkaista keskimäärin noin 40 prosentilla ei ollut käytössään liikkumisen apuvälineitä liikkumisen vaikeuksista huolimatta. Tämän laatuindikaattorin suhteen palveluntuottajaorganisaatioiden välillä oli kuitenkin suuria eroja.

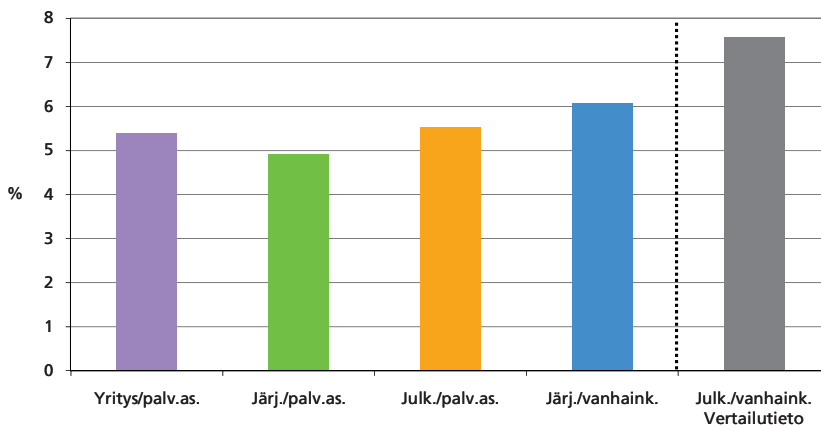
Julkisissa palveluasumisen yksiköissä asukkaista noin viidesosa oli sellaisia, joilla liikkumisen apuvälineitä ei tarpeesta huolimatta ollut käytössä. Julkiset palveluasumisen yksiköt poikkesivat kaikista muista palveluntuottajaorganisaatioista tilastollisesti merkitsevästi. Järjestöjen palveluasumisen yksiköissä tilanne oli puolestaan huonoin: yli puolella asukkaista (54 %) ei tarpeesta huolimatta ollut käytössään liikkumisen apuvälineitä. Myös yritysten palvelutaloissa näiden asukkaiden osuus oli korkea (52 %), kuten myös julkisissa vanhainkodeissa (53 %) (kuvio 18), joita käytettiin vertailutietona. Julkisen palveluasumisen parempi liikkumisen apuvälineiden käyttöosuus säilyi tilastollisesti merkitsevänä asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen.



KUVIO 18. Ei liikkumisen apuvälineitä, vaikka vaikeuksia liikkumisessa, % asukkaista tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

1–4 asteen painehaavat

Niiden asukkaiden osuus, joilla oli todettu 1–4 asteen painehaava, oli keskimäärin 5,5 % (kuvio 19). Eniten 1–4 asteen painehaavoja oli julkisten vanhainkotien asukkailla. Asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen eri palveluntuottajaorganisaatioiden välillä ei ollut eroa.

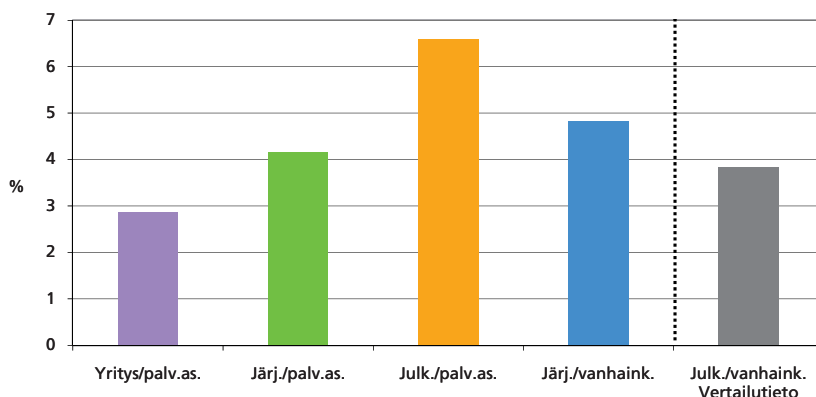


KUVIO 19. 1–4 asteen painehaavat, % asukkaista tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Hyvän hoidon raja-arvoksi on määritelty 7,7 % ja erinomaisen hoidon rajaksi 2,4 % asukkaista (Noro ym. 2005). Hyvän hoidon raja-arvo saavutettiin kaikissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Kova päivittäinen kipu

Kovasta päivittäisestä kivusta kärsivien asukkaiden osuus oli keskimäärin noin 4,7 %. Muihin palveluntuottajiin verrattuna julkisissa palvelutaloissa kovia päivittäisiä kipuja koki hieman suurempi osuus, noin 6,6 % (kuvio 20). Asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen julkisen palveluasumisen asiakkaiden erosivat muista tilastollisesti merkitsevästi. Suurempaan päivittäisen kivun osuuteen oli yhteydessä terveydentilan epävakaas.



KUVIO 20. Kova päivittäinen kipu, % asukkaista tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

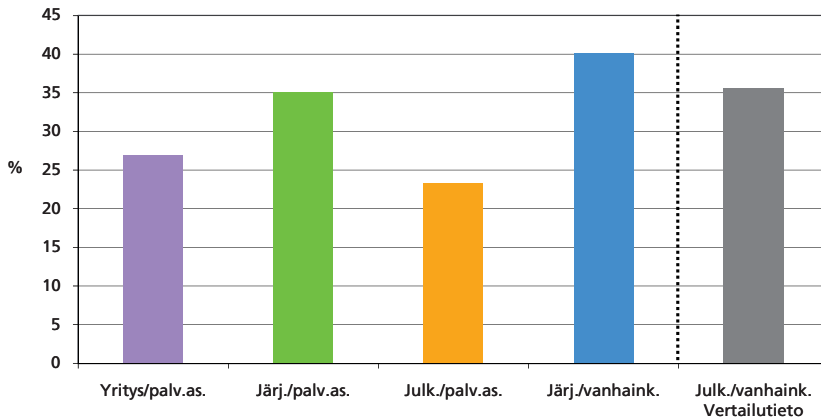
Käyttöoire, joka vaikuttaa muihin

Käyttöoireilla tarkoitetaan jotakin seuraavista:

- karkea, uhkaava kielenkäyttö (mm. muihin kohdistuvaa huutamista, kiroilua tai uhkaavaa käytöstä)
- fyysinen aggressio (mm. lyöminen, raapiminen, seksuaalinen ahdistelu, töniminen)
- sosiaalisesti sopimaton/häiritsevä käyttäytyminen (mm. meluisuus, huutelu, itsensä vahingoittaminen tai paljastelu, ruoalla tai ulosteilla sotkeminen, tavaroiden varastoiminen, kätkeminen tai muiden tavaroiden penkominen).

Niiden asukkaiden osuus, joilla oli joku toisiin vaikuttava, edellä kuvatun kaltainen käyttöoire, oli keskimäärin noin 31 %. Eniten käyttöoireita esiintyi vanhainkotien asukkailla (40 %; kuvio 21). Vähiten muihin vaikuttavia käyttöoireita oli puolestaan julkisissa palvelutaloissa (23 %) sekä yritysten omistamissa palvelutaloissa (27 %). Asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen erot palveluntuottajaorganisaatioiden välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Hyvän hoidon raja-arvoksi on määritelty 24 % ja erinomaisen hoidon raja-arvoksi 9,9 % asiakkaista (Noro ym. 2005). Hyvän hoidon raja-arvo saavutettiin julkisissa palvelutaloissa.

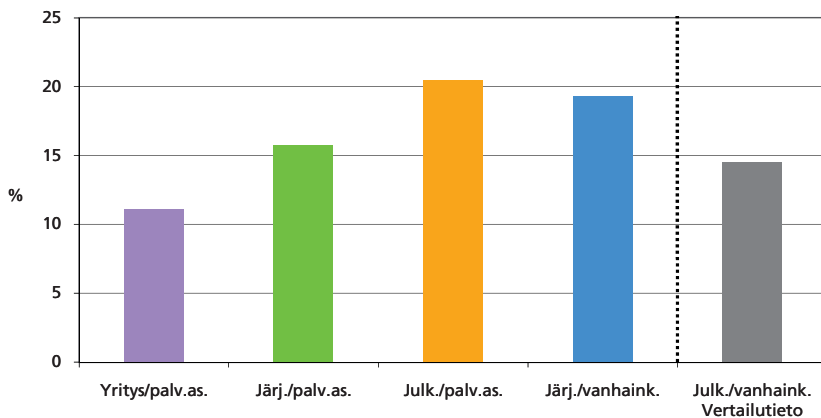


KUVIO 21. Muihin vaikuttava käytösoire, % asukkaista tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Alavireinen mieliala

Asiakkaista noin 17 prosentilla mieliala arvioitiin alavireiseksi. Näiden asiakkaiden osuus oli suurin julkisissa palveluasumisen yksiköissä (20 %) ja järjestöjen vanhainkodeissa (19 %; kuvio 22). Asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen yksityisessä palveluasumisessa oli tilastollisesti merkitsevästi vähemmän alavireistä mielialaa kuin julkisessa palveluasumisessa.

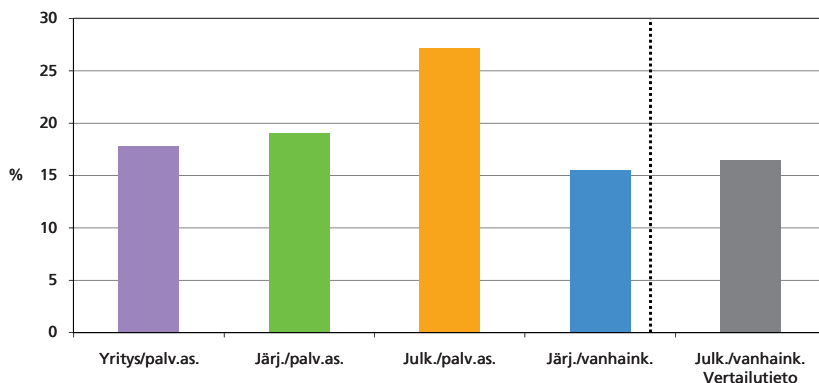
Niiden asukkaiden osuus, joiden mieliala oli arvioitu alavireiseksi, vaihteli sekä palveluntuottajien että yksiköiden välillä.



KUVIO 22. Alavireinen mieliala, % asukkaista tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Sairaalahoito tai päivystyspoliklinikkakäynti viimeisen 90 vuorokauden aikana

Niiden asukkaiden osuus (%), jotka olivat olleet sairaalahoidossa tai jotka olivat käyneet päivystyspoliklinikalla arviota edeltäneen 90 vuorokauden aikana, oli keskimäärin noin 21 %. Eniten sairaalahoitoa tai päivystyspoliklinikan palveluja oli tarvittu julkisissa palvelutaloissa (27 %; kuvio 23). Asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen julkisen palveluasumisen suurempi sairaalahoidon käyttöosuus säilyi tilastollisesti merkitsevänä.

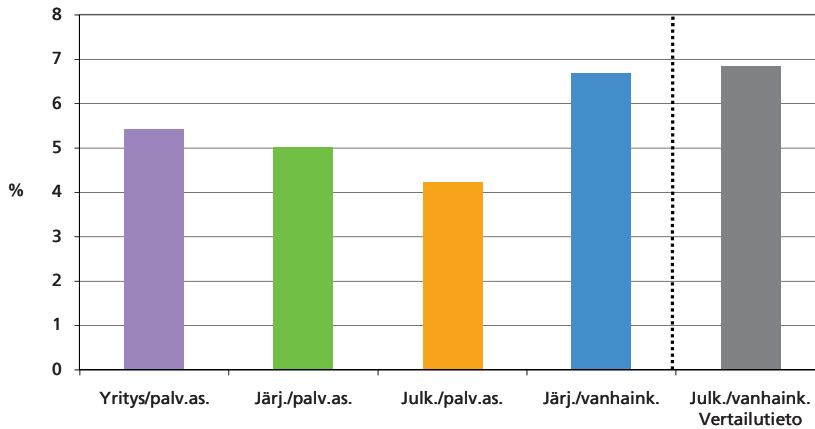


KUVIO 23. Sairaalahoito tai päivystyspoliklinikkakäynti, % asukkaista tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Painon lasku

Painon laskulla tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilön paino on laskenut arviota edeltäneen 30 vuorokauden aikana 5 % tai arviota edeltäneen 6 kuukauden aikana 10 % ilman, että heillä on terminaaliprognosia (elinaikaa 6 kk tai vähemmän). Niiden asiakkaiden osuus (%), joilla todettiin painon lasku arviointihetkellä, oli keskimäärin noin 5 %. Näiden asiakkaiden osuus oli pienin julkisissa palveluasumisen yksiköissä (4 %) ja suurin järjestöjen vanhainkodeissa (7 %) sekä vertailutietona olevissa julkisissa vanhainkodeissa (7 %; kuvio 24). Asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen palveluntuottajaorganisaatioiden väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Hyvän hoidon raja-arvoksi on määriteltä 12,3 % ja erinomaisen hoidon raja-arvoksi 3,8 % asukkaista (Noro ym. 2005). Hyvän hoidon raja-arvo saavutettiin kaikissa palveluntuottajaorganisaatioissa.



KUVIO 24. Painon lasku, % asukkaista tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Yhteenveto kliinisestä laadusta

Hoidon kliinistä laatua arvioitiin kymmenellä laadun indikaattorilla. Palveluntuottajaorganisaatioiden välillä ei ollut suuria eroja asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen. Kliinisiä hoidon laadun indikaattoreita tarkastellessa huomio kiinnittyi siihen, että julkisen palveluasumisen asiakkailla oli enemmän päivittäistä kipua, sairaalassa käyntejä, lääkkeiden lukumäärä oli useammin 9 tai enemmän ja heillä oli enemmän alavireistä mielialaa. Kun asiakasrakennetta tarkasteltiin, julkisessa palveluasumisessa oli enemmän kliinisesti monimuotoisia ja erityishoidettavia asiakkaita, jonka pohjalta voidaan olettaa ja jota tulokset myös tukevat, että heillä oli enemmän sairaalakäyttöä, kipua ja lääkityksiä. Alavireinen mieliala voi selittyä myös kognition heikentymisen ja sairastamisen yhteisvaikutuksena.

Järjestöjen palvelu- ja vanhainkotiasumisessa ja julkisessa vanhainkotiasumisessa esille nousee suurempi osuus asiakkaita, joilla on muita asiakkaita häiritseviä käytösoireita. Näissä palvelutyypeissä näyttäisi olevan enemmän kognition heikkenemisestä kärsiviä asiakkaita. Asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen palveluntuottajien välinen ero kuitenkin katoaa. Yksityisessä ja järjestöjen palveluasumisessa sekä julkisissa vanhainkodeissa oli enemmän sellaisia asiakkaita, joilla ei ollut liikkumisen apuvälineitä vaikka asiakkaalla oli vaikeuksia liikkua kuin kunnallisessa palveluasumisessa. Ero julkiseen palveluasumiseen saattaa selittyä sillä, että tiedot liikkumisen apuvälineistä on kotihoidon RAI-järjestelmässä koottu hieman tarkemmin.

Painehaavojen osalta suomalainen ympärivuorokautinen hoito näyttäisi noudattavan Yhdysvalloissa kehitettyjä hyvän hoidon laadun raja-arvoja. Useissa laatuindikaattoreissa ollaan kuitenkin raja-arvojen yläpuolella. Osin tämä saattaa selittyä erilaisella asiakasrakenteella, kun hyvän hoidon raja-arvoja määritellään.

Laadun mittaamisen ongelmana on, että yksiköt voivat olla hyviä jollakin laadun alueella ja jollakin toisella laadun alueella on enemmän kehitettävää. Kun laatua yksiköiden laaduntasoa arvioidaan, vertailukohdaksi kannattaa valita yksiköt, joissa on samankaltainen asiakasrakenne.

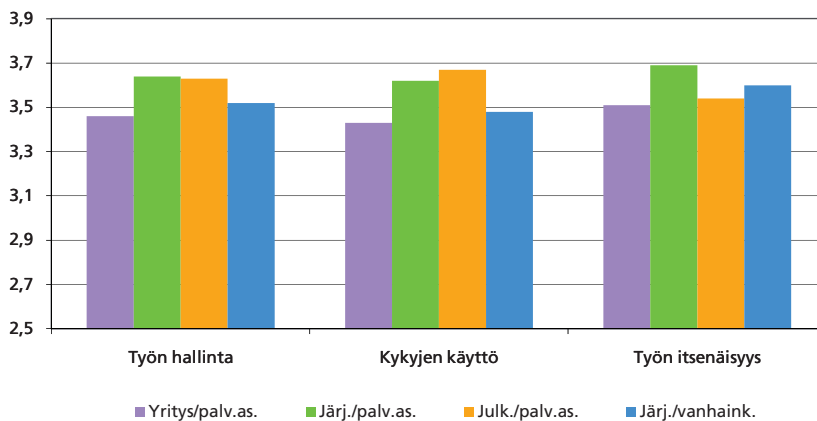
Henkilöstön hyvinvointi

Seuraavassa raportoidaan henkilöstökyselyn tuloksia. Tulosten esittely tapahtuu edellä esitetyn ryhmittelyn perusteella. Raportissa on vertailtu yksiköiden keskiarvolukuja. Yhteenveto keskiarvoista ja 95 %:n luottamusväleistä on esitetty liitetaulukossa 2.

Motivaatio, työssä viihtyminen ja sitoutuminen työhön

Työn hallinta, kykyjen käyttö, työn itsenäisyys sekä työn vaatimukset

Mahdollisuudet itsenäiseen työskentelyyn (ka = 3,59) ja opittujen taitojen käyttämiseen työssä (ka = 3,57) olivat työntekijöiden kokemusten mukaan melko hyvät tarkastelluissa palvelutuottajaorganisaatioissa. Työn hallinnan tunne oli työntekijöiden keskuudessa myös melko hyvällä tasolla (ka = 3,58).



KUVIO 25. Työn hallinta, kykyjen käyttö ja työn itsenäisyys tarkastelluissa palvelutuottajaorganisaatioissa.

Työn hallinnan tunne oli yritysten palveluasumisen yksiköissä muihin palvelutuottajiin verrattuna heikompaa (ka = 3,46). Ero järjestöjen palvelutaloihin (ka = 3,64) ja julkisiin palveluasumisen yksiköihin (ka = 3,63) oli tilastollisesti merkitsevä. Järjestöjen vanhainkodit (ka = 3,52) erosivat myös tilastollisesti merkitsevästi järjestöjen palvelutaloista.

Kykyjen käyttömahdollisuudet koettiin parhaimmiksi julkisen sektorin palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,67) ja hieman huonommiksi järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,62; kuvio 25). Mahdollisuudet opittujen taitojen hyödyntämiseen olivat selvästi heikommät yritysten palveluasumisen yksiköissä (ka =

3,43). Ero julkisiin ja järjestöjen omistamiin palveluasumisen yksikköihin oli tilastollisesti merkitsevä. Järjestöjen vanhainkodeissa kykyjen käyttömahdollisuudet koettiin hiukan yrityksiä paremmiksi (ka = 3,48), mutta sekä julkisiin että järjestöjen palveluasumisen yksikköihin verrattuna tilastollisesti merkitsevästi huonommiksi.

Työ koettiin itsenäiseksi sekä järjestöjen omistamissa palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,69) että järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 3,60). Vähemmän itsenäiseksi työ koettiin yritysten omistamissa (ka = 3,51) ja julkisissa (ka = 3,54) palveluasumisen yksiköissä.

Kehittymismahdollisuudet ja sosiaalinen tuki

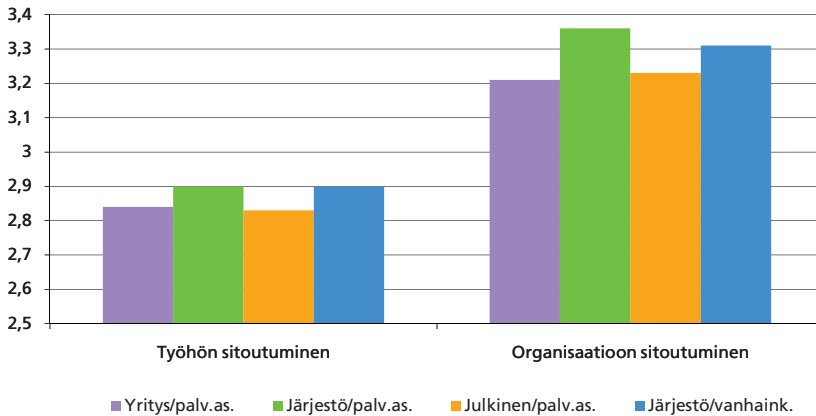
Kehittymismahdollisuudet työssä koettiin keskimäärin hyväksi (ka = 3,56). Työntekijät kokivat myös saavansa tukea työtovereiltaan ja esimieheltään (ka = 3,72). Parhaimmiksi kehittymismahdollisuudet koettiin julkisissa (ka = 3,62) ja järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,62). Molempien palvelutuottajien ero järjestöjen vanhainkoteihin (ka = 3,43) oli tilastollisesti merkitsevä. Palveluasumisen yksiköiden erot olivat varsin pieniä verrattuna toisiinsa.

Työyhteisön tarjoama sosiaalinen tuki koettiin vahvimaksi järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,83). Työyhteisön tarjoama tuki oli heikointa julkisissa palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,65). Ero oli tilastollisesti merkitsevä.

Työhön ja organisaatioon sitoutuminen

Työntekijät olivat melko sitoutuneita työpaikkaansa (ka = 3,28). Työhön sitoutuminen sen sijaan oli melko matala (ka = 2,87). Organisaatioon sitoutumisen osalta tulos on samansuuntainen aiemmin Stakesissa toteutetun HoiToVa-tutkimuksen tulosten kanssa, jossa tutkittiin vanhusten laitoshoidon ja osin palvelutaloja vastaavilla menetelmillä (Pekkarinen ym. 2004), mutta työhön sitoutumisesta kertova keskiarvo on selvästi alhaisempi HoiToVa-tutkimuksen tulokseen verrattuna. Tässä tutkimuksessa sitoutuminen työhön palvelutaloissa oli lähes samalla tasolla kuin aiemmassa tutkimuksessa vanhainkodeissa ja terveystieteiden vuodeosastoilla. Tämä voi liittyä siihen, että aiemmassa tutkimuksessa palvelutalot eivät välttämättä olleet ympärivuorokautista hoitoa tarjoavia yksiköitä. Siten työn luonne oli erilaista. Tässä tutkimuksessa asiakasrakenteen vastaa lähes vanhainkotiyksiköitä.

Työhönsä ja myös työyhteisöönsä sitoutuneimpia olivat järjestöissä työskentelevät työntekijät (kuva 26). Myös organisaatioon sitoutumisen osalta järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,36) ja järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 3,31) työskentelevä henkilöstö oli sitoutuneinta.



KUVIO 26. Työntekijöiden työhön ja organisaatioon sitoutuminen tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

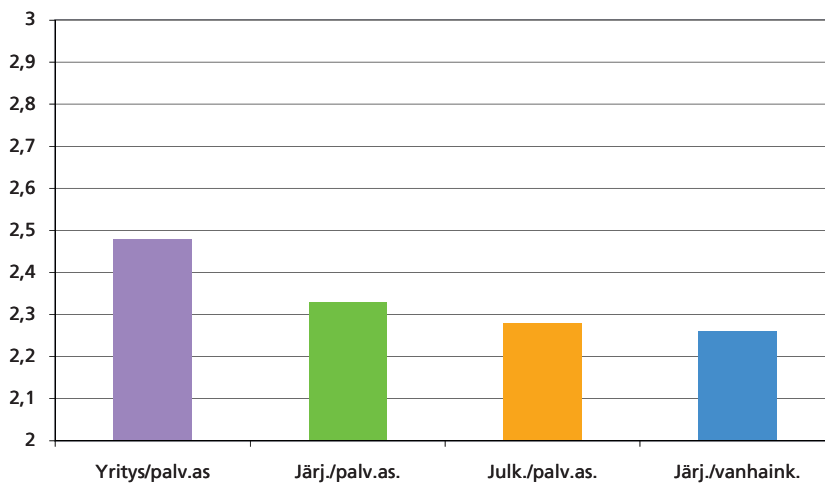
Työtyytyväisyys ja ajatukset eläkkeelle jäämisestä

Työntekijät olivat keskimäärin melko tyytyväisiä työhönsä (ka = 3,74) eivätkä he juuri olleet harkinneet työpaikan vaihtamista (ka = 2,32). HoiToVa-hankkeen tuloksiin verrattuna henkilöstön työtyytyväisyys on suunnilleen samaa tasoa.

Työntekijät pitivät melko todennäköisenä, että he selviytyvät nykyisessä työssään eläkeikään asti (ka = 3,48). Todennäköisimpänä selviytymistä eläkeikään asti pitivät yritysten palveluasumisen (ka = 3,60) ja julkisten palveluasumisen (ka = 3,58) työntekijät, jotka erosivat tilastollisesti merkitsevästi järjestöjen vanhainkotien työntekijöistä (ka = 3,36). Eläkkeelle selviytymistä pidettiin näin ollen todennäköisimpänä kevyemmän asiakasrakenteen yksiköissä.

Työntekijät eivät myöskään olleet harkinneet jäävänsä työstään eläkkeelle (ka = 1,21). Työtyytyväisyyden ja eläkkeelle jäämishalukkuuden suhteen palveluntuottajat eivät poikenneet toisistaan. Myöskään eläkkeelle jäämishalukkuuteen asiakasrakenne ei näin ollen vaikuttanut.

Yritysten palvelutaloissa työpaikan vaihtohalukkuus oli selvästi muita palveluntuottajaorganisaatioita yleisempää (ka = 2,48; kuvio 27). Vähiten työpaikan vaihtoa olivat suunnitelleet julkisten palvelutalojen (ka = 2,28) ja vanhainkotien työntekijät (ka = 2,26).

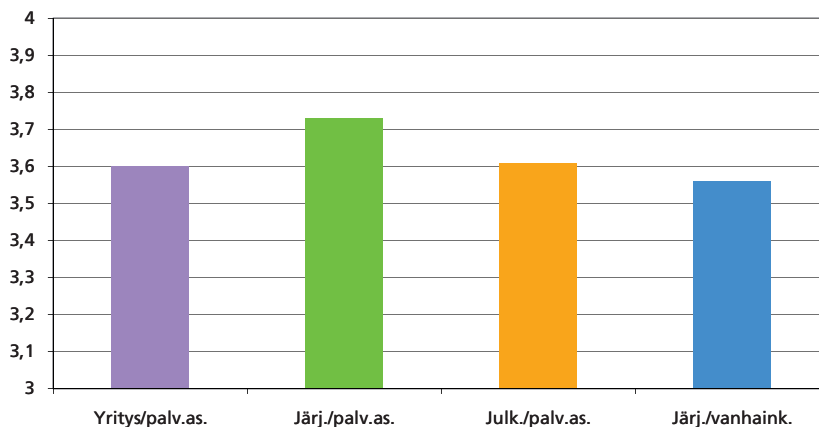


KUVIO 27. Työpaikanvaihtohalukkuus tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Työpaikan houkuttelevuus pienten lasten vanhemmille sekä työn ja perheen yhteensovittaminen

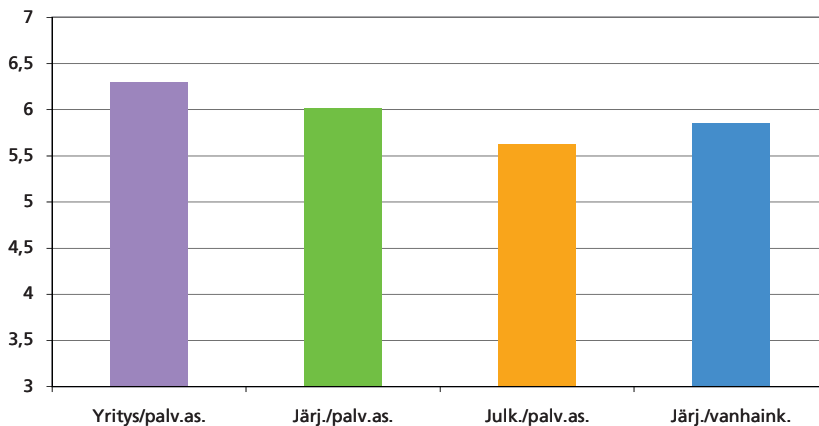
Tarkastellut vanhuspalveluyksiköt eivät näyttäneet kovinkaan houkuttelevina työpaikkoina pienten lasten vanhemmille (ka = 5,90). Mahdollisuudet työn ja perheen yhteensovittamiseen erilaisten työjärjestelyihin liittyvin keinoin koettiin kuitenkin verrattain hyviksi (ka = 3,63).

Parhaiten työn ja perheen yhteensovittamisen koettiin onnistuvan järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,73; kuvio 28). Huonoimmat mahdollisuudet työn ja perheen yhteensovittamiseen olivat järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 3,56), jotka poikkesivat tässä suhteessa tilastollisesti merkitsevästi järjestöjen palvelutaloista.



KUVIO 28. Mahdollisuudet työn ja perheen yhteensovittamiseen tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Pienten lasten vanhemmille julkiset palveluasumisen yksiköt näyttäisivät tarjoavan työpaikkana vähiten houkuttelevan vaihtoehdon (ka = 5,63, kuvio 29). Ne erosivat tilastollisesti merkitsevästi yritysten palveluasumisen yksiköistä, jotka koettiin sopivimmiksi työpaikoiksi työntekijöille, joilla on pieniä lapsia (ka = 6,31). Myös järjestöjen palveluasumisen yksiköt (ka = 6,02) nähtiin henkilöstön keskuudessa selvästi julkisia palveluasumisen yksiköitä houkuttelevampina työpaikkoina, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.



KUVIO 29. Työpaikan houkuttelevuus pienten lasten vanhemmille tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

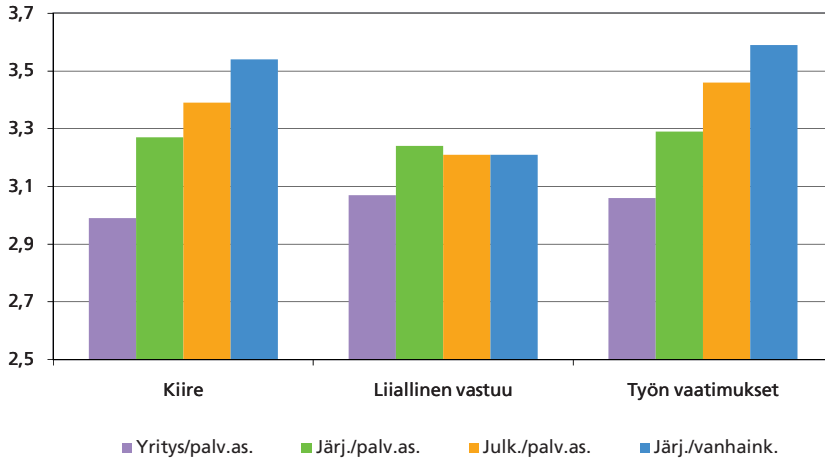
Työn kuormitustekijät

Kiire ja liiallinen vastuu

Kiire on yleinen sosiaali- ja terveystalouden töihin liittyvä kuormitustekijä, ja myös tässä kyselyssä se kuormitti henkilöstöä keskimäärin melko paljon (ka = 3,33). Kiireen kuormitus ei kuitenkaan ollut yhtä suurta kuin esimerkiksi HoiToVa-hankkeessa raportoitiin. Kiire kuormitti henkilöstöä eniten järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 3,54; kuvio 30). Järjestöjen vanhainkodit poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi sekä yritysten että järjestöjen palvelutaloista. Kuntien palvelutaloissa kiirettä oli myös varsin paljon, mikä on ymmärrettävää, kun otetaan huomioon vähäinen henkilöstömäärä ja asiakasrakenne, joka ei kovin merkittävästi poikennut yksityisistä palvelutaloista. Vähiten kiirettä oli yritysten omistamissa palveluasumisen yksiköissä (ka = 2,99), jotka poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi kaikista muista palveluntuottajaorganisaatioista.

Myös työn vaatimukset näyttäytyivät suurimpina järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 3,59) ja kunnallisissa palvelutaloissa (ka = 3,46). Työn vaatimukset tarkoittavat tässä kovaa työntekoa ja kohtuutonta työmäärää, minkä vuoksi vastaukset ovat

hyvin samansuuntaiset kiireen kanssa. Vanhainkodit erosivat tilastollisesti merkitsevästi sekä järjestöjen palveluasumisen ($ka = 3,29$) että yritysten palveluasumisen yksiköistä ($ka=3,06$). Yritysten omistamissa palveluasumisen yksiköissä työn vaatimukset olivat selvästi muita palveluntuottajia pienemmät: ne poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi kaikista muista palveluntuottajaorganisaatioista.



KUVIO 30. Kiireen ja liällisen vastuun kokemus tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

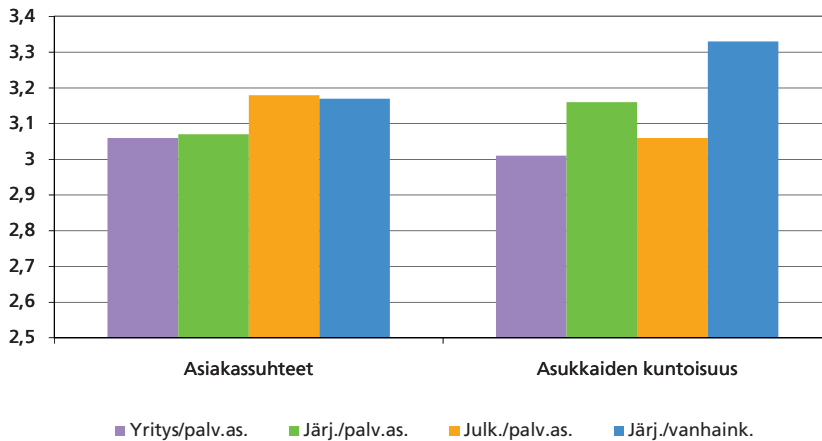
Kiirettä hiukan vähemmän kuormitusta henkilöstölle aiheuttivat liällisen vastuun kokemukset ($ka = 3,20$). Samoin kuin kiire, liallinen vastuu kuormitti henkilöstöä vähiten yritysten palveluasumisen yksiköissä ($ka = 3,07$). Liallinen vastuu kuormitti työntekijöitä eniten järjestöjen palveluasumisen yksiköissä ($ka = 3,24$) ja lähes yhtä paljon julkisissa palveluasumisen yksiköissä ja järjestöjen vanhainkodeissa ($ka = 3,21$ molemmissa). Kun samaan aikaan työn hallinta oli järjestöjen ja kuntien palvelutaloissa korkealla tasolla, se saattaa näkyä liällisenä vastuuna.

Asiakassuhteet ja asukkaiden kuntoisuuteen liittyvä rasitus

Asiakassuhteisiin liittyvät kokemukset ($ka = 3,13$) sekä asukkaiden kuntoisuuteen liittyvät tekijät ($ka = 3,15$) kuormittivat henkilöstöä keskimäärin melko paljon. Keskiarvoluvut ovat samansuuntaisia HoiToVa-hankkeesta saatujen tulosten kanssa, jossa asukkaiden kuntoisuuteen liittyvät tekijät kuormittivat henkilöstöä jonkin verran asiakassuhteita enemmän.

Asukkaiden kuntoisuuteen liittyvät tekijät kuormittivat henkilöstöä eniten järjestöjen omistamissa vanhainkodeissa ($ka = 3,33$), jotka poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi kaikista muista palveluntuottajista (kuvio 31). Asukkaiden kuntoi-

suuteen liittyvä kuormitus oli vähäisintä yritysten palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,01).



KUVIO 31. Asiakassuhteiden ja asukkaiden kuntoisuuden kuormittavuus tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Kokemukset asiakassuhteista kuormittivat työntekijöitä suunnilleen yhtä paljon julkisissa palvelutaloissa (ka = 3,18) ja järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 3,17). Asiakassuhteisiin liittyvä kuormitus oli vähäisintä yritysten (ka = 3,06) ja järjestöjen (ka = 3,07) palveluasumisen yksiköissä. Kaiken kaikkiaan palveluntuottajat poikkesivat toisistaan siinä, kuinka asukkaiden kuntoisuuteen ja toisaalta asiakassuhteisiin liittyä rasitus suhteutuivat toisiinsa. Yritysten palvelutaloissa ja julkisissa palvelutaloissa asiakassuhteet kuormittivat henkilöstöä hiukan asukkaiden kuntoisuuteen liittyvien tekijöitä enemmän. Järjestöjen vanhainkodeissa ja palvelutaloissa asukkaiden kuntoisuuteen liittyvät tekijät kuormittivat henkilöstöä enemmän.

Tavoitteiden selkeys

Rooliristiriidat kuormittivat henkilöstöä enemmän (ka = 2,68) kuin epäselviin rooleihin liittyvät tekijät (ka = 1,94). Luvut ovat HoiToVa-tutkimuksen kanssa samansuuruisia. Rooliristiriitoja esiintyi eniten julkisissa palvelutaloissa (ka = 2,74) ja vähiten järjestöjen palvelutaloissa (ka = 2,64). Rooliepäselvyyksiä oli eniten yritysten palveluasumisen yksiköissä (ka = 2,02) ja vähiten järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 1,87). Ero oli tilastollisesti merkitsevä, mutta erot olivat kuitenkin melko pieniä.

Ergonomia ja työympäristön ongelmat

Ergonomiset tekijät kuormittivat henkilöstöä keskimäärin paljon (ka = 3,60). Työympäristön ongelmat kuormittivat henkilöstöä vähemmän (ka = 3,24), mutta HoiToVa-tutkimuksen tuloksiin verrattuna työympäristöön liittyvät tekijät kuormitti-

vat henkilöstöä keskimäärin enemmän tässä tutkimuksessa. Ergonomian ongelmia raportoitiin HoiToVa-tutkimuksessa puolestaan hiukan tämän tutkimuksen tuloksia enemmän. Molemmissa tutkimuksissa työympäristöön liittyvien tekijöiden aiheuttama kuormitus oli ergonomisten tekijöiden aiheuttamaa kuormitusta vähäisempää.

Eniten ergonomisten tekijöiden aiheuttamaa rasitusta koettiin vanhainkodeissa (ka = 3,95). Vanhainkodit erosivat tilastollisesti merkitsevästi kaikista muista palveluntuottajista. Vähiten ergonomisten tekijöiden aiheuttamia ongelmia oli yritysten palvelutaloissa (ka = 3,35).

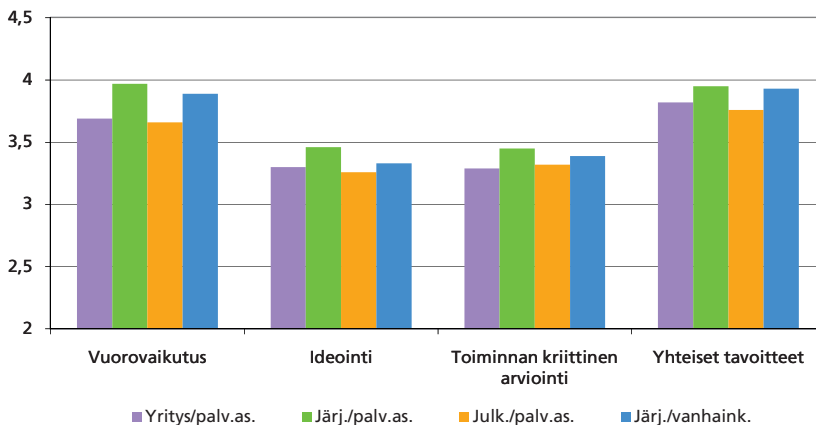
Työympäristön ongelmat kuormittivat henkilöstöä eniten järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 3,39) ja vähiten yritysten palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,07). Järjestöjen vanhainkodit poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi sekä yritysten että järjestöjen (ka = 3,16) palvelutaloista. Julkiset palvelutalot (ka = 3,29) poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi yritysten palveluasumisen yksiköistä.

Työyhteisön toiminta ja johtaminen

Työyhteisön toiminta

Vuorovaikutus koettiin yksiköissä keskimäärin turvalliseksi (ka = 3,81). Myös yhteisiä tavoitteita pidettiin selkeinä (ka=3,86). Sen sijaan mahdollisuudet toiminnan kehittämiseen ja uusien ideoiden soveltamiseen (ka = 3,34) sekä mahdollisuudet oman toiminnan kriittiseen arviointiin (ka = 3,37) koettiin olevan vain keskimääräisellä tasolla. Tulokset ovat samansuuntaisia HoiToVa-hankkeen tulosten kanssa.

Vuorovaikutuksen turvallisuuden kokemus oli korkeinta järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,97) sekä järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 3,89; kuvio 32). Ne erosivat tilastollisesti merkitsevästi yritysten palveluasumisen (ka = 3,69) ja julkisen palveluasumisen yksiköistä (ka = 3,66).



KUVIO 32. Työyhteisön toimintaa kuvaavia tekijöitä tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

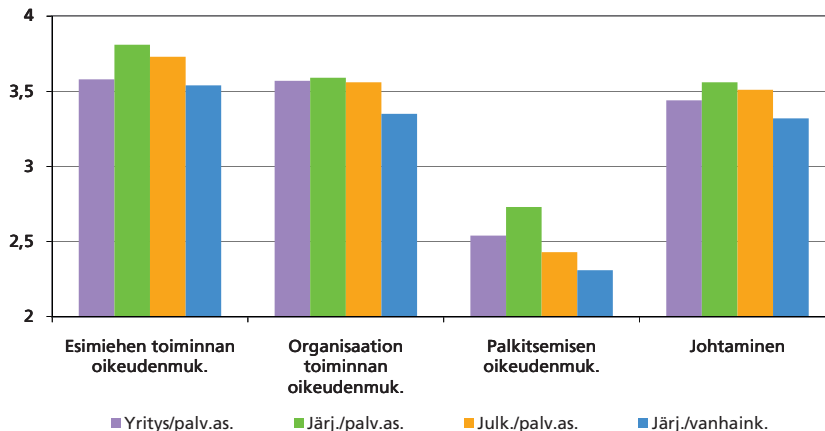
Myös mahdollisuudet ideointiin näyttivät olevan parhaat järjestöjen omistamisessa organisaatioissa. Näin oli etenkin järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,46). Ideoinnin mahdollisuudet olivat heikoimmat julkisen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,26), joiden ero järjestöjen palvelutaloihin oli tilastollisesti merkitsevä.

Mahdollisuudet työtapojen ja työn tekemisen kriittiseen arviointiin olivat parhaita järjestöissä ja etenkin järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,45). Huonoimmat mahdollisuudet työpaikan toiminnan kyseenalaistamiseen olivat puolestaan yritysten palvelutaloissa (ka = 3,29).

Järjestöjen työntekijöiden keskuudessa myös työyhteisön tavoitteet koettiin selkeimpinä. Julkisella sektorilla puolestaan tavoitteiden selkeyttämiseen voisi olla tarvetta (ka = 3,76). Ne erosivat tilastollisesti merkitsevästi sekä järjestöjen palvelutaloista (ka = 3,95) että vanhainkodeista (ka = 3,93).

Esimiehen, organisaation toiminnan ja palkitsemisen oikeudenmukaisuus sekä johtaminen

Esimiehen toiminnan arvioitiin olevan keskimäärin oikeudenmukaista (ka = 3,68). Esimiehen toiminta koettiin oikeudenmukaisimmaksi järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,81) sekä julkisissa palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,73; kuvio 33). Järjestöjen palveluasumisen yksiköt erosivat tilastollisesti merkitsevästi sekä yritysten palveluasumisen yksilöistä (ka = 3,58) että järjestöjen vanhainkodeista (ka = 3,54). Järjestöjen vanhainkodit erosivat tilastollisesti merkitsevästi myös julkisista palveluasumisen yksiköistä (ka = 3,73).



KUVIO 33. Esimiehen, organisaation toiminnan ja palkitsemisen oikeudenmukaisuus sekä johtaminen tarkastelluissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Työntekijät pitivät organisaation toimintaa keskimäärin melko oikeudenmukaisena (ka = 3,52). Järjestöjen vanhainkotien henkilöstölle päätöksenteon perusteet näyttäytyivät jonkin verran muita epäoikeudenmukaisempina (ka = 3,35), ja vanhainkodit erosivatkin tilastollisesti merkitsevästi muista palveluntuottajista.

Palkitsemisen oikeudenmukaisuus toteutui parhaiten järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 2,73) ja huonoiten järjestöjen vanhainkodeissa (ka = 2,31). Järjestöjen palveluasumisen yksiköt erosivat tilastollisesti merkitsevästi sekä järjestöjen vanhainkodeista että julkisen palveluasumisen yksiköistä (ka = 2,43).

Arviot johtamisesta olivat puolestaan keskimäärin samaa tasoa kuin organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus (ka = 3,47). Palveluntuottajien väliset erot olivat kuitenkin samansuuntaisia kuin esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuutta tarkasteltaessa. Johtaminen näyttäisi toimivan parhaiten järjestöjen palveluasumisen yksiköissä (ka = 3,56) ja olevan verrattain hyvää tasoa myös julkisissa palvelutaloissa (ka = 3,51). Yritysten ohella järjestöjen vanhainkodit näyttäisivät suoriutuvan myös johtamisen suhteen palveluntuottajaorganisaatioista heikoimmin (ka = 3,32), ja ne erosivat tilastollisesti merkitsevästi sekä järjestöjen että julkisen palveluasumisen yksiköistä.

Työntekijöiden hyvinvointi

Fyysinen hyvinvointi

Tuki- ja liikuntaelinoireita raportoitiin yksiköissä keskimäärin vähän (ka = 1,81), vähemmän kuin esimerkiksi HoiToVa-tutkimuksessa. Tuottajayksiköiden välisessä tarkastelussa tuki- ja liikuntaelinten oireet kuormittivat eniten järjestöjen vanhainkotien henkilöstöä (ka = 1,91). Tämä luku on samaa tasoa kuin HoiToVa-tutkimuksessa saatu tulos vanhainkodeista (ka = 1,97). Tuki- ja liikuntaelinten oireita esiintyi vähemmän sekä yritysten palveluasumisen (ka = 1,74) että järjestöjen palveluasumisen (ka = 1,76) yksiköissä, jotka erosivat tilastollisesti merkitsevästi vanhainkodeista Kunnalliset palvelutalot (ka = 1,81) sijoittuivat keskimääräisesti.

Työntekijät arvioivat työkykynsä keskimäärin hyväksi (ka = 8,23). Parhaimmaksi työkykynsä kokivat yritysten palveluasumisen yksiköissä työskentelevät työntekijät (ka = 8,43). Huonoimmaksi työkykynsä arvioivat järjestöjen vanhainkotien työntekijät (ka = 8,16).

Psyykinen kuormittuneisuus

Henkilöstön psyykinen kuormittuneisuus oli keskimäärin melko hyvällä tasolla (ka = 1,99). Psykosomaattinen oireilu vastasi aikaisemmin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle tehtyjen tutkimusten tuloksia ja oli työntekijöiden keskuudessa melko harvinaista (ka = 2,28). Stressin kokeminen oli keskimäärin kohta-

laista (ka = 2,48) ja HoiToVa-tutkimukseen verrattuna jopa hieman vähäisempää. Tilanne oli samanlainen myös unihäiriöiden suhteen (ka = 2,57).

Julkisten vanhainkotien ja palvelutalojen henkilöstöllä psyykinen kuormituneisuus oli hieman yleisempää kuin muiden palveluntuottajien henkilöstöllä. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Stressiä, psykosomaattista oireilua, tuki- ja liikuntaelinoireita sekä unihäiriöitä raportoitiin eniten vanhainkodeissa ja kunnallisissa palvelutaloissa. Nämäkin erot olivat pieniä, eivätkä tilastollisesti merkitseviä paitsi tuki- ja liikuntaelinoireiden osalta.

Yhteenvedo henkilöstökyselystä

Tässä tutkimuksessa saadut henkilöstökyselyn keskiarvoluvut ovat pääsääntöisesti samansuuntaisia aikaisemmin toteutetun HoiToVa-tutkimuksen kanssa (Pekkarinen ym. 2004). Palvelutalot ja vanhainkodit poikkeavat toisistaan kuitenkin omistuspohjan mukaan useimmilla henkilöstökyselyn osa-alueilla. Työntekijöiden motivaatiotekijät ja työssä viihtyminen näyttivät kokonaisuudessaan olevan parhaalla tolalla järjestöjen omistamissa yksiköissä (palvelutalot ja vanhainkodit). Työhallintaa ja sitä kuvaavat muut tunnusluvut (so. kykyjen käyttö ja työn itsenäisyys) olivat yritysten palveluasumisen yksiköissä muihin palveluntuottajiin verrattuna selvästi huonommalla tasolla. Samaan aikaan työn vaatimukset näyttivät kuitenkin olevan yrityksissä muihin palveluntuottajiin verrattuna pienemmät. Myös muut kuormitustekijät näyttivät olleen yritysten omistamissa palvelutaloissa usealla mitarilla (kiire, liiallinen vastuu ja asiakkaiden kuntoisuus) tarkasteltuna matalimmalla tasolla. Yritysten omistamissa yksiköissä työntekijät olivat kuitenkin muihin verrattuna huomattavasti halukkaampia vaihtamaan työpaikkaansa. Samankaltaisia tuloksia yksityisen sektorin työntekijöiden vaihtohalukkuudesta on saatu myös muualla (mm. Haatainen 2006). Ylipäätään työhön sitoutuminen oli kaikissa yksiköissä verrattain alhaisella tasolla siitäkkin huolimatta, että itse työpaikkaan sitoutuminen oli melko korkeaa.

Työn vaatimukset ja kuormittavuus olivat keskimäärin melko korkealla tasolla. Eniten kuormitusta näyttäisi olevan julkisissa palveluasumisen yksiköissä sekä järjestöjen vanhainkodeissa. Palveluntuottajat poikkesivat toisistaan siinä, kuinka asiakkaiden kuntoisuuteen ja toisaalta asiakassuhteisiin liittyvä rasitus suhteutuivat toisiinsa. Yritysten palvelutaloissa ja julkisissa palvelutaloissa asiakassuhteet kuormittivat henkilöstöä hiukan asiakkaiden kuntoisuuteen liittyviä tekijöitä enemmän. Järjestöjen vanhainkodeissa ja palvelutaloissa tilanne oli puolestaan päinvastainen. Vanhainkodeissa myös tuki- ja liikuntaelinten oireita näytti olevan muita palveluntuottajia enemmän, mikä liittyyneen asiakkaiden kuntoisuuteen.

Kun tarkastellaan työyhteisön toimivuutta kuvaavia tunnuslukuja kokonaisuudessaan, parhaiten suoriutuvat järjestöjen omistamat yksiköt ja etenkin järjestöjen palvelutalot. Erot julkisten palveluasumisen yksiköiden ja järjestöjen

palveluasumisen yksiköiden välillä ovat monen tekijän suhteen selviä. Julkisissa palveluasumisen yksiköissä ja yritysten omistamissa palvelutaloissa työyhteisön toimintaan olisikin hyvä kiinnittää parempaa huomiota. Johtaminen ja organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus näyttäisivät olevan melko hyvällä tasolla järjestöjen palveluasumisen yksiköissä ja myös julkisissa palvelutaloissa. Vanhainkotiin työntekijät sen sijaan kokivat organisaation päätöksenteon perusteet muiden palveluntuottajaorganisaatioiden henkilöstöön verrattuna huomattavasti epäoikeudenmukaisemmiksi. Myös johtaminen ja esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus olivat vanhainkodeissa julkisiin ja järjestöjen palveluasumisen yksiköihin verrattuna huonommalla tolalla. Myöskään yritysten omistamissa palveluasumisen yksiköissä johtamista ja esimiehen toimintaa ei pidetty toimivana.

Yhteenvetona voidaan todeta, että työn vaatimusten ja kuormituksen suhteen yritysten omistamissa palveluasumisen yksiköissä asiat näyttäisivät olevan palvelutuottajien välisessä vertailussa parhaalla tolalla. Työyhteisön toimivuutta, johtamista, motivaatiotekijöitä (kykyjen käyttö, itsenäisyys) ja viihtymistä kuvaavat tunnusluvut antavan kuitenkin aihetta pohdintaan yritysten palveluasumisen yksiköissä. Tämä tulos on osin ristiriidassa Haataisen (2006) raporttoimien ruotsalaisten tutkimustulosten kanssa.

Julkisissa palvelutaloissa henkilöstömäärän suhde asiakkaiden kuntoisuuteen lienee syy muita palvelutaloja suurempaan kuormitukseen. Sen sijaan julkisissa palvelutaloissa viihdytään suhteellisen hyvin ja työn motivaatiotekijät ovat hyvällä tasolla. Myös johtamiseen ollaan melko tyytyväisiä. Työyhteisön toimivuuteen ja työntekijöiden hyvinvointiin olisi syytä panostaa.

Järjestöjen palveluasumisen yksiköissä työ on itsenäistä ja kykyjen käyttömahdollisuudet ovat hyvät, työntekijät näyttäisivät olevan sitoutuneimpia ja viihtyvän työssään kokonaisuudessaan parhaiten. Edelleen johtamiseen ollaan tyytyväisiä ja ryhmätyö näyttäisi toimivan hyvin.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimus osoitti, että kunnallinen palveluasuminen oli edullisinta ja niiden asiakasrakenne oli hieman yksityisiä organisaatioita kevyempää. Henkilöstömitoitus oli selvästi matalin kunnallisissa organisaatioissa. Henkilöstö oli kunnallisissa organisaatioissa myös kuormittuneinta, mutta toisaalta johtaminen koettiin oikeudenmukaiseksi ja henkilöstön työn hallinta oli melko hyvällä tasolla. Hoidon laatuun jäi vain pieniä eroja sen jälkeen kun asiakasrakenne oli vakioitu. Tutkimuksen tulosten perusteella ei saatu kuitenkaan yksiselitteisiä paremmuuseroja yksityisen ja julkisen palvelutuotannon välille.

Järjestöjen ja yritysten ympärivuorokautinen palveluasuminen ja vanhainkotiasuminen olivat asiakasrakenteeltaan lähes julkisiin vanhainkoteihin vertautuvaa. Kognition ongelmia oli näillä asiakkaila lähes yhtä paljon kuin vanhainkodeissa. Sen sijaan fyysisen toimintakyvyn ongelmia oli vanhainkodeissa enemmän. Vanhainkodeissa asiakkaiden voimavaratarve oli suurempi, ja yksityisten palvelutalojen asiakkaila oli vähemmän kliinisiä ongelmia, mutta enemmän käytöshäiriöitä. Järjestöjen ja yritysten tuottama palveluasuminen oli asiakasrakenteeltaan samantyyppinen. Julkisen palveluasumisen asiakasrakenne oli heterogeenisempää: asiakkaila oli enemmän kliinisiä ongelmia, sekä liikkuvia asiakkaita, joilla oli kognitiivisia ongelmia, että asiakkaita, joilla oli lähinnä lieviä fyysisen toimintakyvyn ongelmia. Julkisessa palveluasumisessa myös asiakkaiden asumisaika yksiköissä oli pidempi kuin muissa tarkastelluissa yksiköissä. Palveluasunto on iäkkään ihmisen koti ja kilpailutustilanteessa tämä saattaa olla uhattuna.

Kliinisessä laadussa ei ollut suuria eroja yksityisen ja julkisen palveluasumisen välillä sen jälkeen kun asiakasrakenne oli vakioitu. Julkisen palveluasumisen yksiköissä, joilla oli vaihtelevampi asiakasrakenne, oli suurempi osuus asiakkaita, joilla oli jokin kliininen ongelma, ja heillä oli suurempi osuus asiakkaita, joilla oli alavireistä mielialaa, päivittäistä kipua, enemmän lääkkeitä ja sairaalakäyntejä.

Henkilöstömitoitus oli korkeampi yritysten palveluasumisessa ja järjestöjen palveluasumisessa. Henkilöstömitoitus on laskettu STM:n laatusuosituksen mukaisesti ja siinä on huomioitu vain hoitotyöhön osallistuvien ammattiryhmien osuudet. Julkisen palveluasumisen henkilöstömitoitus oli matalin ja henkilöstökustannukset myös alhaisemmat. Myös silloin, kun painotettiin laskennallinen hoitopäivän hinta asiakasrakenteella, osoittautui julkinen palveluasuminen edullisimmaksi.

Tuloksia tulkitessa kannattaa pitää mielessä, että kustannustietojen kerääminen etenkin palveluasumisesta on haasteellista erilaisten toimintamallien ja kustannusten jakautumisen takia. Raportissa päädyttiin julkaisemaan tiedot vain henkilöstö- ja toimintakustannusten osalta. Asumiseen ja ruokaan liittyviä kustannuksia oli erityisen vaikea vertailla, koska kustannukset ja niihin liittyvät tulot eivät

välttämättä kulje lainkaan palveluntuottajien kautta. Joissakin palvelutaloissa tiloja hallinnoi eri organisaatio, jolle myös vuokrat maksetaan ja jonka kuluina kiinteistö kustannukset näkyvät. Toisaalla ruokailusta huolehtii eri yritys ja niin kustannukset kuin tulotkin näkyvät vain tämän yrityksen kuluina. Edelleen maksujärjestelmät ovat hyvin erilaisia: joissakin kunnissa kaikki palveluasumiseen liittyvät maksut kulkevat kunnan kautta, joissakin kunnissa asiakas saattaa maksaa palvelusta yhdelle palveluntuottajalle, ruokailusta toiselle ja asumisesta kolmannelle.

Henkilöstöön liittyvien tekijöiden tarkastelu osoittaa, että järjestöjen palveluasumisen ja vanhainkotien henkilöstön kokemusmaailmat olivat työhön ja organisaatioon sitoutumisen sekä ryhmätyön toimivuuden suhteen lähempänä toisiaan ja paremmalla tasolla kuin muualla. Järjestöjen palvelutalot sen sijaan poikkesivat vanhainkodeista siten, että näissä palvelutaloissa johtamiseen oltiin tyytyväisiä ja sitä pidettiin oikeudenmukaisena. Työtä pidettiin myös varsin itsenäisenä. Vanhainkodeissa sen sijaan työn kuormitus (työn vaatimukset, kiire, asiakkaisiin liittyvä rasitus) oli korkeinta.

Julkisen palveluasumisen henkilöstö koki mahdollisuudet hallita työtään ja käyttää kykyjään korkeiksi. Myös johtaminen koettiin oikeudenmukaiseksi julkisissa palvelutaloissa. Samaan aikaan he kokivat kiirettä, suuria työn vaatimuksia ja vastuuta. Korkeat työn vaatimukset ja suuri vastuu yhdistävätkin julkisen ja järjestöjen palvelutuotannon. Muuten järjestöjen palvelutaloissa työhön ja työyhteisöön liittyvät tekijät olivat hyvällä tasolla. Yritysten palveluasumisen henkilöstö koki mahdollisuutensa vaikuttaa työhönsä melko mataliksi, heidän organisaatioon sitoutumisensa oli matala, ryhmätyön toimivuus melko matalalla tasolla ja johtamiseen ei oltu erityisen tyytyväisiä. He ilmaisivat myös suurinta työpaikan vaihtohalukkuutta. Yrityksissä oli toisaalta vähiten kaikkia kuormitustekijöitä. Yrityksissä työskentelevien työpaikanvaihtohalukkuuteen sekä julkisen sektorin korkeaan kuormitukseen voi vaikuttaa se, että julkisen sektorin työntekijät ovat iäkkäämpiä. Yrityksissä on siis enemmän nuoria työntekijöitä, joilla työpaikanvaihtohalukkuus on usein korkeampaa. Vastaavasti ikääntyneemmät työntekijät saattavat kokea kuormitusta enemmän. Vertailutietoa siitä, kuinka henkilöstö kokee tilanteensa julkisissa vanhainkodeissa, ei tällä hetkellä ole käytettävissä, mutta se olisi toki tarpeen.

Vaikka tutkimushankkeen tavoitteena oli selvittää kilpailuttamisen vaikutuksia asiakasrakenteeseen, hoidon laatuun, henkilöstöön ja kustannuksiin, tässä hankkeessa ei päästy asetelmaan, jossa yksiköitä olisi voitu verrata keskenään kilpailuttamisen perusteella. Siksi vertailua on tehty yritysten, järjestöjen ja kunnallisen palvelutuotannon osalta. Tueksi on otettu vertailutietoa julkisesta vanhainkotiasumisesta siltä osin kuin sitä on käytettävissä. Saadut tulokset ovat yleistettävissä lähinnä mukana olleisiin kuntiin ja palveluntuottajiin, mutta ne kuvaavat tilannetta vuosien 2007 ja 2008 aikana. Palvelurakenne muuttuu nopealla vauhdilla, ja seurantatietoa myös kilpailuttamisen vaikutuksista olisi syytä kerätä systemaattisesti.

Saadut tulokset poikkeavat jossakin määrin aiemmista tutkimustuloksista. Yhdysvaltalaisen meta-analyysin perusteella voittoa tavoittelevissa vanhuspalveluissa henkilöstömäärät olivat matalampia ja hoidon laatu heikompaa kuin voittoa tavoittelemattomissa palveluissa. Tämän tutkimuksen perusteella voittoa tavoittelemattomat yksityiset organisaatiot näyttäisivät olevan useimpien tarkasteltujen tekijöiden suhteen paremmalla tasolla. Hoidon laadun osalta eri laatumittarit kuitenkin viittaavat hieman eri suuntiin. Näiden tulosten perusteella ei voida kuitenkaan väittää, että yksityisten palveluiden käyttö tuottaisi heikompaa laatua, enemmänkin päinvastoin. Yritysten ja järjestöjenkin palveluasuminen on selkeästi kunnallista kalliimpaa ja niissä on enemmän henkilöstöä. Tämäkään ei vastaa aiempia tuloksia. Suomessa vastikään ilmestynyt Valviran (2010) selvitys kuitenkin tuotti henkilöstömäärien osalta samansuuntaisia tuloksia.

Henkilöstötekijöiden osalta tulokset ovat myös odotusten vastaisia. Kun aiempien tulosten perusteella voisi odottaa, että yrityksissä henkilöstön kuormitus olisi suurempaa ja johtamiseen oltaisiin tyytyväisempiä, tulokset ovat lähes päinvastaisia. Kunnallisissa yksiköissä johtamiseen oltiin tyytyväisempiä ja sitä pidettiin oikeudenmukaisempana. Samoin työn hallinta ja kykyjen käyttömahdollisuudet olivat hyvällä tasolla. Järjestöissä nämä kaikki tekijät kuormitusta lukuun ottamatta olivat parhaalla tasolla. Julkisen palveluasumisen osalta oli melko oletettavaa, että kuormitus on suurta, koska myös henkilöstömitoitus on varsin matala.

Mistä poikkeavat tulokset johtuvat? Voidaan olettaa, että Suomessa yksityisten palvelujen valvonta on tiukempaa ja kilpailutusprosessissa esimerkiksi tietty henkilöstömäärä on viimeisissä kilpailutuksissa ollut yleensä ehdottomana kriteerinä. Kilpailutusprosessi ja valvonta siis takaavat tietyn minimitason, ja palveluntuottajat tietävät etukäteen, minkälaisilla resursseilla he voivat toimia. Kunnallisia palveluita puolestaan ei valvota samoilla prosesseilla, ja niiden resurssointi riippuu kunnallisesta päätöksenteosta. Siten kunnissa ei tiedetä etukäteen, millä resursseilla toimitaan. Tämä ilmeisesti näkyy siinä, että kunnallisissa yksiköissä henkilöstön kuormitus on suurinta. Näyttää siltä, että mikäli yksityisten palveluiden käytöllä halutaan säästää rahaa, tavoite ei toteudu. On kuitenkin huomattava, että joidenkin kuntien viimeisissä kilpailutuksissa on erityisesti korostettukin sitä, että tavoitteena ei ole säästää, vaan parantaa laatua.

Tämä raportti kuvaa hankkeen perustuloksia, mutta hanke jatkuu. Seuraavassa vaiheessa pyrimme selvittämään tässä raportissa kuvattujen erojen syitä ja paneutumaan moniin kysymyksiin huomattavasti syvällisemmin.

Kirjallisuus

- Allen N. J. & Meyer J. P. 1990. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology* 63: 1–18.
- Amirkhanyan A. A., Kim H. J. & Lambright K. T. 2008. *Journal of Policy Analysis and Management* 27(2): 326–353.
- Bies R. J. & Moag J. S. 1986. Interactional Justice: Communication Criteria of Fairness. Teoksessa R. J. Lewicki, B. H. Sheppard & M. H. Bazerman (toim.) *Research on Negotiation in Organizations*, Vol. 1. JAI Press, Greenwich, 43–55.
- Björkgren M. 2002. Case-mix Classification and Efficiency Measurement in Long-term Care of the Elderly. *Stakes, Research Report 124*, Helsinki.
- Björkgren M., Häkkinen U. & Finne-Soveri H. 1998. Pitkäaikaishoidon voimavarojen tarve RUG-luokituksella. *Stakes, Aiheita 1*, Helsinki.
- Björkgren M., Häkkinen U., Finne-Soveri H. & Fries B. E. 1999. Validity and Reliability of Resource Utilization Groups (RUG III) in Finnish Long-Term Care Facilities. *Scandinavian Journal of Public Health* 27: 228–234.
- Boyne G. A. 2002. Public and private management: what's the difference? *Journal of Management Studies* 39(1): 97–122.
- Burrows A. B., Morris J. N., Simon S. E., Hirdes J. P. & Phillips C. 2000. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age & Ageing* 29(2): 165–172.
- Castle N. G. & Engberg J. 2006. Organizational Characteristics Associated With Staff Turnover in Nursing Homes. *The Gerontologist* 46(1): 62–73.
- Castle N. G., Engberg J., Anderson R. & Men A. 2007. Job Satisfaction of Nurse Aides in Nursing Homes: Intent to Leave and Turnover. *The Gerontologist* 47(2): 193–204.
- Colquitt J. A. 2001. On the Dimensionality of Organizational Justice: A Construct Validation of a Measure. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3): 386–400.
- Comondore V. R., Devereaux P. J., Zhou Q., Stone S. B., Busse J. W., Ravindran N. C., Burns K. E., Haines T., Stringer B., Cook D. J., Walter S. D., Sullivan T., Berwanger O., Bhandari M., Banglawa S., Lavis J. N., Petrisor B., Schünemann H., Walsh K., Bhatnagar N. & Guyatt G. H. 2009. Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 339:b2732.
- Cropanzano R. & Greenberg J. 1997. Progress in organizational justice: Tunneling through the maze. Teoksessa C. Cooper & I. Robertson (toim.) *International review of industrial and organizational psychology*. Wiley, New York, 317–372.
- Devereaux P. J., Heels-Ansdell D., Lacchetti C., Haines T., Burns K. E. A., Cook D. J., Ravindran N., Walter S. D., McDonald H., Stone S. B., Patel R., Bhandari M., Schünemann H. J., Choi P. T., Bayoumi A. M., Lavis J. N., Sullivan T., Stoddart G. & Guyatt G. H. 2004. *The Canadian Medical Association Journal* 170 (12): 1817–1824.
- Donabedian A. 1966. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Millbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3): 166–203.
- D'Souza J. & Megginson W. L. 1999. The financial and operating performance of privatized firms during the 1990s. *Journal of Finance* 54(4): 1397–1438.
- Elo A.-L., Leppänen A., Lindström K. & Ropponen T. 1992. Occupational Stress Questionnaire: User's instruction. *Reviews 19*. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Elovainio M., Heponiemi T., Sinervo T. & Magnavita N. 2010. Organizational justice and health; review of evidence. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia* 32 (3): B5–B9.
- Elovainio M., Kivimäki M. & Vahtera J. 2002. Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health. *American Journal of Public Health*, 92(1): 105–108.
- Elovainio M. & Sinervo T. 1994. Vanhainkötien kehittämisen seuranta tutkimus. *Stakes, Tutkimuksia 44*. Helsinki.
- Elovainio M. & Sinervo T. 1997. Psychosocial stressors at work, psychological stress and musculoskeletal symptoms in the care for the elderly. *Work & Stress* 11(4): 351–361.
- EUGMS Hopea-paperi 2009. Vanhenemiseen liittyvät sairaudet: terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn, perustutkimuksen ja kliinisten näkökohtien tulevaisuus. *Suomen Lääkärilehti* 64(44): Liite 44.

- Falkenberg H., Näswall K., Sverke M. & Sjöber A. 2009. How are employees at different levels affected by privatization? A longitudinal study of two Swedish hospitals. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 82: 45–65.
- Finne-Soveri H., Björkgren M., Vähäkangas P. & Noro A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenteen ja hoidon laatu – Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä [Quality and Case-Mix among Elderly Residents in Home Care. Benchmarking with the RAI]. Stakes, Helsinki, M223.
- Fredriksson S. & Martikainen T. 2006. Kilpailuttaminen ja kvasimarkkinat: Käsitteelliset lähtökohdat. Teoksessa S. Fredriksson & T. Martikainen (toim.) *Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 1. Kunnallisan kehittämissäätiö, Vammala*, 9–18.
- Fredriksson S. & Martikainen T. (toim.) 2006. *Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 1. Kunnallisan kehittämissäätiö, Vammala*.
- Fries B. E., Schneider D. P., Foley W. J., Gavazzi M., Burke R. & Cornelius E. 1994. Refining a case mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical care* 32(7): 668–685.
- Gerasin A., Noro A., Finne-Soveri H. & Björkgren M. 2010. Pohdintoja koti- ja laitoshoidon voimavaratarve luokituksen yhdistämisestä: RUG-III/18. *Käsi kirjoitus*.
- Goldberg D. P. 1972. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph No 22. Oxford University Press, Oxford*.
- Haatainen J. 2006. Kansainvälisiä kokemuksia kilpailuttamisen henkilöstövaikutuksista. Teoksessa S. Fredriksson & T. Martikainen (toim.) *Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 1. Kunnallisan kehittämissäätiö, Vammala*, 101–114.
- Hackman J. R. & Oldham G. R. 1976. Motivation through the development of work: Test a theory. *Organizational Behaviour and Human Performance* 16: 250–279.
- Hansen N., Sverke M. & Näswall K. 2008. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire study. *International Journal of Nursing Studies* 46: 96–107.
- Hart O., Shleifer A. & Vishny R. W. 1997. The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons. *Quarterly Journal of Economics* 112: 1127–1161.
- Heponiemi T., Elovainio M., Laine J., Pekkarinen L., Eccles M., Noro A., Finne-Soveri H. & Sinervo T. 2007. Productivity and Employees' Organizational Justice. Perceptions in Long-Term Care for the Elderly. *Research in Nursing & Health* 30: 498–507.
- Hillmer M. P., Wodchis W. P., Gill S. S., Anderson G. M. & Rochon P. A. 2005. Nursing Home Profit Status and Quality of Care: Is There Any Evidence of an Association. *Medical Care Research and Review* 62(2): 139–166.
- Hirdes J. P., Fries B. E., Morris J. N., Ikegami N., Zimmerman D., Dalby D. M., Aliaga P., Hammer S. & Jones R. 2004. Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist* 44(5): 665–679.
- Honkatukia J., Ahokas J. & Marttila K. 2010. Työvoiman tarve Suomen taloudessa vuosina 2010–2025. VATT Tutkimukset 154. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Hyvärinen O. & Lith P. 2008. Kilpailuttamisen laajuus ja taustatekijät Suomen kunnissa. Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 10. Kunnallisan kehittämissäätiö, Vammala.
- Kanungo R. N. 1982. *Work alienation: An integrative approach*. Praeger, New York.
- Karasek R. A. 1979. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job design. *Administrative Science Quarterly* 24: 258–350.
- Kausto J., Elovainio M. & Elo A.-L. 2003. Työntekijöiden oikeudenmukaisuuskokemukset, terveys ja työn epävarmuus. Työ ja ihminen 17 (4): 304–317.
- Kivimäki M. & Elovainio M. 1999. A short version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 72: 241–246.
- Kokko S., Heinämäki L., Tynkkynen L.-K., Haverinen R., Kaskisaari M., Muuri A., Pekurinen M. & Tammelin M. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti 36. THL, Helsinki.
- Konetzka R. T., Stearns S. C., Konrad T. R., Magaziner J. & Zimmerman S. 2005. Personal Care Aid Turnover in Residential Care Settings: An Assessment of Ow-

- nership, Economic, and Environmental Factors. *The Journal of Applied Gerontology* 24(2): 87–107.
- Kunta-alan työolobarometri 2008. Työ- ja elinkeinoministeriön työolobarometrin 2008 kuntatyöpaikkojen osatarkastelu. <http://www.ttk.fi/files/700/Kuntabaro2008.pdf>, luettu 2.12.2009.
- Kuorinka I., Jonsson B., Kilbom Å., Vinterberg H., Beijing-Sørensen F., Andersson G. & Jorgensen K. 1987. Standardized Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics* 18: 133–137.
- Kähkönen L. 2007. Näennäismarkkinoiden tehokkuuden rajoitteet ja mahdollisuudet paikallishallinnon palveluissa. *Acta Universitatis Tamperensis*; 1277. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7143-8.pdf>, luettu 14.12.2009.
- Kähkönen L. & Volk R. 2008. Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. *Kunnat ja kilpailu -sarjan* julkaisu nro 4. Kunnallisan kehittämissäätö, Vammala.
- Laine J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? *Taloustieteellinen tutkimus vanhuslaitoshoidosta*. *Stakes, tutkimuksia* 151, Helsinki.
- Laine M., Wickström G., Pentti J., Elovainio M., Kaarela-Tuomaala A., Linström K., Raltoharju R. & Suomala T. 2006. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. *Työterveyslaitos, Tampere*.
- Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070348>, luettu 8.12.2009.
- Laki vesi- ja energiahuollon, liikenteen ja postipalvelujen alalla toimivien yksiköiden hankinnoista 30.3.2007/349. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070349>, luettu 8.12.2009.
- Lammi-Taskula J., Salmi M. & Parrukoski S. 2009. Työ, perhe ja tasa-arvo. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 55. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Lehto A.-M. & Sutela H. 2004. Uhkia ja mahdollisuuksia. *Työolotutkimuksen tuloksia 1977–2003*. Tilastokeskus, Helsinki.
- Lehto A.-M. & Sutela H. 2008. Työolojen kolme vuosikymmentä. *Työolotutkimusten tuloksia 1977–2008*. Tilastokeskus, Helsinki.
- Leventhal, G. S. 1980. What should be done with the Equity Theory? *New Approaches to the Study of Fairness in Social Relationships*. Teoksessa K. Gergen, M. Greenberg & R. Willis (toim.), *Social Exchange: Advances in Theory and Research*. Plenum Press, New York, 27–55.
- Linna A. 2008. "Se on niin väärin!" Kokemus johtamisen oikeudenmukaisuudesta ja sen muuttaminen kuntaorganisaatiossa. *Turun kaupparkorkeakoulu, sarja A 7*, Turku. Väitöskirja.
- Lith P. 2006. Yritystoiminta ja kuntien ostopalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Kauppa- ja teollisuusministeriön julkaisuja* 25, Helsinki. http://ktm.elinar.fi/ktm_jur/, luettu 2.12.2009.
- Mache S., Vitzthum K., Nienhaus A., Klapp B. F. & Groneberg D. A. 2009. Physicians' working conditions and job satisfaction: does hospital ownership in Germany make a difference? *BMC Health Services Research* 9: 148.
- Meggison, W. L. & Netter, J. M. 2001. From State to Market: A Survey of Empirical Studies on Privatization. *Journal of Economic Literature*, Vol. 39, Issue 2: 321–389.
- Meierhans D., Rietmann B. & Jonas K. 2008. Influence of Fair and Supportive Leadership Behavior on Commitment and Organizational Citizenship Behavior. *Swiss Journal of Psychology* 67 (3): 131–141.
- Milestapping C. 1992. Caring for profit: alienation and work stress in nursing assistants in Canada. *Work & Stress* 6(1): 3–12.
- Moorman R. H. 1991. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perception influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology* 76: 845–855.
- Mor V., Branco K. J., Fleishman J., Hawes C., Phillips C. D. & Morris J. 1995. The Structure of Social Engagement Among Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 50 B(1): P1–P8.
- Morris J. N. & Fries B. E. 1994. MDS cognitive performance scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 49(4): M174–M182.
- Morris J. N., Fries B. E. & Morris S. A. 1999. Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 54A: M546–M553.
- Noro A., Finne-Soveri H., Björkgren M., Häkkinen U., Laine J., Vähäkangas P., Kerppilä S. & Storbacka R. 2001. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkä-

- aikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Stakes, Aiheita 17/2001, Helsinki.
- Noro A., Finne-Soveri H., Björkgren M. & Vähäkangas P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Saarijärvi.
- OECD. 1981. Welfare State in Crisis. OECD, Paris.
- O'Neill C., Harrington C., Kitchener M. & Saliba D. 2003. Quality of Care in Nursing Homes. An Analysis of Relationship Among Profit, Quality, and Ownership. *Medical Care* 41(12): 1318–1330.
- Pekkarinen L. 2007. The Relationships between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents. Research Report 171. Stakes, Helsinki. Academic Dissertation.
- Pekkarinen L., Sinervo T., Elovainio M., Noro A., Finne-Soveri H. & Laine J. 2004. Asiakkaiden toimintakyky, työnorganisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes, Aiheita 11, Helsinki.
- Perry J. L. & Rainey H. G. 1988. The Public-Private Distinction in Organizational Theory. A Critique and research Strategy. *The Academy of Management Review* 13(2): 182–201.
- Pollitt C., van Thiel S. & Homburg V. (toim.) 2007. New Public Management in Europe. Adaptation and Alternatives. Palgrave Macmillan, New York.
- Poss J. W., Hirdes J. P., Fries B. E., McKillop I. & Chase M. 2009. Validation of Resource Utilization Groups version III for home care (RUGIII/HC): Evidence from a Canadian home care jurisdiction. *Med Care*, Apr 46(4): 380–387.
- RAI-käsikirja. 2001. Chydenius-instituutti, Stakes & Inter-RAI.
- RAI-tietokanta, THL, 2010.
- Rizzo J. R., House R. J. & Lirtzman S. I. 1970. Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly* 15(2): 150–163.
- Salmi M. 2004. Työn ja perheen yhteensovittamisen foorumit. Teoksessa M. Salmi & J. Lammi-Taskula (toim.) Puhelin, mummo vai joustava työaika? Työn ja perheen yhdistämisen arkea. Stakes, Helsinki, 129–137.
- Schroll M., Jonsson P., Mor V., Berg K. & Sherwood S. 1997. An International Study of Social Engagement among Nursing Home Residents. *Age and Ageing* 26(2): 55–59.
- Shen Y.-C. & Eggleston K. 2008. The Effect of Soft Budget Constraints on Access and Quality in Hospital Care. National Bureau of Economic Research Working Paper No. 14256, Cambridge, Massachusetts.
- Sinervo T. 2000. Work in care for the elderly: Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures. Research reports 109, Stakes, Helsinki. Academic Dissertation.
- Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2008. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Tilastoraportti 16/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr16_09.pdf
- Sosiaalihuoltolaki. 17.9.1982/710. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>, luettu 9.12.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmistien palvelujen laatusuositus. http://www.stm.fi/c/document_library, luettu 2.12.2009.
- Suoniemi I., Syrjä V. & Taimio H. 2005. Vanhusten asumispalveluiden kilpailuttaminen. Palkansaajien tutkimuslaitos, Tutkimuksia 97, Helsinki.
- Tuomala M. 2009. Julkistalous. 2. painos. Gaudeamus, Tampere.
- Tuomi K., Ilmarinen J., Jähkölä A., Katajarinne A. & Tulkki A. 1997. Työkykyindeksi. 2. korjattu painos. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Tynkkynen L.-K. 2009. Mahdollisuuksien ikkunaa etsimässä – yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuuden esteet ja edellytykset suomalaisessa silmäterveydenhuollossa. Tampereen yliopisto, Tampere. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03804.pdf>, luettu 11.12.2009.
- Unruth L. & Wan T. T. H. 2004. A Systems Framework for Evaluating Nursing Care Quality in Nursing Homes. *Journal of Medical Systems* 28(2): 197–214.
- Valtioneuvoston asetus julkisista hankinnoista 24.5.2007/614. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070614>, luettu 8.12.2009.
- Valvira 2010. Vanhusten ympärivuorokautisen sosiaalihuollon palvelut. Toimintayksiköihin tehdyn kyselyn tulokset ja valvonnan jatkotoimenpiteet. Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, selvityksiä 3:2010, Helsinki.

- Viikari-Juntura E., Kurppa K. & Kuosma E. 1991. Prevalence of epicondylitis and elbow pain in the meat-processing industry. *Scand J Work Environ Health* 17: 38–45.
- Voutilainen P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tutkimuksia 142, Stakes, Helsinki. Akateeminen väitöskirja.
- Väestötilastot 2009. Väestöennuste 2009–2060. Suomen virallinen tilasto. Tilastokeskus, Helsinki. http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_fi.pdf, luettu 13.07.2010.
- Walsh K. 1995. Public Services and Market Mechanism: Competition, Contracting and the New Public Management. Macmillan, Basingstoke.
- Walumbwa F. O., Hartnell C. A. & Oke A. 2010. Servant Leadership, Procedural Justice Climate, Service Climate, Employee Attitudes, and Organizational Citizenship Behavior: A Cross-Level Investigation. *Journal of Applied Psychology*, 95(3): 517–529.
- West M. A. 1990. The social psychology of innovation in groups. Teoksessa M. A. West & J. L. Farr (toim.) *Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies*. Wiley, Chichester, 309–333.
- Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2010. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto. Tiedot poimittu 10.6.2010.
- Yksityiset sosiaalipalvelut 2008. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Tilastoraportti 10/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr10_09.pdf.
- Ylöstalo P. & Jukka P. 2010. Työolobarometri. Lokakuu 2009. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 34. http://www.tem.fi/files/27208/TEM_34_2010_netti.pdf.
- Zimmerman D., Karon S., Arling G., Ryther B., Collins T., Ross R. & Sainfort F. 1995. Development and testing of nursing home quality indicators. *Health Care Financing Review* 16(4): 107–128.

Liite I Henkilöstökyselyn mittaristo

Työn kuormitustekijät		
Kiire (3 osiota) (Asteikko 1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Asiakkaalle liian vähän aikaa, työtä ei ehdi tehdä kunnolla, vain välttämättömät tehtävät ehtii tehdä	Elovainio & Sinervo 1994
Liiallinen vastuu (3 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Vastuu asiakkaista/potilaista, vastuu työyhteisön ihmisistä, vastuu taloudesta	
Asiakassuhteet (3 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Passiivisuus, erilaiset toiveet, hoidosta kieltäytyminen, väkivaltaisuus	Elovainio & Sinervo 1997
Asiakkaiden kuntoisuus (3 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Levottomuus, ärtyisyys, häiriökäyttäytyminen	Elovainio & Sinervo 1997
Rooliepäselvyydet (6 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Tieto päätösvallasta, vastuusta, päämääristä ja odotuksista	Rizzo ym.1970
Rooliristiriidat (7 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Ristiriitaiset odotukset, erilaisia ryhmiä, mahdottomat odotukset, työtä joutuu tekemään eri tavoin kuin mielestään pitäisi	Rizzo ym.1970
Ergonomia (3 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Hankalat nostot, toistuvat yksipuoliset liikkeet, vaikeat työasennot	Työstressikysely Elo ym. 1992
Työympäristö (2 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Tilanahtaus, työvälineiden puutteet	Työstressikysely Elo ym. 1992
Työn motivaatiotekijät		
Työn itsenäisyys (3 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Itsenäiset päätökset, sananvalta omiin töihin, vapaus päättää omista töistä	Job control/ Karasek 1979
Kykyjen käyttö (6 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Luovuus, tehtävien samanlaisena toistuminen, vaatimukset, oppiminen, monipuolisuus, mahdollisuus kykyjen kehittämiseen	Skill discretion/ Karasek 1979
Työn vaatimukset (3 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Työ vaatii erittäin kovaa työntekoa, kohtuuton työ määrä, töitä ei saa tehdä annettuna ajassa	Job demands/ Karasek 1979

Työn hallinta (9 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Työn itsenäisyys, kykyjen käyttö, työn vaatimukset	Job control/Karasek 1979 Skill discretion/ Karasek 1979 Job demands/ Karasek 1979
Kehittymismahdollisuudet (6 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Työnohjaus, kehityskeskustelut, ammatillista kehittymistä tukeva koulutus, omaehtoisen opiskelun tukeminen, työn kehittäminen, tieto uusista käytännöistä	
Sosiaalinen tuki (2 osiota) (1 aina - 5 ei koskaan)	Tuki esimieheltä, tuki työtovereilta	
Työyhteisön toiminnan ja johtamisen laatu		
Vuorovaikutuksen turvallisuus (4 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	"Me henki", hyväksyminen, tiedon jakaminen	TCI/Kivimäki & Elovainio 1999
Ideointi (3 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Käytetään aikaa ideoiden kehittämiseen, etsitään uusia toimintatapoja, sovelletaan	TCI/Kivimäki & Elovainio 1999
Yhteiset tavoitteet (4 osiota) (1 erittäin paljon - 5 erittäin vähän)	Ryhmän/työyhteisön tavoitteet tunnustetaan ja hyväksytään, tavoitteita pidetään tärkeinä	TCI/Kivimäki & Elovainio 1999
Oman toiminnan kriittinen arviointi (3 osiota) (1 erittäin paljon - 5 erittäin vähän)	Kyseenalaistaminen, heikkouksien arviointi	TCI/Kivimäki & Elovainio 1999
Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus (7 osiota) (1 pitää täysin paikkaansa - 5 ei pidä lainkaan paikkaansa)	Päätökset tehdään oikean tiedon perusteella, epäonnistuneet päätökset voidaan purkaa/muuttaa, kaikki voivat vaikuttaa, johdonmukaisuus päätöksissä, kaikilla oikeus ilmaista mielipiteensä, mielipiteillä on vaikutusta päätöksiin, päätösten vaikutusten seuranta ja siitä tiedottaminen, päätösten perusteet ovat avoimia ja tarkennettavissa	Formal procedures justice/Moorman 1991
Esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus (6 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Esimies kuuntelee alaisten mielipiteitä, esimiehen henkilökohtaiset mieltymykset eivät vaikuta häiritsevästi päätöksiin, esimies tiedottaa päätöksistä ajoissa, esimies kohtelee alaisiaan ystävällisesti, esimies kunnioittaa alaiensa oikeuksia, esimieheen voi luottaa	Interactional justice/Moorman 1991

Palkitsemisen oikeudenmukaisuus (4 osiota) (1 pitää täysin paikkansa - 5 ei pidä lainkaan paikkansa)	Palkka ja arvostus vastaavat työhön annettua panostusta, ovat sopivia suhteessa aikaansaannoksiin työssä, vastaavat organisaatiolle annettua panostusta, ovat oikeutettuja suoriutumiseen nähden	Distributive justice/ Colquitt 2001
Johtaminen (13 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Esimies tukee ja rohkaisee, antaa kiitosta, innostaa, keskustelee työntekijöiden kanssa, kertoo avoimesti työpaikan asioista, luottaa työntekijöihinsä, kannustaa työntekijöitä opiskelemaan ja kehittymään työssään, antaa riittävästi palautetta onnistumisista, jakaa järkevällä tavalla vastuuta, kykenee sovittelemaan ristiriitoja	Lehto & Sutela 2004
Työn tekijöiden hyvinvointia kuvaavat tekijät		
Stressi (1 osio) (1 en lainkaan - 5 erittäin paljon)	Koettu stressi: jännittyneisyyden tunne, levottomuus, hermostuneisuus, ahdistuneisuus, nukkumisvaikeudet asioiden vaivatessa mieltä	Työstressikysely Elo ym. 1992; Viikari-Juntura ym. 1991
Psyykinen hyvinvointi (12 osiota) (Asteikko 1-4)	Oireita hermostuneisuus, mieliala, tyyneys, alakulo, onnellisuus	GHQ-12/Goldberg 1972
Psykosomaattiset oireet (3 osiota) (1 ei koskaan - 5 hyvin usein)	Päänsärky, vatsakipu, sydämentykytys	Työstressikysely Elo ym. 1992
Tuki- ja liikuntaelinoireet (8 osiota) (1 ei yhtenäkkään päivänä - 5 päivittäin)	Niska- ja hartiaseutu, olkapää ja kädet, jalat, alaselkä	Kuorinka ym. 1987
Unihäiriöt (4 osiota) (1 ei lainkaan - 6 joka yö)	Nukahtamisvaikeudet, heräily useita kertoja yössä, vaikeudet pysyä unessa, väsymys ja uupumus tavallisen yön jälkeen	
Työkyky	Itse arvioitu työkyky 0 täysin työkyvytön - 10 työkyky parhaimmillaan	Tuomi ym. 1997
Työntekijöiden sitoutumiseen ja työssä viihtymiseen liittyvät tekijät		
Työhön sitoutuminen (5 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Työn merkitys itselle, siteet nykyiseen työhön, työ tärkeä osa elämää	Kanungo 1982
Organisaatioon sitoutuminen (8 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Ylpeys, tunneside, yhteenkuuluvuus, halu panostaa työyhteisöön	Allen & Meyer 1990
Työtyytyväisyys (4 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Tyytyväisyys yleensä, tyytyväisyys kasvuun, haasteellisuuteen, merkityksellisyyteen	JDS/Hackman & Oldham 1976

Arvio eläkkeelle selviytymisestä (1 osio) (1 varmasti - 5 varmastien)	Oma arvio selviytymisestä eläkeikään asti nykyisessä työssä	
Eläkkeelle jäätihalukkuus (1 osio) (1 en ole ajatellut - 4 olen jo jättänyt eläkehakemuksen)	Työkyvyttömyyseläkkeen tai jonkin muun eläkkeen hakemisen harkitseminen	
Työpaikan vaihtohalukkuus (1 osio) Kysymys 39 vai 40? (1 jatkaisin nykyisessä - 5 luopuisin työstä kokonaan)	Työstä eroamisen harkitseminen	
Työpaikan houkuttelevuus pienten lasten vanhemmille (1 osio)	1 ei lainkaan houkutteleva -10 erittäin houkutteleva)	
Työn ja perheen yhteensovittaminen (8 osiota) (1 erittäin helppoa - 5 erittäin vaikeaa)	Lomajärjestelyt, ylitöiden tekeminen, ylitöiden pitäminen vapaana, tilapäinen poissaolo keskellä päivää yksityisasioiden hoitamista varten, poissalo sairaan lapsen hoitamista varten, osa-aikatyö (osittainen hoitovapaa/muu syy kuin osittainen hoitovapaa), työvuorot	Lammi-Taskula ym. 2009; Salmi 2004.

Liite II Henkilöstökyselyn osatekijöiden keskiarvot ja luottamusvälit

	Yritys/palveluasum.		Järjestö/palveluasum.		Järjestö/vanhaink.		Julkinen/palveluasum.		
	n = 25		n = 51		n = 45		n = 52		
	ka	95% luottamusväli	ka	95% luottamusväli	ka	95% luottamusväli	ka	95% luottamusväli	
Kuormitustekijät									
Kiire	3,02	[2,89;3,14]	3,29	[3,19;3,39]	3,41	[3,30;3,53]	3,47	[3,38;3,57]	
Liiallinen vastuu	3,06	[2,93;3,20]	3,24	[3,14;3,34]	3,21	[3,09;3,33]	3,23	[3,13;3,33]	
Asiakassuhteet	3,07	[2,97;3,18]	3,08	[3,00;3,16]	3,13	[3,03;3,22]	3,2	[3,12;3,28]	
Asiakkaiden kuntoisuus	3,03	[2,92;3,14]	3,17	[3,09;3,25]	3,23	[3,13;3,33]	3,12	[3,04;3,20]	
Rooliepäselvyydet	2,02	[1,94;2,11]	1,92	[1,85;1,98]	1,86	[1,78;1,94]	1,95	[1,88;2,02]	
Rooliristiriidat	2,68	[2,57;2,80]	2,64	[2,55;2,72]	2,64	[2,53;2,75]	2,74	[2,65;2,83]	
Ergonomia	3,38	[3,26;3,51]	3,52	[3,42;3,62]	3,73	[3,62;3,85]	3,69	[3,59;3,78]	
Työympäristö	3,1	[2,97;3,24]	3,15	[3,04;3,25]	3,21	[3,08;3,33]	3,38	[3,28;3,48]	
Motivaatiotekijät, sitoutuminen ja viihtyminen									
Työn itsenäisyys	3,51	[3,40;3,63]	3,72	[3,64;3,81]	3,69	[3,59;3,80]	3,52	[3,43;3,61]	
Kykyjen käyttö	3,44	[3,35;3,52]	3,62	[3,56;3,69]	3,54	[3,46;3,61]	3,67	[3,60;3,73]	
Työn vaatimukset	3,1	[2,97;3,23]	3,3	[3,20;3,40]	3,47	[3,35;3,59]	3,53	[3,43;3,63]	
Työn hallinta	3,46	[3,38;3,54]	3,65	[3,59;3,71]	3,59	[3,51;3,66]	3,62	[3,56;3,68]	
Kehittämismahdollisuudet	3,54	[3,44;3,64]	3,6	[3,53;3,68]	3,49	[3,40;3,58]	3,6	[3,52;3,68]	
Sosiaalinen tuki	3,71	[3,60;3,83]	3,84	[3,76;3,93]	3,72	[3,62;3,83]	3,68	[3,59;3,77]	
Työhön sitoutuminen	2,84	[2,72;2,95]	2,91	[2,82;3,00]	2,95	[2,84;3,05]	2,81	[2,73;2,90]	
Organisaatioon sitoutuminen	3,19	[3,10;3,29]	3,37	[3,30;3,44]	3,36	[3,28;3,45]	3,22	[3,15;3,29]	
Työtyytyväisyys	3,69	[3,59;3,78]	3,76	[3,69;3,83]	3,78	[3,69;3,84]	3,77	[3,70;3,84]	
Arvio eläkkeelle selviytymisestä	3,58	[3,43;3,72]	3,44	[3,33;3,55]	3,43	[3,30;3,56]	3,54	[3,42;3,65]	

	Yritys/palveluasum.		Järjestö/palveluasum.		Järjestö/vanhaink.		Julkinen/palveluasum.	
	n = 25		n = 51		n = 45		n = 52	
	ka	95% luottamusväli	ka	95% luottamusväli	ka	95% luottamusväli	ka	95% luottamusväli
Eläkkeelle jääntihalukkuus	1,18	[1,11;1,25]	1,19	[1,13;1,24]	1,23	[1,17;1,30]	1,2	[1,15;1,27]
Työpaikan vaihtohalukkuus	2,51	[2,36;2,67]	2,31	[2,19;2,43]	2,17	[2,03;2,31]	2,32	[2,20;2,44]
Työpaikan houkut. lapsille	6,36	[6,03;6,69]	6,05	[5,81;6,29]	6,01	[5,72;6,30]	5,6	[5,36;5,85]
Työn ja perheen yhteensovitt.	3,62	[3,52;3,71]	3,72	[3,65;3,79]	3,61	[3,52;3,70]	3,6	[3,53;3,68]
Työyhteisön toiminta ja johtaminen								
Vuorovaikutuksen turvall.	3,69	[3,57;3,81]	3,98	[3,89;4,07]	3,89	[3,76;4,00]	3,72	[3,63;3,81]
Ideointi	3,31	[3,18;3,44]	3,47	[3,37;3,56]	3,36	[3,24;3,47]	3,27	[3,18;3,37]
Yhteiset tavoitteet	3,83	[3,74;3,92]	3,95	[3,88;4,02]	3,92	[3,84;4,00]	3,79	[3,72;3,85]
Oman toiminnan kriittinen arviointi.	3,31	[3,20;3,41]	3,45	[3,37;3,53]	3,4	[3,31;3,50]	3,35	[3,27;3,43]
Organisaation toim.oikeudenmuk.	3,57	[3,46;3,67]	3,59	[3,51;3,67]	3,4	[3,30;3,49]	3,57	[3,49;3,65]
Esimiehen toim. oikeudenmuk.	3,56	[3,44;3,69]	3,81	[3,72;3,91]	3,73	[3,47;3,70]	3,73	[3,64;3,83]
Johtaminen	3,45	[3,34;3,57]	3,57	[3,48;3,65]	3,33	[3,23;3,43]	3,55	[3,47;3,64]
Työntekijöiden hyvinvointi								
Stressi	2,41	[2,27;2,55]	2,48	[2,37;2,58]	2,45	[2,32;2,58]	2,53	[2,42;2,64]
Psyykinen hyvinvointi	3,05	[2,99;3,11]	3,03	[2,98;3,08]	2,99	[2,98;3,08]	3,02	[2,97;3,07]
Psykosomaattiset oireet	2,23	[2,13;2,33]	2,26	[2,18;2,34]	2,34	[2,25;2,44]	2,27	[2,20;2,35]
Tuki- ja liikuntaelin oireet	1,75	[1,65;1,85]	1,76	[1,69;1,84]	1,9	[1,81;1,99]	1,81	[1,74;1,89]
Unihäiriöt	2,45	[2,29;2,62]	2,57	[2,44;2,69]	2,64	[2,49;2,79]	2,55	[2,43;2,68]
Työkyky	8,39	[8,20;8,59]	8,25	[8,10;8,39]	8,22	[8,04;8,39]	8,19	[8,04;8,34]

Liite III Kliiniset hoidon laadun indikaattorit, keskiarvot

	Yritys/palveluasum.		Järjestö/palveluasum.		Järjestö/vanhaink.		Julkinen/palveluasum.	
	n = 26		n = 52		n = 44		n = 55	
	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.	ka.	kh.
(e) Vähintään 9 lääkettä	40,34	20,26	35,40	20,05	42,15	18,68	55,24	12,37
(e) Antipsykoottien käyttö ilman psykoottisia tai muita oireita	30,06	20,17	29,96	18,91	30,78	20,03	31,85	14,06
(e) Rauhoittavien ja/tai unilääkkeiden käyttö ilman psykoottisia tai muita oireita	40,15	20,81	45,70	19,93	37,44	20,27	42,16	17,92
(e) 1–4 asteen painehaavat	5,40	5,37	4,91	6,19	6,072	6,45	5,54	4,89
(e) Kova päivittäinen kipu	2,86	4,18	4,16	6,65	4,82	5,24	6,60	6,82
(e) Käyttöoire, joka vaikuttaa muihin	26,93	14,88	35,07	19,32	40,15	18,51	23,31	13,61
(e) Alavireinen mieliala	11,11	11,13	15,72	10,83	19,27	12,51	20,47	11,39
(e) Sairaalahoido / päivystys käynti viimeisen 90vrk:n aikana laitoshoidossa, 30 vrk:n aikana kotihoidossa	17,80	9,37	19,09	11,03	15,58	9,33	27,20	10,78
(e) Painon lasku ilman terminaalioprognosia	5,407	5,44	5,022	5,29	6,69	7,14	4,22	5,42
(e) Ei liikkumisapuvälineitä vaikka asiakkaalla vaikeuksia liikkua ^^^^	51,63	20,21	54,28	22,41	42,46	16,19	19,27	17,83
^^^^ HC:ssä monipuolisempi.								