

Laura Pekkarinen, Timo Sinervo, Marko Elovainio, Anja Noro,
Harriet Finne-Soveri, Juha Laine

Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa

Aiheita 11/2004

Tutkimus on toteutettu Työsuojelurahaston ja Suomen Akatemian
rahoituksella

Tekijät Laura Pekkarinen, Timo Sinervo, Marko Elovainio, Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Juha Laine		Julkaisija Stakes
		Kustantaja Stakes
Julkaisun nimi Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa		
Julkaisun sarja ja numero Aiheita 11/2004		
Tiivistelmä Stakesissa käynnistettiin vuonna 2000 Työsuojelurahaston ja Suomen Akatemian rahoituksella monitieteinen <i>HoiToVa</i> -tutkimushanke. Hankkeessa luotiin menetelmiä ja tutkittiin hoidon laatua, tuottavuutta, kustannustehokkuutta, henkilöstön hyvinvointia ja työyhteisön toimivuutta sekä niitä selittäviä tekijöitä parhaimmillaan yli sadalla laitoshoidon osastolla. Tutkimushanke rakennettiin <i>RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking</i> -hankkeen ympärille ja se koostui neljästä osahankkeesta. Tässä raportissa kuvataan hankkeen osana toteutetun henkilöstötutkimuksen tutkimusmenetelmiä ja käydään läpi tutkimuksen tuottamia tuloksia työhön ja työyhteisöön liittyvistä tekijöistä ja henkilöstön hyvinvoinnista. Raportissa keskitytään siihen, miten asiakkaiden toimintakyky on yhteydessä työn haastavuuteen, työntekijöiden kuormittumiseen ja hyvinvointiin. Lisäksi selvitetään, onko yksikköjen erikoistumisella merkitystä työn kuormittavuuden kannalta. Raportissa on käytetty tietoja kolmesta lähteestä: vuonna 2002 toteutetun henkilöstökyselyn lisäksi on käytetty saman vuoden osastokyselyn tietoja yksikköjen koosta ja henkilökunnasta. Näihin on yhdistetty RAI-hankkeen tuottamia yksikkötason keskiarvo- tai jakaumatietoja asiakkaiden fyysisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystä, depressio- ja käytösoireista ja yksikköjen kustannuspainoista, sekä tietoja yksikköjen erikoistumisesta dementian tai psykiatristen häiriöiden hoitoon. Raportissa esiteltävän tutkimuksen aineisto koostuu 100 vanhusten pitkäaikaishoidon yksiköstä, joissa kaikkiaan 1061 työntekijää vastasi henkilöstökyselyyn vuonna 2002. Yksiköistä 76 oli vanhainkotiyksiköitä, 17 terveyskeskus- ja 7 palvelutaloyksikköä. 42 yksikköä oli erikoistunut dementia-/psykiatriseen hoitoon ja 58 oli sekaosastoja. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että vanhusten laitoshoidon perinteiset rasiustekijät, kuten kiire ja fyysinen kuormitus, vaivaavat edelleen työntekijöitä ja altistavat heidät sekä psyykkiselle että fyysiselle oireilulle. Näiden ohella työrooleihin liittyvät ristiriitaisuudet ja epäselvyydet heikensivät työntekijöiden hyvinvointia. Työssä oli kuitenkin myös motivoivia piirteitä, joista työntekijöiden mahdollisuus vaikuttaa työhönsä ja luottamus omaan ammattitaitoonsa suojasivat heidän hyvinvointiaan. Työntekijät sitoutuivat ja viihtyivät työssään paremmin, kun kokivat paitsi työnsä motivoivaksi, myös työyhteisönsä toiminnan hyväksi ja turvalliseksi ja johtamisen yksikössä oikeudenmukaiseksi. Tutkimuksessa havaittiin, että yksikköjen erikoistuminen on yhteydessä työn motivoivuuteen ja työyhteisöjen toimintaan. Dementiaan/psykiatriseen hoitoon erikoistuneissa yksiköissä työyhteisöt toimivat paremmin, johtaminen koettiin oikeudenmukaisemmaksi ja työ motivoivammaksi kuin niissä yksiköissä, joissa ei erikoistuttu tiettyyn asiakasryhmään ja asiakaskunta oli hyvin vaihtelevaa (ns. sekaosastot). Asiakkaiden toimintakyvyllä oli selvä yhteys työn kuormitustekijöihin, mutta asiakkaiden heikko toimintakyky tai oireilu vaikutti työntekijöiden kuormittumiseen eri tavoin dementia-/psykiatriaosastoilla ja sekaosastoilla. Asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen ei juuri lisännyt työntekijöiden kuormittumista sekaosastoilla, mutta dementia-/psykiatriaosastoilla kyllä. Sitä vastoin asiakkaiden ympäristöä häiritsevä käyttäytyminen lisäsi työntekijöiden kuormittumista sekaosastoilla, kun taas dementia-/psykiatriaosastoilla käytösoireiset asiakkaat vähensivät työn kuormittavuutta ja lisäsivät työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä. Raportissa pohditaan, tekeekö yksikköjen erikoistuminen yhteen asiakasryhmään työyhteisöistä, niiden tavoitteista ja toimintatavoista yhtenäisemmät, ja edesautetaanko näin myös työntekijöiden hyvinvointia.		
Avainsanat vanhukset, sosiaali- ja terveyspalvelut, vanhustenhoito, henkilöstö, työolot, työkuormitus, stressi, hyvinvointi, työtyytyväisyys, RAI (Resident Assessment Instrument), dementia-/psykiatriaosastot, vanhainkoti, terveyskeskus, palveluasuminen		
Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)		
ISSN 1236-9845	ISBN 951-33-1440-5 (painettu julkaisu) 951-33-1441-3 (verkkoversio)	
Kokonaissivumäärä 58	Kieli Suomi	Hinta 16 € (sis. alv)
Jakaja ja myyjä Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2190 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450 www.stakes.fi/julkaisut		

Sisällys

Johdanto	7
Teoreettinen tausta	10
Asiakkaiden toimintakyky, organisaatio ja hoitotyö	10
Psykososiaaliset tekijät, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu	11
HoiToVa -henkilöstökyselyn osa-alueet	13
Kuormitustekijät	14
Motivaatiotekijät	15
Työyhteisön toiminnan laatu ja johtamisen oikeudenmukaisuus	16
Psyykinen stressi, psykosomaattiset oireet sekä tuki- ja liikuntaelinten oireet	17
Sitoutuminen ja viihtyminen työssä	18
Asiakkaiden toimintakykyä kuvaavat indikaattorit	19
Tutkimuksen toteutus	21
Yksikköjen perustiedot	21
Henkilöstökyselyyn vastanneet työntekijät	22
Yksikköjen asiakkaiden toimintakyky	23
Tulokset	24
Työn kuormitustekijät	25
Työn vaativuus ja kiire (työn organisointi)	25
Asiakastyöhön liittyvät kuormitustekijät (työn sisältö)	27
Tavoitteiden selkeys	30
Fyysiset kuormitustekijät	32
Motivaatiotekijät	32
Työyhteisön toiminnan laatu ja johtamisen oikeudenmukaisuus	33
Psyykinen stressi, psykosomaattiset oireet sekä tuki- ja liikuntaelinten oireet	35
Työkuormituksen yhteys oireiluun	35
Työn motivaatiotekijät hyvinvoinnin suojana	36
Työyhteisön toimivuus ja johtamisen oikeudenmukaisuus	37
Yhteenveto työntekijöiden hyvinvointia selittävistä tekijöistä	38
Työntekijöiden sitoutuminen ja viihtyminen työssä	39
Työn kuormitustekijät viihtymisen uhkana	42
Työn motivaatiotekijät sitoutumisen ja viihtymisen edistäjinä	43
Työyhteisön toimivuus, johtamisen oikeudenmukaisuus ja työntekijöiden viihtyminen	44
Yhteenveto työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä selittävistä tekijöistä	45
Johtopäätökset ja pohdinta	47
Mitä käytännön suosituksia ja haasteita tutkimus tuottaa?	50
Lähteet	52
Liitetaulukot	54

Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työ on muuttunut entistä kuormittavammaksi viimeisen vuosikymmenen aikana toisin kuin useilla muilla työelämän alueilla (Ylöstalo, 2003). Sosiaali- ja terveysalalla työ on muuttunut kiireisemmäksi, johtamisen ongelmat ovat lisääntyneet, jatkuvan muutoksen koetaan raskittavan entistä enemmän, sairauspoissaolot ovat lisääntyneet merkittävästi ja henkilöstö kokee hoidon laadun heikentyneen (Vahtera, Kivimäki & Virtanen, 2002; Wickström, Laine, Pentti, Elovainio & Lindström, 2000).

Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla kehitys on ollut erityisen huolestuttavaa. Henkilöstön hyvinvointi on useiden tutkimusten perusteella entisestään heikentynyt viime vuosina ja vanhusten laitoshoidon laatua on arvosteltu voimakkaasti (Sinervo, 2000; Vahtera ym., 2002; Wickström ym., 2000). Työ vanhusten pitkäaikaishoidossa on niin ruumiillisesti kuin henkisesti raskasta, ja lisääntyneet haasteet sekä voimavarojen niukkuus ovat entisestään korostaneet ongelmia. Hoitohenkilöstö on uupunutta, osa koulutetuista työntekijöistä kokee työnsä haasteettomaksi ja työnkuva koetaan usein pirstaleiseksi (Sinervo, 2000; Vaarama, Kainulainen, Perälä & Sinervo, 1999). Laitoshoidon on viime vuosina myös muutoin käynyt läpi suuria muutoksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksia on yhdistetty, osastorakenteita on muutettu ja yksikköjen asiakasrakenteet on muuttunut voimakkaasti. Asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia ja työntekijöiden näkökulmasta raskaampia hoitaa (Vaarama, Hakkarainen, Voutilainen & Päivärinta, 2000). Tästä huolimatta henkilöstön määrä on alkanut lisääntyä vasta 2000-luvun alussa lievästi (Laine, 2003; SVT, 2003). Kun väestön vanhimmat ikäluokat kasvavat nopeasti, heitä hoitavat työntekijät ovat entistä vanhempia ja työntekijöiden eläköityminen kiihtyy, kaikki mahdolliset keinot parantaa henki-

löstön hyvinvointia ja hoidon laatua on saatava käyttöön.

Huolimatta keskimääräisestä tasosta tiedetään, että niin henkilöstön hyvinvoinnissa kuin hoidon laadussakin on laajaa vaihtelua organisaatioiden ja yksiköiden/osastojen välillä. Hoidon kustannuksilla ja henkilöstön määrällä tiedetään olevan yhteyttä näihin, mutta taloudelliset tekijät selittävät vain pienen osan hyvinvoinnin ja laadun vaihtelusta. Sen sijaan organisaatiorakenteella, laitostyyppillä ja yksikkökoolla on todettu olevan yhteys laatuun (Hannan, Norman & Redfern, 2001; Vaarama ym., 1999). Arkikokemus kertoo, että asiakkaiden toimintakyvyllä ja henkilöstömäärällä on suuri merkitys työntekijöiden työssä jaksamiselle. Tiedetään, että esimerkiksi pienessä dementiayksikössä työskentely on varsin erilaiselta kuin terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentely. Samoin on entistä enemmän tutkimustuloksia siitä, että työn psykososiaaliset tekijät, kuten organisaatiokulttuuri, ilmapiiri, ryhmätyön toimivuus, johtaminen ja työntekijöiden kokemus stressiä selittävät yllättävänkin suuren osan laadun vaihtelusta (Hannan ym., 2001; Pekkarinen, Sinervo, Perälä & Elovainio, 2004; Sinervo, Elovainio & Perälä, 1999).

Useissa vanhusten hoidon laitoksissa osallistutaan erilaisiin kehittämishankkeisiin ja vietään läpi organisaatiouudistuksia, joiden uskotaan vaikuttavan henkilöstön työssä jaksamiseen ja hoidon laatuun. Suuria laitossyksiköitä on jaettu pienempiin osiin, erikoistuttu dementiahoitoon, siirretty erilaisiin hoitomalleihin ja lisätty henkilöstön vaikutusmahdollisuuksia (Anderson & Hughes, 1993; Nissen, Boumans & Landeweerd, 1997). Lisäksi esimerkiksi laitosten työilmapiiriä ja johtamista on kehitetty lukuisissa hankkeissa. Tutkimustieto siitä, kuinka erilaiset kehittämishankkeet ja organisaatiouudistukset vaikuttavat työntekijöiden työssä jaksamiseen ja hoidon laatuun, on kuitenkin

yhä puutteellista (Elovainio & Sinervo, 1994; Hannan ym., 2001; Kruzich, Clinton & Kelber, 1992; Smyer, Brannon & Cohn, 1991). Suurin osa tutkimuksista ja kehittämishankkeista on perustunut tapaustutkimuksiin, pieniin aineistoihin tai poikkileikkausasetelmiin. Puutteellisen tutkimustiedon vuoksi esimerkiksi pienen yksikkökoon tai homogeenisen asiakasrakenteen hyödyistä onkin paljon erimielisyyttä.

Uuseimmissä tutkimuksissa ei myöskään ole voitu ottaa huomioon yksikön asiakkaiden toimintakykyä, joka näyttäisi olevan voimakkaasti yhteydessä niin asiakkaiden arvioihin laadusta kuin henkilöstön kuormitukseenkin. Esimerkiksi Kruzichin ym. (1992) mukaan laatuarviot vaihtelivat voimakkaasti asiakkaan fyysisen toimintakyvyn mukaan ja varsin erilaiset tekijät olivat tärkeitä erikuntoisille asiakkaille. Yksiköt, joiden asiakasrakente poikkeaa toisistaan (vrt. dementiapotilaat/fyysiseltä toimintakyvyltään huonokuntoiset), saattavat niinkään olla hyvinkin erilaisia henkilöstön hyvinvoinnin näkökulmasta, mikä pitäisi pystyä ottamaan huomioon niin tutkimuksissa kuin arvioitaessa palautetietoja laatuarvioinneista tai henkilöstökyselyistä. Tämän vuoksi saatetaan tehdä virheellisiä tulkintoja siitä, onko esimerkiksi asiakaskyselyillä mitattu laatu hyvää vai ko huonoa tai siitä, mitkä henkilöstön hyvinvoinnin kannalta olisivat keskeisiä kehittämiskohteita. Tapaustutkimusten lisäksi erityisen laajaa tutkimustietoa ei kuitenkaan ole siitä, miten suuri merkitys asiakkaiden toimintakyvyltä, yksikön henkilöstömäärällä tai erilaisilla organisaatioratkaisuilla on työntekijöiden jakamiselle tai työn motivoivuudelle.

Stakesissa käynnistettiin vuonna 2000 monitieteinen ja pitkittäinen HoiToVa-tutkimushanke ”*Vanhusten pitkäaikaisen hoidon integroitu arviointijärjestelmä. Hoidon laatu, työyhteisön toimivuus, hoidon vaikuttavuus ja kustannukset*” (johtajina tutkimusprofessorit Unto Häkkinen ja Marja Vaarama), jossa on pyritty

luomaan menetelmiä ja tutkittu hoidon laatua, tuottavuutta, kustannustehokkuutta, henkilöstön hyvinvointia ja työyhteisön toimivuutta sekä niitä selittäviä tekijöitä. HoiToVa-hanketta rahoittivat vuosina 2000–2002 Suomen Akatemian Ikääntymisen tutkimusohjelma (päätos 70034) ja Työsuojelurahasto (päätos 99036). Työsuojelurahaston rahoituksella toteutettava henkilöstötutkimus on jatkunut vielä vuoden 2003 loppuun, ja jatkuu aineiston analysoinnin osalta sekä Työsuojelurahaston (päätos 103315) että Suomen Akatemian Sosiaalisen pääoman tutkimusohjelman (päätos 105168) rahoituksella.

HoiToVa-hanke koostuu neljästä osahankkeesta, joita tässä raportissa kuvattavan (1) henkilöstötutkimuksen lisäksi ovat (2) ”Tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus pitkäaikaisessa laitoshoidossa” -osahanke, jossa on vuositasolla kerätty tietoja mm. yksikköjen henkilökunnasta, kustannus- ja käyttötiedoista, (3) ”Koetun hoidon laadun”¹ -osahanke ja (4) ”Vanhusten pitkäaikaishoidon tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotantoteorian näkökulmasta” -osahanke. HoiToVa-hanke on rakennettu siten, että hankkeessa kerättävät uudet tutkimusaineistot kerätään samoista laitoksista, jotka jo aiemmin ovat osallistuneet ”RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking” -hankkeeseen (jatkossa RAI-hanke)². HoiToVa-hankkeiden tutkimusaineistoihin yhdistetään RAI-hankkeen tuottamia yksikötason tietoja yksikköjen asiakasrakenteesta ja hoidon laadusta. Parhaimmillaan HoiToVa-hankkeessa voidaan käyttää aineistoa, jossa on tietoja kaiken kaikkiaan yli sadalta vanhusten laitoshoidon yksiköltä asiakkaiden toimintakyvystä ja avuntarpeesta, hoidon kliinisestä ja koetusta laadusta, kustannuksista sekä henkilöstön hyvinvoinnista ja työyhteisön toimivuudesta. Hankkeessa on pyritty näin kehittämään arviointijärjestelmä, jolla laitoshoidon voidaan kattavasti arvioida. Tutkimuksen erityisenä vahvuutena on

¹ Koetun hoidon laadun hanke on HoiToVa-tutkimuskokonaisuuteen kuuluva osahanke, jossa kehitetään menetelmää asiakkaiden koetun hoidon ja elämisen laadun arviointiin sekä tuotetaan palautetietoja osastoille. Tutkimukseen kuuluvat aineistot on koottu asiakashaastattelulla sekä omaisten ja henkilöstön kyselyllä.

² RAI-tietojärjestelmä (Residential Assessment Instrument) on vanhustenhuoltoon kehitetty hoidon arviointi- ja seurantamenetelmä. RAI-tietojärjestelmä on hoitamisen apuväline, jäsenelty ja laaja-alainen asiakkaan hoidon tarpeen, ongelmien ja vahvuuksien arviointi, joka mahdollistaa yksilöllisen hoidon suunnittelun sekä hoidon, asiakkaiden toimintakyvyn ja hoidon kliinisen laadun vertailun yksilö- ja osastotasolla. (Hawes ym., 1997; Morris, Hawes & Fries, 1990.)

se, että tutkimus perustuu laajaan aineistoon (yksikköjen lukumäärä on riittävän suuri), se on asetelmaltaan pitkittäinen ja siinä voidaan liittää henkilöstötutkimuksen tuottama aineisto tutkimusaineistoihin asiakasrakenteesta, hoidon laadusta (koettu laatu sekä kliininen laatu) ja tuottavuudesta.

Toisena tavoitteena HoiToVa-hankkeessa on ollut tuottaa hankkeeseen osallistuvilla vanhustenhuollon laitoksille ja osastoille vertailutietoa RAI-hankkeen tuottamien tietojen lisäksi työyhteisön toimivuudesta ja henkilöstön hyvinvoinnista sekä koetusta hoidon laadusta. Hankkeeseen osallistuneet yksiköt ovat saaneet yksikkökohtaiset raportit henkilöstökyselyn ja koetun hoidon laadun -hankkeen tuloksista. Hoitotyön johtajia ja esimiehiä kohtaavat paineet ovat erittäin suuria ja he tarvitsevat tukea johtamistyöhönsä. Tieto erilaisten hoidon järjestämistapojen vaikutuksista on kuitenkin puutteellisesti todennettua. Jotta laitoshoidon henkilöstön hyvinvointi ja laadukas hoito voidaan turvata muuttuvissa olosuhteissa, on tutkittava, minkälainen merkitys erilaisilla hoidon organisointitavoilla, johtamisella ja kuormituksella on paitsi laitoksen talouden, myös henkilöstön ja vanhusten hyvinvoinnin kannalta.

Hankkeen tuottamat vertailutiedot perustuvat melko kattavaan aineistoon, mikä mahdollistaa sen, että yksiköt voidaan ryhmittää muiden osahankkeiden tuottaman tiedon avulla samantyyppisten yksiköiden ryhmiin. Toisaalta erityistä on se, että yksiköt saavat samoilla menetelmillä tuotettua tietoa asiakkaiden toimintakyvystä, henkilöstön hyvinvoinnista, tuottavuudesta ja laadusta. Siten yksiköt voivat asiakasrakenteensa perusteella arvioida, kuinka kuormittavaa ja aikaa vaativaa heidän

työnsä on verrattuna muihin yksiköihin. Kun he lisäksi näkevät henkilöstömääränsä suhteessa muihin vastaaventyyppisen asiakasrakenteen yksiköihin, voidaan henkilöstön jaksamiseen liittyvistä tunnusluvuista päätellä paljon enemmän kuin normaalisti. Jos esimerkiksi yksikön asiakkaiden toimintakyky ja henkilöstömäärä näyttävät olevan keskitasolla ja kuitenkin työntekijät ovat erityisen kuormittuneita, on syitä kuormittumiseen etsittävä muualta kuin henkilöstömäärästä.

Tässä raportissa kuvataan henkilöstötutkimuksessa käytettyjä tutkimusmenetelmiä ja niiden käytännön merkitystä vanhusten laitoshoidon kannalta, sekä käydään läpi tutkimuksen tuottamia tuloksia. Tutkimustulosten osalta keskitytään erityisesti siihen, missä määrin asiakkaiden toimintakyky muokkaa laitostyöyksiköissä tehtävän työn kuormitusta. Keskeinen kysymys on, missä määrin asiakkaiden toimintakyky on yhteydessä työn kuormittavuuteen, työn haastavuuteen ja henkilöstön hyvinvointiin. Ja toiseksi, mikä asiakkaiden toimintakykyyn liittyvä tekijä erityisesti kuormittaa. Lisäksi selvitetään, onko yksikköjen organisatorisilla ratkaisuilla merkitystä työn kuormittavuuden kannalta. Raportissa on käytetty kahden HoiToVa-osahankkeen (1 ja 2) tuottamia tietoja: henkilöstökyselyn tietojen lisäksi on käytetty tietoja yksikköjen koosta ja henkilökunnasta. Näihin on yhdistetty RAI-hankkeen tuottamia yksikötason keskiarvotietoja asiakkaiden toimintakyvystä. Jatkotutkimuksissa tuotetaan tietoa myös siitä, miten henkilöstön hyvinvointiin ja työyhteisön toimivuuteen liittyvät tekijät ovat yhteydessä hoidon laatuun ja tuottavuuteen.

Teoreettinen tausta

Asiakkaiden toimintakyky, organisaatio ja hoitotyö

Työn luonteen voidaan vanhusten laitoshoidossa, kuten vanhusten hoidossa yleensä, ajatella määräytyvän asiakkaiden toimintakyvyn, organisaatorakenteen tai hoitoympäristön, resursien ja työtapojen seurauksena (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990). Siten myös työn kuormittavuus ja haastavuus olisivat osin seurausta osaston asiakasrakenteesta ja hoidon organisoinnista. Asiakkaiden onkin todettu olevan samalla sekä keskeinen motivaation lähde että kuormituksen aihe työssä.

Hoitotyössä asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, sekä dementia- ja käyttäytymisoireet on usein nähty työn kuormitustekijöiksi (Pearlin ym., 1990). Asiakkaiden heikko fyysinen toimintakyky liittyy pitkälti työntekijöiden fyysiseen kuormittumiseen: nostamiseen, kääntämiseen ja hankaliin työasentoihin, mitä kiire korostaa. Tiedetään myös, että työntekijät kokevat usein esimerkiksi tiettyssä sairauden vaiheessa dementia potilaat, päihdeongelmaiset asiakkaat tai mielenterveysongelmista kärsivät potilaat rasittaviksi (Carruth, 1996; Chappell & Novak, 1992). Dementia potilailla häiritsevä käyttäytyminen, aggressiivisuus ja passiivisuus ovat tyypillisiä rasittavaksi koettuja tekijöitä (Sinervo, 1994, 2000). Pitkäaikaishoidossa asiakkaiden erityispiirteitä on lisäksi se, että he eivät yleensä parane. Kuntoutumista tapahtuu, mutta pääsääntöisesti asiakkaiden toimintakyky heikkenee. Myös kuoleman kohtaamista voidaan pitää kuormittavana. Asiakkaiden heikkenevään tilaan liittyy myös omaisten kohtaaminen, mikä saattaa kuormittaa työntekijöitä voimakkaastikin.

Toisaalta tiedetään, että sairaanhoidollisesti monimutkaista osaamista vaativien asiakkaiden hoitaminen koetaan erityisen motivoivaksi (Schaefer & Moos, 1996). Toisin sanoen, työntekijät eivät useinkaan koe motivoivaksi sellaisten asiakkaiden hoitamista, joilla ei ole sairaanhoidollisesti ja lääketieteellisesti monimutkaista

osaamista vaativia sairauksia. Tämä on kuitenkin voimakkaasti yhteydessä siihen, minkälaiset tavoitteet ja asenteet työntekijöillä on (Sinervo, 1994).

Asiakkaiden toimintakyvyn merkitys työn kuormittavuudelle voi liittyä osaston työn järjestämiseen. Suurilla sekaosastoilla liikkuvat dementia potilaat, joiden ajan ja paikan taju on heikentynyt ja jotka käyttäytyvät häiritsevästi, voivat tuottaa huomattavasti enemmän kuormitusta kuin pienessä erityisyksikössä. Dementia yksiköitä onkin perustettu runsaasti ja saatu hyviä kokemuksia niin hoidon tulosten kuin työntekijöiden kuormituksenkin suhteen. (Holmes, Teresi & Kong, 2000; Roberts ym., 2000; Sinervo, 1994, 2000.) Usein mielikuva dementia yksiköistä on niiden pienuus. Pienessä yksikössä työnjako ja johtaminen muuttuu lähes väistämättä erilaiseksi kuin suurissa yksiköissä. Samoin aikatauluja on helpompi muuttaa asiakkaiden tarpeen mukaan joustavamiksi. Lisäksi pienessä yksikössä tiimin toimivuus muodostuu kriittisemmäksi kuin suuressa yksikössä. Pienten yksiköiden sijaan muun tyyppisiä yksiköjä on toiminnallisesti jaettu pienempiin moduuleihin, millä on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia henkilöstön hyvinvointiin ja hoidon laatuun (Anderson & Hughes, 1993). Dementia yksiköt ovat kuitenkin hyvin erityyppisiä ja eri tavoin resursoituja (Ohta & Ohta, 1988). Yksiköillä on siten monia muitakin mahdollisia piirteitä, joilla niiden toiminnan on ajateltu eroavan ns. normaaliyksiköistä. Ensinnäkin tiettyyn asiakasryhmään keskittymisellä voi olla vaikutusta työn tavoitteisiin. Siten, huolimatta hyvistä kokemuksista ja useiden kehittämishankkeiden kokemuksista, on epäselvää, missä määrin yksikkörakenteella on yhteyttä henkilöstön kuormitukseen ja toisaalta, mikä on se todella vaikuttava tekijä. On myös tuloksia, joiden mukaan yksikön rakenteella ei olekaan yhteyttä laatuun, kun huomioidaan yksikköjen erilainen asiakaskunta (Hughes, Lapane & Mor, 2000; Leon & Ory, 1999).

Dementiayksiköiden lisäksi yksiköt ovat erikoistuneet muuten. Terveyskeskusten vuodeosastoista osa on erikoistunut erityisesti pitkäaikaishoitoon ja osa akuuttihoitoon. Toinen strategia on ollut pitää yksiköt mahdollisimman samankaltaisina asiakasrakenteeltaan, jotta kuormitus ja arvostus pysyvät tasaisina (Liikamaa, 2003). On myös esitetty, että jako akuuttiyksikköön ja pitkäaikaisosastoon koetaan pitkäaikaisosastoilla haasteettomaksi. Mikäli työntekijä kokee hoidollisesti erilaisten asiakkaiden hoitamisen työn mielekkyyden lähteenä, on osastojen järjestäminen asiakasrakenteeltaan homogeeniseksi heidän kannaltaan kielteistä kehitystä (Sinervo & Elovainio, 2003). Tämä on kuitenkin pitkälti yhteydessä siihen, miten työntekijä jäsentää työnsä ja työnsä tavoitteet.

Työntekijöiltä itseltään kysyttäessä yleensä keskeisimmäksi kuormitustekijäksi mainitaan kiire. Kiirettä puolestaan selitetään toisaalta asiakkaiden toimintakykyyn liittyvänä ja toisaalta työtapoihin liittyvänä ilmiönä. ”Kun asiakkaat on niin huonokuntoisia ja meitä on niin vähän”, on yleinen kuvaus osastojen tilanteesta. Toisaalta kiirettä pidetään seurauksena rutiininomaisesta työtavasta (Sinervo, 1994). Mutta kuinka suuri osa kiireestä tai muista kuormitustekijöistä todella liittyy asiakkaiden toimintakykyyn?

Psykososiaaliset tekijät, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu

Työn luonteella, kuormittavuudella ja työyhteisön toimivuudella on ainakin kolme mahdollista vaikutustapaa hoidon laatuun: stressin, motivaation ja yhteistyön toimivuuden kautta.

Työympäristön rakenteellisten kuormitustekijöiden ja asiakkaiden toimintakykyyn ohella on syytä huomioida työntekijöiden omat kokemukset ja tulkinnat työnsä kuormittavuudesta, sillä juuri näillä tulkinnoilla on vaikutusta työntekijöiden terveyteen ja käyttäytymiseen (Lazarus & Folkman, 1984). Tulkintojen voidaan myös ajatella heijastavan työympäristön objektiivista kuormittavuutta (Spector, Dwyer & Jex, 1988). Työntekijöiden stressi tai

työterveys voivat olla tärkeitä organisaation menestyksen kannalta erityisesti hoitoalalla, missä työntekijällä on keskeinen asema hoitoprosessin onnistumisessa ja siten hyvän hoitutuloksen saavuttamisessa. Stressin ja työntekijöiden uupumisen on monissa tutkimuksissa todettu heikentävän työntekijöiden työsuoritusta ja hoidon laatua (Garman, Corrigan & Morris, 2002; Hannan ym., 2001; Leveck & Jones, 1996; Sheridan, White & Fairchild, 1992). Stressi voi vaikuttaa työsuoritukseen useilla tavoilla. Ensinnäkin on oletettu, että jostakin tasosta alkaen - johon asti stressin vaikutus suoritukseen olisi myönteinen - työntekijä joutuu kuluttamaan energiaansa stressinsietoon. Toiseksi, stressillä on useita haitallisia vaikutuksia työntekijöiden käyttäytymiseen, kuten keskittymisvaikeudet, informaationprosessointia heikentävä vaikutus, depressio ja työstä poissaolot. Kolmanneksi, stressillä on kielteisiä vaikutuksia sosiaaliseen vuorovaikutukseen työyhteisössä. (Jamal, 1985; Spector ym., 1988; Westman & Eden, 1996.)

Työmotivaatiota on pitkään tutkittu työtyytyväisyyden ja työn piirteiden näkökulmasta. Työtyytyväisyystutkimuksessa Hackmanin ja Oldhamin teoria perustuu oletukseen, että merkityksellinen, motivoivaksi ja mielekkääksi kokonaisuudeksi järjestetty työ itsessään synnyttää työntekijässä motivaatiota ja tuottaa siten hyviä työsuorituksia. Hyvin järjestetyssä työssä työntekijä on mahdollisimman itsenäinen, hän pystyy käyttämään kykyjään mahdollisimman hyvin hyödykseen ja työ on kokonaisvaltaista. Kun työntekijä saa työnsä tuloksista suoraan palautetta ja hän näkee tekevänsä laadukasta työtä, hän myös viihtyy työssään hyvin (Hackman & Oldham, 1976; Oldham, 1996). Työn piirteiden ja työtyytyväisyyden väliset yhteydet on todennettu varsin hyvin. On kuitenkin ilmeistä, että työn piirteiden lisäksi myös työyhteisöllä ja johtamisella on yhteyksiä työtyytyväisyyteen. Työtyytyväisyyden ja työsuorituksen välisiä yhteyksiä sen sijaan ei ole erityisen hyvin pystytty osoittamaan (Flap & Völker, 2001; Kelly, 1992; Oldham, 1996). Kellyn (1992) mukaan todennäköisempi välittävä tekijä työn piirteiden ja työsuorituksen välillä onkin motivaatio eikä työtyytyväisyys. Moti-

vaatiota itsessään on tutkittu laajasti, mutta välittävänä tekijänä työn piirteiden ja työsuorituksen välillä yllättävän vähän.

Toinen malli, jonka pohjalta työntekijöiden motivaatiota ja työsuoritusta on paljon tutkittu, on ns. Karasekin työn vaatimusten ja vaikutusmahdollisuuksien malli (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). Sen mukaan työntekijä oppii ja kehittyy työssään, kun työ on haastavaa ja riittävän vaativaa, ja työntekijä kokee samalla voitonsa vaikuttaa työhönsä. Mallilla on selitetty myös työntekijöiden rasittumista ja terveyden heikentymistä. Varsin useissa tutkimuksissa on todettu, että työntekijät kuormittuvat ja heidän riskinsä sairastua esimerkiksi verenpainetautiin sekä ja sydän- ja verisuonisairauksiin kasvavat työssä, jossa työn vaatimukset ylittävät työntekijän vaikutusmahdollisuudet. Hoitotyössä erityisesti työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksien merkitystä on korostettu. Työntekijän vaikutusmahdollisuuksilla on todettu olevan yhteyksiä niin hoidon laatuun kuin henkilöstön työtyytyväisyyteen ja kuormitukseenkin (Grönfors, Sinervo & Elovainio, 2001; Hannan ym., 2001; Karasek, 1979). Hoitotyössä kontrollia on lisätty antamalla erityisesti sairaanhoitajille lisää vastuuta (Nissen ym., 1997; Teresi, Holmes & Benenson, 1993). Vanhuspalveluissa sairaanhoitajia on kuitenkin niin vähän, että kehittämismallit ovat olleet erilaisia ja erityisesti moduulimallia on suosittu (Anderson & Hughes, 1993; Song, Daly, Rudy, Douglas & Dyer, 1997).

Työyhteisön ja ryhmän toimivuutta sekä johtamista on tutkittu paljon, mutta motivaation näkökulmasta melko vähän (Flap & Völker, 2001; Lease, 1998; Steel & Rentsch, 1997). Motivaation ohella työhön ja organisaatioon sitoutumisen on osoitettu olevan voimakkaasti yhteydessä työsuoritukseen. Työyhteisön sosiaalisten suhteiden toimivuutta pidetään työhön ja organisaatioon sitoutumisen keskeisinä lähteinä (Brown & Leigh, 1996). Brownin ja Leighin (1996) mukaan työhön sitoutumiselle on keskeistä psykologisesti turvallinen ja merkityksellinen työyhteisö. Perusidea heidän mukaansa on, että mikäli työntekijät toteavat organisaation täyttävän heidän psyykkiset tarpeensa, he ovat valmiita panostamaan organi-

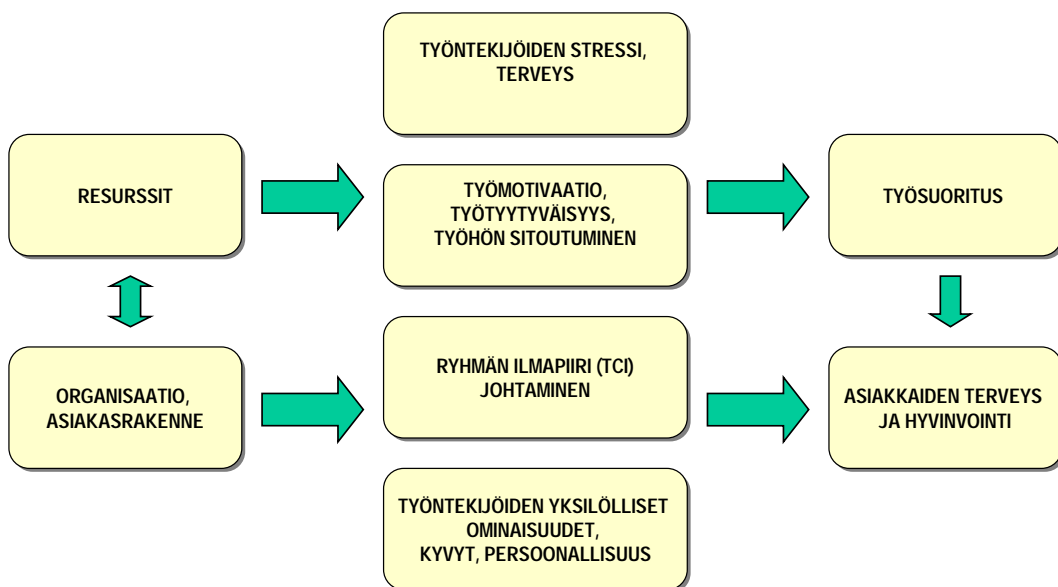
saatiolle energiansa ja aikansa. Toisaalta on ilmennyt, että työntekijän yksipuolinen sitoutuminen työhön voi pitkään jatkuessaan heikentää hänen hyvinvointiaan (Frone, Russell & Cooper, 1995).

Yhteistyö, avoin kommunikaatio ja yhteiset arvot ja merkitykset on usein mainittu hyvin toimivan organisaation keskeisinä piirteinä (Nahapiet & Ghoshal, 1998; Yli-Renko, Autio & Tontti, 2002). Nämä tekijät parantavat informaation kulkua, ongelmaratkaisua ja oppimista, ja tukevat ryhmän yhtenäisyyttä ja pitkälti samat tekijät toistuvat eri tutkimuksissa (Edmonson, 1999; Podsakoff, MacKenzie & Ahearne, 1997). Michael West tutkimusryhmineen on tiivistänyt innovatiivisen ryhmän piirteet neljän ulottuvuuden malliin (Anderson & West, 1994). He ovat todenneet, että ryhmissä, joissa tavoitteet ovat yhteisiä ja hyväksytyjä, joissa vallitsee turvallinen ja ei-uhkaava ilmapiiri ja osallistuva päätöksentekoperiaatteet, joissa sitoudutaan tavoittelemaan mahdollisimman korkeatasoista suoritusta ja joissa kannustetaan kehittämään ja testaamaan uusia ideoita ja työmenetelmiä, työsuoritukset ovat korkeatasoisia ja innovatiivisia (Anderson & West, 1994). Myönteisen ryhmän ilmapiirin on todettu olevan yhteydessä myös organisaation kehittämisen onnistumiseen ja uusien työmenetelmien käyttöönottoon (Elovainio ym., 2000), sekä työntekijöiden kokemuksiin stressistä ja organisaation oikeudenmukaisuudesta (Elovainio, Kivimäki, Eccles & Sinervo, 2002).

Oikeudenmukaisten päätöksentekotapojen ja työntekijöiden kohtelun on todettu olevan yhteydessä monenlaiseen organisaation kannalta myönteiseen käyttäytymiseen ja tunteisiin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Moorman, 1991). Mikäli työntekijät kokevat tullessa kohdelluksi oikeudenmukaisesti, heillä on myönteisempiä asenteita työtään, työn tuloista, päätöksiä ja esimiehiä kohtaan, he hyväksyvät säännöt helpommin, sitoutuvat paremmin työhönsä ja organisaatioonsa ja he tukevat useammin työtovereitaan ja organisaatiotaan (Moorman, 1991). Vähäisellä oikeudenmukaisuudella puolestaan on todettu olevan voimakas yhteys työntekijöiden terveysongelmiin (Elovainio, Kivimäki & Vahtera, 2002).

Oikeudenmukaisuus voi vaikuttaa terveyteen ainakin kolmella tavalla. Ensinnäkin oikeudenmukainen päätöksenteko ja kohtelu vaikuttavat siihen, missä määrin ihmiset kokevat heillä olevan vaikutusmahdollisuuksia päätöksentekoon. Vaikutusmahdollisuudet puolestaan liittyvät siihen, että työntekijät voivat ennakoida tapahtumien kulun ja siten maksimoida päätöksenteon seurausten hyödyt (Elovainio ym., 2003; Moorman, 1991). Ennustettavuus on myös keskeinen tekijä luottamuksen synty-

misessä (Gilson, 2003). Toiseksi ihmiset halua-
vat kuulua johonkin ryhmään ja samaistua ryhmän jäseneksi. Mikäli ihmisiä kohdellaan oikeudenmukaisesti, he kokevat että heitä arvostetaan johdon ja ryhmän jäsenten keskuudessa (Haslam, Eggins & Reynolds, 2003; Moorman, 1991). Koettu oikeudenmukaisuus voi liittyä myös epävarmuuden ja ennustamattomuuden tunteeseen työssä, joka voi vaikuttaa terveyteen psyykkisen stressin tai riskikäyttäytymisen kautta (Elovainio ym., 2003).



KUVIO 1. Yksikön rakenteelliset tekijät, työhön ja työyhteisöön liittyvät tekijät ja henkilöstön hyvinvointi, sekä hoidon laatu

HoiToVa-henkilöstökyselyn osa-alueet

Henkilöstökyselyssä kartoitettiin työhön ja työyhteisöön liittyviä tekijöitä tutkimuksen teoreettiseen viitekehyksen pohjalta. Kyselyssä käytettiin laajasti käytettyjä työpsykologian mittareita, joiden on todettu olevan luotettavia ja käyttökelpoisia (liitetaulukko 1). Kyselyssä kartoitetut tekijät on luokiteltu viiteen osa-alueeseen: (1) työn kuormitustekijöihin, (2) työn motivaatiotekijöihin, (3) työyhteisön toimin-

nan ja johtamisen laatuun, (4) työntekijöiden hyvinvointia kuvaaviin tekijöihin ja (5) työntekijöiden sitoutumiseen ja viihtymiseen työssä. Jokainen osa-alue sisältää useita työhön, työyhteisöön tai työntekijöiden hyvinvointiin liittyviä tekijöitä tai ilmiöitä, joita on pyritty selvittämään erilaisilla kysymyksillä. Näitä käydään läpi seuraavaksi.

Kuormitustekijät

Kuormitustekijät on jaettu tavoitteiden selkeyteen, työn sisältöön ja työn organisointiin liittyviin kuormitustekijöihin, sekä fyysisiin kuormitustekijöihin. Tavoitteiden selkeys viittaa siihen, miten selkeäksi työntekijä kokee työnsä tavoitteet, miten hyvin hän tuntee vastuunsa, velvollisuutensa ja oikeutensa. Tämän kääntöpuolet, rooliepäselvyys ja rooliristiriidat ovat yksi keskeisimpiä kuormitustekijöitä työssä ja samalla myös olennaisia terveystarpeita. Rooleihin liittyvää kuormitusta on kuitenkin yleensä melko vähän, minkä vuoksi se ei nouse aina suurimpien ongelmien joukkoon. 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 yhteensovittaa. Edelleen voi olla kysymys eri ammattiryhmien työnjaon määrittelystä. Vanhusten laitospalveluissa tyypillinen ongelma on avustavan henkilökunnan ja hoitajien työnjako.

Kyselyssä työntekijöitä pyydettiin vastaamaan (asteikolla 1–5), missä määrin he ovat samaa tai eri mieltä työn tavoitteita koskevien väittämien kanssa. Näistä väittämistä muodostettiin rooliristiriitoja ja rooliepäselvyyksiä kuvaavat summamuuttujat, joissa suurempi arvo kuvastaa työntekijän kielteistä näkemystä työn tavoitteista (mittarin sisäistä yhtenäisyyttä on mitattu Cronbachin alphalla):

Rooliristiriidat (7 osiota, $\alpha = 0,82$)

- ristiriitaiset odotukset, erilaisia ryhmiä, mahdottomat odotukset, työtä joutuu tekemään eri tavoin kuin mielestään pitäisi

Rooliepäselvyydet (7 osiota, $\alpha = 0,80$)

- tieto päätösvallassa, vastuusta, päämääristä ja odotuksista

Työn sisältöön on luettu tässä tutkimuksessa asiakas- ja omaissuhteet sekä asiakkaiden kuntoisuuden 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. Asiakkaiden kuntoisuuden koetulla rasittavuudella viitataan asiakkaiden häiriökäyttäytymiseen tai levottomuuteen, ärtyisyyteen ja tuskaisuuteen. Omais-

suhteiden ongelmat liittyvät omaisten erilaisiin odotuksiin hoidosta, syyttelyyn tai arvosteluun, yhteistyön aikapaineeseen tai surun ja tunteiden kohtaamiseen.

Työntekijöiltä kysyttiin (asteikolla 1–5), kuinka usein työn sisältöön liittyvät rasitustekijät ovat häirinneet, huolestuttaneet tai räsittäneet heitä viimeisen puolen vuoden aikana. Näistä kysymyksistä muodostettiin työn sisältöä kuvaavat summamuuttujat, joissa suurempi arvo kertoo, että kysytyt tekijät ovat kuormittaneet työntekijää usein (Cronbachin alpha):

Asiakkaiden kuntoisuus (3 osiota, $\alpha = 0,88$)

- levottomuus, ärtyisyys, häiriökäyttäytyminen

Asiakassuhteet (3 osiota, $\alpha = 0,66$)

- passiivisuus, erilaiset toiveet, hoidosta kieltäytyminen, väkivaltaisuus

Omaissuhteet (4 osiota, $\alpha = 0,70$)

- omaisten tunteiden käsittely, aikaavievyys, erilaiset odotukset, arvostelu

Työn organisointiin liittyvät rasisustekijät tarkoittavat kiirettä tai työn vaatimuksia työmäärän suhteen. Työn vaatimuksilla tarkoitetaan sitä, kuinka kovaa työntekoa työntekijät kokevat työnsä vaativan. Kiire jakautuu toisaalta kiirehtimiseen ja toisaalta siihen, ettei asiakkaille ole riittävästi aikaa. Fyysiset rasisustekijät tarkoittavat ergonomisia ongelmia, kuten nostoja, hankalia työasentoja ja toistuvia liikkeitä sekä

työympäristön ongelmia, kuten melua, rauhatomuutta, tilanahtautta, ilmanlaadun puutteita sekä työvälineiden ja tilojen puutteita.

Työn organisointiin liittyvistä kuormitustekijöistä kysyttiin samalla tavalla kuin työn sisällöllisistä kuormitustekijöistä. Summamuu-
tujen suuremmat arvot kertovat työntekijöiden kokeneen usein työn sisältöön liittyvää kuormitusta (Cronbachin alpha):

Kiire (4 osiota, $\alpha = 0,85$)

- asiakkaille riittävän vähän aikaa, työtä ei ehdi tehdä kunnolla, vain välttämättömät tehtävät ehtii

Ergonomia (5 osiota, $\alpha = 0,77$)

- hankalat nostot, toistuvat yksipuoliset liikkeet, vaikeat työasennot

Työympäristö (4 osiota, $\alpha = 0,71$)

- melu, hälinä, ahtaus, työvälineet, kuumuus, huono ilma

Työntekijöitä pyydettiin myös vastaamaan (asteikolla 1–5), missä määrin he ovat samaa tai eri mieltä työn vaatimuksia koskevien väittämien kanssa. Näistä väittämistä muodostettiin

summamuuttuja, jossa suurempi arvo kertoo, että työntekijä on samaa mieltä työn vaatimuksia koskevien väittämien kanssa (Cronbachin alpha):

Työn vaativuus (3 osiota, $\alpha = 0,79$)

- työ vaatii kovaa työntekoa, kohtuutonta työmäärä, aikaa ei ole tarpeeksi töiden tekemiseen

Motivaatiotekijät

Motivaatiotekijöillä tarkoitetaan työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä, työn monipuolisuutta ja ammatti-identiteettiä. Vaikutusmahdollisuudet ja työn monipuolisuus ovat keskeisiä työn kuormituksesta suojaavia tekijöitä. Mikäli työntekijä pystyy riittävästi vaikuttamaan työhönsä, pääsee työssään tekemään itsenäisiä päätöksiä ja hänellä on mahdollisuus itsenäisesti suunnitella omaa työtään, työntekijä pystyy sopeutumaan suuriinkin vaatimuksiin (kiire, vastuu, tiedolliset vaatimukset) työssään, eikä kuormitu liiallisesti. Vastaavasti, jos työ on järjestetty tarpeeksi monipuoliseksi niin, että työssä 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. Ammatti-identiteetillä viitataan siihen, miten hyväksi työntekijä kokee oman osaamisensa ja työssä selviytymisensä. Ammatti-identiteetti on seurausta yhtäältä koulutuksesta ja kokemuksesta ja toisaalta työn järjestelyistä, kuormituksesta ja johtamisesta. Hyvä ammatti-identiteetti suojaa kuormituksesta ja edistää työssä viihtymistä ja hyvää työsuoritusta.

Kyselyssä työntekijöitä pyydettiin vastaamaan (asteikolla 1–5), missä määrin he ovat samaa tai eri mieltä työn ominaisuuksia koskevien väittämien kanssa. Näistä väittämistä

muodostettiin työn motivaatiotekijöitä kuvaavat summamuuttujat, joissa suurempi arvo kuvastaa työntekijän myönteistä näkemystä (mittarien sisäistä yhtenäisyyttä kuvaava Cronbachin alpha):

Vaikutusmahdollisuudet (7 osiota, $\alpha = 0,78$)

- vaikuttaminen oman työn sisältöön, itsenäiset päätökset, suunnittelu

Työn monipuolisuus (4 osiota, $\alpha = 0,77$)

- opittujen taitojen käyttäminen, ei yksipuolista, kehittymismahdollisuudet

Ammatti-identiteettiä kuvaava summamuuttuja ja muodostettiin kysymyksistä, joissa työntekijöitä pyydettiin vastaamaan (asteikolla 1–4), missä määrin esitetyt väittämät kuvastavat työntekijää:

Ammatti-identiteetti (7 osiota, $\alpha = 0,84$)

- varmuus omasta osaamisesta, luottamus itsen ammattilaisena, tunne hyödyllisyydestä, kontakti asiakassuhteissa

Työyhteisön toiminnan laatu ja johtamisen oikeudenmukaisuus

Työyhteisön toimivuus on jaettu työyhteisön vuorovaikutuksen turvallisuuteen, ideoinnin määrään, tavoitteiden selkeyteen ja hyväksymiseen sekä oman työn kriittiseen arviointiin. Nämä neljä teemaa ovat keskeisiä hyvin toimivan ja kehittyvän työyhteisön ominaisuuksia. Työyhteisön pitäisi siis 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 hyväksytyjä. 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.

Kyselyssä työntekijöitä pyydettiin vastaamaan (asteikolla 1–5), missä määrin he ovat samaa tai eri mieltä työyksikkönsä (osaston, moduulin pienryhmän) toimintaa koskevien väittämien kanssa. Näistä väittämistä muodostettiin summamuuttujat, joissa suurempi arvo kuvastaa työntekijän myönteistä näkemystä (Cronbachin alpha):

Vuorovaikutuksen turvallisuus (4 osiota, $\alpha = 0,87$)

- me-henki, hyväksyminen, tiedon jakaminen

Uusien ideoiden tukeminen (3 osiota, $\alpha = 0,84$)

- käytetään aikaa ideoiden kehittämiseen, etsitään uusia toimintatapoja, sovelletaan

Tavoitteiden selkeys ja hyväksyminen (4 osiota, $\alpha = 0,81$)

- ryhmän tai työyhteisön tavoitteet tunnetaan, hyväksytään, ovat tärkeitä

Oman toiminnan kriittinen arviointi (3 osiota, $\alpha = 0,78$)

- kyseenalaistaminen, heikkouksien arviointi

Johtamisen oikeudenmukaisuutta tarkasteltiin toisaalta oman esimiehen kohdalta ja toisaalta koko organisaation näkökulmasta. Johtamiseen liittyvä luonnollisesti muitakin ominaisuuksia, mutta oikeudenmukaisuuden kokemuksella on viimeaikaisissa tutkimuksissa todettu olevan voimakkaita vaikutuksia työntekijöiden motivaatioon ja sitoutumiseen sekä yllättävänkin voimakkaita terveysvaikutuksia työntekijöille. Esimieheltä oikeudenmukaisuuden toteutuminen edellyttää alaisten mielipiteiden kuuntelemista, tasapuolista päätöksentekoa, tiedottamista, luotettavuutta sekä alaisten ystävällistä ja kunnioittavaa johtamista. Organisaatiolta

puolestaan odotetaan sitä, että päätökset tehdään oikean tiedon perusteella, päätösten perusteista saa tietoa, väärät päätökset voi purkaa, työntekijät voivat vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin, säännöt ovat samat kaikille ja että päätöksistä ja niiden vaikutuksista tiedotetaan.

Työntekijöitä pyydettiin arvioimaan (asteikolla 1–5) johtamiseen liittyviä väitteitä. Näistä väittämistä muodostettiin organisaation päätöksentekoa ja esimiehen toimintatapaa kuvaavat summamuuttujat, joissa suurempi arvo kuvastaa työntekijän myönteistä näkemystä (Cronbachin alpha):

Päätöksenteon oikeudenmukaisuus (3 osiota, $\alpha = 0,91$)

- päätökset perustuvat oikeaan tietoon, epäonnistuneet päätökset voi purkaa, asianosaiset ovat edustettuina, mielipide itseä koskevista asioista päästään kertomaan, säännöt ovat kaikille samat, päätösten vaikutuksia seurataan ja niistä tiedotetaan, ja päätösten perusteet ovat tiedossa

Esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus (3 osiota, $\alpha = 0,92$)

- esimies kuuntelee alaisten mielipiteitä, hänen henkilökohtaiset mieltymykset eivät vaikuta häiritsevästi päätöksiin, hän tiedottaa päätöksistä riittävän ajoissa, hän kohtelee alaisiaan ystävällisesti, hän kunnioittaa alaisten oikeuksia, ja häneen voi luottaa

Psykykinen stressi, psyko-somaattiset oireet sekä tuki- ja liikuntaelinten oireet

Työn kuormituksen vaikutuksia tarkasteltiin psyykkisinä ja fyysisinä oireina. Ensinnäkin kysyttiin stressin kokemuksesta. Toiseksi psyykkisinä oireina tarkasteltiin hermostuneisuutta, mielialaa, alakuloisuutta, onnellisuutta ja rauhattomuutta. Kolmanneksi työntekijät arvioivat sitä, kuinka paljon he kokivat itsellään olevan elinvoimaa, tarmoa ja toisinpäin, kuinka

väsyneiksi ja loppuunkuluneiksi he itsensä kokivat. Fyysisinä oireina mitattiin päänsärkyä, vatsakipuja ja sydämen nopeaa tai epätasaista lyöntiä. Lisäksi tuki- ja liikuntaelinten oireina tarkasteltiin niska-hartiaseudun, käsien ja jalkojen ja alaselän kipuja.

Stressin kokemuksesta selvitettiin kysymällä työntekijöiltä, kuinka paljon he kokevat stressiä (stressi määriteltiin kysymyksessä). Vastauksessa suuri arvo merkitsee, että työntekijä tuntee paljon stressiä:

Stressin kokemus (yleisesti, itse ilmoitettu)

Työntekijöiltä kysyttiin myös (asteikolla 1–6), kuinka suuren osan ajasta he ovat viimeisen neljän viikon aikana kokeneet erilaisia psyykkisiä oireita. Näistä kysymyksistä muodostet-

tiin summamuuttujat, joiden suuret arvot kertovat, että työntekijä on huomattavan suuren osan ajasta kokenut psyykkisiä oireita (Cronbachin alpha):

Psyykkiset oireet (5 osiota, $\alpha = 0,86$)

- hermostuneisuus, mieliala, tyyneys, alakulo, onnellisuus

Työntekijöiden psykosomaattisia oireita selvitettiin kysymällä työntekijöiltä, kuinka usein heillä on ollut erilaisia oireita (asteikolla 1–5). Näistä muodostettiin psykosomaattisia oireita

kuvaava summamuuttuja, jossa suuret arvot tarkoittavat, että työntekijä oireilee usein (Cronbachin alpha):

Psykosomaattiset oireet (3 osiota, $\alpha = 0,60$)

- päänsärky, vatsakipu, sydämentykytys

Työntekijöitä pyydettiin lisäksi arvioimaan (asteikolla 1–5), kuinka monena päivänä heillä on viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut erilaisia tuki- ja liikuntaelinten kipuja. Tuki- ja lii-

kuntaelinten oire -muuttujassa suuret arvot tarkoittavat lähes päivittäisiä kiputiloja (Cronbachin alpha):

Tuki- ja liikuntaelinten oireet (6 osiota, $\alpha = 0,80$)

- niska- ja hartiasseutu, kädet, jalat, alaselkä

Sitoutuminen ja viihtyminen työssä

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 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 kokevat työyksikkönsä ja organisaationsa johtamisen oikeudenmukaisena, työhön halutaan panostaa ja työssä viihdytään ja suunnataan energiaa myös organisaation sosiaaliseen toimintaan. 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 ja suoja kuormituk-

selta ja ohjaa energiaa työhön, mutta liiallinen sitoutuminen saattaa olla myös kuormitustekijä ja johtaa epärealistisen korkeisiin tavoitteisiin työssä. 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 työyhteisöönsä. 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.

Kyselyssä työntekijöitä pyydettiin vastaamaan (asteikolla 1–5), missä määrin he ovat samaa tai eri mieltä esitettyjen väittämien kanssa. Näistä väittämistä muodostettiin työhön ja organisaatioon sitoutumista ja työtyytyväisyyttä kuvaavat summamuuttujat, joissa suurempi arvo kuvastaa työntekijän myönteistä näkemystä (Cronbachin alpha):

Sitoutuminen organisaatioon (8 osiota, $\alpha = 0,78$)

- ylpeys, tunneside, yhteenkuuluvuus, halu panostaa työyhteisöön

Sitoutuminen työhön (5 osiota, $\alpha = 0,82$)

- työn merkitys itselle, siteet nykyiseen työhön, tärkeä osa elämää

Työssä viihtyminen (6 osiota, $\alpha = 0,82$)

- tyytyväisyys yleensä, kasvuun, haasteellisuuteen, merkityksellisyyteen

Työntekijöiden työpaikan vaihtoaikeita kysyttiin samalla tavalla kuin edellä, mutta yhdellä kysymyksellä:

Työpaikasta eroaminen

- työpaikasta eroamisen harkitseminen

Asiakkaiden toimintakykyä kuvaavat indikaattorit

Yksikköjen asiakkaiden toimintakyky arvioitiin RAI-kokonaisarvioinnin osana olevalla Minimum Data Set 2.0 -tietopohjalla (MDS 2.0). Sama arviointimenetelmä tuottaa myös lukuisan määrän hoidon kliinisen laadun indikaattoreita, joita tässä raportissa ei kuvata. RAI-MDS -tietopohjassa asiakkaiden toimintakykyä arvioidaan lähes 400 tekijällä 18 eri osa-alueelta ja sen suomenkielinen versio on kuvattu tarkasti Anja Noron tutkimusryhmän raportissa (Noro ym., 2001). RAI-arvioinnin suorittaa sairaanhoitaja tai hoitotyön tiimi, joka kerää tiedot asiakkaasta erilaisista dokumenteista, haastattelemalla, keskustelemalla muiden hoitajien tai asiantuntijoiden tai asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa, ja tarkkailemalla asiakasta itse. Tässä tutkimuksessa yksikköjen asiakkaiden toimintakykyä kuvataan RAI-arvioinnin keskeisillä mittareilla: fyysisen toimintakyvyn, kognitiivisen toimintakyvyn, masennuksen oireiden ja käyttäytymiseen liittyvien oireiden mittareilla, joista on laskettu keskiarvo tai prosenttiosuus kullekin osastolle. Yksikköjen kustannuspaino on laskettu RUG-III luokituksella (Björkgren, Häkkinen, Finne-Soveri & Fries, 1999; Fries & Cooney, 1985; Fries, Schneider & ym., 1994). Kustannuspaino, eli case-mix kuvaa sitä, kuinka paljon aikaa asiakkaan hoito vaatii. Kustannuspaino on laskettu usean muuttujan yhdistelmänä (mm. alla olevat) ja perustuu konkreettisiin aikamittauksiin (Björkgren, Häkkinen & Finne-Soveri, 1998). RAI-tietojärjestelmä tuottaa myös runsaasti kliinisen laadun indikaattoreita, joita ei tässä raportissa tarkastella.

Asiakkaiden fyysisistä toimintakykyä kuvaava hierarkkinen ADL-asteikko (self performan-

ce scale) muodostuu asiakkaan suorituskyvyn perusteella neljästä toiminnoista: liikkuminen osastolla, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia (Morris, Fries & Morris, 1999). Mitä suurempi arvo ADL asteikolla (0–6), sitä huonompi asiakkaan fyysinen toimintakyky on (eli sitä enemmän asiakas tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa). Asiakkaiden kognitiivista suoriutumiskykyä arvioitiin CPS-mittarilla (cognitive performance scale), jolla selvitetään asiakkaan lähimuistia, ymmärretyksi tulemistä, kykyä suoriutua päivittäisen elämän päätöksenteosta, tajunnan tasoa ja kykyä syödä itse (Morris & Fries, 1994). CPS-asteikolla (0–6) suuremmat luvut kertovat asiakkaan aivojen mahdollisesta vajaatoiminnasta. Asiakkaiden masennuksen oireita kuvaava indikaattori (DRS, depression rating scale) on muodostettu seitsemästä masennukseen viittaavasta oireesta (kuten elämänhaluttomuuden ilmaiseminen, itseen ja muihin kohdistuva kiukku, epärealistiselta vaikuttava pelon ilmaiseminen, omaan terveyteen liittyvä toistuvat huoli, ahdistuneet valitukset ja huolet muista elämiseen liittyvistä asioista, surullinen, kivulias tai ja huolestunut kasvojen ilme, itkeminen) (Burrows, Morris, Simon, Hirdes & Philips, 2000). Asiakkaalla on syytä epäillä masennusta, jos hän saa pisteitä kolme tai enemmän depression oireiden asteikolla (0–14). Asiakkaan käyttäytymiseen liittyviä oireita on kirjattu viidellä osiolla: vaeltelu; karkea, uhkaava kielenkäyttö; fyysinen pahoinpitely; sosiaalisesti sopimaton/häiritsevää käyttäytyminen ja kielteinen suhtautuminen hoitoon (RAI käsikirja, 2001). Käytös- oireisten asiakkaiden osuuteen (prosentuaali-

nen) on laskettu kaikki asiakkaat, joilla esiintyy jokin näistä käytösoireista.

Osastot on jaettu kahteen ryhmään niiden asiakasrakenteen suhteen: sekaosastoihin sekä psykiatrisia ja dementiapotilaita hoitaviin yksiköihin. Jako ei ole täysin tarkka siksi, että lä-

hes kaikissa yksiköissä hoidetaan myös psykiatrisia ja dementiapotilaita, mutta näihin asiakaskäsiin erikoistuneiksi yksikkö laskettiin, kun valtaosalla hoidettavista asiakkaista on näitä oireita (yli 60 %). Jaon perusteet kuvataan tarkemmin erikseen (Noro, 2004).

Tutkimuksen toteutus

RAI-hankkeessa olevilta laitoksilta tiedusteltiin vuosina 2001 ja 2002 halukkuutta osallistua henkilöstölle kohdistuvaan kyselytutkimukseen, jossa selvitetään työyhteisöön liittyviä tekijöitä ja työntekijöiden hyvinvointia. Kaksikymmentäyhdeksän vanhusten pitkäaikaishoidon laitosta 11 kunnasta ilmoittautui mukaan vuonna 2001 ja seuraavana vuonna laitosten määrä kasvoi seitsemällä. Näistä laitoksista henkilöstötutkimukseen osallistui kaikkiaan 91 yksikköä vuonna 2001 ja 119 yksikköä vuonna 2002. Lisäksi osa näistä yksiköistä osallistui myös osahankkeeseen, jossa tutkittiin koettua hoidon laatua ja kerättiin aineistoa henkilöstöltä, asiakkailta sekä omaisilta. Henkilöstökyselyt toteutettiin molempina vuosina keväällä, jolloin yksiköissä tehtiin myös RAI-kokonaisarviointeja. Yksiköiden vastaavat vastasivat lisäksi HoiToVa-hankkeen osana vuosittain toteutettavaan osastokyselyyn, jossa kysyttiin muiden muassa yksikön kokoon ja henkilöstömitoitukseen liittyviä tietoja.

Henkilöstökysely toteutettiin siten, että laitokset lähettivät tutkijoille yksikköjen henkilöstölistat. Kyselylomakkeet lähetettiin kullekin työntekijälle heidän työyksikkönsä nimel-

lä varustetussa kirjekuoressa. Työntekijät palauttivat lomakkeet suoraan tutkijoille suljetuissa kirjekuorissa. Ensimmäiseen henkilöstökyselyyn vuonna 2001 vastasi kaikkiaan 961 työntekijää (72 % kyselyn saaneista) ja seurantakyselyssä vuonna 2002 vastaajia oli 1 242 (67 % kyselyn saaneista).

Tässä raportissa tarkastellaan vuoden 2002 henkilöstökyselyn tuloksia niiden yksiköiden osalta, (1) joissa vähintään kolme yksikössä jatkuvasti työskentelevää työntekijää vastasi kyselyyn, ja joista on saatavissa sekä (2) yksikkötason RAI-arviointitiedot keväältä 2002 (1.1.–30.6.2002), että (3) vuoden 2002 osastokyselyn tiedot. Aineisto koostuu 100 vanhusten pitkäaikaishoidon yksiköstä, joissa kaikkiaan 1 061 työntekijää vastasi kyselyyn vuonna 2002. Aineistossa on yhdistetty tietoja kolmesta lähteestä: henkilöstökyselyn tuottamaan aineistoon on yksikkötasolla yhdistetty sekä keväällä 2002 (1.1.–30.6.2002) tehtyjen RAI-kokonaisarviointien tuottamat yksikkötason keskiarvotiedot asiakkaiden toimintakyvystä että osastokyselyn tuottamat tiedot yksikköjen koosta ja henkilöstömitoituksesta.

Yksikköjen perustiedot

Tutkittavista yksiköistä enemmistö (76 yksikköä) oli vanhainkodeissa, 17 terveyskeskuksissa ja 7 palvelutaloissa. Vanhainkotiyksiköistä 34 oli erikoistunut dementia potilaiden ja psykiatristen potilaiden hoitoon ja 42 oli sekaosastoja. Vastaavasti terveyskeskuksista tutkimukseen osallistui 5 dementia-/psykiatriaosastoa ja 12 sekaosastoa, ja palvelutaloista 3 dementia-/psykiatriaosastoa ja 4 sekaosastoa. Kooltaan suurimmat yksiköt olivat terveyskeskuksissa, jois-

sa keskimääräinen osastokoko oli 33 hoitopaikkaa. Vanhainkotien yksiköissä hoitopaikkoja oli keskimäärin 26 ja palvelutaloissa 22. Terveyskeskuksissa niin sekaosastot kuin dementia-/psykiatriaosastotkin olivat vanhainkotien vastaavia yksiköitä suurempia: terveyskeskusten sekaosastoilla oli hoitopaikkoja keskimäärin 32 ja dementia-/psykiatriaosastoilla 36, kun vastaavasti vanhainkodeissa molemmissa näissä osastotyypeissä oli keskimäärin 26 hoitopaik-

kaa. Palvelutalojen dementia-/psykiatriaosastot olivat kooltaan pienempiä (16 hoitopaikkaa keskimäärin) ja sekaosastoilla asiakkaita oli saman verran kuin vanhainkotiyksiköissä keskimäärin (26 hoitopaikkaa).

Henkilöstömitoituksiltaan tähän tutkimukseen osallistuneet terveyskeskusten, vanhainkotien ja palvelutalojen yksiköt sen sijaan olivat samankaltaisia, lukuun ottamatta palve-

lutaloja, jotka toimivat huomattavasti pienemmällä henkilöstömäärällä. Terveyskeskuksissa oli keskimäärin 0,62, vanhainkodeissa 0,57 ja palvelutaloissa 0,43 yksikössä jatkuvasti työskentelevää henkilöstöä hoitopaikkaa kohden. Dementia-/psykiatriaosastoilla henkilöstömitoitus oli hieman parempi (0,60) kuin sekaosastoilla, joissa työskenteli keskimäärin 0,54 työntekijää hoitopaikkaa kohden.

Henkilöstökyselyyn vastanneet työntekijät

Henkilöstöä kuvaavat tunnusluvut olivat hyvin samanlaisia kuin sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa yleensä. Vastanneista valtaosa (97 %) oli naisia. Niin vanhainkodeissa, terveyskeskuksissa kuin palvelutaloissakin perushoitajat muodostivat suurimman ammattiryhmän. Palvelutaloissa perushoitajia oli eniten ja vastaavasti sairaanhoitajien osuus oli siellä pienempi kuin muissa laitostyypeissä. Suurin osa työntekijöistä työskenteli vuorotyössä: vanhainkodeissa tyypillisin työaikamuoto oli kaksivuorotyö, kun taas terveyskeskuksissa ja palvelutaloissa tehtiin useimmiten kolmivuorotyötä.

Kuten sosiaali- ja terveysalalla yleensä, työntekijöiden keski-ikä oli melko korkea (43,2 vuotta). Ikääntyneimpiä vastaajat olivat terveyskeskuksissa, joissa työntekijät olivat myös toimineet pisimpään nykyisissä työtehtävissään. Palvelutalojen vastaajien työssäoloaika oli muita lyhyempi, mikä saattaa johtua siitä, että palvelutalojen vastaajien keskuudessa määräaikaiset työsuhteet olivat melko yleisiä. Palvelutalojen työntekijöistä vakituksia oli vain 73 prosenttia, kun vakituisten osuus vanhainkodeissa oli 85 prosenttia ja terveyskeskuksissa 80 prosenttia.

TAULUKKO 1. Perustiedot vastaajista laitostyypeittäin

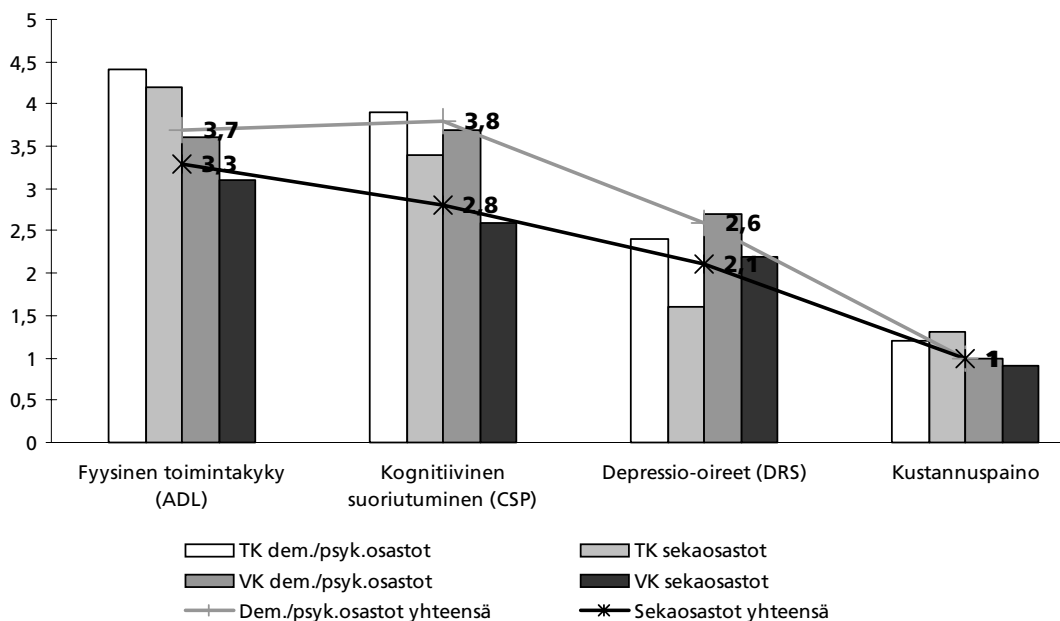
	Vanhainkodit	Terveyskeskukset	Palvelutalot
Yksikköjä n	76	17	7
Vastaajia n	729	275	57
Keski-ikä (hajonta)	42,6 (11,0)	44,9 (8,9)	42,4 (10,8)
Työssäoloaika (hajonta)	8,2 (8,1)	11,6 (8,2)	6,2 (6,1)
Ammattiryhmä %			
esimiehet	4	6	2
sairaanhoitajat	24	25	12
perushoitajat	57	56	79
laitosapulaiset	15	13	7
Työaikamuoto %			
päivätyö	7	5	11
kaksivuorotyö	57	24	19
kolmivuorotyö	27	69	68
yötyö	9	2	2

Yksikköjen asiakkaiden toimintakyky

Useimmilla paikkakunnilla terveyskeskuksen vuodeosastoille sijoitetaan ja siellä hoidetaan sairaimpia ja huonokuntoisimpia vanhuksia, vanhainkodeissa taas pääosin vaikeaa ja keskivaikeaa dementiaa sairastavia ja jonkin verran toimintakykyä omaavia vanhuksia, kun taas palvelutalojen asiakaskunta on vaikeampi määrittää (Noro ym. 2001). Myös tässä tutkimuksessa terveyskeskusosastoilla asiakkaiden fyysinen toimintakyky oli terveyskeskusten asiakkaiden heikompi, ja asiakaskunta oli kustannuspainoltaan 20 prosenttia keskivertoa raskaampaa.

Laitostyyppin ohella asiakasrakenne oli erilainen dementia-/psykiatriaosastoilla ja sekaosastoilla. Dementia-/psykiatriaosastojen asiakkaat olivat monelta osin raskaampia kuin sekaosastoilla: he olivat fyysiseltä toimintakyvyltään jonkin verran heikompia, heillä esiin-

tyi selvästi enemmän dementiaan viittaavia kognitiivisen toiminnan häiriöitä ja masennuksen oireita. Lisäksi dementia-/psykiatriaosastoilla suurella osalla asiakkaista (44 %) oli jokin ympäristöä häiritsevä käytösoire, kun vastaavasti sekaosastoilla 28 prosenttia asiakkaista oireili käytöksellään. Dementia-/psykiatriaosastot olivat kuitenkin hyvin samanlaisia terveyskeskuksissa ja vanhainkodeissa, paitsi asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn osalta, joka oli terveyskeskusosastojen asiakkaiden heikompi. Sen sijaan sekaosastot poikkesivat toisistaan selvästi: terveyskeskuksissa hoidettiin kustannuspainoltaan raskaampia sekä fyysisiltä ja kognitiivisilta toiminnoiltaan huomattavasti huonokuntoisempia asiakkaita kuin vanhainkotien sekaosastoilla. Vanhainkotien sekaosastoilla asiakkaiden puolestaan oli terveyskeskuksia enemmän käytös- ja masennuksen oireita



KUVIO 2. Dementia-/psykiatriaosastojen ja sekaosastojen asiakkaiden toimintakyky (yksikötason keskiarvot) eri laitostyypeissä

Tulokset

Tuloksia tarkastellaan seuraavaksi jaoteltuina kolmeen kokonaisuuteen, joista ensimmäisessä käydään läpi työn kuormitustekijöitä, toisessa tarkastellaan työn motivaatiotekijöitä ja kolmannessa keskitytään työyhteisön toiminnan laatuun ja johtamiseen. Lisäksi selvitetään, miten nämä tekijät vaikuttavat työntekijöiden hyvinvointiin ja työssä viihtymiseen.

Työhön ja työyhteisöön liittyvien tekijöiden yleistä tasoa selvitettiin vertailemalla näiden tekijöiden keskiarvoja toisiinsa. Koska voidaan olettaa, että työnkuva ja työyhteisön toimintatavat ovat erilaisia eri yksiköissä ja toisaalta yksikköjen sisällä jokseenkin yhdenmukaisia, selvitettiin ns. sisäkorrelaatioilla, kuinka yhteneväisiä samassa yksikössä työskentelevien työntekijöiden näkemykset työhön liittyvistä tekijöistä ovat. Lähes 0,10 sisäkorrelaatiota voitiin tulkita merkitsevän sitä, että työyksiköiden välillä todella on eroja, eikä kaikkia eroja voida palauttaa yksittäisten työntekijöiden eroiksi. Tämän jälkeen selvitettiin eri tekijöiden välisillä korrelaatioilla sitä, kuinka yksikön rakenteelliset ominaisuudet ja asiakasrakenne ovat yhteydessä työhön ja työyhteisöön liittyviin tekijöihin (liitetaulukot 2 ja 3). Työn kuormitustekijöitä ja motivaatiotekijöitä, sekä työyhteisön toimintaa ja johtamista tarkasteltiin sitten joko osastotyyppin (dementia-/psykiatriaosasto – sekaosasto) tai asiakasrakenteen luokissa. Asiakasrakenteen luokat muodostettiin jakamalla yksiköt kolmeen ryhmään niiden saamien asiakkaiden toimintakykyä kuvaavien

indikaattorien yksikkötason keskiarvojen mukaan:

- asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn mukaan:
 - paras toimintakyky $\leq 2,9$
 - keskitaso $2,9 < ADL \leq 3,7$
 - heikoin toimintakyky $ADL > 3,7$
- asiakkaiden kognitiivisen toimintakyvyn mukaan:
 - paras suoriutuminen CPS $\leq 2,7$
 - keskitaso $2,7 < CPS \leq 3,7$
 - heikoin suoriutuminen CPS $> 3,7$
- asiakkaiden depressio-oireiden mukaan:
 - vähän oireita DRS $\leq 1,8$
 - keskitaso $1,8 < DRS \leq 2,7$
 - paljon oireita DRS $> 2,7$
- käytösoireisten asiakkaiden osuuden mukaan:
 - vähän käytösoireisia $\leq 24 \%$
 - keskitaso $24 \% < \text{käytösoireisia} \leq 37 \%$
 - paljon käytösoireisia $> 37 \%$

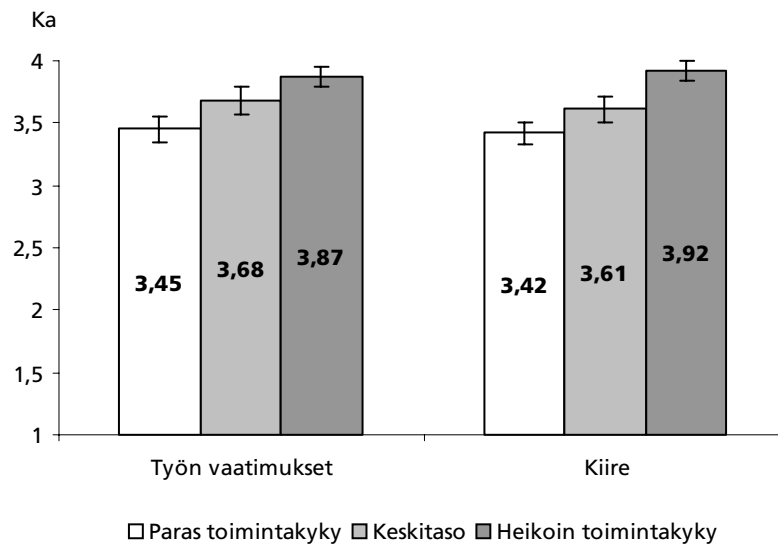
Yksikköjen asiakkaiden toimintakyvyn yhteyttä työntekijöiden kokemuksiin tarkasteltiin myös erikseen dementia-/psykiatriaosastoilla ja sekaosastoilla. Näissä tarkasteluissa vakioitiin yksikön koko ja henkilöstömitoitus. Työn kuormitustekijöiden, motivaatiotekijöiden ja työyhteisöön liittyvien tekijöiden yhteyksiä psyykkiseen stressiin, sekä psykosomaattisiin ja tuki- ja liikuntaelinten oireisiin selvitettiin vielä lopuksi lineaarisilla regressioanalyseillä.

Työn kuormitustekijät

Työn vaativuus ja kiire (työn organisointi)

Työn koettiin hyvin usein vaativan kovaa työntekoa ja kohtuutonta työmäärää (ka = 3,70). Myös kiire kuormitti työntekijöitä paljon (ka = 3,69), kuten sosiaali- ja terveysalan töissä yleensä. Työn vaatimukset (sisäkorrelaatio 0,17) ja kiire (sisäkorrelaatio 0,19) koettiin yksikköjen sisällä hyvin yhteneväisesti. Työn vaa-

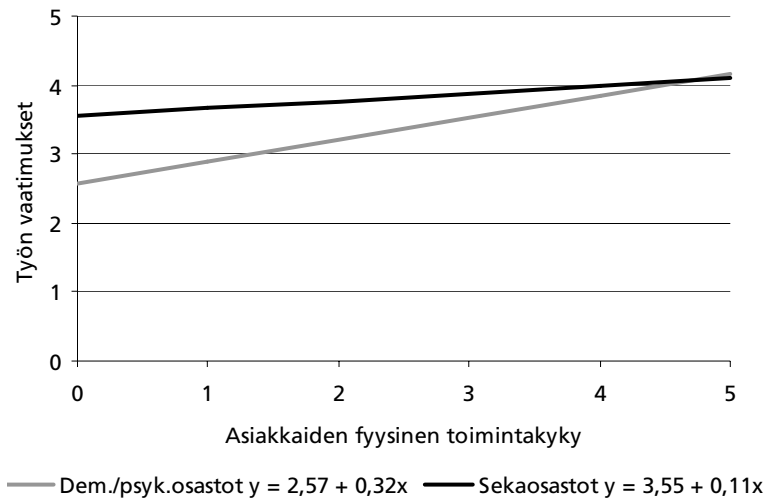
timukset ja kiire näyttivät liittyvän asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn. Työntekijät kuormittuivat työnsä vaatimuksista ja kiireestä eniten yksiköissä, joissa asiakkaat vaativat runsaasti apua päivittäisissä toiminnoissaan (kuvio 3). Myös asiakkaiden kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen lisäsi työntekijöiden kiirettä, mutta tämä yhteys hävisi, kun asiakkaiden fyysinen toimintakyky otettiin huomioon.



KUVIO 3. Työn vaatimukset ja kiire (keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit) asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn (ADL) mukaan luokitelluissa yksiköissä

Runsaasti fyysistä apua tarvitsevat asiakkaat lisäsivät työntekijöiden kuormitusta voimakkaammin dementia-/psykiatriaosastoilla kuin sekaosastoilla. Dementia-/psykiatriaosastoilla työn vaatimustaso kasvoi, kun asiakkaat tarvitsivat enemmän apua päivittäisissä toiminnois-

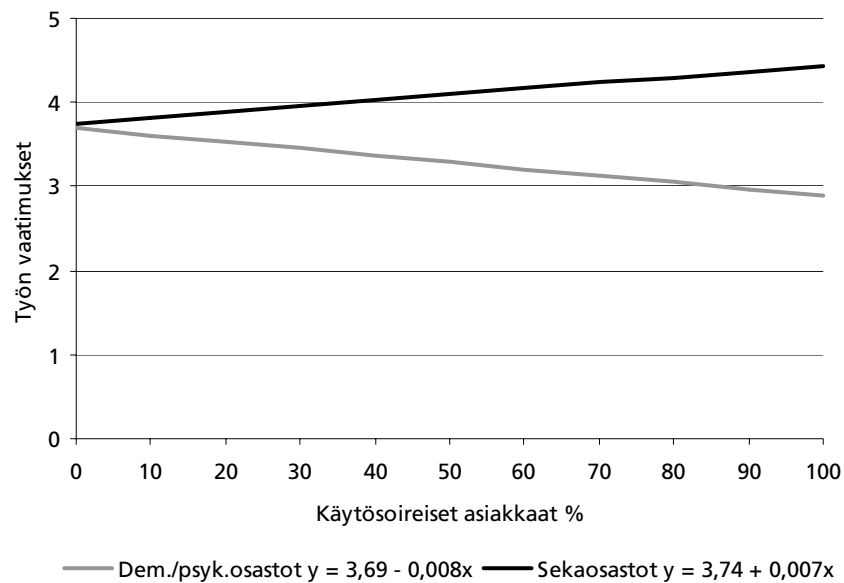
saan (kuvio 4). Myös hoidettavien asiakkaiden kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen lisäsi työntekijöiden kokemuksia työn vaatimuksista voimakkaammin dementia-/psykiatriaosastoilla kuin sekaosastoilla.



KUVIO 4. Työn vaativuuden selittyminen asiakkaiden fyysisellä toimintakyvyllä dementia-/psykiatrisilla ja sekaosastoilla (regressiosuorat, joissa on vakioituina laitostyyppin, yksikkökoon ja henkilöstömäärän vaikutukset)

Dementian loppuvaiheissa asiakkaiden liikuntakyky ja muut päivittäiseen toimintaan liittyvät tekijät heikenevät ja lopulta asiakkaat ovat vuodepotilaita. Ilmeisesti dementia-/psykiatriaosastoilla työ painottuu enemmän psykososiaaliseen suuntaan ja fyysisesti huonokuntoisia asiakkaita on vaikea tässä työmallisissa hoitaa. Sen sijaan sekaosastoilla toiminnan luonne on erilainen ja heikkoon fyysiseen toimintakykyyn liittyvä perushoitotyö sopii paremmin osaston työrytmiin. Toisaalta dementia-/psykiatriaosastoilla työn vaatimukset ovat huomattavasti matalammalla tasolla silloin, kun asiakkaiden fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky on hyvällä tasolla. Toisin sanoen, silloin, kun asiakkaat pystyvät vielä liikkumaan itse, työ koetaan kohtuullisen kuormittavaksi, kun taas sekaosastoilla kuormitus on riippumatta asiakkaiden fyysisestä toimintakyvystä erittäin kuormittavaa.

Vanhusten ympäristöä häiritsevä käyttäytyminen koettiin sen sijaan hyvin eri tavoin dementia-/psykiatriaosastoilla ja sekaosastoilla. Dementia-/psykiatriaosastoilla häiriökäyttäytyminen suorastaan vähensi työntekijöiden kuormitusta, kun taas sekaosastoilla yhteys oli päinvastainen. Dementia-/psykiatriaosastoilla työntekijöiden kokemukset esimerkiksi työn vaatimuksiin liittyvästä kuormituksesta olivat vähäisempiä silloin, kun hoidettavilla asiakkaila oli runsaasti käytösoireita. Sekaosastoilla sitä vastoin asiakkaiden käytösoireet lisäsivät työntekijöiden kuormittumista (kuvio 5). Sekaosastoilla yksittäistenkin häiritsevästi käyttäytyvien asiakkaiden on todettu häiritsevän työn rytmiä, kun taas erikoistuneissa yksiköissä tämän kaltaista käyttäytymistä pystytään hallitsemaan paremmin, kun työn luonne on erilaista. Vastaavasti taas sekaosastoilla fyysisesti erittäin heikkokuntoisten asiakkaiden hoitaminen sopii työn luonteeseen paremmin.

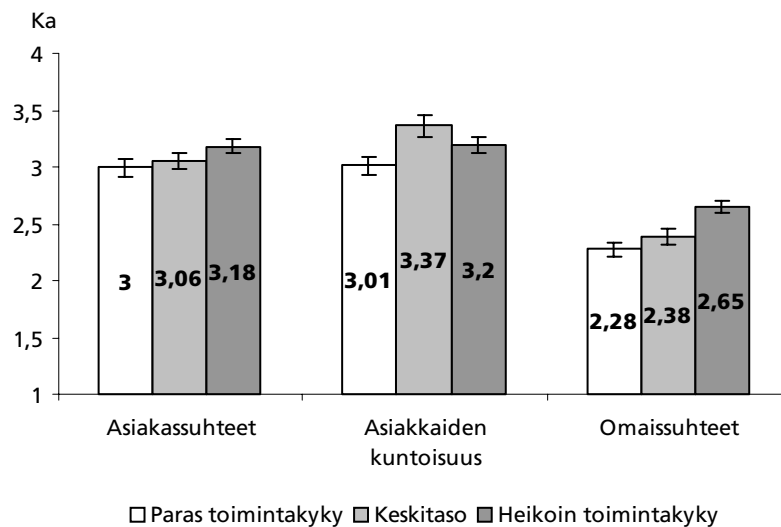


KUVIO 5. Työn vaativuuden selittyminen asiakkaiden käyttösoireilla dementia-/psykiatrisilla ja sekaosastoilla (regressiosuorat, joissa on vakioituina laitostyyppiin, yksikkökoon ja henkilöstömäärän vaikutukset)

Asiakastyöhön liittyvät kuormitustekijät (työn sisältö)

Työntekijöiden kokemukset asiakassuhteista (ka = 3,09) ja asiakkaiden kuntoisuudesta (ka = 3,19) kuormittivat työntekijöitä kaiken kaikkiaan enemmän kuin vuorovaikutus omaisten kanssa (ka = 2,47). Erityisesti asiakkaiden kuntoisuuteen liittyvän rasituksen (0,26) ja omaisten vuorovaikutuksen kuormituksen (0,20) sisäkorrelaatiot olivat voimakkaita, sen sijaan asiakassuhteisiin liittyvää kuormitusta ei koet-

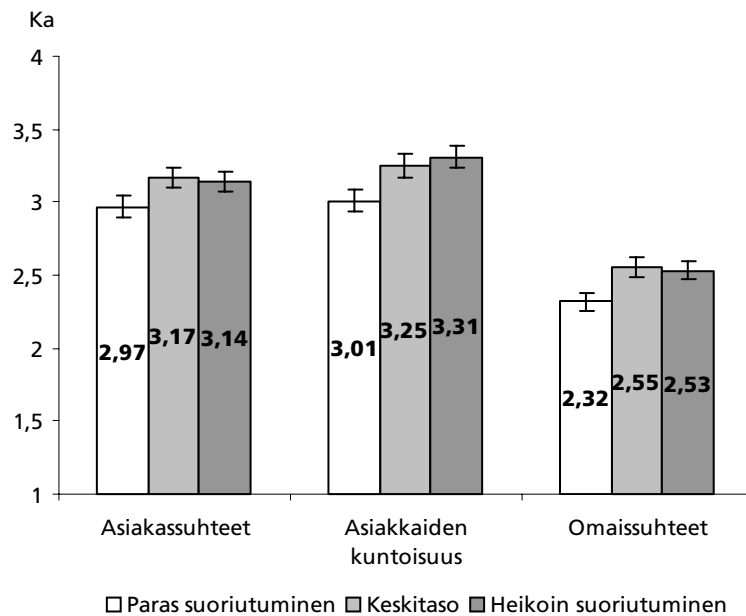
tu yhtä lailla yhteneväisesti yksikköjen sisällä (sisäkorrelaatio 0,12). Asiakas- ja omaissuhteet koettiin hankalimmiksi osastoilla, joilla asiakkaiden fyysinen toimintakyky oli heikko (kuvio 6). Asiakassuhteiden kuormittavuus liittyy siihen, että monesti heikon fyysisen toimintakyvyn omaavat asiakkaat eivät pysty enää kommunikoimaan ja toisaalta asiakkaat vaativat runsaasti apua ja siten vuorovaikutusta asiakkaiden näkökulmasta epämiellyttävissä tilanteissa.



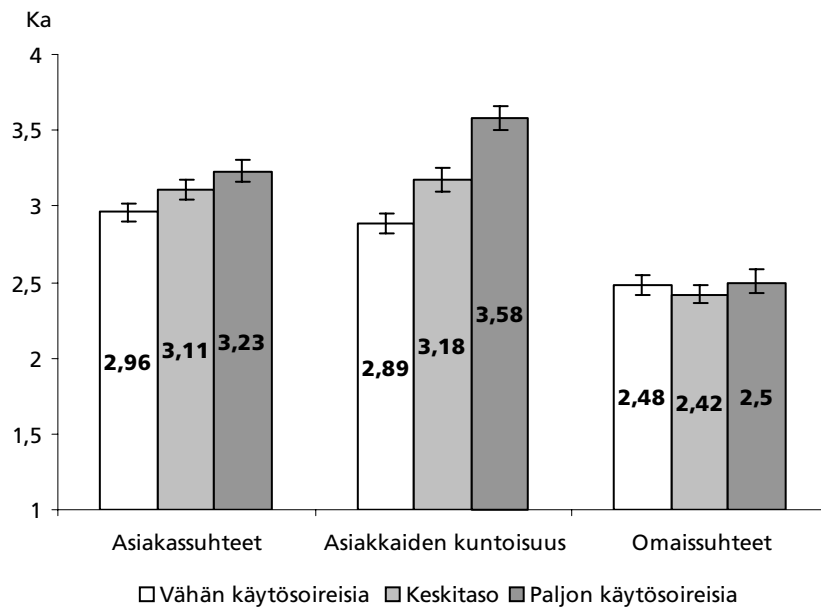
KUVIO 6. Asiakastyöhön liittyvät kuormitustekijät (keskiarvot ja 95% luottamusvälit) asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn (ADL) mukaan luokitelluissa yksiköissä

Työntekijät kokivat asiakkaiden kuntoisuuteen liittyvää kuormitusta sen sijaan eniten siellä, missä hoidettiin keskitason tai heikon kognitiivisen toimintakyvyn omaavia vanhuksia (ks. kuvio 7), joilla oli runsaasti masennusoireita ja jotka oireilivat käytöksellään. Näistä erityisesti asiakkaiden käytösoireet lisäsivät työntekijöiden kokemaa asiakkaiden kuntoisuuteen liittyvää kuormitusta paljon (ks. kuvio 8). Asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn ja työntekijöiden kokeman asiakkaiden kuntoisuuden kuormittavuuden yhteys puolestaan oli käänteisen U:n muotoinen. Toisin sanoen, niillä osastoilla, joilla asiakkaiden fyysinen toimintakyky oli

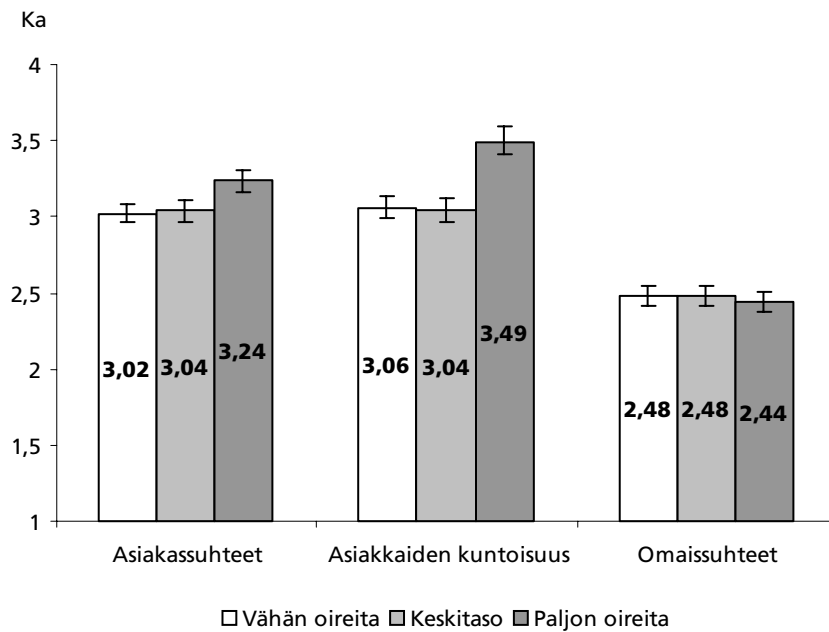
keskitasoa, asiakkaiden kuntoisuuden koettiin rasittavan eniten (ks. kuvio 6). Masennusoireilla oli yhteyttä työntekijöiden kokemaan asiakkaiden kuntoisuuteen ja asiakassuhteisiin liittyvään rasitukseen vasta silloin, kun masennusta esiintyi osastolla erityisen paljon (ks. kuvio 9). Omaissuhteiden kuormittavuuteen asiakkaiden masennusoireet tai käytösoireet eivät olleet yhteydessä. Näyttäisi siis siltä, että omaissuhteet koetaan kuormittaviksi silloin, kun asiakkailla ei ole enää jäljellä erityisen paljon omaa toimintakykyä ja mahdollisesti kommunikaatiokykyäkään. (Kuviot 6, 7, 8 ja 9.)



KUVIO 7. Asiakastyöhön liittyvät kuormitustekijät (keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit) asiakkaiden kognitiivisen kyvyn (CPS) mukaan luokitelluissa yksiköissä



KUVIO 8. Asiakastyöhön liittyvät kuormitustekijät (keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit) asiakkaiden käytösoireiden (%-osuuden) mukaan luokitelluissa yksiköissä

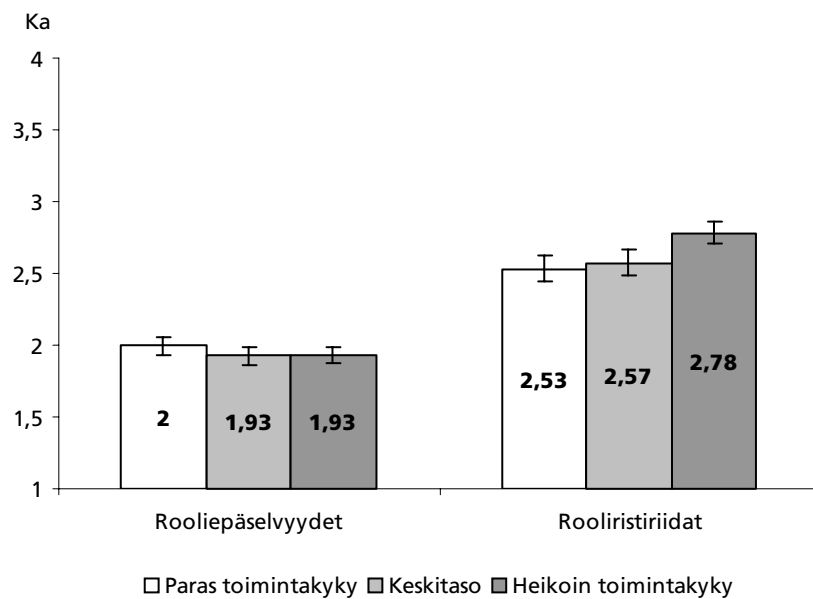


KUVIO 9. Asiakastyöhön liittyvät kuormitustekijät (keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit) asiakkaiden masennusoireiden (DRS) mukaan luokitelluissa yksiköissä

Työntekijät kuormittuivat asiakastyöstä kuitenkin eri tavoin dementia-/psykiatriaosastoilla ja sekaosastoilla. Sekaosastoilla sekä asiakkaiden runsas avuntarve päivittäisissä toiminnoissa että asiakkaiden heikko kognitiivinen suoriutuminen lisäsivät työntekijöiden kokemuksia niin asiakkaiden kuntoisuuteen kuin asiakassuhteisiin liittyvästä kuormituksesta. Sitä vastoin dementia-/psykiatriaosastoilla asiakkaiden kuntoisuuteen ja asiakassuhteisiin liittyvää kuormitusta koettiin vähemmän, kun hoidettavana oli niin heikon fyysisen kuin kognitiivisen toimintakyvyn omaavia vanhuksia. Käyttöoireisten asiakkaiden suuri osuus sen sijaan lisäsi molemmissa osastotyypeissä työntekijöiden kokemuksia asiakastyön kuormittavuudesta.

Tavoitteiden selkeys

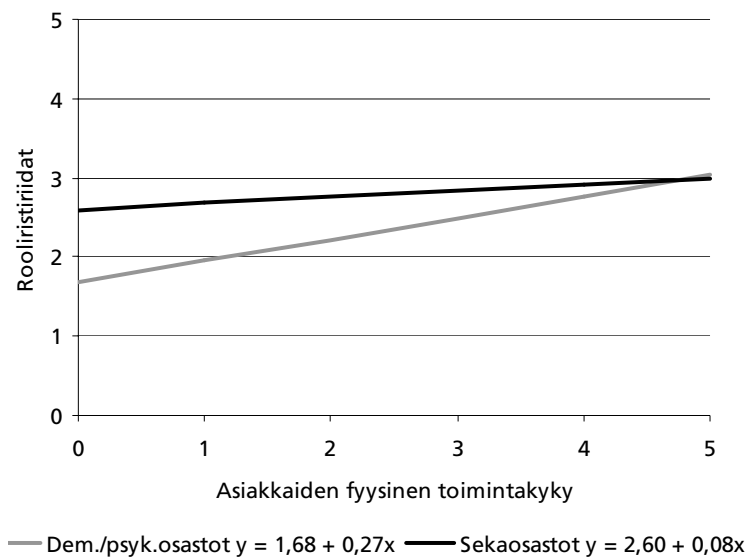
Työntekijät kokivat työssään verrattain vähän rooleihin liittyviä epäselvyyksiä ($ka = 1,95$) ja ristiriitoja ($ka = 2,65$). Epäselvyyksiä rooleihin liittyvistä vastuista ja odotuksista esiintyi pitkälti samassa määrin riippumatta yksikön ominaisuuksista (sisäkorrelaatio 0,05). Rooliristiriitoja taas koettiin yksikköjen sisällä epäselviä tavoitteita yhdenmukaisemmin (sisäkorrelaatio 0,09). Toisin sanoen, yksiköt olivat erilaisia työntekijöiden kokemien rooliristiriitojen suhteen, kun taas rooliepäselvyyksissä ilmeni vaihtelua pääasiassa yksittäisten työntekijöiden välillä. Työntekijät kokivat enemmän rooleihinsa liittyviä ristiriitaisia tavoitteita ja odotuksia yksiköissä, joissa asiakkaat tarvitsivat runsaasti apua päivittäisissä toiminnoissaan (kuvio 10).



KUVIO 10. Tavoitteiden selkeys (keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit) asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn (ADL) mukaan luokitelluissa yksiköissä

Asiakkaiden fyysisen avun tarve vaikutti työntekijöiden kokemuksiin tavoitteiden ristiriitaisuuksiin eri tavalla dementia-/psykiatriaosastoilla ja sekaosastoilla. Sekaosastoilla rooliristiriitoja oli hieman enemmän kuin dementia-/psykiatriaosastoilla, mutta kun hoidettavien vanhusten fyysinen toimintakyky heikkeni, ei tällä sekaosastoilla ollut juurikaan vaikutusta rooliristiriitoihin. Sen sijaan dementia-/psykiatriaos-

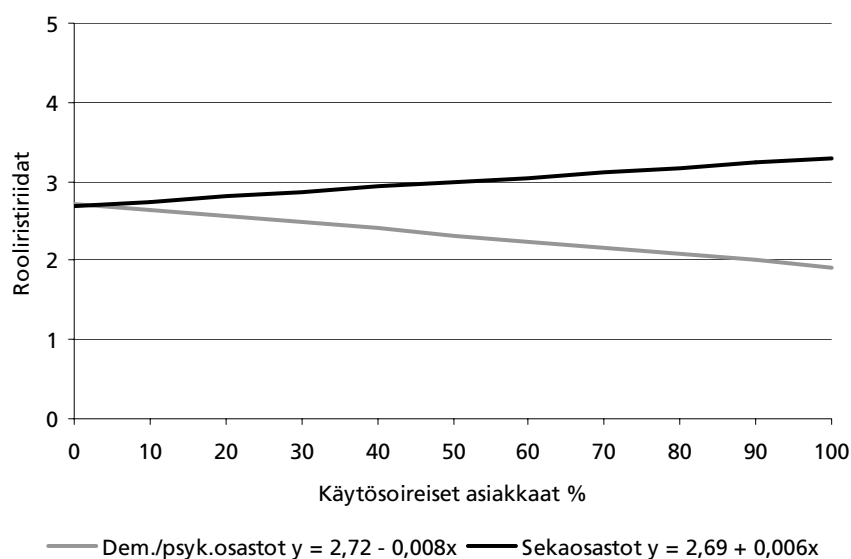
astoilla fyysisesti heikkokuntoisten asiakkaiden suuri osuus lisäsi melko selvästi myös rooliristiriitoja (kuvio 11). Tämä kuvanee pitkälti sitä, että dementia-/psykiatriaosastoilla tavoitteet ovat selkeämpiä, kun painotetaan tietyn asiakasryhmän hoitamista. Mutta kun yksikössä on runsaasti fyysisesti huonokuntoisia asiakkaita, tavoitteet muuttuvat monimuotoisemmiksi ja ajateltu toimintamalli ei toimikaan.



KUVIO 11. Tavoitteiden ristiriitaisuuksien selittyminen asiakkaiden fyysisellä toimintakyvyllä dementia-/psykiatrisilla ja sekaosastoilla (regressiosuorat, joissa on vakioituina laitostyyppin, yksikkökoon ja henkilöstömäärän vaikutukset)

Asiakkaiden ympäristöä häiritsevän käyttäytymisen vaikutus oli päinvastainen: dementia- / psykiatriaosastoilla käytösoireisten asiakkaiden hoitaminen pikemminkin vähensi työntekijöiden rooliristiriitoja, kun se sekaosastoilla lisäsi tavoitteiden ristiriitaisuuksia (kuviokuva 12). Tämä lienee seurausta siitä, että dementia-/psykiatriaosastot ovat erikoistuneet hoitamaan nimen-

omaan niitä asiakkaita, joilla on käytösoireita. Siten niiden toimintamalli vastaa hyvin tämänkaltaisten asiakkaiden tarpeita, kun taas sekaosastoilla toimintamalli ei sovellu niille asiakkaille, joilla on häiritsevää käyttäytymistä. Häiritsevään käyttäytymiseen ei pystytä kenties vastaamaan näillä osastoilla yhtä hyvin kuin erikoistuneilla osastoilla.

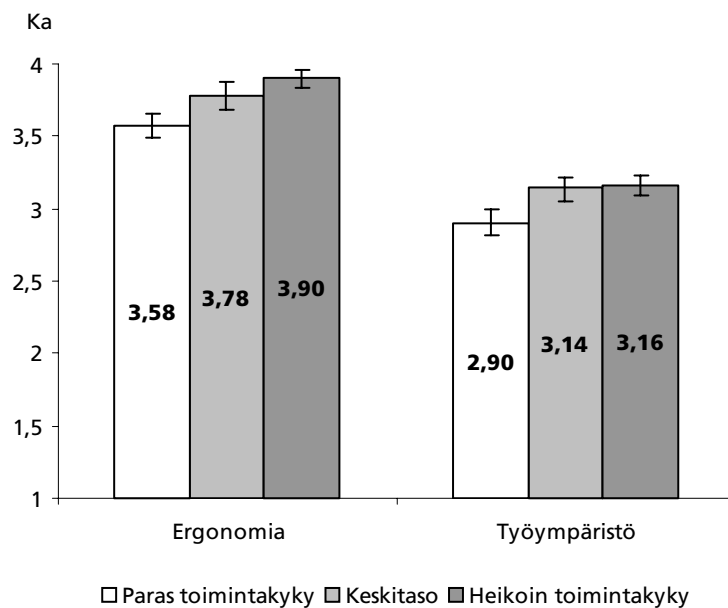


KUVIO 12. Tavoitteiden ristiriitaisuuksien selittyminen asiakkaiden käytösoireilla dementia-/psykiatrisilla ja sekaosastoilla (regressiosuorat, joissa on vakioituina laitostyyppin, yksikkökoon ja henkilöstömäärän vaikutukset)

Fyysiset kuormitustekijät

Työntekijät altistuivat hyvin usein ergonomiselle rasitukselle (ka = 3,78), kun taas työympäristö koettiin harvemmin puutteelliseksi (ka = 3,08). Fyysiset kuormitustekijät koettiin hyvin samanlaisiksi yksikköjen sisällä ja toisaalta osastojen välillä oli selviä eroja: ergonomisen rasituksen sisäkorrelaatio oli 0,17 ja ympäristörasituksen 0,16. Kuormitustekijät liittyivät kiinteästi yksiköissä hoidettavien asiakkai-

den fyysiseen toimintakykyyn. Työntekijät altistuivat paitsi hankalien nostojen ja työasentojen tuottamalle ergonomiselle rasitukselle, myös työtilan puutteiden aiheuttamille ongelmille niissä yksiköissä, joissa asiakkaat tarvitsivat runsaasti apua päivittäisissä toiminnoissaan (kuvio 13). Tulokset lienevät hyvin ymmärrettäviä: siellä, missä työ painottui enemmän fyysiseen tekemiseen, oli myös enemmän fyysistä kuormitusta.

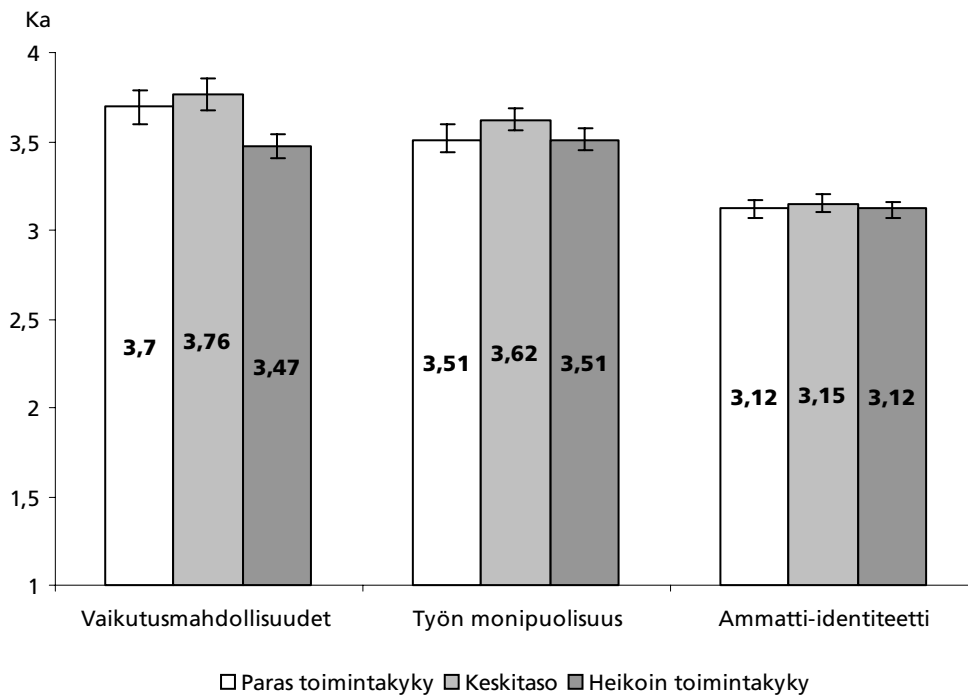


KUVIO 13. Fyysiset kuormitustekijät (keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit) asiakkaiden fyysisen toimintakykyyn (ADL) mukaan luokitelluissa yksiköissä

Motivaatiotekijät

Työntekijät pitivät mahdollisuuksiaan vaikuttaa työn sisältöön melko hyvinä (ka = 3,61). Työn monipuolisuus (ka = 3,54) ja ammattidentiteetti (ka = 3,12) koettiin sen sijaan vaikutusmahdollisuuksia heikommiksi. Näkemykset vaikutusmahdollisuuksista ja työn monipuolisuudesta olivat aika lailla yhteneväisiä yksikköjen sisällä (sisäkorrelaatio 0,10). Vaikutusmahdollisuudet näyttivät liittyvän yksikön

asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn. Työntekijät pystyivät vaikuttamaan työhönsä huomattavasti vähemmän yksiköissä, joissa asiakkaat tarvitsivat runsaasti apua päivittäisissä toiminnoissaan (kuvio 14). Tämä liittyy pitkälti siihen, että fyysisesti huonokuntoisten asiakkaiden hoitamiseen sisältyy runsaasti perushoitoa ja työn rytmi koetaan helposti rutiininomaiseksi.



KUVIO 14. Työn motivaatiotekijät (keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit) asiakkaiden fyysisen toimintakykyyn (ADL) mukaan luokitelluissa yksiköissä

Myös asiakkaiden kognitiivisella suoriutumisella oli yhteyttä työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksiin. Mahdollisuudet vaikuttaa työn sisältöön koettiin parhaimmiksi siellä, missä asiakkaiden kognitiivinen suoriutuminen oli parasta. Heikoimmaksi vaikutusmahdollisuudet taas koettiin niissä yksiköissä, joissa asiakkaiden kognitiivinen suoriutuminen oli keskitasoa. Kognitiivisen suoriutumisen merkitys työn vaikutusmahdollisuuksien kannalta kuitenkin häviää, kun tarkastellaan samalla asiakkaiden fyysistä toimintakykyä.

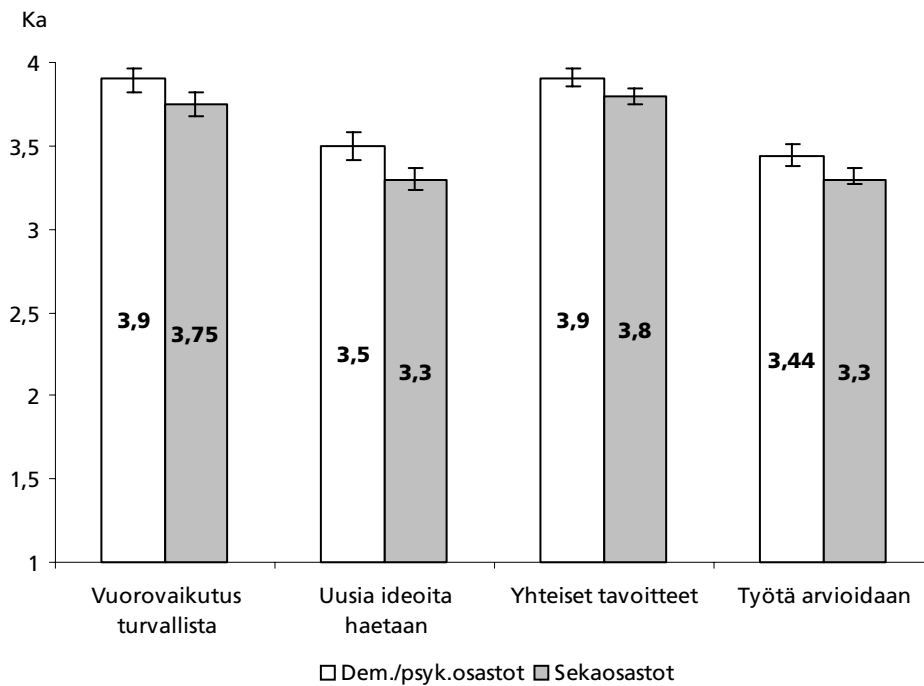
det taas koettiin niissä yksiköissä, joissa asiakkaiden kognitiivinen suoriutuminen oli keskitasoa. Kognitiivisen suoriutumisen merkitys työn vaikutusmahdollisuuksien kannalta kuitenkin häviää, kun tarkastellaan samalla asiakkaiden fyysistä toimintakykyä.

Työyhteisön toiminnan laatu ja johtamisen oikeudenmukaisuus

Työyhteisöjen ilmapiiriin oltiin yleisesti melko tyytyväisiä. Vuorovaikutus koettiin ryhmässä turvallisesti (ka = 3,82) ja ryhmien tavoitteita pidettiin selkeinä (ka = 3,85). Sen sijaan uusin ideoitten kehittämiseen (ka = 3,40) ja oman toiminnan kriittiseen arviointiin (ka = 3,38) tulisi työyhteisöissä kiinnittää huomiota. Työntekijöiden kokemukset olivat melko yhteneväisiä yksikköjen sisällä ja yksiköiden välillä oli

kohtalaisen paljon eroja (sisäkorrelaatiot 0,07–0,13).

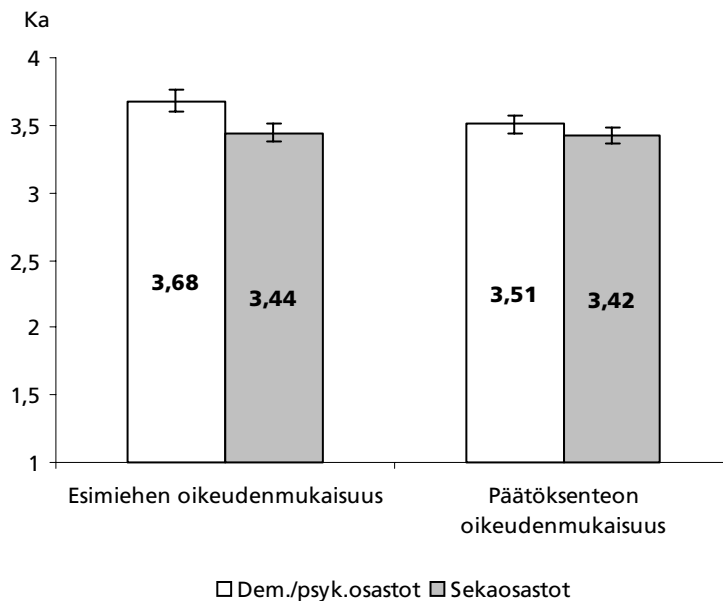
Työyhteisöt näyttivät toimivan eri tavoin dementia-/psykiatriaosastoilla ja sekaosastoilla. Dementia-/psykiatriaosastoilla työntekijät olivat kaikin puolin tyytyväisempiä työyhteisön toiminnan laatuun kuin sekaosastoilla työskentelevät (kuvio 15).



KUVIO 15. Työryhmän ilmapiiri (keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit) dementia-/psykiatriosastoilla ja sekaosastoilla

Johtamisen oikeudenmukaisuus koettiin yleisesti hyväksi, tosin esimiehen toimintaa (ka = 3,53) pidettiin oikeudenmukaisempuna kuin päätöksentekoa organisaatiossa (ka = 3,44). Esimiehen johtamistapa koettiin kuitenkin erilaiseksi eri yksiköissä, ja samalla hyvin yhdenmukaiseksi yksiköiden sisällä (sisäkorrelaatio 0,24).

Sekaosastoilla esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuudessa nähtiin enemmän puutteita kuin dementia-/psykiatriaosastoilla (kuviokuva 16). Organisaation päätöksenteossa esiintyi vähemmän yhteneväisyyttä yksiköiden sisällä (sisäkorrelaatio 0,09).



KUVIO 16. Johtamisen oikeudenmukaisuus (keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit) dementia-/psykiatriosastoilla ja sekaosastoilla

Dementia-/psykiatriaosastojen keskittyminen samankaltaisten asiakkaiden hoitoon näyttää siis liittyvän siihen, minkälaiseksi työntekijät kokevat työyhteisönsä toiminnan ja johtamisen. Ilmeisesti työn tavoitteet muodostuvat selkeämmiksi, kun voidaan keskittyä tiettyyn asiakasryhmään, jolloin ryhmä myös toimii enem-

män kokonaisuutena. Myönteistä on lisäksi se, että vuorovaikutusta on enemmän ja se on turvallisempaa. Edelleen työtä kehitetään aktiivisemmin. Aiemmissa tutkimuksissa on myös todettu, että ryhmän toiminnalla on yhteys siihen, miten oikeudenmukaiseksi johtaminen koetaan.

Psyykinen stressi, psykosomaattiset oireet sekä tuki- ja liikuntaelinten oireet

Työntekijöiden stressi (ka = 2,54) sekä psyykinen (ka = 2,28) ja psykosomaattinen (ka = 2,29) oireilu vastasivat sosiaali- ja terveysalan muissa tutkimuksissa saatuja tuloksia. Vanhusten pitkäaikaishoidossa voidaan henkilöstön kuitenkin olettaa kärsivän varsin paljon tuki- ja liikuntaelinten vaivoista (ka = 1,95). Tuki- ja liikuntaelinten oireilu oli ikäsidonnaista: ikään-tyneemmät työntekijät kärsivät tuki- ja liikuntaelinten vaivoista huomattavasti enemmän kuin nuoremmat. Sen sijaan psyykkistä ja psykosomaattista oireilua esiintyi yhtä lailla eri ikäisillä. Iän vaikutuksesta huolimatta lineaarisilla regressioanalyysillä työntekijöiden oireilua, niin psyykkistä kuin fyysistäkin, voitiin selittää erilaisilla työympäristöön ja -yhteisöön sekä työn luonteeseen liittyvillä tekijöillä.

Työntekijöiden psyykkistä, psykosomaattista ja fyysistä oireilua oli kuitenkin hyvin vaikea selittää yksistään yksikköjen ominaisuuksilla, kuten niiden koolla, henkilöstömitoituksella tai asiakasrakenteella. Perinteisten stressiteorioiden näkökulmasta tämä on luonnollista, koska stressin kokemusta pidetään olennaisempaa kuin objektiivista tapahtumaa. Toisaalta taas työn motivaatiotekijöiden ja työyhteisön toiminnan laadun ja johtamisen oikeudenmukaisuuden voidaan nähdä suojaavan työntekijöiden hyvinvointia. Seuraavaksi selvitetään, miten yksikköjen koko, henkilöstömitoitus ja asiakkaiden toimintakyky sekä työntekijöiden kokemukset (1) työn kuormitustekijöistä, (2) motivaatiotekijöistä, ja (3) työyhteisön toiminnan laadusta ja johtamisesta ovat yhteydessä

stressiin ja psyykkisiin, psykosomaattisiin sekä tuki- ja liikuntaelinten oireisiin.

Työkuormituksen yhteys oireiluun

Työntekijöiden kokemien oireiden vaihtelusta pystyttiin selittämään 8–16 prosenttia, kun otettiin huomioon erilaisten kuormitustekijöiden vaikutus (taulukko 2). Kaiken kaikkiaan näytti siltä, että asiakkaiden toimintakyky vaikutti työntekijöiden oireiluun juuri heidän kokemansa kuormituksen, kuten työn vaatimusten, ja rooleihin, ergonomiaan sekä työympäristöön liittyvän rasituksen välityksellä. Kokemukset asiakastyöhön liittyvästä rasituksesta eivät sen sijaan olleet yhteydessä työntekijöiden oireiluun, kun muiden kuormitustekijöiden vaikutus otettiin huomioon.

Parhaiten voitiin selittää työntekijöiden kokemaa stressiä ja psyykkistä oireilua, kuten hermostuneisuutta, rauhattomuutta ja alakuoloisuutta. Kohtuuton työ määrä, rooleihin liittyvät ristiriitaiset odotukset ja epäselvyydet sekä työympäristön puutteet lisäsivät työntekijöiden psyykkistä stressiä. Näihin liittyi läheisesti asiakkaiden heikko fyysinen toimintakyky, joka lisäsi työkuormitusta ja näytti vaikuttavan erityisesti työn vaatimusten kautta myös stressioireisiin. Sen sijaan, kun hoidettavana oli vanhuksia, joiden kognitiivinen toimintakyky oli heikentynyt, työntekijät kokivat stressiä vähemmän.

Työkuormitus altisti työntekijät myös psykosomaattisille sekä tuki- ja liikuntaelinten oireille. Työn vaatimukset ja rooleihin liittyvät ristiriidat lisäsivät työntekijöiden päänsärkyä, sydänoireita ja vatsakipuja. Huomattavaa oli se, että asiakkaiden masennus näytti lisäävän työn-

tekijöiden psykosomaattista oireilua. Tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin oli puolestaan selvästi yhteydessä työn ergonominen rasitus, mutta myös kohtuuton työmäärä ja ristiriitaiset rooli-dotukset lisäsivät tuki- ja liikuntaelinten oireita.

TAULUKKO 2. Työntekijöiden oireilun selittyminen yksikön koolla, henkilöstömitoituksella ja asiakasrakenteella sekä työntekijöiden kokemalla työkuormituksella (regressioanalyysit, joissa on vakioitu laitos- ja osastotyypin vaikutus), n = 970

Selittäjät	Koettu stressi		Psykkiset oireet		Psykosomaattiset		Tuki- ja liikuntaelimet	
	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo
Yksikön ominaisuudet								
Hoitopaikat lkm	0,00	-0,06	-0,02	-0,75	-0,03	-0,96	0,00	-0,13
Henkilöstö/paikka	0,06	1,73	0,08	2,25*	0,00	0,03	0,03	0,83
Asiakasrakenne								
Fyysinen toimintakyky	0,05	1,07	0,07	1,33	-0,02	-0,39	0,03	0,54
Kognitiivinen toimintakyky	-0,17	-3,18**	-0,10	-1,86	0,05	0,90	0,00	-0,06
Masennuksen oireet	0,03	0,74	-0,02	-0,48	0,09	2,23*	0,05	1,28
Käyttöoireet	-0,01	-0,12	0,03	0,58	-0,09	-1,85	-0,02	-0,46
Kuormitustekijät								
Kiiire	0,01	0,28	-0,06	-1,41	-0,07	-1,76	-0,07	-1,59
Työn vaatimukset	0,18	4,34***	0,13	3,17**	0,15	3,68***	0,11	2,56*
Asiakassuhteet	0,03	0,70	0,04	1,04	0,06	1,37	-0,06	-1,37
Asiakkaiden kuntoisuus	0,06	1,47	0,07	1,85	0,06	1,51	-0,01	-0,19
Omaissuhteet	0,04	0,95	0,07	1,93	0,04	1,15	0,04	0,99
Rooliristiriidat	0,10	2,72**	0,10	2,85**	0,07	1,98*	0,12	3,17**
Rooliepäselvyydet	0,17	5,30***	0,17	5,21***	0,06	1,93	0,00	0,01
Ergonomia	-0,02	-0,47	-0,01	-0,36	0,02	0,51	0,12	3,10**
Työympäristö	0,06	1,72	0,09	2,40***	0,08	1,94	0,10	2,42*
F-arvo	10,48***		9,86***		6,39***		5,03***	
Vapausasteet	17		17		17		17	
R ² -selitysaste	0,16		0,15		0,10		0,08	

p < 0,001*** p < 0,01** p < 0,05*

Työn motivaatiotekijät hyvinvoinnin suojana

Työn motivaatiotekijöillä pystyttiin selittämään vain pieni osa (3–8 %) työntekijöiden oireilun vaihtelusta. Ne näyttivät kuitenkin vähentävän erityisesti työntekijöiden psyykkistä stressiä (taulukko 3). Myönteinen ammatti-identiteetti

vähensi voimakkaasti työntekijöiden kokemaa stressiä ja psyykkisiä oireita, minkä lisäksi se vähensi myös psykosomaattista oireilua. Niin ikään työntekijöiden mahdollisuus vaikuttaa työhönsä suojasi työntekijöitä sekä psyykkisiltä että fyysisiltä oireilta, vähentäen erityisesti työntekijöiden psykosomaattista oireilua, kuten päänsärkyä, sydänoireita ja vatsakipuja.

TAULUKKO 3. Työntekijöiden oireilun selittyminen yksikön koolla, henkilöstömitoituksella ja asiakasrakenteella sekä työn motivaatiotekijöillä (regressioanalyysit, joissa on vakioitu laitos- ja osastotyyppin vaikutus), n = 973

Selittäjät:	Koettu stressi		Psykkiset oireet		Psykosomaattiset		Tuki- ja liikuntaelimet	
	B	t-arvo	B	t-arvo	B	t-arvo	B	t-arvo
Yksikön ominaisuudet								
Hoitopaikat lkm	-0,01	-0,30	-0,04	-1,06	-0,04	-1,29	-0,01	-0,34
Henkilöstö/paikka	0,06	1,72	0,08	2,34*	0,01	0,29	0,04	1,03
Asiakasrakenne								
Fyysinen toimintakyky	0,10	1,95	0,09	1,84	0,01	0,26	0,06	1,13
Kognitiivinen toimintakyky	-0,20	-3,4***	-0,13	-2,27*	0,02	0,31	-0,02	-0,27
Masennuksen oireet	0,08	1,97	0,04	0,96	0,14	3,33***	0,07	1,64
Käyttöoireet	0,00	0,07	0,05	1,04	-0,07	-1,34	-0,04	-0,75
Motivaatiotekijät								
Vaikuttaminen	-0,09	-2,55*	-0,07	-2,02*	-0,13	-3,69***	-0,10	-2,84**
Työn monipuolisuus	-0,05	-1,31	-0,10	-2,67**	-0,01	-0,39	-0,06	-1,64
Ammatti-identiteetti	-0,12	-3,46***	-0,18	-5,24***	-0,09	-2,56*	-0,01	-0,38
F-arvo	5,05***		7,50***		4,18***		2,59***	
Vapausasteet	11		11		11		11	
R ² -selitysaste	0,05		0,08		0,05		0,03	

p < 0,001*** p < 0,01** p < 0,05*

Työyhteisön toimivuus ja johtamisen oikeudenmukaisuus

Työyhteisön toimivuus ja työntekijöiden kokemukset johtamisen oikeudenmukaisuudesta ovat tärkeitä osavaikuttajia, kun tarkastellaan työntekijöiden hyvinvointia (taulukko 4). Näillä tekijöillä oli mahdollista selittää eritoten psyykkistä stressiä (9–11 % oireilun vaihtelusta), mutta ne eivät olleet merkityksellisiä psykosomaattisia ja fyysisiä oireilua selitettäessä.

Ryhmän myönteinen ja kannustava ilmapiiri näytti osaltaan edesauttavan työntekijöiden hyvinvointia. Työyhteisön vuorovaikutuksen turvallisuus suojasi työntekijöitä erityisesti psyykkiseltä stressiltä, mutta myös psykosomaattisia oireita esiintyi vähemmän niillä, jotka kokivat vuorovaikutuksen hyväksi ja kannustavaksi. Lisäksi organisaation oikeudenmukainen päätöksenteko vaikutti työntekijöiden psyykkiseen stressiin, vähentäen heidän stressin kokemuksiaan ja psyykkisiä oireitaan.

TAULUKKO 4. Työntekijöiden oireilun selittyminen yksikön koolla, henkilöstömitoituksella ja asiakasrakenteella sekä työntekijöiden kokemuksilla työyhteisön toimivuudesta ja johtamisen oikeudenmukaisuudesta (regressioanalyysit, joissa on vakioitu laitos- ja osastotyy-
pin vaikutus), n = 968

Selittäjät	Koettu stressi		Psykkiset oireet		Psykosomaattiset		Tuki- ja liikuntaelimet	
	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo
Yksikön ominaisuudet								
Hoitopaikat lkm	-0,02	-0,51	-0,02	-0,55	-0,03	-0,82	0,00	0,00
Henkilöstö/paikka	0,06	1,80	0,08	2,25*	0,01	0,17	0,03	0,95
Asiakasrakenne								
Fyysinen toimintakyky	0,12	2,39*	0,12	2,44**	0,03	0,66	0,07	1,44
Kognitiivinen toimintakyky	-0,18	-3,26**	-0,12	-2,14*	0,03	0,49	0,00	0,02
Masennuksen oireet	0,07	1,70	0,03	0,72	0,14	3,23**	0,08	1,80
Käyttöoireet	-0,02	-0,43	0,04	0,74	-0,08	-1,61	-0,05	-0,97
Ryhmän ilmapiiri								
Vuorovaikutus	-0,19	-4,55***	-0,15	-3,57***	-0,13	-3,03***	-0,02	-0,38
Yhteiset tavoitteet	-0,08	-1,80	0,08	-1,93*	-0,05	-1,26	-0,12	-2,87**
Toiminnan arviointi	0,09	2,42	-0,02	-0,44	0,04	1,00	-0,04	-0,86
Oikeudenmukaisuus								
Esimiehen toiminta	-0,01	-0,18	-0,03	-0,81	-0,01	-0,21	-0,06	-0,86
Päätöksenteko	-0,09	-2,25*	-0,10	-2,42**	-0,07	-1,70	-0,06	-1,49
F-arvo	7,18***		7,64***		4,09***		3,64***	
Vapausasteet	13		13		13		13	
R ² -selitysaste	0,09		0,09		0,05		0,05	

p < 0,001*** p < 0,01** p < 0,05*

Yhteenveto työntekijöiden hyvinvointia selittävistä tekijöistä

Hyvin samanlaiset tekijät säilyivät työntekijöiden psyykkisen ja fyysisen oireilun selittäjinä kokonaisuudessa, joissa huomioitiin kaikki oireiluun vaikuttavat psykososiaaliset tekijät. Kuormitustekijöistä työn vaatimukset säilyivät kaikenlaisen oireilun selittäjinä, mutta myös tavoitteiden ristiriitaisuudet lisäsivät työntekijöiden psyykkistä ja psykosomaattista oireilua. Rooleihin liittyvät epäselvyydet lisäsivät lähinnä työntekijöiden psyykkistä kuormitusta. Työ-

ympäristöön liittyvät rasitustekijät eivät myöskään olleet merkityksellisiä: paitsi että näillä oli vaikutusta työntekijöiden psyykkiseen hyvinvointiin, lisäsivät ne myös tuki- ja liikuntaelinten vaivoja ergonomiaan liittyvien ongelmien ohella. Myönteinen ammatti-identiteetti taas näytti suojaavan työntekijöitä psyykkisiltä ja psykosomaattisilta oireilta, ja työryhmän turvallinen vuorovaikutus lisäsi psyykkistä hyvinvointia. Työn motivaatiotekijät näyttivät suojaavan työntekijöitä erityisesti psyykkisiltä oireilta. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Työntekijöiden oireilun selittyminen yksikön koolla, henkilöstömitoituksella ja asiakasrakenteella sekä työn psykososiaalisilla tekijöillä (regressioanalyysit, joissa on vakioitu laitos- ja osastotyyppin vaikutus), n = 917

Selittäjät	Koettu stressi		Psykkiset oireet		Psykosomaattiset		Tuki- ja liikuntaelimet*	
	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo
Yksikön ominaisuudet								
Hoitopaikat lkm	0,00	-0,11	-0,03	-0,89	-0,03	-1,16	-0,01	-0,17
Henkilöstö/paikka	0,07	2,10*	0,09	2,58*	0,00	0,02	0,03	0,90
Asiakasrakenne								
Fyysinen toimintakyky	0,07	1,37	0,08	1,67	-0,01	-0,22	0,05	1,09
Kognitiivinen toimintakyky	-0,19	-3,51	-0,12	-2,28*	0,01	0,15	-0,04	-0,73
Masennuksen oireet	0,03	0,86	0,01	0,30	0,11	2,52*	0,05	1,13
Käyttöoireet	0,01	0,18	0,06	1,19	-0,03	-0,72	-0,05	-1,02
Psykososiaaliset tekijät								
Työn vaatimukset	0,21	5,85***	0,14	4,01***	0,17	4,80***	0,10	2,91**
Rooliristiriidat	0,08	2,24*	0,11	2,80**	0,15	4,11***		
Rooliepäselvyydet	0,13	3,79***	0,11	3,16**				
Ergonomia							0,14	3,65***
Työympäristö	0,07	2,12*	0,11	3,36***			0,08	2,13*
Vaikuttaminen			-0,08	-2,25*				
Työn monipuolisuus			-0,09	-2,63**				
Ammatti-identiteetti	-0,11	-3,63***	-0,18	-5,57***	-0,12	-3,78***		
Vuorovaikutus	-0,10	-2,95**	-0,09	-2,40*				
F-arvo	14,73***		13,07***		8,60***		14,11***	
Vapausasteet	14		16		11		12	
R ² -selitysaste	0,19		0,19		0,09		0,16	

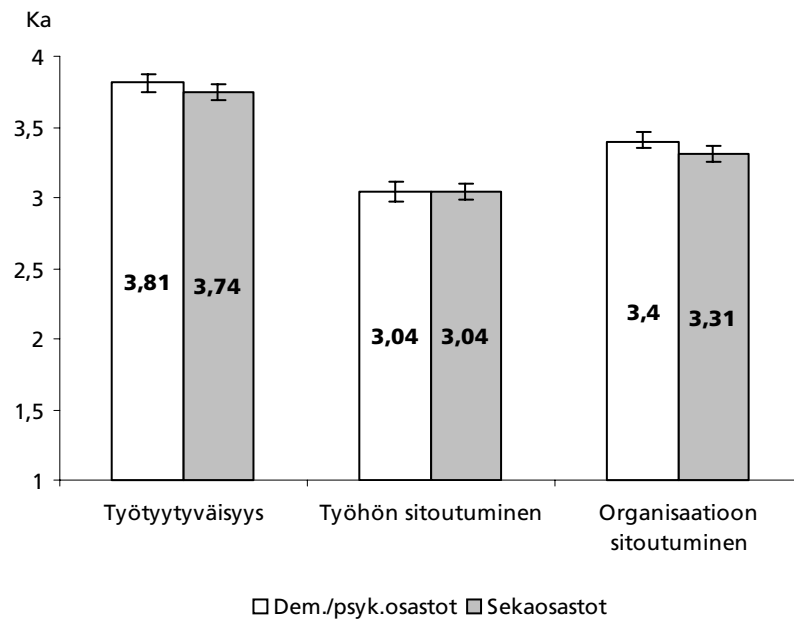
p < 0,001*** p < 0,01** p < 0,05*

* Ikä vakioitu.

Työntekijöiden sitoutuminen ja viihtyminen työssä

Työntekijät viihtyivät työssään verrattain hyvin (ka = 3,77) ja kokivat yhteenkuuluvuutta työyhteisöönsä (ka = 3,35). Työn merkitys ja tärkeys itselle koettiin sitä vastoin hieman heikommaksi (ka = 3,04). Työpaikan vaihtoaikheet olivat kuitenkin melko harvinaisia (ka = 2,16): joka kymmenes työntekijä oli harkinnut usein eroavansa työpaikastaan. Dementia-/psykiatriaosastoilla työntekijät olivat tyytyväisempiä työhönsä ja sitoutuivat organisaatioonsa vah-

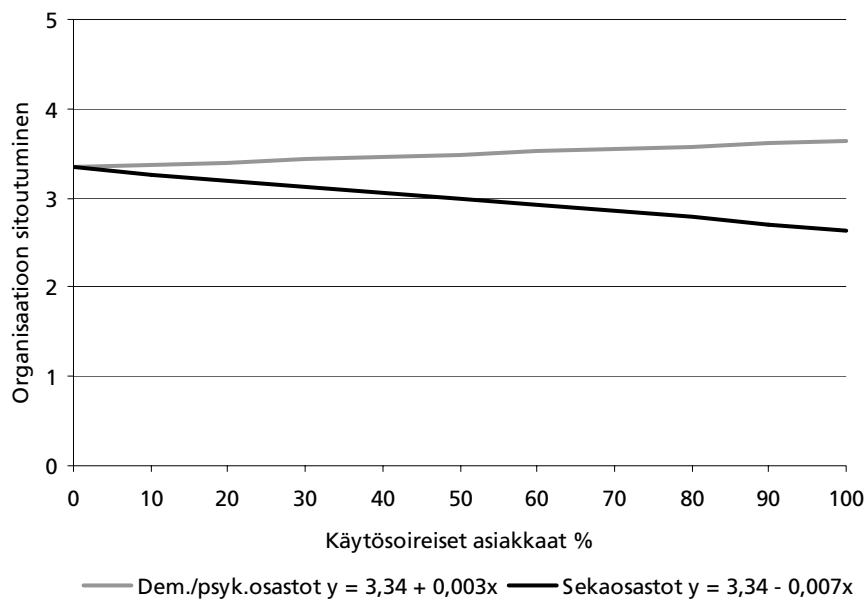
vemmin kuin sekaosastoilla (kuvio 17). Työhön oltiin hieman tyytymättömämpiä silloin, kun asiakkaat vaativat paljon apua päivittäisissä toiminnoissaan, ja toisaalta silloin, kun asiakkaiden kognitiivinen toimintakyky oli keskitasoa, kun taas kognitiivisesti heikosti suoriutuvien asiakkaiden hoitaminen lisäsi työssä viihtymistä. Työhön ja organisaatioon sitouduttiin heikommin suurissa kuin pienissä yksiköissä.



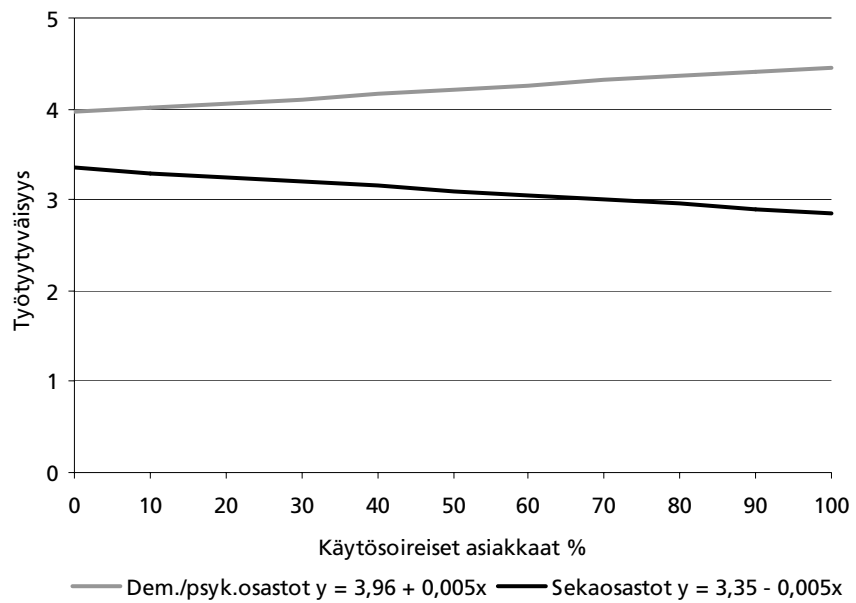
KUVIO 17. Työssä viihtyminen ja sitoutuminen (keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit) dementia-/psykiatrisilla ja sekaosastoilla

Työyksikön koosta riippumatta yhteys asiakkaiden häiritsevän käyttäytymisen ja työntekijöiden sitoutumisen ja viihtymisen välillä oli hyvin erilainen dementia-/psykiatria-osastoilla ja sekaosastoilla. Dementia-/psykiatriaosastoilla työntekijät kokivat yhteenkuuluvuutta organisaatioonsa ja viihtyivät työssään hyvin, vaikka hoidettavilla vanhuksilla ilmeni häiritsevää käyttäytymistä. Sen sijaan sekaosastoilla asiakkaiden käytösoireet heikensivät työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä työssään. Todennä-

köisesti tämä liittyy aiemmin kuvattuun ilmiöön, että dementia-/psykiatriaosastoilla toimintatavat on muokattu hyvin psyykkisten ja dementiaan liittyvien ongelmien hoitoon sopiviksi, kun taas asiakkaiden heikkoon fyysiseen toimintakykyyn liittyvä raskas perushoito ei dementia-/psykiatriaosastoihin sovellu yhtä hyvin. Yleensä asiakkaat, joilla on häiritsevää käyttäytymistä, ovat vielä itsenäisesti liikkuvia. (Kuviot 18 ja 19.)



KUVIO 18. Organisaatioon sitoutumisen selittyminen käytösoireisten asiakkaiden osuudella dementia-/psykiatrisilla ja sekaosastoilla (regressiosuorat, joissa on vakioituina laitostyyppin, yksikkökoon ja henkilöstömäärän vaikutukset)



KUVIO 19. Työtyytyväisyyden selittyminen käytösoireisten asiakkaiden osuudella dementia-/psykiatrisilla ja sekaosastoilla (regressiosuorat, joissa on vakioituina laitostyyppin, yksikkökoon ja henkilöstömäärän vaikutukset)

Pelkästään yksikön rakenteellisilla tekijöillä ja sen asiakkaiden toimintakyvyllä oli kuitenkin vaikea selittää työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä työssä (lineaaristen regressio-analyyysien selitysosuudet 1–3 %). Voidaan olettaa, että nämä tekijät vaikuttavat työntekijöiden kokemuksiin työstään ja työyhteisönsä toiminnasta, ja sitä kautta myös heidän sitoutumiseensa ja viihtymiseensä työssä. Sitoutuminen ja viihtyminen olivat lisäksi ikäsidosnaisia: ikääntyneemmät työntekijät sitoutuivat sekä työhönsä että organisaatioonsa ja viihtyivät työssään paremmin kuin nuoremmat. Tästä huolimatta monet työyhteisöön liittyvät tekijät säilyivät merkitsevinä sitoutumisen ja viihtymisen selittäjinä.

Työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä työssään tutkitaan seuraavaksi samalla tavalla kuin edellä työntekijöiden oireilua. Tarkoituksena on selvittää, miten yksikköjen koko, henkilöstömitoitus ja asiakkaiden toimintakyky sekä työntekijöiden kokemukset (1) työn kuormitustekijöistä, (2) motivaatiotekijöistä, ja (3) työyhteisön toiminnan laadusta ja johtamisesta ovat yhteydessä työntekijöiden sitoutumiseen ja työtyytyväisyyteen.

Työhön sitoutuminen ja siinä viihtyminen liittyvät läheisesti toisiinsa. Työhön ja työyhteisöön sitoutumista tutkitaan usein työtyytyväisyyttä selittävinä tekijöinä. Myös tässä näiden väliset korrelaatiot vaihtelivat välillä 0,42–

0,58 (liitetaulukko 3). Työntekijöiden tyytyväisyyttä työhönsä (selitysosuus 29–41 %) oli helppo selittää kuin esimerkiksi heidän työhön sitoutumistaan, jonka vaihtelusta pystyttiin tässä tarkastelluilla tekijöillä selittämään vain 5–12 prosenttia. Työhön sitoutuminen kuvastaa ehkä laaja-alaisempaa suhtautumista ja sitoutumista ammattiin, johon yksittäiset työn tai työyhteisön piirteet eivät välittömästi vaikuta yhtä voimakkaasti.

Työn kuormitustekijät viihtymisen uhkana

Työn kuormitustekijöistä epäselvyydet työn tavoitteissa osoittautuivat merkitseviksi työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä uhkaaviksi tekijöiksi (taulukko 6). Rooleihin liittyvät epäselvyydet vähensivät sekä työntekijöiden viihtymistä työssään että heidän sitoutumistaan työhön ja organisaatioon. Myös ristiriitaiset rooliodotukset heikensivät tyytyväisyyttä työhön ja sitoutumista organisaatioon, lisäten samalla työntekijöiden halua vaihtaa työpaikkaa.

Epäselvien ja ristiriitaisten tavoitteiden ohella työpaikan ergonominen rasitus vähensi työntekijöiden viihtymistä ja lisäsi heidän aikeitaan vaihtaa työpaikkaa. Työntekijöiden sitoutuminen organisaatioon oli lisäksi heikompaa suurissa yksiköissä ja silloin, kun työntekijät kokivat asiakkaat raskaiksi.

TAULUKKO 6. Työntekijöiden sitoutumisen ja viihtymisen selittyminen yksikön koolla, henkilöstömitoituksella ja asiakasrakenteella sekä työntekijöiden kokemalla työkuormituksella (regressioanalyysit, joissa on vakioitu laitos- ja osastotyyppin vaikutus), n = 967

Selittäjät	Työhön osallistuminen		Organisaatioon sitoutuminen		Työtyytyväisyys		Työpaikan vaihtoaikheet	
	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo
Yksikön ominaisuudet								
Hoitopaikat lkm	-0,06	-1,85	-0,06	-1,97*	-0,04	-1,37	-0,02	-0,53
Henkilöstö/paikka	-0,02	-0,44	0,01	0,18	0,00	0,12	0,02	0,62
Asiakasrakenne								
Fyysinen toimintakyky	0,02	0,44	0,07	1,52	-0,07	-1,63	-0,07	-1,58
Kognitiivinen toimintakyky	0,03	0,43	-0,04	-0,80	0,09	1,87	-0,03	0,64
Masennuksen oireet	-0,01	-0,33	0,04	1,09	0,03	0,92	0,01	0,29
Käyttöoireet	0,00	0,01	-0,02	-0,36	0,00	0,04	0,03	0,64
Kuormitustekijät								
Kiire	-0,07	-1,64	-0,03	-0,66	-0,04	-1,16	0,02	0,45
Työn vaatimukset	0,09	2,02*	0,06	1,46	0,01	0,36	0,06	1,60
Asiakassuhteet	-0,08	-1,73	-0,11	-2,64**	-0,07	-1,77	0,07	1,71
Asiakkaiden kuntoisuus	-0,04	-0,87	-0,01	-0,22	-0,07	-1,91	0,01	0,35
Omaisuuhteet	0,00	0,00	0,00	0,07	-0,01	-0,29	0,05	1,42
Rooliristiriidat	0,00	0,07	-0,17	-4,60***	-0,17	-5,14***	0,21	5,89***
Rooliepäselvyydet	-0,15	-4,28***	-0,21	-6,34***	-0,32	-10,8***	0,13	4,17***
Ergonomia	-0,02	-0,40	-0,07	-1,73	-0,12	-3,41***	0,09	2,31*
Työympäristö	-0,02	-0,48	0,01	0,28	-0,01	-0,16	-0,02	-0,42
F-arvo	3,01***		10,09***		22,67***		12,86***	
Vapausasteet	17		17		17		17	
R ² -selitysaste	0,05		0,15		0,29		0,19	

p < 0,001*** p < 0,01** p < 0,05*

Työn motivaatiotekijät sitoutumisen ja viihtymisen edistäjinä

Erityisesti työntekijöiden viihtyminen työssään oli läheisesti yhteydessä työn motivaatiotekijöihin; yksikön ominaisuuksien ja asiakkaiden toimintakyvyn ohella motivoivat työn piirteet selittivät lähes puolet työtyytyväisyyden vaihtelusta. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että

työntekijät viihtyvät työssään paremmin, heillä on vähemmän halua vaihtaa työpaikkaa ja he sitoutuvat sekä työhön että organisaatioon silloin, kun he kokevat työnsä monipuoliseksi, heillä on vahva ammatti-identiteetti, ja he kokevat vaikutusmahdollisuutensa hyväksi. Motivaatiotekijöistä erityisesti monipuoliset työnkuvat lisäsivät työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä työssään. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Työntekijöiden sitoutumisen ja viihtymisen selittyminen yksikön koolla, henkilöstömitoituksella ja asiakasrakenteella sekä työn motivaatiotekijöillä (regressioanalyysit, joissa on vakioitu laitos- ja osastotyyppin vaikutus), n = 970

Selittäjät	Työhön osallistuminen		Organisaatioon sitoutuminen		Työtyytyväisyys		Työpaikan vaihtoaikheet	
	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo
Yksikön ominaisuudet								
Hoitopaikat lkm	-0,02	-0,77	-0,03	-0,82	0,03	0,94	-0,04	-1,08
Henkilöstö/paikka	-0,03	-0,84	0,00	0,03	-0,02	-0,66	0,03	0,75
Asiakasrakenne								
Fyysinen toimintakyky	0,05	1,05	0,08	1,71	-0,05	-1,29	-0,03	-0,55
Kognitiivinen toimintakyky	0,02	0,30	-0,04	-0,77	0,08	1,72	-0,04	-0,78
Masennuksen oireet	-0,05	-1,13	0,00	0,12	-0,02	-0,73	0,05	1,25
Käyttöoireet	-0,03	-0,67	-0,03	-0,70	-0,01	-0,32	0,03	0,70
Motivaatiotekijät								
Vaikuttaminen	0,02	0,61	0,15	4,69***	0,23	8,31***	-0,17	-5,04***
Työn monipuolisuus	0,23	6,65***	0,23	6,99***	0,41	14,4***	-0,16	-4,70***
Ammatti-identiteetti	0,18	5,53***	0,18	5,76***	0,19	6,96***	-0,09	-2,81**
F-arvo	12,17***		20,63***		60,37***		11,83***	
Vapausasteet	11		11		11		11	
R ² -selitysaste	0,12		0,19		0,41		0,12	

p < 0,001*** p < 0,01** p < 0,05*

Työyhteisön toimivuus, johtamisen oikeudenmukaisuus ja työntekijöiden viihtyminen

Työntekijöiden sitoutuminen työhönsä ei juuri riippunut siitä, minkälaisiksi he kokivat ilmapiirin tai johtamisen työyhteisössään. Sen sijaan yhteenkuuluvuuden tunne työyhteisöön oli voimakkaampi silloin, kun työntekijä koki

työyhteisönsä ilmapiirin tukevan vuorovaikutusta, ideointia ja yhteisiä tavoitteita. Työntekijöiden viihtymistä työssään lisäsivät työyhteisön toimivuuden ohella kokemukset siitä, että esimiehen toiminta ja organisaation päätöksenteko on oikeudenmukaista. Tällä tavalla hyvin toimivissa työyhteisöissä työntekijöillä oli myös vähemmän halua vaihtaa työpaikkaa. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Työntekijöiden sitoutumisen ja viihtymisen selittyminen yksikön koolla, henkilöstömitoituksella ja asiakasrakenteella sekä työntekijöiden kokemuksilla työyhteisön toimivuudesta ja johtamisen oikeudenmukaisuudesta (regressioanalyysit, joissa on vakioitu laitos- ja osastotyyppin vaikutus), n = 965

Selittäjät	Työhön osallistuminen		Organisaatioon sitoutuminen		Työtyytyväisyys		Työpaikan vaihtoaikheet	
	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo
Yksikön ominaisuudet								
Hoitopaikat lkm	-0,05	-1,54	-0,05	-1,48	-0,03	-1,00	-0,03	-0,83
Henkilöstö/paikka	-0,01	-0,41	0,01	0,43	0,02	0,65	0,01	0,36
Asiakasrakenne								
Fyysinen toimintakyky	0,01	0,18	0,02	0,43	-0,14	-3,28**	0,02	0,43
Kognitiivinen toimintakyky	0,03	0,52	-0,04	-0,74	0,09	1,74	-0,04	-0,77
Masennuksen oireet	-0,02	-0,56	0,02	0,62	0,00	0,03	0,04	0,93
Käyttöoireet	-0,03	-0,67	-0,03	-0,55	-0,01	-0,25	0,02	0,38
Ryhmän ilmapiiri								
Vuorovaikutus	0,07	1,48	0,17	3,97***	0,12	3,12**	-0,18	-4,10***
Ideointi	0,05	1,10	0,09	2,17*	0,07	1,73	-0,02	-0,40
Yhteiset tavoitteet	0,08	1,77	0,16	4,16***	0,15	4,16***	-0,12	-2,84**
Toiminnan arviointi	0,06	1,50	0,07	1,96	0,10	2,80**	0,05	1,36
Oikeudenmukaisuus								
Esimiehen toiminta	0,03	0,75	0,07	1,79	0,13	3,66***	-0,10	-2,53*
Päätöksenteko	0,08	1,87	0,03	0,69	0,15	4,01***	-0,09	-2,11*
F-arvo	5,87***		19,27***		30,58***		12,27***	
Vapausasteet	14		14		14		14	
R ² -selitysaste	0,08		0,22		0,31		0,15	

p < 0,001*** p < 0,01** p < 0,05*

Yhteenvedo työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä selittävästä tekijöistä

Kun työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä tarkasteltiin kokonaismalleissa suhteessa kaikkiin työn psykososiaalisiin tekijöihin, osoittautuivat juuri työn motivaatiotekijät tärkeiksi. Työntekijät sitoutuivat ja viihtyivät työssään huomattavasti paremmin silloin, kun työtävät olivat monipuolisia. Myös myönteinen ammatti-identiteetti lisäsi työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä, mutta se ei juurikaan vaikuttanut työntekijöiden aikeisiin vaihtaa työpaikkaansa. Näiden ohella työryhmän tur-

vallinen vuorovaikutus lisäsi työntekijöiden sitoutumista ja toisaalta oikeudenmukaisesti toimivan esimiehen alaisuudessa työntekijät olivat tyytyväisempiä ja harkitsivat harvemmin vaihtavansa työpaikkaa. Työn kuormitustekijät eivät kuitenkaan olleet merkityksellisiä: erityisesti työn tavoitteisiin liittyvät ristiriitaisuudet heikensivät työntekijöiden sitoutumista organisaatioon, työtyytyväisyyttä ja lisäsivät merkittävästi työntekijöiden halua vaihtaa työpaikkaa. Työtyytyväisyyteen ja vaihtoaikaisiin vaikuttivat lisäksi työntekijän oma sitoutuminen työhönsä ja organisaatioonsa. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Työntekijöiden sitoutumisen ja viihtymisen selittyminen yksikön koolla, henkilöstömitoituksella ja asiakasrakenteella sekä työn psykososiaalisilla tekijöillä (regressioanalyysit, joissa on vakioitu laitos- ja osastotyyppin vaikutus), n = 910

Selittäjät	Työhön osallistuminen		Organisaatioon sitoutuminen		Työtyytyväisyys		Työpaikan vaihtoaikheet	
	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo	β	t-arvo
Yksikön ominaisuudet								
Hoitopaikat lkm	0,01	0,17	0,01	0,29	0,03	1,21	-0,04	-1,52
Henkilöstö/paikka	-0,03	-0,99	-0,01	-0,35	-0,01	-0,60	0,03	0,90
Asiakasrakenne								
Fyysinen toimintakyky	0,01	0,30	0,06	1,42	-0,07	-2,13*	-0,05	-1,08
Kognitiivinen toimintakyky	0,04	0,65	-0,06	-1,08	0,07	1,74	-0,01	-0,11
Masennuksen oireet	-0,04	-0,87	0,02	0,43	0,00	0,13	0,02	0,67
Käyttöoireet	-0,03	-0,57	-0,01	-0,32	0,00	-0,10	0,02	0,51
Psykososiaaliset tekijät								
Työn vaatimukset					-0,11	-4,62***	0,14	4,68***
Asiakassuhteet			-0,08	-2,53*				
Rooliristiriidat			-0,09	-2,56*	-0,09	-3,35***	0,16	5,06***
Rooliepäselvyydet					-0,11	-4,39***		
Vaikuttaminen					0,07	2,85**		
Työn monipuolisuus	0,20	5,75***	0,20	6,14***	0,28	10,93***	-0,09	-2,93**
Ammatti-identiteetti	0,18	5,52***	0,16	5,38***	0,12	4,96***		
Vuorovaikutus	0,13	4,09***	0,19	5,25***				
Yhteiset tavoitteet			0,12	3,32***				
Toiminnan arviointi					0,07	2,74**		
Esimiehen toiminta					0,07	3,03**	-0,06	-1,95*
Työhön sitoutuminen					0,12	4,82***	-0,09	-2,91*
Organisaatioon sitoutum.					0,27	9,72***	-0,35	-10,52***
F-arvo	13,10		26,27		74,88		29,19	
Vapausasteet	11		14		18		17	
R ² -selitysaste	0,14		0,29		0,60		0,36	

p < 0,001*** p < 0,01** p < 0,05*

Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimustulokset työhön ja työyhteisöön liittyvistä tekijöistä sekä henkilöstön hyvinvoinnista olivat hyvin samansuuntaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa on kannettu huolta erityisesti terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhainkotien työoloista (Wickström, 2000). Kuten sosiaali- ja terveydenhuollossa yleensä, työn vaatimukset ja kiire kuormittivat tähän tutkimukseen osallistunutta henkilöstöä. Työntekijät altistuivat usein myös fyysiselle rasitukselle. Työn organisointiin ja fyysisiin vaatimuksiin liittyvän kuormituksen ohella vanhusten hoitotyöhön näytti kuuluvan sisällöllisiä kuormitustekijöitä, jotka liittyivät asiakkaiden kuntoisuuteen sekä henkilöstön vuorovaiikutussuhteisiin asiakkaiden ja omaisten kanssa. Lisäksi osa työntekijöistä koki työnsä tavoitteet epäselviksi tai ristiriitaisiksi, mikä altisti nämä työntekijät sekä psyykkisille että fyysisille oireille. Toinen työntekijöiden oireilua selvästi lisännyt kuormitustekijä oli kokemus siitä, että työ vaati kovaa työntekoa ja kohtuutonta työmäärää.

Tutkimustuloksista voidaan kuitenkin hahmotella monia työhön ja työyhteisöön liittyviä tekijöitä, jotka motivoivat vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon työntekijöitä ja suojaavat heidän hyvinvointiaan. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa on todettu, että työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet ovat viime vuosikymmenen kuluessa lisääntyneet (Wickström, 2000). Vaikka vanhustenhuollossa työntekijät kokevat voivansa vaikuttaa työnsä sisältöön yleensä vähemmän kuin muilla sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta-sektoreilla, koettiin vaikutusmahdollisuudet tämän tutkimuksen osallistujien keskuudessa melko hyviksi. Työntekijöiden psyykkistä hyvinvointia näytti suojaavan erityisesti vahva ammatti-identiteetti. Työntekijät myös sitoutuivat ja viihtyivät työssään paremmin silloin, kun heillä oli vahva ammatti-identiteetti ja he kokivat voivansa

vaikuttaa työhönsä. Näiden ohella työtehtävien monipuolisuus edesauttoi erityisesti työntekijöiden viihtymistä työssä.

Toimivat ja turvalliset yhteistyösuhteet osoittautuivat keskeisiksi työntekijöiden sitoutumisen ja viihtymisen kannalta. Työyhteisön ilmapiiri koettiin yleisesti melko hyväksi, erityisesti ryhmän vuorovaikutuksen turvallisuuden ja tavoitteellisen toiminnan suhteen. Sen sijaan uusien ideoitten kehittämiseen ja toiminnan kriittiseen arviointiin tulisi kiinnittää huomiota. Turvallinen vuorovaikutus ja tavoitteellinen yhteistyö lisäsivät selvästi työntekijöiden työssä viihtymistä ja samalla vähensivät heidän aikeitaan vaihtaa työpaikkaa. Turvallinen vuorovaikutus suojaasi työntekijöitä myös stressiltä ja psyykkiseltä oireilulta. Työyhteisön ilmapiirin ohella keskeisiksi työntekijöiden viihtymistä selittäviksi tekijöiksi nousivat työntekijöiden kokemukset esimiehen toiminnan ja organisaation päätöksenteon oikeudenmukaisuudesta. Työntekijät, jotka kokivat johtamisen olevan oikeudenmukaista, harkitsivat myös harvoin työpaikan vaihtamista.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on harvoin pystytty tarkastelemaan työntekijöiden kuormituksen ja työn motivaatiotekijöiden yhteyttä työympäristön rakenteellisiin tekijöihin, kuten yksikön kokoon ja erikoistumiseen, tai asiakkaiden toimintakykyyn. Näiden voidaan kuitenkin olettaa vaikuttavan siihen, minkälaiseksi työntekijän työ ja työyhteisö muotoutuvat ja sitä kautta välittyvän työntekijän kokemuksiin ja edelleen hyvinvointiin. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivatkin, että asiakkaiden toimintakyky vaikuttaa työntekijöiden hyvinvointiin juuri heidän kokemiensa kuormitustekijöiden välityksellä.

Työntekijöiden kokemukset niin työn kuormittavuudesta kuin sen motivaatiotekijöistä ja työyhteisön toiminnasta olivat melko yhteneväisiä yksikköjen sisällä ja toisaalta yk-

siköiden välillä oli selkeitä eroja. Työntekijöiden kokemukset työn kuormitustekijöistä olivat selvästi yhteydessä siihen, minkälaisia asiakkaita yksikössä hoidettiin. Työn motivaatiotekijöistä työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet liittyivät asiakkaiden toimintakykyyn. Työntekijät kokivat työssään olevan eniten vaikutusmahdollisuuksia niissä yksiköissä, joissa asiakkaiden fyysinen toimintakyky oli paras ja toisaalta silloin, kun hoidettiin vanhuksia, joiden kognitiivinen suoriutuminen oli joko hyvätaisoista tai vaikeasti heikentynyt. Tämä liittyy todennäköisesti siihen, että hoidettaessa fyysisesti erittäin huonokuntoisia asiakkaita, eli käytännössä lähes vuodepotilaita, työ koetaan usein rutiininomaiseksi. Asiakkaat, joiden oireet ovat kliinisesti monimuotoisia, koetaan haastaviksi ja toisaalta dementiapotilaiden hoitaminen, etenkin erikoistuneissa yksiköissä, koetaan mielekkääksi.

Työntekijät kokivat myös työn organisointiin liittyvää kuormitusta ja fyysistä rasitusta eniten yksiköissä, joissa hoidettavat asiakkaat tarvitsivat runsaasti apua päivittäisissä toimintoissaan. Näissä yksiköissä työntekijöiden mahdollisuudet vaikuttaa työnsä sisältöön olivat selvästi heikommat. Asiakkaiden toimintakyky näyttääkin olevan yhteydessä työn kuormittavuuteen kahta reittiä. Ensinnäkin fyysisesti huonokuntoisia asiakkaita hoidettaessa työssä on runsaasti fyysisesti kuormittavia tekijöitä. Toisaalta tiedetään, että vaikutusmahdollisuuksilla ja työn hallinnalla on voimakas yhteys stressiin. Siten vaikutusmahdollisuuksien puuttuminen lisää edelleen kiireen tunnetta. Asiakkaisiin liittyvä rasitus taas koettiin kuormittavampana, kun hoidettiin vanhuksia, joiden kognitiivinen suoriutuminen oli keskitasoa tai heikkoa, tai vanhuksia, jotka omasivat jonkin verran fyysistä toimintakykyä, joilla oli masennusta, ja jotka käyttäytyivät ympäristöään häiriten.

Työyhteisön toiminnan laatu ja johtamisen oikeudenmukaisuus olivat yhteydessä yksikön organisatorisiin ratkaisuihin eli siihen, oliko yksikkö erikoistunut dementia- tai psykiatriseen hoitoon vai hoidettiin yksikössä hyvin erilaisia asiakkaita (ns. sekaosastot). Dementia-/psykiatriaosastoilla työyhteisön ilma-

piirin koettiin tukevan turvallista vuorovaikutusta ja yhteisiä tavoitteita sekä uusien ideoiden kehittämistä ja työn arviointia ryhmässä. Dementia-/psykiatriaosastoilla myös johtamista, erityisesti esimiehen toimintaa, pidettiin oikeudenmukaisempana kuin sekaosastoilla. Dementia-/psykiatriaosastoilla työssä nähtiin lisäksi monia motivoivia piirteitä: vaikutusmahdollisuudet koettiin hyväksi, työntekijät sitoutuivat työorganisaatioonsa ja viihtyivät työssään paremmin kuin sekaosastoilla työskentelevät.

Dementia-/psykiatriaosastojen asiakaskuntaa voidaan kuitenkin luonnehtia raskaaksi. Näissä yksiköissä hoidettiin asiakkaita, jotka tarvitsivat runsaasti apua päivittäisissä toimintoissaan ja joilla esiintyi selvästi enemmän kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä ja käytösoireita kuin sekaosastojen asiakkailla. Siten ei voida mitenkään selittää näitä myönteisiä piirteitä 'helpomman' asiakaskunnan hoitamisena, vaan lähinnä päinvastoin. Asiakkaiden heikko toimintakyky ja oireilu ei siis näyttäisi säännönmukaisesti lisäävän työntekijöiden työn kuormittavuutta. Kun tarkasteltiin, miten asiakkaiden toimintakyky on yhteydessä työntekijöiden kokemuksiin työstä ja työyhteisöstä, havaittiin, että nämä yhteydet ovat erilaisia dementia-/psykiatriaosastoilla ja sekaosastoilla. Näin siitä huolimatta, että tarkasteluissa huomioitiin myös yksikön koko ja henkilöstömitoitus.

Molemmissa osastotyypeissä työntekijät kokivat työnsä kuormittavan enemmän, kun hoidettiin päivittäisissä toimintoissaan runsaasti apua tarvitsevia vanhuksia. Dementia-/psykiatriaosastoilla fyysisesti huonokuntoisten asiakkaiden hoitaminen lisäsi työn vaatavuutta ja rooliristiriitoja kuitenkin voimakkaammin kuin sekaosastoilla. Sitä vastoin asiakkaiden ympäristöä häiritsevä käyttäytyminen vaikutti työntekijöiden kokemuksiin hyvin eri tavalla dementia-/psykiatriaosastoilla ja sekaosastoilla. Kun sekaosastoilla asiakkaiden häiriökäyttäytyminen lisäsi työn kuormittavuutta, dementia-/psykiatriaosastoilla työntekijät kokivat sitä vastoin vähemmän esimerkiksi rooliristiriitoihin ja työn vaatimuksiin liittyvää kuormitusta hoitaessaan käytösoireisia asiakkaita.

Myös työntekijöiden organisaatioon sitoutuminen ja työssä viihtyminen olivat eri tavalla sidoksissa asiakkaiden käyttösoireiluun dementia-/psykiatriaosastojen ja sekaosastoilla. Dementia-/psykiatriaosastoilla työntekijät sitoutuivat organisaatioonsa ja viihtyivät työssään paremmin, kun häiritsevästi käyttäytyvien vanhusten osuus asiakkaista kasvoi. Yhteys oli päinvastainen sekaosastoilla, joilla käyttösoireiset asiakkaat selvästi heikensivät työntekijöiden sitoutumista ja viihtymistä.

Näyttää siis siltä, että organisatorisilla ratkaisulla on merkitystä työntekijöiden hyvinvoinnin kannalta: asiakkaiden heikko toimintakyky ei säännönmukaisesti lisää työntekijöiden kuormittumista ja heikennä heidän sitoutumistaan ja viihtymistään työssä. Fyysisesti huonokuntoisia vanhuksia on raskasta hoitaa riippumatta osastotyyppistä, mikä lienee luonnollista. Dementia-/psykiatriaosastoilla tämä kuitenkin korostuu. Henkilöstömitoituksella tai yksikön koolla näitä eroja ei voida selittää, koska ne on malleissa huomioitu. Todennäköisempää on se, että erikoistuneissa ja ei-erikoistuneissa yksiköissä toimintamallit on muokattu parhaiten vastaamaan osaston asiakkaiden tarpeita. Sekaosastoilla työ painottuu perushoittoon ja mahdollisesti kliinisesti vaativampaan sairaanhoitotyöhön. Tähän työmalliin sopii se, että asiakkailla ei ole enää kovin paljon jäljellä omaa toimintakykyä.

Dementia-/psykiatriaosastoilla puolestaan varsinainen perushoito lienee pienemmässä roolissa ja erilainen omatoimisuuden tukeminen ja auttaminen sekä psykososiaalinen tukeminen ja huolenpito on merkittävämmällä sijalla. Tähän työmalliin fyysisesti huonokuntoisimmat asiakkaat sopivat huonosti. Vastaavasti asiakkaiden häiritsevään käyttäytymiseen dementia-/psykiatriaosastojen toiminta soveltuu, eikä käyttösoireisten asiakkaiden hoitamista koeta yhtä kuormittavana kuin sekaosastoilla. Sekaosastoilla asiakkaiden häiritsevä käyttäytyminen koetaan hankalana, koska se helposti sekoittaa osaston rytmin. On kuitenkin mielenkiintoista, että käyttösoireisten asiakkaiden suuri osuus jopa vähentää työn kuormitusta

dementia-/psykiatrisilla osastoilla. Tämä kuormituksen väheneminen saattaa kuitenkin olla näennäistä ja olla seurausta siitä, että yleensä ne asiakkaat, joilla häiritsevää käyttäytymistä esiintyy, ovat melko hyvin liikkuvia. Siten ne osastot, joilla häiritsevää käyttäytymistä on enemmän, ovat todennäköisesti niitä osastoja, joilla asiakkaiden fyysinen toimintakyky on melko hyvä.

Tulokset osoittivat sen, että dementia-/psykiatriaosastoilla tavoitteet ovat selkeämpiä, ryhmä toimii paremmin ja johtaminen koetaan oikeudenmukaisemmaksi. Työssä myös viihdyttään paremmin. Tuloksia voidaan tulkita useammallakin tavalla. Onko niin, että yhtenäisempi asiakaskunta antaa mahdollisuuden asettaa tavoitteet selkeämmin vai onko niin, että tavoitteita on mietitty tarkemmin? Edelleen voi olla, että toimintatavat ovat yhtenäisempiä ja käsitys hyvästä hoidosta on yhtenäisempi. Ensimmäinen vaihtoehto on melko ymmärrettävä. Kun asiakasrakenne on yhtenäinen, voidaan tavoitteet asettaa selkeästi esimerkiksi dementiaapotilaiden näkökulmasta. Sen sijaan sekaosastoilla toiminnan pitäisi pystyä vastaamaan niin dementiaapotilaiden kuin fyysisesti huonokuntoistenkin tarpeisiin sekä etenkin terveyskeskuksissa myös kliinisesti monimutkaista sairaanhoidollista osaamista vaativaan toimintaan. Se, että johtaminen koetaan oikeudenmukaisemmaksi, on osin helppo selittää. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että työn itsenäisyydellä tai työn hallinnalla ja ryhmän toiminnan laadulla on voimakas yhteys oikeudenmukaisuuden kokemukseen. Siten ainakin osa oikeudenmukaisuuden kokemuksesta on seurausta paremmasta ryhmän toiminnasta ja työn itsenäisemmästä luonteesta dementia-/psykiatriaosastoilla. Yksi mahdollisuus erojen selitykseksi on myös se, että dementia-/psykiatriaosastoille henkilökunta usein hakeutuu itse. Siten työntekijät ovat motivoituneita nimenomaan niiden asiakkaiden hoitoon, joihin osasto on erikoistunut. Edelleen voi olla, että kun erikoistuneita osastoja on perustettu, on niissä järjestetty myös työntekijöiden koulutusta enemmän kuin muilla osastoilla.

Mitä käytännön suosituksia ja haasteita tutkimus tuottaa?

Työn tavoitteiden epäselvyys tai ristiriitaisuus eivät kyselyiden palautteissa useinkaan nouse erityisen selvästi esille, koska niitä esiintyy määrällisesti varsin vähän, esimerkiksi kiireeseen verrattuna. Näiden tekijöiden painoarvo henkilöstön kuormittumisessa olisi kuitenkin otettava huomioon entistä voimakkaammin. Kyselyiden palautteita tulkittaessa olisikin kiinnitettävä erityistä huomiota työn tavoitteisiin ja vertailtava omaa yksikköä muihin yksiköihin. Rooliristiriidat ja -epäselvyydet jäävät hyvin helposti melko yleisen tason käsitteiksi ja olisi tarkemmin selvitettävä, mitä ne käytännössä tarkoittavat vanhusten laitoshoidossa. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että laitoksissa on erilaisia kulttuurisia jännitteitä niin ammattiryhmien kuin hoitomallienkin välillä. Lisäksi uudet organisoitavat (moduulimalli) ovat saattaneet jättää joitakin työn organisointiin liittyviä kysymyksiä selvittämättä. Kun tehdään työtä enemmän tiimimäisesti, jää helposti sopimatta, mikä on kenenkin vastuualue, tai hoitaako jotakin tehtävää kukaan.

Vanhusten laitoshoidon perinteiset rasi-tustekijät, kuten kiire ja fyysinen kuormitus, eivät ole hävinneet mihinkään. Tulokset osoittavat, että asiakkaiden toimintakyvyllä on suuri merkitys työn kuormitukselle, vaikka on ilmeistä, että yksilöllinen kokemus vaikuttaa suuresti kuormittumiseen. Sen sijaan henkilöstömäärän yhteys kuormitukseen oli yllättävän pieni. Henkilöstömäärän pieni selitysosuus voi olla seurausta siitä, että etenkin terveyskeskusten vuodeosastoilla henkilöstömäärissä oli varsin vähän hajontaa. Siten vaihtelua ei olisi riittävästi tuottamaan eroja kuormituksessa. Monissa tutkimuksissa henkilöstömäärällä on todettu olevan yhteyksiä niin työntekijöiden kuormitukseen kuin hoidon laatuunkin.

Tulokset antavat viitteitä siitä, että yksikköjen erikoistumisella on selkeitä yhteyksiä siihen, missä määrin asiakkaiden toimintakyky aiheuttaa työntekijöille kuormitusta. On esimerkiksi mielenkiintoista, että asiakkaiden häiritsevä käyttäytyminen ei juurikaan aiheuta lisärasitusta dementiapotilaiden ja psykiatristen

potilaiden hoitoon erikoistuneissa yksiköissä. Vastaavasti sekaosastoilla häiritsevä käyttäytyminen kuormittaa työntekijöitä varsin paljon. Edelleen näyttää ilmeiseltä, että sijoitettaessa fyysisesti huonokuntoisia asiakkaita dementia-/psykiatrisille osastoille olisi oltava varsin varovainen.

Jako dementia-/psykiatriin osastoihin ja sekaosastoihin ei välttämättä tee ainakaan kaikille sekaosastoiksi nimetyille oikeutta. Yksiköt saattavat olla hyvinkin erilaisia tässä käytetyistä nimikkeestään huolimatta. Jatkossa yksikköjen erikoistumista olisikin tutkittava tarkemmin. Tiedetään esimerkiksi se, että jotkut yksiköt ovat erikoistuneet kuntoutukseen, mutta tässä raportissa käytetyssä jaottelussa tämä ei välttämättä näy millään tavoin. Samoin osa terveyskeskusosastoja on erikoistunut pitkäaikaishoitoon ja toiset akuuttihoitoon. Toisaalla on päädytty siihen, että yksiköt pyritään pitämään mahdollisimman samankaltaisina, jotta henkilöstön kuormitus pysyy tasaisena ja työntekijöiden osaaminen monipuolisena.

Tässä raportissa ei myöskään ole selvitetty yksikkökoon tai moduulijaon yhteyksiä kuormitukseen. Samoin erilaisten työnjakomallien (kuten yksilövastuu) vaikutusta ei ole tutkittu. Tutkimuksen kannalta osoittautui ongelmalliseksi se, että lähes kaikki yksiköt ilmoittavat toimivansa yksilövastuun periaatteella. Samoin sellaisia yksikköjä, jotka joko eivät ole muuten pieniä tai eivät sovelle moduulijakoa, on varsin vähän. Samalla kuitenkin tiedetään, että niin yksilövastuuta kuin moduulijakoakin sovelletaan käytännössä hyvin eri tavoin. Tilanne on hyvin samankaltainen kuin tutkittaessa väestövastuuta viime vuosikymmenellä. Lähes kaikki kunnat ilmoittivat toimivansa väestövastuun periaatteella, mutta vasta tarkemmin tutkittaessa selvisi, että väestövastuun sovellukset poikkesivat toisistaan voimakkaasti. Siten työnjakomalleja tutkittaessa on selvitettävä tarkasti, mitä milläkin käsitteellä tarkoitetaan ja miten sitä kussakin laitoksessa sovelletaan.

Työn kuormituksen tai muiden psykososiaalisten tekijöiden yhteyksiä hoidon laatuun ei vielä tässä vaiheessa ole tutkittu. Asiakasrakenteen ja työn organisoinnin yhteydet kuormitukseen ja työyhteisöön haluttiin kuitenkin selvittää ensin, koska niiden oletettiin olevan välittäviä tekijöitä myös hoidon laatuun. Tämän

tutkimuksen tulokset haastavat jatkossa selvittämään, miten yksikköjen asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja työntekijöiden kokemukset työn psykososiaalisista tekijöistä vaikuttavat vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon laatuun.

LÄHTEET

- Anderson, C. L. & Hughes, E. (1993). Implementing modular nursing in a long-term care facility. *Journal of Nursing Administration*, 23(6), 29–35.
- Anderson, N. & West, M. A. (1994). *The Team Climate Inventory*. Windsor UK: Berks ASE.
- Björkgren, M. A., Häkkinen, U. & Finne-Soveri, H. (1998). Pitkääikaishoidon voimavaratarve RUG-luokituksella. *Stakes, Aiheita 1*. Helsinki.
- Björkgren, M. A., Häkkinen, U., Finne-Soveri, H. & Fries, B. E. (1999). Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term facilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(3), 228–234.
- Brown, S. P. & Leigh, T. W. (1996). A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 358–368.
- 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.
- Carruth, A. K. (1996). Motivating factors, exchange patterns, and reciprocity among caregivers of parents with and without dementia. *Research in Nursing & Health*, 19, 409–419.
- Chappell, N. L. & Novak, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *The Gerontologist*, 32, 351–359.
- Edmonson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44, 350–383.
- Elovainio, M., van der Boss, Kivimäki, M., Ala-Mursula, L., Linna, A. & Pentti, J. (2003). Combined effect of uncertainty and organizational justice on employee health: testing a uncertainty management model of fairness judgements. Unpublished manuscript.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Eccles, M. & Sinervo, T. (2002). Team climate and procedural justice as predictors of occupational strain. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(2), 359–374.
- Elovainio, M., Kivimäki, M. & Vahtera, J. (2002). Organizational justice: Evidence on a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health*, 92, 105–108.
- Elovainio, M., Mäkelä, M., Sinervo, T., Kivimäki, M., Eccles, M. & Kahan, J. (2000). Effects of job characteristics, team climate, and attitudes towards guidelines on the use of clinical guidelines. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(2), 117–122.
- Elovainio, M. & Sinervo, T. (1994). Vanhainkotien kehittämisen seurattutkimus. *Stakes, Tutkimuksia 44*. Helsinki.
- Flap, H. & Völker, B. (2001). Goal specific social capital and job satisfaction. Effects of different types of networks on instrumental and social aspects of work. *Social Networks*, 23(4), 297–320.
- Fries, B. E. & Cooney, L. M. (1985). Resource Utilization Groups. A patient classification system for long-term care. *Medical Care*, 23(2), 110–122.
- 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.
- Frone, M. R., Russell, M. & Cooper, M. L. (1995). Job stressors, job involvement and employee health: A test of identity theory. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68, 1–11.
- Garman, A. N., Corrigan, P. W. & Morris, S. (2002). Staff burnout and patient satisfaction: Evidence of relationships at the care unit level. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(3), 235–241.
- Gilson, L. (2003). Trust and development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1453–1468.
- Grönfors, S., Sinervo, T. & Elovainio, M. (2001). Työtyytyväisyys, työ- ja organisaatiotekijät sekä hoidon laatu. *Hoitotiede*, 13(4), 227–237.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the development of work: Test a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*(16), 250–279.
- Hannan, S., Norman, I. J. & Redfern, S. J. (2001). Care work and quality of care for older people: a review of the research literature. *Reviews in Clinical Gerontology*, 11(2), 189–203.
- Haslam, S. A., Eggins, R. A. & Reynolds, K. J. (2003). The ASPIRE model: Actualizing social and personal identity resources to enhance organizational outcomes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(1), 83–114.
- Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Fries, B. E., Murphy, K. & Mor, V. (1997). Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument (RAI) in the U.S. *Age & Ageing*, 26, 19–25.
- Holmes, D., Teresi, J. & Kong, J. (2000). Service inputs and costs of care related to outcomes among cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3(3), 121–127.
- Hughes, C. M., Lapane, K. L. & Mor, V. (2000). Influence of facility characteristics on use of antipsychotic medications in nursing homes. *Medical Care*, 38(12), 1164–1173.
- Jamal, M. (1985). Relationship of job stress to job performance: A study of managers and blue-collar workers. *Human Relations*, 38(5), 409–424.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 258–308.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Stress, productivity, and reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kelly, J. (1992). Does job re-design theory explain job re-design outcomes? *Human Relations*, 45(8), 753–774.
- Kruzich, J. M., Clinton, J. F. & Kelber, S. T. (1992). Personal and environmental influences on nursing home satisfaction. *Gerontologist*, 32(3), 342–350.
- Laine, J. (2003). Pitkääikaishoidon tehokkuus ja laatu vuosina 2000–2002. Teoksessa Hjerpe, R., Kangasharju, A. & Vuorento, R. (toim.), *Kunnalliset palvelut. Terveysten- ja vanhustenhoidon tuottavuus*. VATT, Julkaisuja 37. Saarijärvi: Gummerus.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lease, S. H. (1998). Annual review, 1993–1997: Work attitudes and outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 53(154–183).
- Leon, J. & Ory, M. G. (1999). Effectiveness of special care unit (SCU) placements in reducing physically aggressive behaviors in recently admitted dementia nursing home residents. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14(5), 270–277.
- Leveck, M. L. & Jones, C. B. (1996). The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in Nursing and Health*, 19, 331–343.
- Liikamaa, P. (2003). Parityöskentely rauhoitti vastaanoton. Suonenjoen terveyskeskus pääsi kaaoksesta. *Dialogi*, 7, 26–31.

- 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.
- Morris, J. N., Fries, B. E. & Morris, S. A. (1999). Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54A(11), M546–M553.
- Morris, J. N. & Fries, B. E. (1994). MDS cognitive performance scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 49(4), M174–M182.
- Morris, J. N., Hawes, C. & Fries, B. E. (1990). Designing the National Resident Assessment Instrument for nursing homes. *The Gerontologist*, 30, 293–307.
- Nahapiet, J. & Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of Management Review*, 23(2), 242–266.
- Nissen, J. M. J. F., Boumans, N. P. G. & Landeweerd, J. A. (1997). Primary nursing and quality of care: a Dutch study. *International Journal of Nursing Studies*, 34(2), 93–102.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S. & Storbacka, R. (2001). RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2001. Stakes, Aiheita 17. Helsinki.
- Noro, A. (toim.) (2004). RAI-tietojärjestelmä ja vertailukäyttöön pitkäaikaishoidossa. Väiliraportti [käsikirjoitus].
- Ohta, R. J. & Ohta, B. M. (1988). Special units for Alzheimer's disease patients: A critical look. *The Gerontologist*, 28(6), 803–808.
- Oldham, G. R. (1996). Job design. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 11, 33–60.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Perälä, M.-L. & Elovainio, M. (2004). Work stressors and the quality of life in long-term care units. *The Gerontologist*, In press.
- Podsakoff, P. H., MacKenzie, S. B. & Ahearne, M. (1997). Moderating effects of goal acceptance on the relationship between group cohesiveness and productivity. *Journal of Applied Psychology*, 82(6), 974–983.
- RAI käsikirja. (2001). Chydenius-instituutti, Stakes & Inter-RAI.
- Roberts, J., Browne, G., Gafni, A., Varieur, M., Loney, P. & Ruijter, M. d. (2000). Specialized continuing care models for persons with dementia: A systematic review of research literature. *Canadian Journal on Aging*, 19(1), 106–126.
- Schaefer, J. A. & Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. *Research in Nursing & Health*(19), 63–73.
- Sheridan, J. E., White, J. & Fairchild, T. J. (1992). Ineffective staff, ineffective supervision, or ineffective administration? Why some nursing homes fail to provide adequate care. *The Gerontologist*, 32(3), 334–341.
- Sinervo, T. (1994). Vanhainkotien organisaatiokulttuurin muutos – Teoreettinen osa ja ensimmäisen tutkimusvaiheen tulokset. Teoksessa Elovainio, M. & Sinervo, T. (Toim.), Vanhainkotien kehittämisen seurantalutkimus. Stakes, Tutkimuksia 44, s. 282. Helsinki.
- Sinervo, T. (2000). Work in care for the elderly. Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures. Stakes, Tutkimuksia 109. Helsinki.
- Sinervo, T. & Elovainio, M. (2003). Työhallinnan kulttuuriset merkitykset. Unpublished manuscript.
- Sinervo, T., Elovainio, M. & Perälä, M.-L. (1999). Organization and the quality of long-term care. Unit- and individual-level psychosocial factors of quality in institutional care in Finland, IV European Congress of Gerontology. Berlin, 7.–11.7.1999.
- Smyer, M., Brannon, D. & Cohn, M. (1991). Improving nursing home care through training and job redesign. *The Gerontologist*, 32(3), 327–333.
- Song, R., Daly, B. J., Rudy, E. B., Douglas, S. & Dyer, M. A. (1997). Nurses' job satisfaction, absenteeism, and turnover after implementing a special care unit practice model. *Research in Nursing & Health*, 20, 443–452.
- Spector, P. E., Dwyer, D. J. & Jex, S. M. (1988). Relation of job stressors to affective, health and performance outcomes: A comparison of multiple data sources. *Journal of Applied Psychology*, 73(1), 11–19.
- Steel, R. P. & Rentsch, J. R. (1997). The dispositional model of job attitudes revisited: Findings of a 10-year study. *Journal of Applied Psychology*, 82(6), 873–879.
- SVT. (2003). Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystilasto. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2003:1. Stakes. Helsinki.
- Teresi, J., Holmes, D. & Benenson, E. (1993). A primary care nursing model in long-term care facilities: Evaluation of impact on affect, behavior, and socialization. *The Gerontologist*, 33, 667–674.
- Vaarama, M., Hakkarainen, A., Voutilainen, P. & Päiväranta, E. (2000). Vanhusten palvelut. Teoksessa Uusitalo, H., Parpo, A. & Hakkarainen, A. (toim.), Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, Raportteja 250. Helsinki.
- Vaarama, M., Kainulainen, S., Perälä, M.-L. & Sinervo, T. (1999). Vanhusten laitoshoidon tila. (Institutional care for the elderly in Finland). Stakes, Aiheita 46. Helsinki.
- Vahtera, J., Kivimäki, M. & Virtanen, P. (2002). Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Westman, M. & Eden, D. (1996). The inverted U-shaped relationship between stress and performance: A field study. *Work & Stress*, 10(2), 165–173.
- Wickström, G., Laine, M., Pentti, J., Elovainio, M. & Lindström, K. (2000). Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – muutokset 1990-luvulla. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Yli-Renko, H., Autio, E. & Tontti, V. (2002). Social capital, knowledge, and the international growth of technology-based firms. *International Business Review*, 11(3), 279–304.
- Ylöstalo, P. (2003). Työolobarometri. Lokakuu 2002. Työministeriö, Työpoliittinen tutkimus 250. Helsinki.

LIITETAULUKKO 1. Tutkimuksen kyselyissä käytetyt mittarit

Käytetyt muuttujat	Aineiston keruutapa	Tietolähde	Mittari/ lähde	Osioiden määrä
Resurssit				
Henkilöstön määrä suhteessa paikkalukuun	Kysely	Esimiehet	RAI-hanke/ osastokysely 2002	
Yksikön koko paikkalukuina	Kysely	Esimiehet	RAI-hanke/ osastokysely 2002	
Asiaksrakenne				
Fyysinen toimintakyky	Arviointi	} RAI-tietokanta, Stakes	ADL skaala/Morris, Fries & Morris 1999	Yksikön ka.
Kognitiivinen toimintakyky	Arviointi		CPS-mittari/Morris & Fries 1994	Yksikön ka.
Masennuksen oireet	Arviointi		DRS-mittari/ Burrows ym. 2000	Yksikön ka.
Käyttöoireet	Arviointi		RAI käsikirja 2001	Yksikön ka.
RUG-III luokitus	Arviointi		Fries & Clooney 1985; Fries ym. 1994; Björkgren ym. 1999	Yksikön ka.
Kustannuspaino (case-mix)	Arviointi		Björkgren ym. 1998	Yksikön ka.
Työn psykososiaaliset tekijät				
<i>Kuormitustekijät</i>				
Työn vaatimukset	Kysely	Henkilöstö	Job demands/ Karasek 1979	3 osiota
Kiire	Kysely	Henkilöstö	Elovainio & Sinervo 1994	3 osiota
Ergonomiset ongelmat	Kysely	Henkilöstö	Työstressikysely Elo ym. 1992	3 osiota
Työympäristön haittatekijät	Kysely	Henkilöstö	Työstressikysely Elo ym. 1992	6 osiota
Asiakkaiden kuntoisuus	Kysely	Henkilöstö	Elovainio & Sinervo 1997	3 osiota
Asiakassuhteet	Kysely	Henkilöstö	Elovainio & Sinervo 1997	3 osiota
Omaissuhteet	Kysely	Henkilöstö	Elovainio & Sinervo 1997	4 osiota
Rooliepäselvyydet	Kysely	Henkilöstö	Rizzo ym.1970	6 osiota
Rooliristiriidat	Kysely	Henkilöstö	Rizzo ym. 1970	7 osiota
<i>Motivaatiotekijät</i>				
Vaikutusmahdollisuudet työhön	Kysely	Henkilöstö	Job decision/ Karasek 1979	7 osiota
Työn monipuolisuus	Kysely	Henkilöstö	Skill discretion/ Karasek 1979	4 osiota
Ammatti-identiteetti	Kysely	Henkilöstö	Keskinen 1990	7 osiota
<i>Johtamisen oikeudenmukaisuus</i>				
Päätöksenteon	Kysely	Henkilöstö	Formal procedures justice/ Moorman 1991	7 osiota
Esimiehen toiminnan	Kysely	Henkilöstö	Interactional justice/ Moorman 1991	6 osiota
<i>Työyhteisön toiminnan laatu</i>				
Vuorovaikutuksen turvallisuus	Kysely	Henkilöstö	TCI/ Kivimäki & Elovainio 1998	4 osiota
Uusien ideoiden tukeminen	Kysely	Henkilöstö	TCI/ Kivimäki & Elovainio 1998	3 osiota
Tavoitteiden selkeys ja hyväksyntä	Kysely	Henkilöstö	TCI/ Kivimäki & Elovainio 1998	4 osiota
Oman toiminnan kriittinen arviointi	Kysely	Henkilöstö	TCI/ Kivimäki & Elovainio 1998	3 osiota
<i>Viihtyminen ja sitoutuminen työssä</i>				
Työtyytyväisyys	Kysely	Henkilöstö	JDS/ Hackman & Oldham 1976	7 osiota
Työhön sitoutuminen	Kysely	Henkilöstö	Kanungo 1982	5 osiota
Organisaatioon sitoutuminen	Kysely	Henkilöstö	Allen & Meyer 1990	8 osiota
Henkilöstön hyvinvointi				
Stressi	Kysely	Henkilöstö	Työstressikysely/ Elo ym. 1992, Viikari-Juntura ym. 1991	1 osio
Psykosomaattiset stressioireet	Kysely	Henkilöstö	Työstressikysely/ Elo ym. 1992	3 osiota
Psyykkiset oireet	Kysely	Henkilöstö	RAND-36/ Aalto ym. 1999	5 osiota
Tuki- ja liikuntaelinten oireet	Kysely	Henkilöstö	Kuorinka ym. 1987	6 osiota

LIITETAULUKKO 2. Yksikön ominaisuuksien ja asiakkaiden toimintakyvyn sekä työn psykososiaalisten tekijöiden ja työntekijöiden sitoutumisen, viihtymisen ja oireilun väliset korrelaatiot (yksikkötasolla; merkitsevyystaso $p < 0,001$ merkitty harmaalla)

	1	2	3	4	5	6	7	8
Yksikkö								
1 Laitostyyppi	1,00							
2 Osastotyyppi	-0,09	1,00						
3 Hoitopaikat lkm	-0,33	0,04	1,00					
4 Henkilöstö/paikka	-0,29	-0,21	-0,08	1,00				
Asiakasrakenne								
5 Fyysinen toimintakyky	-0,46	-0,21	0,15	0,32	1,00			
6 Kognitiivinen toimintakyky	-0,28	-0,49	-0,02	0,44	0,67	1,00		
7 Masennuksen oireet	0,15	-0,25	-0,22	0,19	0,03	0,19	1,00	
8 Käyttöoireet	0,05	-0,44	-0,22	0,27	0,06	0,51	0,54	1,00
Kuormitustekijät								
9 Kiire	-0,17	0,09	0,09	0,01	0,42	0,19	-0,01	-0,12
10 Työn vaatimukset	-0,12	0,03	0,07	-0,05	0,32	0,11	0,14	-0,05
11 Asiakassuhteet	-0,08	-0,11	0,07	0,05	0,19	0,09	0,31	0,24
12 Asiakkaiden kuntoisuus	-0,04	-0,42	-0,04	0,23	0,05	0,28	0,44	0,58
13 Omaissuhteet	-0,38	0,13	0,33	0,06	0,39	0,13	-0,06	-0,10
14 Rooliepäselvyydet	0,11	0,06	-0,04	-0,28	-0,03	-0,01	-0,01	0,06
15 Rooliristiriidat	-0,01	0,00	0,18	-0,17	0,29	0,07	0,02	-0,14
16 Ergonomia	-0,28	0,03	0,17	0,00	0,32	0,09	-0,16	-0,12
17 Työympäristö	-0,20	-0,27	0,08	0,17	0,21	0,26	0,09	0,25
Motivaatiotekijät								
18 Vaikuttaminen	0,25	-0,22	-0,25	0,18	-0,29	-0,02	0,18	0,24
19 Taitojen käyttö	0,03	-0,13	-0,15	0,19	-0,11	0,04	0,19	0,09
20 Ammatti-identiteetti	0,03	-0,15	-0,11	0,09	-0,02	0,08	0,27	0,32
Ryhmän ilmapiiri								
21 Vuorovaikutus	0,03	-0,20	-0,14	0,12	0,06	0,04	0,06	-0,01
22 Ideointi	0,06	-0,29	0,04	0,04	-0,03	0,00	0,15	0,06
23 Yhteiset tavoitteet	0,04	-0,32	-0,10	0,18	-0,02	0,12	0,18	0,15
24 Toiminnan arvio	0,06	-0,24	-0,03	0,07	0,14	0,21	0,22	0,19
Oikeudenmukaisuus								
25 Esimiehen	-0,01	-0,22	-0,01	0,19	0,04	0,20	0,09	0,23
26 Päätöksenteon	0,12	-0,11	0,01	0,12	-0,08	0,08	0,11	0,12
Viihtyminen								
27 Työhön sitoutuminen	0,09	-0,08	-0,06	-0,09	0,03	0,02	-0,07	-0,10
28 Organisaatioon sit.	-0,06	-0,23	-0,04	0,11	0,07	0,08	0,14	0,06
29 Työtyytyväisyys	0,01	-0,18	-0,04	0,15	-0,10	0,11	0,14	0,19
30 Vaihtoaikheet	0,07	0,17	-0,05	-0,13	-0,08	-0,12	0,06	-0,05
Oireilu								
31 Koettu stressi	0,09	0,03	0,00	-0,06	0,01	-0,18	0,12	-0,12
32 Psykkinen	0,10	-0,07	-0,08	0,02	0,10	-0,02	0,15	0,02
33 Psykosomaattinen	-0,15	0,06	-0,05	0,06	0,20	0,13	0,19	0,05
34 Tuki- ja liikunta	-0,13	-0,12	0,03	0,12	0,26	0,17	0,15	0,03

LIITETAULUKKO 3. Työn psykososiaalisten tekijöiden sekä työnteekijöiden sitoutumisen, viihtymisen ja oireilun väliset korrelaatiot (merkitsevyystaso $p < 0,001$ merkitty harmaalla)

	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
Kuormitustekijät																										
9 Kiire	1,00																									
10 Työn vaativuus	0,60	1,00																								
11 Asiakassuhteet	0,39	0,33	1,00																							
12 Asiakkaiden kunto	0,26	0,21	0,52	1,00																						
13 Omaisuushteet	0,32	0,28	0,50	0,30	1,00																					
14 Roolipäselvyys	0,12	0,02	0,14	0,09	0,10	1,00																				
15 Rooliristiriidat	0,37	0,42	0,36	0,17	0,32	0,32	1,00																			
16 Ergonomia	0,43	0,38	0,37	0,27	0,26	0,09	0,24	1,00																		
17 Työympäristö	0,31	0,31	0,37	0,44	0,30	0,09	0,23	0,52	1,00																	
Motivaatortekijät																										
18 Vaikuttaminen	-0,27	-0,19	-0,20	-0,07	-0,22	-0,29	-0,33	-0,23	-0,15	1,00																
19 Taitojen käyttö	-0,09	0,06	-0,15	-0,11	-0,07	-0,30	-0,13	-0,16	-0,05	0,39	1,00															
20 Ammatti-identiteetti	0,00	0,05	-0,10	-0,03	-0,14	-0,24	-0,08	-0,01	0,03	0,24	0,33	1,00														
Ryhmän ilmapiiri																										
21 Vuorovaikutus	-0,18	-0,09	-0,16	-0,13	-0,11	-0,40	-0,42	-0,18	-0,18	0,35	0,31	0,14	1,00													
22 Ideointi	-0,19	-0,04	-0,14	-0,07	-0,09	-0,33	-0,29	-0,18	-0,12	0,28	0,34	0,11	0,62	1,00												
23 Yhteiset tavoitteet	-0,18	-0,16	-0,24	-0,12	-0,18	-0,38	-0,43	-0,18	-0,14	0,35	0,33	0,22	0,60	0,50	1,00											
24 Toiminnan arvio	-0,03	0,04	-0,05	-0,02	-0,05	-0,29	-0,20	-0,06	-0,05	0,23	0,31	0,21	0,51	0,54	0,53	1,00										
Oikeudenmukaisuus																										
25 Esmiehen	-0,13	-0,16	-0,15	-0,06	-0,11	-0,29	-0,33	-0,16	-0,16	0,33	0,26	0,13	0,41	0,36	0,40	0,31	1,00									
26 Päätöksenteon	-0,19	-0,18	-0,25	-0,09	-0,23	-0,38	-0,39	-0,23	-0,22	0,35	0,26	0,11	0,44	0,42	0,47	0,33	0,63	1,00								
Viihtyminen																										
27 Työhön sit.	-0,08	0,00	-0,13	-0,10	-0,07	-0,16	-0,08	-0,08	-0,08	0,14	0,31	0,27	0,22	0,20	0,21	0,18	0,20	0,20	1,00							
28 Organisaatio sit.	-0,13	-0,07	-0,20	-0,10	-0,13	-0,28	-0,27	-0,15	-0,10	0,27	0,37	0,30	0,41	0,36	0,39	0,34	0,29	0,29	0,50	1,00						
29 Työtyytyväisyys	-0,24	-0,18	-0,27	-0,19	-0,19	-0,40	-0,37	-0,27	-0,20	0,42	0,58	0,36	0,43	0,38	0,44	0,37	0,39	0,42	0,42	0,58	1,00					
30 Vaihtoaikaeet	0,20	0,21	0,25	0,16	0,17	0,24	0,34	0,20	0,15	-0,23	-0,28	-0,16	-0,32	-0,23	-0,27	-0,17	-0,27	-0,27	-0,31	-0,50	-0,69	1,00				
Oireilu																										
31 Koettu stressi	0,22	0,29	0,22	0,18	0,18	0,22	0,29	0,16	0,19	-0,12	-0,11	-0,13	-0,22	-0,08	-0,17	-0,06	-0,15	-0,19	-0,04	-0,11	-0,30	0,32	1,00			
32 Psykykinen	0,16	0,23	0,23	0,20	0,21	0,23	0,27	0,15	0,22	-0,14	-0,18	-0,21	-0,24	-0,08	-0,22	-0,13	-0,18	-0,22	-0,06	-0,14	-0,33	0,27	0,64	1,00		
33 Psykosomaattinen	0,16	0,24	0,21	0,18	0,18	0,11	0,21	0,17	0,20	-0,15	-0,10	-0,12	-0,16	-0,06	-0,15	-0,09	-0,13	-0,16	-0,03	-0,09	-0,20	0,17	0,42	0,44	1,00	
34 Tuki- ja liikuntaelin	0,12	0,20	0,09	0,08	0,13	0,06	0,20	0,20	0,18	-0,12	-0,09	-0,07	-0,12	-0,02	-0,17	-0,10	-0,14	-0,16	-0,02	-0,01	-0,15	0,09	0,30	0,29	0,44	

LIITETAULUKKO 4. Psykososiaalisten tekijöiden sekä työntekijöiden sitoutumisen, viihtymisen ja oireilun keskiarvot ja -hajonnat terveyskeskuksien, vanhainkotien ja palvelutalojen työntekijöillä

	Terveyskeskukset n = 275		Vanhainkodit n = 729		Palvelutalot n = 57		Kaikki n = 1 061	
	keskiarvo	hajonta	keskiarvo	hajonta	keskiarvo	hajonta	keskiarvo	hajonta
Kuormitustekijät								
Kiire	3,85	0,82	3,63	0,89	3,71	0,78	3,69	0,87
Työn vaatimukset	3,80	0,85	3,66	0,94	3,69	0,84	3,70	0,91
Asiakassuhteet	3,10	0,63	3,10	0,68	3,02	0,65	3,09	0,67
Asiakkaiden kuntoisuus	3,16	0,74	3,22	0,77	2,92	0,62	3,19	0,76
Omaisuuhteet	2,71	0,55	2,39	0,59	2,28	0,52	2,47	0,59
Rooliepäselvyydet	1,88	0,51	1,97	0,61	1,95	0,54	1,95	0,58
Rooliristiriidat	2,66	0,81	2,65	0,84	2,63	0,72	2,65	0,82
Ergonomia	3,89	0,68	3,76	0,73	3,49	0,79	3,78	0,73
Työympäristö	3,21	0,75	3,05	0,76	2,84	0,74	3,08	0,76
Motivaatiotekijät								
Vaikuttaminen	3,44	0,78	3,68	0,83	3,64	0,73	3,61	0,82
Taitojen käyttö	3,59	0,57	3,52	0,65	3,61	0,68	3,54	0,63
Ammatti-identiteetti	3,08	0,44	3,15	0,46	3,02	0,44	3,12	0,45
Ryhmän ilmapiiri								
Vuorovaikutus	3,82	0,78	3,80	0,87	4,01	0,84	3,82	0,85
Ideointi	3,32	0,90	3,43	0,91	3,49	0,84	3,40	0,90
Yhteiset tavoitteet	3,86	0,56	3,85	0,67	3,92	0,61	3,85	0,64
Toiminnan arvio	3,32	0,66	3,40	0,72	3,42	0,75	3,38	0,71
Oikeudenmukaisuus								
Esimiehen	3,41	0,77	3,59	0,89	3,35	0,90	3,53	0,86
Päätöksenteon	3,32	0,72	3,49	0,77	3,50	0,80	3,44	0,76
Viihtyminen								
Työhön sitoutuminen	3,01	0,71	3,04	0,80	3,20	0,77	3,04	0,77
Organisaatioon sitoutuminen	3,38	0,59	3,34	0,67	3,37	0,55	3,35	0,64
Työtyytyväisyys	3,80	0,62	3,75	0,73	3,87	0,72	3,77	0,71
Työpaikan vaihtoaikheet	1,97	0,98	2,26	1,14	1,89	1,13	2,16	1,11
Oireilu								
Koettu stressi	2,47	0,97	2,56	0,94	2,58	0,86	2,54	0,94
Psyykkinen	2,21	0,71	2,30	0,75	2,34	0,87	2,28	0,75
Psykosomaattinen	2,30	0,70	2,29	0,72	2,21	0,57	2,29	0,71
Tuki- ja liikuntaelinten	1,98	0,79	1,97	0,80	1,83	0,85	1,95	0,80

LIITETAULUKKO 5. Psykososiaalisten tekijöiden sekä työntekijöiden sitoutumisen, viihtymisen ja oireilun keskiarvot ja -hajonnat dementia-/psykiatriaosastojen ja sekaosastojen työntekijöillä

	Dementia-/ psykiatriaosastot n = 422		Sekaosastot n = 639		Kaikki n = 1 061	
	keskiarvo	hajonta	keskiarvo	hajonta	keskiarvo	hajonta
Kuormitustekijät						
Kiire	3,68	0,91	3,70	0,85	3,69	0,87
Työn vaatimukset	3,72	0,92	3,69	0,90	3,70	0,91
Asiakassuhteet	3,17	0,65	3,05	0,67	3,09	0,67
Asiakkaiden kuntoisuus	3,42	0,74	3,04	0,73	3,19	0,76
Omaissuhteet	2,43	0,63	2,50	0,57	2,47	0,59
Rooliepäselvyydet	1,94	0,58	1,95	0,59	1,95	0,58
Rooliristiriidat	2,68	0,81	2,63	0,83	2,65	0,82
Ergonomia	3,76	0,71	3,79	0,73	3,78	0,73
Työympäristö	3,19	0,77	3,00	0,75	3,08	0,76
Motivaatiotekijät						
Vaikuttaminen	3,74	0,79	3,54	0,83	3,61	0,82
Taitojen käyttö	3,57	0,61	3,52	0,65	3,54	0,63
Ammatti-identiteetti	3,16	0,43	3,11	0,47	3,12	0,45
Ryhmän ilmapiiri						
Vuorovaikutus	3,90	0,80	3,75	0,87	3,82	0,85
Ideointi	3,50	0,85	3,30	0,92	3,40	0,90
Yhteiset tavoitteet	3,90	0,60	3,80	0,66	3,85	0,64
Toiminnan arvio	3,44	0,72	3,30	0,70	3,38	0,71
Oikeudenmukaisuus						
Esimiehen	3,68	0,87	3,44	0,84	3,53	0,86
Päätöksenteon	3,51	0,72	3,42	0,78	3,44	0,76
Viihtyminen						
Työhön sitoutuminen	3,04	0,78	3,04	0,77	3,04	0,77
Organisaatioon sitoutuminen	3,40	0,60	3,31	0,67	3,35	0,64
Työtyytyväisyys	3,81	0,64	3,74	0,74	3,77	0,71
Työpaikan vaihtoaikheet	2,11	1,02	2,20	1,16	2,16	1,11
Oireilu						
Koettu stressi	2,54	0,95	2,54	0,94	2,54	0,94
Psykinen	2,31	0,74	2,26	0,75	2,28	0,75
Psykosomaattinen	2,28	0,72	2,29	0,70	2,29	0,71
Tuki- ja liikuntaelinten	1,99	0,82	1,95	0,78	1,95	0,80