

Tuulikki Vehko  
Kim Josefsson  
Salla Lehtoaro  
Timo Sinervo

# Vanhuspalveluiden henkilöstö ja työn tuloksellisuus rakennemuutoksessa

RAPORTTI



RAPORTTI 16 / 2018

Tuulikki Vehko, Kim Josefsson, Salla Lehtoaro, Timo Sinervo

VANHUSPALVELUIDEN HENKILÖSTÖ  
JA TYÖN TULOKSELLISUUS  
RAKENNEMUUTOKSESSA



Työsuojelurahasto  
Arbetskyddsfonden  
The Finnish Work Environment Fund



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Timo Sinervo

ISBN 978-952-343-240-6 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-343-241-3 (Verkkójulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkójulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-241-3>

Taitto: Faktor Oy

PunaMusta Oy

Helsinki, 2018

## Tiivistelmä

Tuulikki Vehko, Kim Josefsson, Salla Lehtoaro, Timo Sinervo. Vanhuspalveluiden henkilöstö ja työn tuloksellisuus rakennemuutoksessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2018. 83 sivua. Helsinki 2018. ISBN 978-952-343-240-6 (painettu); ISBN 978-952-343-241-3 (pdf).

Tutkimuksella selvitettiin vanhustenhuollon rakennemuutosten yhteyksiä henkilöstön hyvinvointiin ja hoidon laatuun. Rakennemuutoksella tarkoitetaan tässä siirtymistä laitoshoidoivaltaisesta palvelurakenteesta kotihoitovaltaiseen. Tutkimus toteutettiin yhdistämällä vanhuspalvelulain seurantatietoa (kunnan palvelurakenne ja työyksikön henkilöstömitoitus ja omistus) henkilöstökyselyyn (N=2103 vastaajaa 273 työyksiköstä) vuoden 2015 syksyllä ja 2016 keväällä. Henkilöstökyselyllä selvitettiin työn kuormitusta, rasisuoroireita, työyhteisön toimintaa, johtamista sekä hoidon koettua laatua.

Kokonaisuudessaan tutkimus osoitti, että kotihoidossa on laitoshoidoa enemmän erilaista kuormitusta, rasisuoroireita ja työpaikanvaihtohalukkuutta. Samoin kotihoidossa johtaminen ja tiimityön toimivuus koettiin kielteisemmin ja hoidon laatu heikompana. Vaikka erot laitoshoidon ja palveluasumiseen olivat suhteellisen pieniä, merkittävää oli, että lähes kaikkien tekijöiden osalta kotihoidon työ koettiin kielteisempänä. Tähän saakka vanhusten laitoshoidossa on ollut enemmän ongelmia, kotihoidossa vähemmän.

Palvelurakenteella todettiin olevan yhteys kuormitukseen, rasisuoroireisiin tai työpaikanvaihtohalukkuuteen. Kun kunnassa oli runsaasti laitospalveluita (sisältäen palveluasumisen), henkilöstön kuormitus oli vähäisempää sekä laitos- että kotihoidossa. Kun kotihoidossa hoidetaan aiempaa huonokuntoisempia asiakkaita, tämä heijastuu myös laitoshoidon. THL:n vanhuspalvelulain seurannan mukaan kyselyn ajankohtana kotihoidon henkilöstömäärä oli pieni, eli lisääntynyttä ja entistä huonokuntoisempaa asiakasmäärää hoidettiin liian pienellä henkilöstöllä. Kyselyn jälkeen henkilöstömäärää on lisätty. Kunnan palvelurakenteen sijaan keskeisempiä tekijöitä henkilöstön kuormituksessa olivat kuitenkin johtamisen oikeudenmukaisuus, tiimityön toimivuus ja kiire.

Tutkimus ei voi vastata kysymykseen siitä, hoidetaanko kotihoidossa liian huonokuntoisia asiakkaita tai onko kotihoitopainotteinen politiikka oikea tai väärä. Sen sijaan voidaan todeta, että ainakin kyselyn ajankohtana toteutuneella henkilöstömitoituksella henkilöstö kuormittuu liiaksi. Samoin voidaan todeta, että kotihoidon toimintaa on merkittävästi kehitettävä. Aiemmat tutkimustulokset osoittivat, että kuormittunut henkilöstö ei pysty toteuttamaan laadukasta palvelua. Erityisesti johtamiseen ja tiimityön kehittämiseen on kotihoidossa panostettava.

Viime aikoina on kehitetty kotihoitoa useilla tavoilla. Ensimmäkin on pyritty siihen, että asiakkaan saaman välittömän hoitoajan osuus nousisi. Toiseksi on pyritty siihen, että henkilöstö olisi oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Tämä tarkoittaa sitä, että toisaalta on siirretty sellaisia tehtäviä aamusta muuhun aikaan, joita ei ole pakko tehdä aamulla. Toisaalta kyse on siitä, että henkilöstöä on pyritty kohdentamaan sellaisille alueille ja sellaisiin aikoihin, joissa ja jolloin resursseja tarvitaan eniten.

Toinen kehityssuunta on ollut työntekijöiden ja tiimien itsenäisyyden lisääminen. Kyse on ollut työaikojen muutoksista ja vaikutusmahdollisuuksista työaikoihin ja toisaalta tiimien itseohjautuvuuden kehittamisestä. Itseohjautuvuudessa pyritään hyödyntämään sitä, että työntekijät tuntevat asiakkaansa ja pystyvät siten sopeuttamaan toimintaansa asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Tämä edellyttää asiakasmäärältään riittävän pieniä tiimejä, kun taas toiminnanohjausjärjestelmien resurssiohjaus perustuu usein suurempiin alueisiin, jolloin riskinä on, että asiakkaan luona käy useita eri työntekijöitä.

## Sammandrag

Tuulikki Vehko, Kim Josefsson, Salla Lehtoaro, Timo Sinervo. Vanhuspalveluiden henkilöstö ja työn tuloksellisuus rakennemuutoksessa. Institutet för hälsa och välfärd. Rapport 16/2018. 83 sidor. Helsingfors 2018. ISBN 978-952-343-240-6 (tryckt); ISBN 978-952-343-241-3 (pdf).

I forskningsprojektet undersöktes sambanden mellan strukturomvandlingarna inom äldreomsorgen och personalens välbefinnande och vårdens kvalitet. Med strukturomvandling avses här övergången från en anstaltsvårdsdominerande till en hemvårdsdominerande servicestruktur. Forskningsprojektet genomfördes som en kombination av en genomgång av äldreomsorgslagens uppföljningsinformation (kommunens servicestruktur och arbetsenhetens personaldimensionering och ägarskap) och en opinionsundersökning bland personalen (N = 2 103 deltagare vid 273 arbetsenheter) hösten 2015 och våren 2016. I opinionsundersökningen utreddes hur belastande arbetet är, vilka är belastningssymtomen, hur arbetsgemenskapen fungerar, ledarskapet och hur kvalitativ vården upplevs.

I sin helhet visade forskningsprojektet att det inom hemvården i högre grad än inom anstaltsvården förekommer belastning av olika slag, belastningssymtom och en vilja att byta arbetsplats. Inom hemvården upplevdes även ledarskapet och teamarbetet mer negativt och vårdens kvalitet ansågs vara lägre. Även om skillnaderna jämfört med anstaltsvården och serviceboendet var relativt små, är det ändå anmärkningsvärt att nästan alla faktorer upplevdes negativare inom hemvården. Hittills har det inom anstaltsvården för äldre förekommit mer problem än inom hemvården.

Enligt forskningsprojektet hade servicestrukturen samband med belastning, belastningssymtom eller viljan att byta arbetsplats. Om det i kommunen finns omfattande anstaltservice (inklusive serviceboende), var personalens belastning lägre inom såväl anstalt- som hemvården. Då man inom hemvården vårdar klienter som är i allt sämre skick återspeglar detta även i anstaltsvården. Enligt THL:s uppföljning av äldreomsorgslagen var personalvolymen inom hemvården vid tidpunkten för opinionsundersökningen liten, det vill säga en allt större mängd klienter i allt sämre skick vårdas av en alltför liten personal. Efter opinionsundersökningen har personalvolymen ökat. De centralaste faktorerna med tanke på personalens belastning var dock inte kommunens servicestruktur, utan hur rättvist ledarskapet är och hur väl teamarbetet fungerar och brådska.

Undersökningen kan inte svara på frågan huruvida man inom hemvården vårdar klienter som är i för dåligt skick eller huruvida en hemvårdsbetonad politik är rätt eller fel. Däremot kan man fastställa att med den personaldimensionering som tillämpas,

åtminstone under tiden opinionsundersökningen genomfördes, utsätts personalen för en för stor belastning. På samma sätt kan det fastställas att hemvården bör utvecklas avsevärt. Tidigare forskningsresultat visar att en belastad personal inte kan genomföra service av hög kvalitet. Inom hemvården bör man särskilt satsa på ledarskap och utvecklande av teamarbetet.

Den senaste tiden har hemvården utvecklats på olika sätt. Först och främst har man strävat efter att öka den nödvändiga vårdtiden som klienten får. För det andra har man strävat efter att det finns personal vid rätt tid på rätt plats. Detta betyder att man har flyttat sådana uppgifter som inte behöver utföras på morgonen till en annan tid än morgonen, å ena sidan. Å andra sidan har man försökt placera ut personalen i sådana områden där och vid sådana tider då resurserna behövs mest.

En annan utvecklingsriktning har varit att öka arbetstagarnas och teamens självständighet. Det har varit fråga om förändrade arbetstider och möjligheter att påverka arbetstiderna samt om att utveckla teamens förmåga att styra sig själv. Med självstyrning strävar man efter att dra nytta av arbetstagarnas bekantskap med klienterna så att verksamheten således kan anpassas efter klienternas behov. Detta förutsätter team som är tillräckligt små med tanke på klientmängderna, medan verksamhetsledningssystemens resursstyrning bygger ofta på större områden, varvid risken finns att klienten besöks av flera olika arbetstagare.

## Abstract

Tuulikki Vehko, Kim Josefsson, Salla Lehtoaro, Timo Sinervo. Vanhuspalveluiden henkilöstö ja työn tuloksellisuus rakennemuutoksessa. [Personnel and work efficiency in services for older people during structural changes]. National Institute for Health and Welfare. Report 16/2018. 83 pages. Helsinki, Finland 2018. ISBN 978-952-343-240-6 (printed); ISBN 978-952-343-241-3 (pdf).

The study investigated links between structural changes on the one hand and personnel welfare and care quality on the other. In this context, structural change refers to the transition from a service structure dominated by institutional care to a structure in which home care is prioritised. The study combined monitoring data related to the Act on Care Services for Older People (municipality's service structure and work unit's staffing ratio and ownership) with the data of a personnel survey (N=2,103 respondents from 273 units) carried out in autumn 2015 and spring 2016. The personnel survey focused on workload, stress symptoms, functioning of the work organisation, leadership and perceived care quality.

As a whole, the study showed that in home care personnel experienced more different types of stress, stress symptoms and willingness to change jobs than institutional care. Experiences of leadership and effective team work were also more negative, and the care quality was lower in home care. While the differences to institutional care and service housing with 24-hour care were relatively minor, significantly, experiences of working in home care were more negative regarding almost all factors. Up till now, institutional care for older persons has been associated with more, and home care with less problems.

The service structure was found to be linked to workload, stress symptoms and willingness to change jobs. Where the municipality provided a high volume of institutional services (including service housing), personnel workload was smaller both in institutional and home care. As clients who are in poorer condition than before are now within home care, the situation is also reflected on institutional care. The findings of the National Institute for Health and Welfare related to the monitoring of the Act on the Care Services for Older Persons indicate that the number of personnel in home care was low at the time of the survey, and an increasing number of clients who were in poorer condition than before were consequently being cared for by too few personnel members. Since the survey was conducted, staffing levels have been increased. However, the fairness of leadership, effectiveness of team work and time pressure were more essential factors in terms of personnel workload than the municipality's service structure.



The study cannot provide answers to such questions as whether clients in excessively poor condition are being placed in home care, or if the policy of prioritising home care is right or wrong. It can be stated, on the other hand, that with the real staffing ratios at the time of the survey at least, the personnel is exposed to an excessive workload. It can also be noted that home care activities are in need of significant development. Previous research results have shown that personnel under strain cannot deliver a high-quality service. Developing leadership and team work should be a particular focus in home care.

Home care has been developed in many ways recently. First of all, an effort has been made to increase the proportion of direct care time received by the client. A second goal has been ensuring that the personnel would be in the right place at the right time. On the one hand, this means that tasks that do not necessarily need to be completed in the morning have been postponed to later times of the day. On the other hand, this is about making an effort to allocate personnel to areas and times with the highest resource requirements.

Another trend has been increasing the autonomy of employees and teams. This has involved changing working times and giving employees a possibility of influencing their working times and, on the other hand, developing teams' self-organisation. In self-organisation, an effort has been made to build on the fact that the employees know their clients and can thus adjust their work to the clients' needs. A precondition for this is that each team has a sufficiently low number of clients, whereas resource allocations made by ERP systems are often based on larger areas, in which case there is a risk that a client is visited by a number of different employees.

## Alkusanat

Hoitohenkilökunta on sosiaali- ja terveyspalveluiden suurin henkilöstöryhmä ja monet heistä toimivat vanhushpalveluissa. Vanhushpalvelut ovat työvoimavaltainen ala ja suomalaisen väestörakenteen takia myös palvelujen tarve kasvaa. Ajankohtaisia kysymyksiä ovat esimerkiksi se, miten vanhushpalveluissa työskentelyn houkuttelevuutta lisätään nuorten työuraansa suuntaavien tai alana vaihtajien keskuudessa ja toisaalta miten alalla jo työskentelevien keskuudessa toteutuvat tavoitteet työurien pidentämisestä. Kokonaisuudessaan henkilöstön arvioita työstä vanhushpalveluissa on sävyttänyt rasittuneisuus ja omaan työhön liittyvä vaikutusmahdollisuuksien puute. Aiemmissa selvityksissä laitoshoido on koettu kuormittavimmaksi työksi vanhushpalveluiden vertailuissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön 2017 julkaisema ”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi” korostaa terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen edistämisen tärkeyttä. Investoimalla toimintakyvyn edistämiseen tavoitellaan iäkkäiden kotona asumisen mahdollisuuksien lisäämistä ja pyritään vaikuttamaan väestön tulevaan palvelujen tarpeeseen. Vanhushpalveluissa on meneillään rakennemuutos, jossa vanhushväestön kotihoito on asetettu tahto- ja tavoitetilaksi ja samaan aikaan vanhushväestön laitoshoidoa on pyritty purkamaan. THL:n selvityksen mukaan kotihoitopainotteisuus ei ole lisääntynyt koko maassa yhtäaikaaisesti, vaan rakennemuutos on edennyt eritahtisesti (Kehusmaa; Erhola, Luoma 2017), tosin tilanne on henkilöstöolisäysten osalta aivan viimeaikaisessa seurannassa parantunut (THL 2018).

Vanhushpalveluiden henkilöstö ja työn tuloksellisuus rakennemuutoksessa –hankkeen rahoitukseen ovat osallistuneet Työsuojelurahasto (no 115170), Strategisen tutkimuksen neuvosto (no 303605) ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Tässä raportissa esiteltävällä kyselytutkimuksen tuloksilla haluttiin saada ajankohtaista tietoa työyhteisön toimivuudesta, kuormituksesta ja henkilöstön hyvinvoinnista vanhushpalveluissa. Saaduilla tuloksilla halutaan osaltaan olla mukana vaikuttamassa vanhushpalvelussa työskentelevien työn ja työhyvinvoinnin kehittämisessä ja hoidon laadun parantamisessa. Kokonaistavoitteena on etsiä sellaisia tapoja järjestää hoito, että sekä henkilöstö että asiakkaat voivat hyvin.

## Sisällys

Tiivistelmä .....	3
Sammandrag .....	5
Abstract.....	7
1. JOHDANTO .....	11
2. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET .....	15
3. TEOREETTINEN VIIITEKEHYS.....	16
4. HANKKEEN TOTEUTUS .....	26
5. VANHUSPALVELUIDEN HENKILÖSTÖN ARVIOT TYÖSTÄ.....	28
Kokemus mahdollisuuksista ja kuormituksesta .....	29
Työyhteisö ja johtaminen .....	34
Arvio toimintaympäristön muutoksista .....	40
Kokemus työkyvystä ja rasitusoireista .....	42
Itsearvio/kokemus palvelujen laadusta .....	46
Kokemus osaamisesta.....	52
6. MIKÄ SELITTÄÄ HENKILÖSTÖN LISÄÄNTYNYTTÄ KUORMITUSTA?.....	56
7. POHDINTAA JA SUOSITUKSET .....	64
Liite .....	72
Liitekuviot.....	75

# 1. JOHDANTO

Kirjoittaja: Timo Sinervo

Vanhusten palvelut ovat läpikäyneet nopean rakennemuutoksen, jonka seurauksena erityisesti laitospalvelujen tarjonta suhteessa kasvavaan vanhusväestöön on supistunut ja palveluiden painopistettä pyritään siirtämään kotihoitoon (Noro & Alastalo 2014, Alastalo ym. 2017). Rakennemuutoksen seurauksena säädetty vanhuspalvelulaki tuli voimaan vuonna 2013. Vaikka tiedotusvälineissä huomion keskipisteeseen nousi laitoshoidon henkilöstömitoitus, pyrkii laki kehittämään ikääntyneiden palveluita monin tavoin. Rakennemuutoksen myötä laitoshoidon henkilöstömitoitusta merkittävämpää saattaakin olla se, miten kotihoitoa saadaan vahvistettua niin, että entistä huonokuntoisemmat asiakkaat saavat riittävästi palvelua ja työntekijät jaksavat työssään.

Vanhuspalveluita voi kutsua eräänlaiseksi kriisiammatiksi henkilöstön näkökulmasta. Väestöennusteiden mukaan yli 75-vuotiaiden määrä nousee 400 000:lla vuodesta 2010 vuoteen 2030 mennessä. Palvelurakenteen muutoksen seurauksena kotihoidossa ja palvelutaloissa hoidetaan aiempaa huonokuntoisempia vanhuksia (Noro & Alastalo 2014). Vanhuspalveluissa työskentelee erittäin suuri määrä työntekijöitä ja pitkälti ikääntymisen vuoksi on arvioitu, että sosiaali- ja terveyspalveluihin tarvitaan lähivuosina yli 100 000 uutta työntekijää ja näiden lisäksi eläkkeelle jääneille korvaajat. Asiakkaiden kuntoisuuden heikkeneminen asettaa suuria paineita palveluiden laadulle, uusien toimintamallien kehittämiseksi sekä henkilöstön hyvinvoinnille. Useat henkilöstön hyvinvointia kuvaavat indikaattorit ovat kehittyneet varsin negatiivisesti viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana (Laine ym. 2011).

Työhyvinvointi on itseisarvo työntekijöille itselleen ja sillä on suuri merkitys vanhuspalveluiden toimintayksiköille ja palveluiden järjestäjä- ja tilaajatahoille sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden kautta. Laajasti tunnustettuja hyvän sosiaali- ja terveyspalvelun elementtejä on kolme: hyvä hoitoon pääsy, laadukas hoito ja kustannusten hillintä. Kansainvälisesti tämä tunnetaan ”Triple Aim” päämääränä (Torkki 2017). Kolmen laajasti hyväksytyt elementit rinnalle on esitetty neljättäkin elementtiä, henkilöstön hyvinvointia (Bodenheimer 2014). Välillisesti se, miten henkilöstö jaksaa työssään vanhuspalveluissa on keskeistä tämän kolmitahoisien päämäärän saavuttamisessa. Mikäli palvelut organisoidaan optimaalisesti, voidaan vähentää työntekijöiden vaihtuvuutta työpaikoilla ja siirtymistä vanhuspalveluista kokonaan pois. Mikäli sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä voidaan vähentää, on tällä merkitystä paikallisesti kustannuksiin ja laajemmin henkilöstön tarpeeseen. Lisäksi, työhyvinvoinnin ja siihen liittyvien tekijöiden on osoitettu olevan työyksikkötasolla voimakkaasti yhteydessä vanhuksille tarjottavan hoidon laatuun (Laine

2005, Pekkarinen 2007). Henkilöstömäärä on keskeinen tekijä henkilöstön hyvinvoinnille. Vanhuspalvelulain monien uudistusten joukosta yksi oli asettaa henkilöstömäärälle tietty tavoite. Henkilöstömääräksi asetettiin yksi luku, vaikka työyksiköiden asiakkaiden kuntoisuus voi vaihdella voimakkaastikin (Pekkarinen 2007, Sinervo ym. 2010). Vanhuspalvelulain toteutumisen seuranta on toteutettu keräämällä tietoja kunnista ja toimintayksiköistä sekä hyödyntämällä väestökyselyitä. Tässä tutkimuksessa käytimme vanhuspalvelulain seurantatietoja Suomen kunnista ja vanhuspalveluiden toimintayksiköistä. Vanhuspalveluiden rakennemuutoksessa toteutettua laitoshoidon purkamista on perusteltu asiakkaiden itsemääräämisoikeuden, aktivoinnin sekä hoidon laadun näkökulmasta. Ajatuksena on, että vanhukset eivät ’laitostu’, eli menetä aktiivisuuttaan sopeutuessaan laitosasumiseen. Ruotsissa ja Tanskassa laitoshoidon määrä on huomattavasti vähäisempi, mikä tukee laitoshoidon purkamiseen tähdänneitä toimenpiteitä. Näiden maiden henkilöstömäärä ja kustannukset ovat kuitenkin Suomea korkeammat (Kröger ym. 2018). Suomessa 65 -vuotta täyttäneen väestön säännöllisten palvelujen kokonaiskustannukset olivat 4,5 miljardia euroa vuonna 2015. Kustannuksista 70 prosenttia kohdentui ympärivuorokautiseen hoitoon, 25 prosenttia kotihoitoon, kolme prosenttia omaishoidon tukeen ja kaksi prosenttia oli muita menoja (STM 2017). Kun tarkastellaan kunnan palvelurakennetta kokonaisuutena, ei ole pystytty osoittamaan sitä, kuinka tuloksellisista kotihoitopainotteisuus tai laitoshoitopainotteisuus on asiakkaiden, talouden tai henkilöstön näkökulmasta. Asiakkaiden näkökulmasta käydään tiedotusvälineissä aika ajoin keskustelua siitä, onko kotihoito pahimmillaan jopa ikäihmisten heitteillejättöä (Jylhä 2018). Palvelurakenteen muutos itsessään ei ole vielä riittävä, vaan tarvitaan myös työtapojen muutoksia. Yksi tällainen muutos on siirtyminen kuntouttavaan työotteeseen (Vähäkangas 2010) ja asiakaslähtöisyyden painottaminen kotihoidossa (Teerikangas 2017). Muita työjärjestelyihin liittyviä kokeiluja on ollut hoitajien työpanoksen uudelleen kohdentaminen purkamalla ruuhkahuippuja ja edistämällä hoitajien liikkuvuutta (Groop 2012).

Henkilöstön suhteen laitoshoidon purkamisen vaikutuksista ei ole ollut tietoa. Palveluasumisesta nähdään, että kun asiakkaiden kuntoisuus heikkenee, tämä näkyy myös henkilöstön lisääntyvänä kuormittumisena, joskaan näiden tekijöiden syy-yhteyttä ei ole pystytty osoittamaan varmasti (Laine ym. 2011, Pekkarinen ym. 2006). Jo tutkimussuunnitelmaa kirjoitettaessa nähtiin riskinä, että kotihoidossa kuormittuminen voimistuu, mikäli asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia (Noro & Alastalo 2014). Laitoshoidon purkaminen edellyttää kotihoidon lisäämistä, mutta Suomessa tässä on suuria alueellisia eroja ja joissain osin maata lisäys kotihoitoon on ollut riittämätöntä. Kotihoitopainotteisuus ei siis ole lisääntynyt koko maassa yhtäaikaaisesti, vaan rakennemuutos on edennyt eritahtisesti. Iäkkäiden palvelujen laitoshoidon purkaminen edellyttää intensiivisen kotihoidon (eli yli 60 asiakaskäyntiä/kuukaudes-

sa) määrän nostamista alueella (Kehusmaa 2017). Viimeaikaiset ammattijärjestöjen viestitkin kertovat siitä, että kotihoitoa on vahvistettava (Super 2018), mikä näyttää osin toteutuneen viimeisimmän selvityksen mukaan (THL 2018). Työyksikkötasolla on tutkimustietoa siitä, miten rakenteelliset tekijät, kuten henkilöstömäärä, yksikkökoko ja erikoistuminen sekä johtaminen, vaikutusmahdollisuudet ja kiire vaikuttavat voimakkaasti hoidon laatuun, henkilöstön hyvinvointiin ja tuottavuuteen (Pekkarinen 2007, Heponiemi ym. 2007). Kokonaisten kuntien tai alueiden tasolla palvelurakenteen muutosten vaikutuksesta ei kuitenkaan ole ollut tutkimusnäyttöä. Tämänkaltaisia aineistoja, joilla asiaa olisi voitu selvittää, ei ole aiemmin pystytty keräämään. Tässä tutkimuksessa pyritään tämä puute korjaamaan.

Tämän hankkeen tavoitteena on selvittää, miten laitoshoidon purkaminen (erilaiset palvelurakenteet) vaikuttaa henkilöstöön ja työn tuloksellisuuteen ja millä keinoinla henkilöstön hyvinvointia ja hoidon laatua voidaan kehittää samanaikaisesti. Tutkimus keskittyy siihen, miten erilaiset rakenteelliset tekijät ovat yhteydessä henkilöstön hyvinvointiin ja hoidon laatuun. Koska rakenteelliset tekijät ovat vain osa kokonaisuutta, on tarkasteltava myös erilaisia toimintamalleja, työn organisointia, johtamista sekä muita psykososiaalisia tekijöitä, joiden tiedetään vaikuttavan niin henkilöstön hyvinvointiin, sairauspoissaoloihin, eläköitymiseen kuin työn tuloksellisuuteenkin.

## Lähteet

- Alastalo, H., Vainio, S., Kehusmaa, S. 2017. Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Tutkimuksesta tiiviisti: 18/2017. Helsinki 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-899-9>
- Bodenheimer, T. & Sinsky, C. 2014 From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med.* 12(6), 573-6. doi:10.1370/afm.1713.)
- Groop, J. 2012. Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care Operations. Aalto University publication series, DOCTORAL DISSERTATIONS 47/2012.
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Laine, J., Pekkarinen, L., Eccles, M., Noro, A., Finne-Soveri, H., Sinervo, T. 2007. Productivity and employee's organizational justice perceptions in longterm care for the elderly. *Research in Nursing and Health* 30, 498-507.
- Kehusmaa S., Erhola K., Luoma M-L. 2017. Kotihoidon käyntien lukumäärä ei aina perustu arvioituun hoivan tarpeeseen. Tutkimuksesta tiiviisti 17, elokuu 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-898-2>
- Kröger, T., van Aerschoot, L., Puthenparambil, J. M. 2018. Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto. YFI Julkaisuja. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/57183>
- Jylhä Marja, haastattelu Aamulehdessä 30.3.2018 <https://www.aamulehti.fi/a/200832117>
- Laine, J. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta?: Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshodosta. Stakes, Research reports National Research and Development Centre for Welfare and Health: 151/ 2005. [www.julkari.fi](http://www.julkari.fi)
- Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M., Suomi, R: Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos 2011. Helsinki.
- Noro, A. & Alastalo, H. 2014. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta - Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. THL:n raportti 2014/13.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H., Leskinen, E. 2006. Resident care needs and work stressors in special care units versus non-specialized long-term care units. *Research in Nursing and Health*, 29, 465-476.
- Pekkarinen L. 2007. The Relationships Between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents. Stakes; Research Report 171. Helsinki.
- Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R., Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Raportti 34. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- STM 2017: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017 -2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Saatavilla: <http://urn.fi/>
- Super: ”Jos tää meno jatkuu, meidän sydämet särkyvät.” SuPerin selvitys työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämisestä 2018. Asiantuntija Sari Erkkilä.
- Teerikangas, M. 2017 Asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet kotihoidossa. Asiakaslähtöisyys Oulun kaupungin kotihoidossa asiakkaiden ja työntekijöiden arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Kuntoutustiede 2017.
- Torkki, P., Leskelä, R-L., Linna, M., Torvinen, A., Klemola, K., Sinivuori, K., Larsio, A., Hörhammer, I. 2017. Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisu 36/2017.
- THL Tiedote 11.10.2018 Kotihoidon asiakasmäärien kasvu kiihtyy – seuraako laatu mukana? <https://thl.fi/fi/-/kotihoidon-asiakasmäärien-kasvu-kiihtyy-seuraako-laatu-mukana>
- Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf> (Pdf)

## 2 Tutkimuksen tavoitteet

Kirjoittaja: Timo Sinervo

Hankkeen yleisenä tavoitteena on selvittää, miten laitoshoidon purkaminen (erilaiset palvelurakenteet) vaikuttaa henkilöstön kuormitukseen ja hyvinvointiin sekä työn tuloksellisuuteen (hoidon laatuun).

Toiseksi tuotetaan tietoa siitä, miten työn psykososiaaliset tekijät (kuten johtaminen, kuormitus, vaikutusmahdollisuudet ja erilaiset työtavat) ovat yhteydessä henkilöstön hyvinvointiin ja työyhteisön toimivuuteen sekä hoidon laatuun. Kolmanneksi tarkoituksena on selvittää, miten erilaiset rakenteelliset tekijät (kuten henkilöstömäärä tai muut yksikön ominaisuudet) ovat yhteydessä henkilöstön hyvinvointiin ja työn tuloksellisuuteen. Neljänneksi tavoitteena on tuottaa hankkeeseen osallistuvilla vanhustenhuollon organisaatioille vertailutietoa henkilöstön hyvinvoinnista ja työyhteisön toimivuudesta. Viidenneksi pyritään luomaan tietoa hyvistä käytännöistä henkilöstön hyvinvoinnin ja työn tuloksellisuuden kannalta ja välittämään tätä tietoa vanhuspalveluiden johdolle ja esimiehille sekä päätöksentekijöille.

Tutkimuksen pyrkimyksenä oli muodostaa tutkimusaineisto, johon saadaan kokonaisia kuntia tai yhteistoiminta-alueita niin, että voidaan selvittää, miten kotihoitopainotteinen tai laitospainotteinen palvelurakenne sekä muut organisatoriset ja psykososiaaliset tekijät vaikuttavat henkilöstöön ja työn tuloksellisuuteen niin aluetasolla kuin yksikkötasollakin.

Tutkimuksen erityisenä vahvuutena oli se, että vanhuspalvelulain seurantatiedot olivat käytettävissä käytännössä kaikista Suomen kunnista ja vanhuspalveluiden toimintayksiköistä. Lisäksi käytettävissä oli laitospalveluiden osalta laaja aineisto asiakkaiden kuntoisuuteen ja hoidon laatuun liittyen. Näin ollen hankkeen tuottamia tietoja voidaan hyödyntää myös vanhuspalvelulain arvioinnissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain arvioinnissa.



### 3 Teoreettinen viitekehys

Kirjoittaja: Timo Sinervo

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työ on muuttunut entistä kuormittavammaksi viime vuosikymmenen aikana toisin kuin useilla muilla työelämän alueilla (Ylöstalo ym. 2010, Laine ym. 2011). Kun useilla muilla sektoreilla vuoden 2005 jälkeen tapahtui muutos positiiviseen suuntaan, sosiaali- ja terveysalalla työ on edelleen muuttunut kiireisemmäksi, henkilöstö kokee laadun heikentyneen, johtamisen ongelmat ovat lisääntyneet, jatkuvan muutoksen koetaan rasittavan entistä enemmän ja sairauspoissaolot ovat lisääntyneet merkittävästi (Vahtera ym. 2002, Laine ym. 2011). Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla kehitys on ollut erityisen huolestuttavaa, kun taas kotihoidossa hyvinvointi ja kuormitus ovat perinteisesti olleet paremmalla tasolla. Työ vanhusten pitkäaikaishoidossa on niin ruumiillisesti kuin henkisesti raskasta ja lisääntyneet haasteet ja voimavarojen niukkuus ovat entisestään korostaneet ongelmia. Hoitohenkilöstö on uupunutta, osa koulutetuista työntekijöistä kokee työnsä haasteettomaksi ja työnkuva koetaan usein pirstaleiseksi. Lisäksi juuri vanhushuolteissa työn kuormitus on lisääntynyt voimakkaimmin. (Laine ym. 2011, Pekkarinen 2007; Sinervo 2000).

Aiempien tulosten pohjalta näyttäisi siltä, että kotihoitopainotteinen palvelurakenne olisi myös henkilöstön hyvinvoinnin kannalta parempi kuin laitoshoitopainotteinen. Molemmissa palvelumuodoissa työ on kiireistä ja vastuu asiakkaista on suurta. Kotihoidossa henkilöstö on aiemmissa selvityksissä kokenut kuormituksen matalampana. Yhtenä selittävänä tekijänä voi olla se, että laitoshoidossa työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksien koetaan olevan selvästi vähäisemmät kuin kotihoidossa (Laine ym. 2011).

Vanhushuolteissa on tapahtunut voimakkaita muutoksia. Tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt ja pitkäaikaishoito terveyskeskusten vuodeosastoilla on vähentynyt. Vuodeosastoja on lakkautettu toisaalla ja toisaalla ne ovat muuttuneet arviointi- ja kuntoutusosastoiksi. Samalla kotihoidossa ja palvelutaloissa hoidetaan entistä huonokuntoisempia asiakkaita (Noro & Alastalo 2014). Näyttääkin siltä, että terveyskeskusten vuodeosastoilla henkilöstön kuormitus on viime vuosina joiltakin osin jopa parantunut ja kotihoidossa heikentynyt (Laine ym. 2011, Kröger ym. 2018). Voidaan olettaa, että terveyskeskusten vuodeosastoilla keskittyminen kuntoutukseen tai muuten selkeämpi profiloituminen on parantanut tilannetta.

Kun palvelurakennetta muutetaan voimakkaasti kotihoitopainotteiseksi, tämä merkitsee sitä, että vielä huonokuntoisemmat asiakkaat hoidetaan kodeissa ja palveluasunnoissa. Riskinä on, että laitoshoidon perinteinen suuri kuormitus 'siirtyy' kotihoitoon ja palveluasumiseen, mistä on jo viitteitä (Alastalo 2017, Super 2018). Samaan aikaan sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM 2017).

Vanhuspalveluiden yksiköissä on keskinäisiä eroja. Tiedetään, että yksiköiden välillä on suuria eroja niin laadussa kuin henkilöstön hyvinvoinnissa, eivätkä taloudelliset resurssit tai asiakkaiden kuntoisuus ole riittävä selitys tähän (Pekkarinen 2007, Pekkarinen ym. 2006, Sinervo 2000, Sinervo & Taimio 2011). Henkilöstömäärällä ja asiakkaiden kuntoisuudella on toki voimakas yhteys henkilöstön kiireeseen ja kuormitukseen. Elovainion ym. (2015) artikkelissa pystyttiin erottamaan suoraan henkilöstömäärästä (vakioituna asiakkaiden määrällä ja kuntoisuudella) johtuva kuormitus ja sen vaikutus hyvinvointiin, mikä osoittautui erittäin merkittäväksi. Samaan aikaan on huomattava, että merkittävä osa kiireen kokemuksesta syntyy jostakin muusta kuin henkilöstön riittämättömyydestä. Pekkarinen ym. (2006) osoittivat, että työyksiköiden erikoistuminen tiettyyn asiakasryhmään on merkittävä tekijä kuormituksen kannalta. Samoin on vakuuttavaa näyttöä siitä, että henkilöstön vaikutusmahdollisuuksilla on hyvinvointiin suuri merkitys (Karasek 1979). Kysymys ei siitä ole vain henkilöstömäärästä, vaan myös työn organisoinnista. On olennaista selvittää, miksi toiset yksiköt pystyvät samoilla resursseilla tulokselliseen toimintaan ja toiset eivät.

Laitoshuollossa erikoistuminen tiettyyn asiakasryhmään on yksi tällainen työn organisointiin liittyvä asia. Toinen mahdollinen tekijä on yksikkökoko tai yksittäisen työntekijän vastuualue. Esimerkiksi dementiayksiköt ovat varsin pieniä, millä on havaittu olevan yhteyttä asiakkaiden käyttäytymiseen ja luultavasti tätä kautta myös työntekijöiden kokemuksiin. Yksikkökoko vaikuttaa myös siihen, kuinka rutiininomaiseksi työ koetaan. Pienemmissä yksiköissä työssä on mahdollista toimia yksilöllisemmin ja ottaa asiakkaiden omia aikatauluja ja tottumuksia huomioon. Suurissa yksiköissä työ koetaan liukuhihnatyön kaltaiseksi (Anderson & Hughes 1993, Nissen ym. 1997, Sinervo 2000, Sinervo 1994).

Kotihoitoa kehitettiin 1990-luvulla ja senkin jälkeen kun yhdistettiin kotisairaanhoido ja kotipalvelu, samoin kehitettiin itseohjautuvia tiimejä, (Tepponen 2009). Pohjonen (2001) tutki kotihoidossa erityisesti fyysistä kuormitusta, joka on yksi keskeinen ongelma. Kotihoidossa on pyritty myös lisäämään tuottavuutta. Esimerkiksi Groopin (2012) hankkeessa pystyttiin parantamaan tuottavuutta suunnittelemalla uudelleen kapasiteetin käyttö ja vähentämällä ruuhkahuippuja. Näin pystyttiin vähentämään myös kiireen kokemusta. Kotihoidon organisoinnista henkilöstön näkökulmasta on kuitenkin varsin vähän tietoa.

Kun viime vuosina vanhuspalveluiden painopistettä on siirretty laitoshoidosta kotihoitoon ja tulevaisuudessa siirretään entisestään, on tärkeä selvittää, miten kotihoidon painottaminen vaikuttaa asiakkaisiin ja henkilöstöön (Noro & Alastalo 2014). Aiemmissä tutkimuksissa on pystytty yhdistämään rakenteellisia ja työn organisointiin liittyviä tekijöitä, resurssitietoja sekä hoidon laatuun ja asiakkaiden kuntoisuuteen liittyviä tietoja toisiinsa. Näin on pystytty selvittämään yksikkötasolla näiden tekijöiden yhteyksiä.

Kun tutkimustavoitteena on selvittää kokonaisen kunnan tasolla erilaisten palvelurakenteiden yhteyksiä henkilöstön hyvinvointiin sekä hoidon laatuun, muuttuu tutkimusasetelma entistä hankalammaksi. Ei riitä, että saadaan kerättyä tietoa yksikön rakenteista, asiakkaista ja henkilöstöstä, vaan tietoa tarvitaan useammasta laitoksesta, palvelutaloista sekä kotihoidosta. Toisaalta on selvitettävä myös yksikkötasolla työn organisoinnin, työn psykososiaalisten tekijöiden ja henkilöstön hyvinvoinnin yhteyksiä.

Oli kyse laitoshoidosta tai kotihoidosta, keskeistä on myös se, minkälaisia työskentelymalleja käytetään. Jo pidempään on puhuttu kuntouttavasta työotteesta. Tämän työotteen ajatuksena on saada asiakkaan omat voimavarat mahdollisimman hyvään käyttöön (Vähäkangas 2010). Perusajatuksena on, että asiakkaan voimavarat päivittäisessä toimintakyvyssä pysyisivät mahdollisimman pitkään (Sinervo & Taimio 2011). Tällöin asiakas tarvitsee jatkossa vähemmän palveluita. Työskentelytavassa on usein kyse moniammatillisesta tiimityöstä ja keskeistä on tunnistaa asiakkaan jäljellä olevat potentiaalit. Kuntouttavalla työotteella on saatu hyviä tuloksia niin laitosten kuin kotihoidossakin. Usein ongelmana on kuitenkin se, että totutut työtavat on vaikea muuttaa ja kyse on pitkälti siitä, miten uusi työtapa saadaan otettua käyttöön ja vakiinnutettua. Usein muutoksen alkuvaiheessa uusi työtapa on työläämpi kuin vanhojen rutiinien käyttö. Kuntouttavan työotteen käyttöönotto näyttää liittyvän olennaisesti johtamistapaan ja toimivaan tiimityöhön (Vähäkangas 2010).

## Työn psykososiaaliset tekijät vaikuttavat henkilöstön hyvinvointiin, työn tulokSELLISUUTEEN ja muutosten omaksumiseen

Työn psykososiaalisilla tekijöillä tiedetään olevan voimakas yhteys niin henkilöstön hyvinvointiin kuin hoidon laatuunkin. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että merkittävä osa hoidon laadun ongelmista liittyy henkilöstön hyvinvointiin, johtamiseen ja työyhteisön toimivuuteen (Grönfors ym. 2001, Pekkarinen ym. 2004, 2007, Pekkarinen 2007). Kuten edellä todettiin, myös kuntouttavan työotteen tai muiden uusien toimintatapojen käyttöönotto liittyy johtamiseen ja työyhteisön toimivuuteen (Sinervo et al. 2015, Vähäkangas 2010).

Työntekijöiden hyvinvointiin ja heidän työsuoritukseensa ja laatuun vaikuttavia tekijöitä käsittelevä työpsykologinen teoriatausta on tässä jaettu kolmeen osaan: organisaatio-, ryhmä- ja yksilötason tekijöihin.

Organisaatiotasolla voidaan hyvän työsuorituksen ja siten hoidon laadun edellytyksinä tarkastella organisaation rakennetta ja erilaisia työn järjestämisen tapoja. Näitä ovat mm. organisaation ja yksiköiden koko (pieni / suuri, yksikön sisäinen ja ko moduuleihin) ja asiakkaiden jakaminen niihin (erikoistuminen, asiakasrakenne),

henkilöstön pysyvyys (hoidon jatkuvuus, kierto yksiköiden välillä tai kiinteät työyksiköt) (Anderson & Hughes 1993, Attree 1996, Bostrom ym. 1994, Noro & Alastalo 2014, Sinervo 1997) sekä fyysinen ympäristö muutoin. Näitä rakenteellisia tekijöitä käsiteltiin edellä.

Organisaation kyky sopeutua muutoksiin on nykypäivän muutospaineissa yhä tärkeämpää. Monissa tapauksissa näyttää siltä, että organisaatiomuutoksissa ainakin työntekijät kokevat, että muutokset ovat lähinnä haitanneet työntekoa ja heikentäneet hoidon laatua. Siksi keskeistä onkin, miten henkilöstö saadaan mukaan toiminnan kehittämiseen, jotta muutoksista saadaan pysyvää hyötyä (Sinervo ym. 2015). Keskeiseksi tekijäksi sopeutumisessa on osoittautunut se, millaiseksi työntekijät kokevat organisaatioiden toimintatavat. Mikäli organisaation päätöksentekostrategiat koetaan oikeudenmukaisiksi, voidaan olettaa, että työntekijät ovat motivoituneita panostamaan toimintaansa myös omalta osaltaan niin paljon kuin pystyvät (Thibaut & Walker 1975). Toisaalta organisaation toiminnan koettu oikeudenmukaisuus antaa työntekijöille tunteen ryhmään kuulumisesta ja siitä, että he voivat olla ylpeitä kuuluessaan tähän ryhmään (Lind & Tyler 1988).

Olenmaisiksi tekijöiksi organisaation toiminnan oikeudenmukaisuudessa on todettu seuraavat: päätökset perustuvat oikeaan tietoon, epäonnistuneet päätökset voidaan purkaa, työntekijät voivat vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin ja päätökset ovat johdonmukaisia eli säännöt ovat kaikille samat. Viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että työntekijöiden näkemyksillä organisaation oikeudenmukaisuudesta on vaikutusta heidän terveyteensä, hoidon laatuun, tuottavuuteen sekä innovatiivisuuteen (Elovainio ym. 2002, 2010, Heponiemi ym. 2007, Sinervo ym. 2015). Lisäksi työntekijät, jotka kokevat organisaationsa toiminnan oikeudenmukaiseksi, kärsivät vähemmän psykiatrisista ongelmista ja hakeutuvat harvemmin sairaalomalalle kuin organisaation epäoikeudenmukaiseksi kokevat (emt.). Organisaation oikeudenmukaisuuden on lisäksi havaittu olevan yhteydessä vanhusten laitoshoidon laatuun (Sinervo ym. 2005, Pekkarinen 2007). Työntekijät näyttävät tuottavan laadultaan parempaa hoitoa myös silloin, kun heidän kokemuksensa esimiehen toiminnasta on myönteinen (Kruzich ym. 1992). Kotihoidossa vastaavia tuloksia ei juuri ole.

Toiseksi työntekijöiden hyvinvointia ja työsuoritusta voidaan tarkastella ryhmätason tekijöistä käsin. Työvoimavaltaisissa laitoshoidon yksiköissä yhdeksi keskeiseksi tekijäksi nousee se, missä määrin työyksikkö pystyy toimimaan ryhmänä. Periaatteessa asiakkaan luona tehtävää työtä voidaan ajatella yksilötyönäkin, mutta käytännössä yksiköissä on runsaasti omia rutiineja, käytäntöjä ja toimintaperiaatteita, joiden oletetaan olevan kaikkien työntekijöiden hyväksymiä. Hyvin usein ryhmien toiminnassa on kuitenkin puutteita, eivätkä työntekijät tiedä täysin, mitä toiset tekevät tai ajattelevat. Yhteistyö saattaaakin jäädä valta-asemien ja tehtävien jakamiseksi (West 1990).

Ryhmän toimintaa ja innovatiivisuutta on mahdollista ymmärtää tutkimalla ryhmän kulttuurisia arvoja. Ryhmän toimintaan ja innovatiivisuuteen vaikuttaviksi tekijöiksi, jotka edustavat ryhmän kulttuurisia arvoja, on todettu ryhmän keskinäisen vuorovaikutuksen toimivuus ja demokraattisuus, ryhmän yhteiset ja hyväksytyt tavoitteet, ryhmän oman toiminnan kriittinen arviointi ja korkeatasoisen suorituksen arvostaminen sekä ilmapiiri, joka tukee uusien työmenetelmien ja ideoiden tuottamista. (West 1990, Anderson & West 1994, Kivimäki & Elovainio 1999, Kivimäki ym. 2007, Heponiemi ym. 2011). Nämä ryhmätason tekijät on todettu keskeisiksi myös selitettäessä vanhusten laitoshoidon laatua ja sosiaali- ja terveydenhuollon innovatiivisuutta (Heponiemi ym. 2011, Sinervo ym. 2015).

Kolmas teoriakokonaisuus käsittelee sitä, miten yksilötason tekijät vaikuttavat työntekijöiden hyvinvointiin ja heidän työsuoritukseensa. Yksilötasolla toiminnan laatua määrittävät toisaalta työn ominaisuudet ja toisaalta yksilön ominaisuudet. Lähtökohtana useissa työpsykologian teorioissa on se, että työn ominaisuuksien ja työntekijöiden ominaisuuksien pitäisi olla sopusoinnussa keskenään. Työn organisointiin ja työn sisältöihin liittyvissä tutkimuksissa on ollut ainakin kaksi erilaista näkökulmaa. Toisaalta on kiinnitetty huomiota työntekijöiden hyvinvointiin ja työssä viihtymiseen ja toisaalta työn tuottavuuteen ja optimaalisen työsuorituksen saavuttamiseen. On kuitenkin oletettavaa, että nämä tekijät liittyvät kiinteästi toisiinsa. Liian rasittanut henkilöstö tuskin saa aikaan parhaita mahdollisia työsuorituksia. Toisaalta, jotta työ voidaan tuntea merkitykselliseksi ja mielekkääksi, tietty määrä kuormitusta on tarpeen.

Työn ominaisuuksista puhuttaessa viitataan usein työn rasisustekijöihin. Rasisustekijöistä toiset, kuten potilastyöhön ja kanssakäymiseen omaisten kanssa liittyvät rasisustekijät, ovat vanhustenhuollon laitostyölle tyypillisiä (Elovainio & Sinervo 1997, Sinervo 2000, Laine ym. 2011). Toiset rasisustekijät taas ovat sellaisia yleisiä työhön liittyviä ongelmia, kuten kiire, työn fyysinen rasittavuus, sekä rooleihin liittyvät epäselvyydet ja ristiriidat, joita tutkitaan hyvinkin erilaisissa organisaatioissa (emt., Elo ym. 1992). Näiden tekijöiden vaikutuksesta työntekijöiden tuottaman hoidon laatuun on tutkimustuloksia niin Suomesta kuin ulkomailtakin vanhusten laitoshoidon osalta, mutta kotihoidossa asiaa ei ole tutkittu (Dwyer ym. 1992, Grönfors ym. 2001, Kruzich ym. 1992, Leveck & Jones 1996, Pekkarinen 2007).

Käyttäytymistieteissä on pyritty selittämään myös sitä, miten kuormitustekijöiden aiheuttama stressi vaikuttaa työntekijöiden työsuoritukseen. Tutkimustulokset ovat tukeneet kahdenlaista yhteyttä stressin ja työsuorituksen välillä, joista toisen mukaan keskimääräinen stressi on työsuorituksen kannalta optimaalisin (Jamal 1984). Toisissa tutkimuksissa taas on havaittu stressin aina heikentävän työsuoritusta (emt.). Työn rasisuksen ja työntekijän työsuorituksen välisiä suhteita tarkastellaan nykytutkimuk-

sessä kuitenkin monimutkaisempänä ilmiönä, jolloin tähän suhteeseen vaikuttaa yksittäiseen työntekijään ja työyhteisöön liittyvät eritasoiset tekijät. Yhtenä keskeisenä tekijänä tutkitaan kontrollin käsitettä. Työntekijöiden hyvinvointi ja oppiminen edellyttävät tasapainoa työn vaatimusten ja työntekijän vaikutusmahdollisuuksien välillä. Työntekijä rasittuu ja stressi muodostuu uhkaksi hänen terveydelleen, mikäli työn vaatimukset ylittävät hänen mahdollisuutensa vaikuttaa työhön. Oppimisen kannalta työn tulisi kuitenkin olla vaativaa niin, että työntekijä kokee samalla hallitsevansa työnsä ja pystyvänsä vaikuttamaan työhönsä. (Karasek & Theorell 1990). Pekkarinen pystyi osoittamaan, että työn vaatimukset ja vaikutusmahdollisuudet sekä Karasekin mallin mukaisesti nämä molemmat yhdessä ovat voimakkaasti yhteydessä hoidon kliiniseen laatuun (Pekkarinen ym. 2004, 2006, 2008).

Työsuoritusta säätelevänä tekijänä on tutkimuksissa tarkasteltu työntekijöiden sitoutumista työhönsä (Brown & Leigh 1996). Työntekijä oletettavasti käyttää enemmän voimavarojaan ja aikaansa työhön, johon hän on sitoutunut. Huolestuneita arvioita on kuitenkin esitetty siitä, että työntekijän sitoutuminen työhön voi vaarantaa hänen hyvinvointinsa (Frone ym. 1995). Erityisesti vanhusten laitoshoidossa, jossa työntekijöiden on yhä vaikeampi suoriutua työstään voimavarojen niukentuessa ja työn vaatimusten kasvaessa, työhönsä vahvasti sitoutuneiden työntekijöiden hyvinvointi saattaa olla uhattuna. Sitoutumisen lähikäsite työ imu osoittautui olevan voimakkaasti yhteydessä työyhteisön innovatiivisuuteen (Sinervo ym. 2015).

## Lähteet

- Allen, N. J. & Meyer, J. P. 1990. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- 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. R. & West, M. A. 1994. *The Team Climate Inventory*. Windsor UK: Berks ASE.
- Attree, M. 1996. Towards a conceptual model of quality of care. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 13-28.
- Bostrom, J., Tisnado, J., Zimmermann, J., Lazar, N. 1994. The impact of continuity of nursing care personnel on patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 24(10), 64-68.
- Brown, S.P., and Leigh, T.W. 1996. A New Look at Psychological Climate and Its Relationship to Job Involvement, Effort and Performance. *Journal of Applied Psychology*, 81, 358-368. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.81.4.358>
- Colquitt, J. A. 2001. On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86, 386-400.
- De Jong, J. & den Hartog, D. 2010. Measuring innovative work behaviour. *Creativity and Innovation Management* 19(1), 23-26.
- Dwyer, D.J., Schwartz, R.H., Fow, M.L. 1992. Decision-making autonomy in nursing. *Journal in Nursing Administration*, 22 (2), 17-23.
- Elo A-L., Leppänen A., Lindström K. Ropponen T. 1992. Occupational Stress Questionnaire: User´s instruction. Reviews 19. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Elovainio, M. & Sinervo, T. 1997. Psychosocial stressors at work, psychological stress and musculoskeletal symptoms in the care for the elderly. *Work & Stress* 11(4): 351–361.
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Kuusio, H., Jokela, M., Aalto, A-M., Pekkarinen, L., Noro, A., Finne-Soveri, H., Kivimäki, M., Sinervo, T. 2015. Job demands and job strain as risk factors for employee wellbeing in elderly care: An instrumental variables analysis. *European Journal of Public Health* Feb;25(1):103-8. doi: 10.1093/eurpub/cku115. Epub 2014 Aug 8.
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Kuusio, H., Sinervo, T., Hintsala, T., Aalto, A-M. 2010. Developing a short measure of organizational justice: A multisample health professionals study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 52 (11), 1068-1074.
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Sinervo, T., Magnavita, N. 2010. Organizational justice and health; review of evidence. *G Ital Med Lav Ergon*. 2010 Jul-Sep;32(3 Suppl B):B5-9. Review.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Vahtera, J. 2002. Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health. *American Journal of Public Health*, 92(1): 105–108.
- Elovainio, M., Kuusio, H., Aalto, A-M., Sinervo, T., Heponiemi, T. 2010. Insecurity and shift-work as characteristics of negative work environment: psychosocial and behavioural mediators. *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1080–1091.
- Frone, M. R., Russel, 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), 1-11.

- Goldberg, L.R. 1972. Some recent trends in personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 36(6), 547-560.
- Groop, J. 2012. Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care Operations. Aalto University publication series, DOCTORAL DISSERTATIONS 47/2012.
- Grönfors, S., Sinervo, T., Elovainio, M. 2001. Työtyytyväisyys, työ- ja organisaatiotekijät sekä hoidon laatu. *Hoitotiede* 13, 4, 227-237.
- Harris, P. E. 1989. The nurse stress index. *Work & Stress*, 3, 335-345.
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Kouvonon, A., Kuusio, H., Noro, A., Finne-Soveri, H., Sinervo T. 2011. The effects of ownership, staffing level and organisational justice on nurse commitment, involvement, and satisfaction: A questionnaire study. *International Journal of Nursing Studies* 48(12): 1551-61
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Kouvonon, A., Noro, A., Finne-Soveri, H., Sinervo, T. 2011. Ownership type and team climate in elderly care facilities: the moderating effect of stress factors. *Journal of Advanced Nursing* 68(3): 647-57.
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Laine, J., Pekkarinen, L., Eccles, M., Noro, A., Finne-Soveri, H., Sinervo, T. 2007. Productivity and employee's organizational justice perceptions in long-term care for the elderly. *Research in Nursing and Health* 30, 498-507.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., Klockars, M. 1997. Changes in the work ability of active employees as measured by the work ability index over an 11-year period. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23 (Suppl 1), 49-57.
- Jamal, M. 1984. Job stress and job performance: An empirical assessment. *Organizational Behavior and Human Performance*, 33, 1-21.
- Jenkins, C.D., Stanton, B-A., Niemcryk, S.J., Rose, R.M. 1988. A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology* 41 (4), 313-321.
- Kanungo, R. N. 1982. Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, 67, 341-349.
- Karasek, R. & Theorell, T. 1990. *Healthy work. Stress, productivity, and reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R. A. 1979. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job design. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Kivimäki, M. & Elovainio, M. 1999. A short version of the team climate inventory. Development and psychometric properties. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 241-246.
- Kivimäki, M., Vanhala, A., Pentti, J., Länsisalmi, H., Virtanen, M., Elovainio, M., Vahtera, J. 2007. Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: Prospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 7,170.
- Kruzich, J.M., Clinton, J.F., Kelber, S.T. 1992. Personal and environmental influences on nursing home satisfaction. *The Gerontologist* 32, 342.350.
- Kröger, T., van Aerschot, L., Puthenparambil, J. M. 2018. Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylä yliopisto. YFI Julkaisuja. Saatavilla: <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/57183>
- Kuorinka, I, Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sörensen, F., Andersson, G. & Jörgensen, K. 1987. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics* 18(3), 233-237.



- Laine M., Kokkinen L., Kaarlela-Tuomaala A., Valvanen, E., Elovainio M., Keinänen, M., Suomi, R. 2011. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos, Tampere.
- 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.
- Lind, E.A. & Tyler, T.R. 1988. *The social psychology of procedural justice*. New York: Plenum Press.
- Moorman, R. H. 1991. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*, 76 (6), 845-855.
- 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* 14, 93-102.
- Noro, A. & Alastalo, H. 2014. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta - Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. THL:n raportti 2014/13.
- Oinas, T., Jokivuori, P., Ilmonen, K. 2005. Työaikapankki – haaveita ja todellisuutta. Työpoliittinen tutkimus 284. Helsinki: Työministeriö.
- Pekkarinen L. 2007. *The Relationships between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents*. Research Report 171. Stakes, Helsinki. Academic Dissertation.
- Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T., Finne-Soveri, H., Noro, A. 2006. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care*, 44(12), 1114-1120.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H., Leskinen, E. 2006. Resident Care needs and work stressors in special care units versus non-specialized long-term care units. *Research in Nursing and Health*, 29, 465-476.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H. 2008. Drug use and pressure ulcers in long-term care units: do nurse time pressure and unfair management increase the prevalence? *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3097-3073.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Perälä, M.-L., Elovainio M. 2004. Work Stressors and the Quality of Life in Long-Term Care Units. *The Gerontologist*, 44(5), 633-643.
- Pohjonen, T. 2001. Perceived work ability and physical capacity of home care workers. Effects of physical exercise and ergonomic intervention on factors related to work ability. Kuopion yliopiston julkaisuja D.
- Rizzo, J.R., House, R.J., Lirzman S.I. 1970. Role conflict and role ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly* 15(2): 15+-163.
- Sinervo T. 1994. Vanhainkotien organisaatiokulttuurin muutos-teoreettinen osa ja ensimmäisen tutkimusvaiheen tulokset. Teoksessa M. Elovainio & T. Sinervo. Vanhainkotien kehittämisen seurantatutkimus (pp 1-175). Tutkimuksia 44. Helsinki, Stakes.
- Sinervo T. 2000. *Work in care for the elderly: Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures*. Research reports 109, Stakes, Helsinki. Academic Dissertation.

- Sinervo, T. & Taimio, H. 2011. Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen. Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta. THL:n raportti 9/2011. Helsinki.
- Sinervo, T. 1997. Työtapojen muutos vanhuspalveluissa. Loppuraportti. Stakes. Aiheita no 1/1997.
- Sinervo, T., Elovainio, M., Pekkarinen, L., Heponiemi, T. 2005. Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus luottamuksen ja motivaation perustana. Teoksessa Jokivuori, P. (toim.), Sosiaalisen pääoman kentät. Jyväskylä: Minerva Kustannus, 133-146.
- Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R., Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Raportti 34. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sinervo, T., Pekkarinen, L., Sankelo, M. 2015 Työyhteisön innovatiivisuutta edistävät tekijät muutoksessa Teoksessa: Saarisilta, J., Heikkilä, H., & Heikkilä J. Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa. THL:n raportteja 4/2015, 124-132.
- STM 2017: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>
- Super: ”Jos tää meno jatkuu, meidän sydämet särkyvät.” SuPerin selvitys työstä kotihoidossa ja kotihoidotyön kehittämisestä 2018. Asiantuntija Sari Erkkilä.
- Tepponen, M. 2009. Integration and quality of home care. Kuopio University Publications E. Social Sciences 171. 2009.
- Thibaut, J. & Walker, L. 1975. Procedural justice: a psychological analysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L. & Tulkki, A. 1997. Työkykyindeksi. 2. korj. painos. Helsinki. Työterveyslaitos.
- Vahtera J., Kivimäki, M., & Virtanen, P. 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki, Työterveyslaitos.
- West, M. A. 1990. The social psychology of innovation in groups. Teoksessa West, M. A. & Farr, J. L. (Eds.), Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies. Chichester: Wiley , 309-333.
- Vähäkangas, P. 2010. Rehabilitation nursing care: practices and leadership. Acta univ. OUL. D, 1060. Oulu.
- Ylöstalo, P. & Jukka, P. 2010. Työolobarometri. Lokakuu 2009. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 34/2009.

## 4. Hankkeen toteutus

Kirjoittajat: Tuulikki Vehko, Timo Sinervo

Hanke on toteutettu vanhuspalvelulain arvioinnin yhteydessä ja tiiviissä yhteistyössä siitä vastaavien henkilöiden kanssa. THL on lain arvioinnissa kerännyt kyselyillä tietoa kaikista Suomen kunnista sekä vanhuspalveluiden toimintayksiköiltä ja samassa yhteydessä toimintayksiköiltä kysyttiin kiinnostusta osallistua henkilöstökyselyyn (sekä koetun hoidon laadun kyselyihin asiakkaille ja omaisille). Kyselyyn ilmoittautuneille organisaatioille lähetettiin linkki sähköiseen kyselyyn, jonka organisaatioiden johto jakoi henkilöstölleen. Kysely toteutettiin tunnisteettomana ja organisaatiot saivat palutteen vastauksista ryhmittäen.

### Tutkimusaineisto ja aineiston analyysi

Tutkimuksessa käytettiin neljästä tutkimusaineistosta yhdistettyä kokonaisuutta:

- 1) vanhuspalvelulain arviointi-aineiston kuntakysely, josta saadaan selville kunnan (tai yhteistoiminta-alueen) palveluiden organisointi ja palvelurakenne;
- 2) arviointiaineiston toimipaikkakysely, josta saadaan selville henkilöstömäärät, asiakasmäärät sekä toimintayksikön omistaja (molemmat kyselyt on tehty kaikkiin Suomen kuntiin ja kaikkiin vanhustenhuollon toimintayksiköihin, myös yksityisille palveluntuottajille);
- 3) henkilöstökysely, joka lähetettiin vuoden 2016 talvella niihin toimintayksiköihin henkilöstölle jaettavaksi, jotka ilmoittautuivat kyselyyn.

Tutkimukseen osallistui 273 sellaista työyksikköä, joista saatiin riittävästi vastauksia (vastausprosentti 38 %). Vastaajia oli 2103, mutta vastaajien määrä vaihteli hieman eri kysymyksissä. Tutkimukseen osallistuneista toimintayksiköistä eniten vastauksia saatiin tehostetusta palveluasumisesta (n = 975). Seuraavaksi eniten henkilöstön vastauksia saatiin kotihoidosta (n = 437), vanhainkodeista (n = 287), yhdistetystä palveluasumisesta (n = 235) ja terveyskeskuksen vuodeosastolta (n = 142). Vastaajista suurin osa, 92,4 %, oli naisia (n = 1 845). Vastaajien iän keskiarvo oli 43,2 vuotta ja vaihteluväli 19-75 vuotta. Yleisin ammattinimike oli lähihoitaja sisältäen myös perushoitajat tai vastaavat (n = 1 499, 75,1 % vastaajista).

Osallistujista osassa pystyttiin keräämään tutkimusaineisto, joka kattaa sekä laitokset että kotihoidon. Vain osasta kunnista käytössä sekä toimipaikkojen ja kuntien rakenteelliset tiedot (henkilöstömäärä, palvelurakenne ym.).

Henkilöstökyselyssä käytettiin kansainvälisesti testattuja mittareita ja pyrittiin vertailukelpoisuuteen aiempien vanhuspalveluihin keskittyneiden hankkeiden kans-

sa (Kilpa-hanke, Hoitova-hanke) sekä Sairaalahenkilöstöhankkeen ja Kunta 10 -hankkeen kanssa. Kyselyissä työntekijöiltä kysyttiin laajasti heidän hyvinvoinnistaan sekä työyhteisöön ja työhön liittyvistä psykososiaalisista tekijöistä. Kyselyissä selvitettiin henkilöstön kokemuksia organisaation ja esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuudesta, työn psykososiaalisia tekijöitä, kuten työntekijöiden kokemukset työnsä vaatimuksista ja omista vaikutusmahdollisuuksistaan työssä sekä sitoutumisesta työhön ja työpaikkaan. Edelleen kyselyssä selvitettiin rasisutustekijöitä liittyen työrooliin, kiireeseen, asiakkaisiin ja heidän omaisiinsa, sekä työn fyysisiin vaatimuksiin ja työympäristöön. Hyvinvointia selvitettiin kysymyksillä työkyvystä, stressistä ja psyykkisestä hyvinvoinnista sekä tuki- ja liikuntaelinten oireista. Luvussa 3 kuvataan menetelmien taustaa ja liitetaulukko 1:ssä käytetyt mittarit sekä niiden lähteet (viitteet luvussa 3).

Tutkimusaineistoa tarkasteltiin toisaalta yksikkötasolla monimuuttujamenetelmien (kovarianssianalyysi) ja toisaalta monitasomallein, joiden avulla pystytään tarkastelemaan työyksikköä tai kuntaa koskevan tiedon vaikutuksia yksilötason tekijöihin (toisaalta yksilötason tekijänä on yksittäisen työntekijän kuormitus, hyvinvointi tai työssä pysyminen).

Kyselyistä tuotettiin kullekin työyksikölle työyksikkökohtainen palaute. Palaute-tiedoissa vertailtiin yksikön tietoja vastaaviin muihin yksiköihin. Edellytyksenä palautteen saamiselle oli riittävä vastaajamäärä, jotta vastaajien anonymiteetti voitiin säilyttää varmuudella

## 5. Vanhuspalveluiden henkilöstön arviot työstä

Kirjoittajat: Tuulikki Vehko, Timo Sinervo, Salla Lehtoaro

Työperäisen negatiivisen stressin ennaltaehkäisy, hallinta ja tarvittaessa hoito ovat tärkeä osa työntekijän työhyvinvointia ja olennainen osa organisaation johtamista myös työn tuottavuuden kannalta. Työperäisen stressin hallinnassa on monia eri tekijöitä, joista osa painottuu johtamiseen ja esimiestyöhän. Johtamisen avulla pitäisi varmistaa se, että työntekijät voivat kokea tulevansa kohdelluiksi oikeudenmukaisesti eli reilusti työpaikallaan (Karasek 1979). Johtamiseen liittyvien tekijöiden lisäksi on keskeistä, että yhteistyö työntekijöiden välillä toimii.

Johtamistyöhön kuuluu työn vaatimusten huomiointi siten, että työvälineet toimivat, olivatpa ne sitten digitaalisia tai ergonomista työskentelyä tukevia välineitä, ja siten että työmäärää säännellään. Liian suuri työmäärä kuormittaa. Työmäärä pitäisikin pystyä sovittelemaan sekä organisaation että yksittäisten työntekijöiden tasolla. Usein tasapainon löytäminen edellyttää töiden priorisointia ja arviointia siitä, mitkä tehtävät käytössä olevilla työntekijöillä on mahdollista toteuttaa. Johtamistyössä tulisi varmistaa, että työntekijöillä olisi työssä oppimisen ja kehittymisen mahdollisuuksia. Vaikutus- ja kehittymismahdollisuudet työssä ovat merkki arvostuksesta ja työnantajan ja työntekijän välisestä luottamuksesta. Vaikutus ja kehittymismahdollisuuksista voidaan puhua myös työn hallinnan kokemuksena. Työntekijän oppimista ja kehittymistä työssä tukevat työyhteisöstä saatu sosiaalinen tuki ja johtamisen oikeudenmukaisuus.

Tarkastelemme vanhuspalveluiden henkilöstön arvioita kuormituksesta ja työhyvinvoinnista eri palvelumuodoissa, joita olivat tehostettu palveluasuminen, yhdistetty palveluasuminen, vanhainkotiasuminen, terveystieteiden vuodeosasto ja kotihoito.

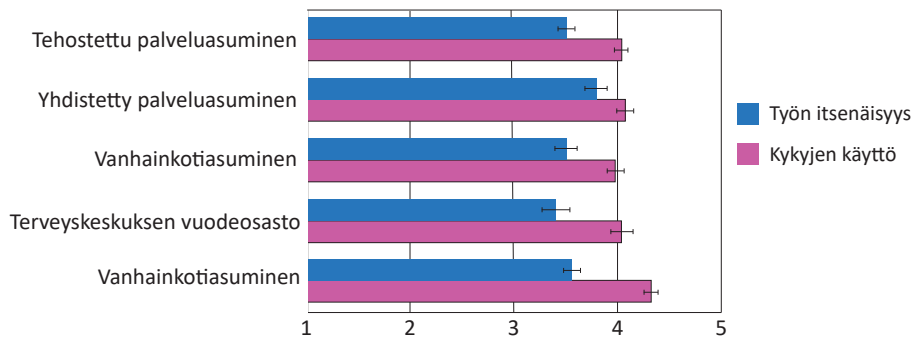
Kuvaamme tutkimustuloksia eri palvelumuodoissa työn tarjoamien vaikutusmahdollisuuksien ja kuormituksen, työn tekemisen tapojen ja työhön sitoutumisen, sosiaalisen tuen ja johtamisen tuen näkökulmasta. Lisäksi tarkastelemme henkilöstön kokemusta työympäristön muutoksista, omasta työkyvystään ja arviota tuottamastaan vanhuspalveluiden hoidon laadusta.

## Kokemus mahdollisuuksista ja kuormituksesta

Hyvät vaikutus- ja kehittymismahdollisuudet voivat suojata työstressin, esimerkiksi suuren työmäärän haitoilta, koska työntekijän hallinnan tunne lisääntyy. Hallinnan tunteeseen liittyy kokemus siitä, että työmäärää voi kontrolloida itse. Toinen työperäisen stressin haittavaikutuksilta suojaava tekijä on työssä oppiminen, joka voi tuottaa tyydytystä, jolloin työssä vastaan tulevat vaatimukset eivät ole ainoastaan rasite. Edellä esitetty työssä oppimisen ja kehittymisen ajatus nojautuu Karasekin työstressiteoriaan työn hallinnan ja työn vaatimusten suhteesta (Karasek 1979). Tässä tutkimuksessa käytämme työn itsenäisyyttä ja kykyjen käyttöä kuvaavia muuttujia, tällaisia väittämiä oli arviointivälineessä esimerkiksi ”Voin tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä työssäni” ja ”Työni edellyttää minulta luovuutta”, joista ensimmäinen väite liittyi työn itsenäisyyteen ja jälkimmäinen kykyjen käyttöön.

Vanhuspalveluissa työskentelevistä työn itsenäisyys oli korkeimmillaan yhdistetyssä palveluasumisessa ja tehostetussa palveluasumisessa. Terveyskeskuksen vuodeosastolla työn itsenäisyys oli palveluasumisen yksiköissä työskenteleviä matalammalla tasolla. Kykyjen käyttö oli hyvällä tasolla ja korkein arvo oli kotihoidossa (kuvio 1).

Työn keskeytymiseen työntekijästä riippumattomista syistä liitetään kielteisiä vaikutuksia kuten turhautumista ja alttiutta virheiden lisääntymiseen. Työn organisoimisen tavat vaikuttavat osaltaan työn keskeytysten määrään ja luonteeseen. Tutkimuksessa terveyskeskuslääkärin työstä on kuvattu että lääkäri-hoitaja työparimallin mukaisessa työssä lääkärin toiminta keskeytyi säännöllisesti hoitajan konsultoidessa lääkäriä. Lisäksi jos lääkäriellä oli tutorointivastuu, toiminta keskeytyi tutoroitavan kysymysten tähden. Pienempi osa terveyskeskuslääkäreiden kokemista keskeytyksistä oli ennakoimattomia kuten tietokoneongelmia. (Lämsä, Pekkarinen, Heponiemi, Elovainio 2016) Vanhusten laitoshoidossa tai palveluasumisessa vastaava tilanne syntyy, kun työntekijä menee huolehtimaan esimerkiksi asiakkaan aamutoimista ja joutuu kes-

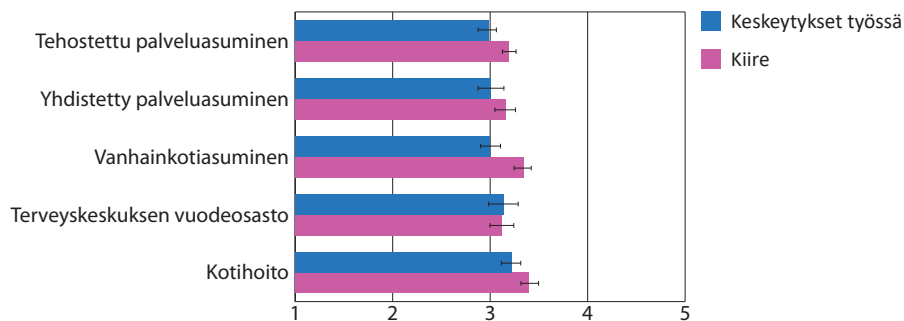


**Kuvio 1.** Työn itsenäisyys ja kykyjen käyttö ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”täysin eri mieltä” (1) ... ”täysin samaa mieltä” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

keyttämään työnsä vastatakseen soittokelloon tai mennessään avustamaan naapuri-huoneessa kaatuneen toisen asiakkaan nostamisessa.

Kiireen kokeminen liittyy yhtäältä työmäärään ja riittämättömään työntekijämäärään, mutta kiireen kokemukseen vaikuttavat myös työn organisoinnin tavat (Sinervo 2005). Kun vanhainkodeissa siirryttiin pienempiin, erikoistuneisiin dementiayksiköihin, havaittiin että samalla henkilökuntamäärällä työ ei tuntunut yhtä kiireiseltä (Sinervo 2005). Tähän vaikutti todennäköisesti se, että työpäivän toistuvaa, liukuhihnamaista rytmiä pystyttiin purkamaan. Aamutoimet voitiin järjestää joustavammin, asiakkaiden omien tottumusten mukaisesti ja samalla työntekijöiden päivärytmi muuttui. Kun asiakkaita oli vähemmän, asiakkaisiin oli mahdollisuus tutustua paremmin ja asiakkaiden yksilölliset tavat ja tottumukset tunnettiin. Samalla oli mahdollista sovittaa työtavat asiakkaiden vaatimusten mukaisesti. Samoin, kun työntekijöillä on enemmän valtaa päättää aikatauluista ja työtavoistaan, kiirettä koetaan vähemmän. Laitoshoidossa kiire painottuu aamupäivään, vaikka välttämättä tähän ei ole selkeää syytä. Osan toimintoista voi sijoittaa muuhunkin ajankohtaan. Kotihoidossa kiireeseen vaikuttavat myös toimintojen sijoittelu. Aamupäivä on kiireisin aika ja sijoittamalla tehtäviä muihin ajankohtiin, on saatu hyviä tuloksia. Kotihoidossa myös ajoreittien suunnittelulla on suuri merkitys. Kotihoidossa kriittisiä kysymyksiä ovat myös yllättävät muutokset asiakaskäynneissä: asiakkaalla on jokin kiireellinen ongelma ja työntekijän aikaa kuluu selvästi suunniteltua enemmän, uusi asiakas kotiutuu tai työntekijä sairastuu. Näihin ongelmiin voidaan vaikuttaa mm. työntekijäpoolilla, joka on erillinen tiimi (Groop ym. 2017).

Työn keskeytyksiä raportoitiin eniten kotihoidossa verrattuna niihin, jotka työskentelivät tehostetussa palveluasumisessa (kuvio 2). Henkilöstö kotihoidossa ja vanhainkodeissa koki kiirettä enemmän kuin henkilöstö, joka työskenteli palveluasumisessa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla (kuvio 2). Kiirettä mitattiin neljän kysymyksen avulla, joista laskettiin keskiarvo. Vastajaa pyydettiin arvioimaan tilan-



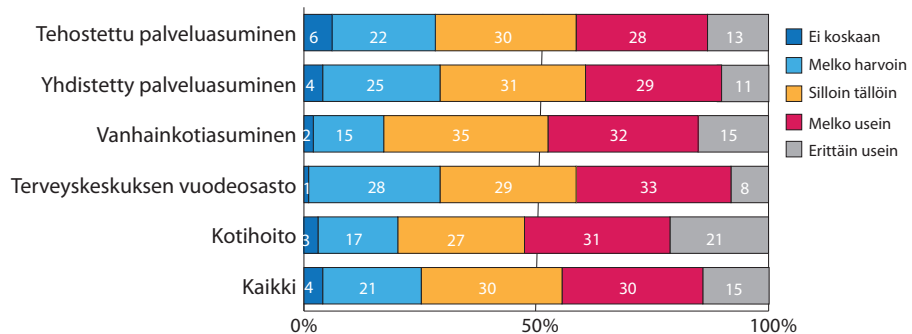
**Kuvio 2.** Keskeytykset työssä ja kiire, ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”ei koskaan” (1) ... ”erittäin usein” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

netta viimeisen puolen vuoden osalta. Kuviossa 3 ja liitekuvioissa a ja b on esitetty vastaukset eräiden kiireen mittaamiseen käytetyn väittämien mukaan.

Kokemus siitä, että työtä ei ehdi tehdä kunnolla oli yleinen, sillä 25 % vastaajista koki, että näin kävi melko usein ja 14 % valitsi vastausvaihtoehdon erittäin usein. Kotihoidossa vastaavat osuudet olivat näitä korkeammat 30 % ja 21 % (liitekuvio a) Jatkuva priorisointi välttämättömien ja muiden työtehtävien välillä voi olla kuormittavaa. Vain välttämättömien tehtävien hoitaminen oli 30 %:lla vastaajista melko usein ja jopa 15 %:lla usein toistunut kokemus työstä edellisen puolen vuoden aikana. Kotihoidossa vastaavat osuudet olivat korkeammat 31 % ja 21 % (kuvio 2). Väittämään ”Minulla on liian vähän aikaa potilaalle / asiakkaalle yksilönä” yhteensä yli puolet vastasi usein (melko usein 34 % ja 21 % erittäin usein) (liitekuvio b).

Eettistä kuormittumista ei suoraan kysytty, mutta osa henkilökunnasta koki, ettei pysty vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin niin hyvin kuin he haluaisivat. Oman työn jatkuva priorisointi ja suhteuttaminen työyhteisön julkisiin ja piilonormeihin aiheuttaa erilaisia pooleja, joiden joukosta kulloinkin joutuu valitsemaan päätöksentekotilanteessa. Työntekijä saattaa joutua ristipaineeseen sen suhteen asettaako etusijalle omat, järjestelmän vai asiakkaan tarpeet. Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen vaatii aikaa. Korkean eettisyyden vaatimuksen työelleen asettaville ammattilaiselle asiakkaan yksilöllisyyden ohittaminen voi muodostua kuormittavaksi. (Vrt. Molander 2014)

Työn on aiemmin ollut kiireisintä laitoshoidossa (Laine ym. 2011). Näyttää siis siltä, että tilanne on muuttunut suhteessa viimeiseen 25 vuoteen. Kun laitoshoidoa on vähennetty, on asiakkaiden kuntoisuus kotihoidossa todennäköisesti heikentynyt. Lisäksi THL:n selvityksen mukaan (Alastalo ym. 2017) kotihoidon henkilöstömäärä ei ole noussut kaikilla alueilla Suomessa samassa suhteessa kuin asiakasmäärä. Myöhemmin tässä julkaisussa pyrimme selvittämään, missä määrin kotihoidon ja laitoshoidon kuormituksessa on kyse asiakkaiden kuntoisuudesta ja kunnan tai kuntayhtymän palvelurakenteesta.

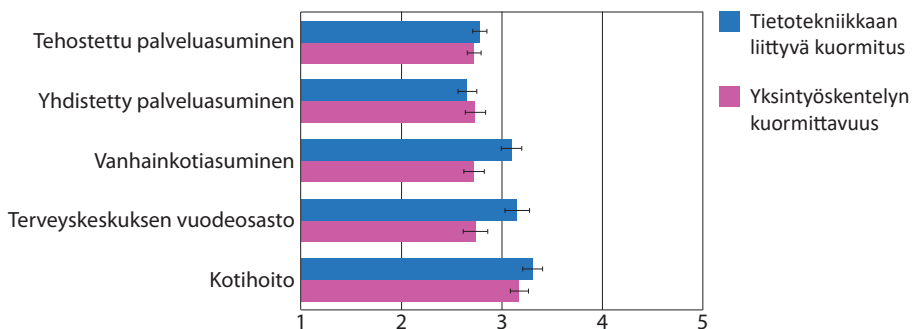


**Kuvio 3.** Vastaukset väittämään ”ehdin tekemään vain välttämättömät tehtävät”, kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuotojen mukaan ja ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,000$ )



Potilastietojärjestelmät ovat osa terveydenhuollon työntekijöiden arkea. Aikaisemmissa tutkimuksissa lääkäreille (Heponiemi 2018, Heponiemi 2017) ja sairaanhoitajille (Hyppönen 2018) on tietotekniikkaan liittyvä rasitus ollut eräs työperäisen stressin lähde. Toisaalta sosiaalihuollon palveluissa sähköisten asiakastietojärjestelmien käyttö oli koko maan tasolla vielä matalalla tasolla 2014 (Reponen 2015). Kotihoidossa työskentelevät kokivat palveluasumiseen ja vanhainkotiasumiseen verrattuna enemmän tietotekniikkaan liittyvää rasitusta (Kuvio 4). Kotihoidossa ongelmana on, että varsin usein kirjaukset on tehtävä ikään kuin kahteen kertaan, kun kaikkea kirjaamista ei ole mahdollista tehdä mobiililaitteilla. Ensin kirjaukset tehdään paperilla ja sitten siirretään toimistolla sähköisiin järjestelmiin. Toisaalta, vaikka kirjaamiset onkin mahdollista tehdä suoraan asiakkaan luona mobiililaitteella, niiden käyttöön kuluu aikaa asiakaskäynnillä ja välitön hoito- tai palveluaika vähenee entisestään. Näiden ongelmien lisäksi tietojärjestelmät eivät välttämättä ole toimivia ja helppokäyttöisiä. Joissakin mobiililaitteissa on mahdollisuus kirjata, mutta aiemmat kirjaukset eivät näy kattavasti.

Yksityöskentelyn aiheuttamaa kuormitusta raportoitiin melko harvoin, mutta kotihoidossa työskentelevät raportoivat kuormitusta muita palvelumuotoja enemmän (kuvio 4). Yksityöskentelyä kysyttiin kahden väittämän avulla, joissa pyydettiin ensinnäkin arvioimaan miten yksityöskentely on rasittanut viimeisen puolen vuoden aikana ja toiseksi miten rasittavana tänä ajanjaksona on kokenut konsultointimahdollisuuksien ja avun puutteen tarvittaessa. Melko tai erittäin rasittavaksi konsultointimahdollisuuksien ja avun puutteen koki 16 % vastaajista (liitekuvio c). Yksityöskentelyn aiheuttaman kuormituksen kokeminen juuri kotihoidossa on ymmärrettävää, sillä laitoksissa/osastoilla työskenneltäessä saatetaan työskennellä työparina tai ainakin kollega on tarvittaessa lähempänä kuin kotihoidossa, jota monin osin toteutetaan yksittäisen hoitajan käyntinä asiakkaan kotona.

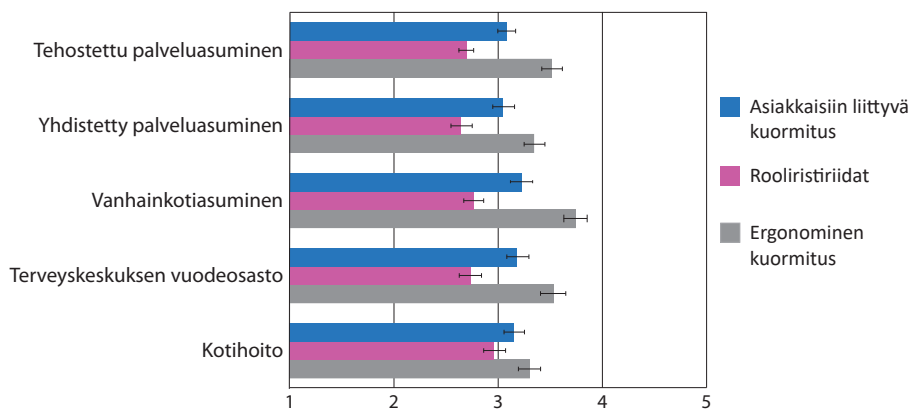


**Kuvio 4.** Tietotekniikkaan liittyvä kuormitus, yksityöskentelyn kuormittavuus ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”ei koskaan” (1) ... ”erittäin usein” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

Asiakkaisiin liittyvä kuormitus oli suurinta vanhainkodeissa työskentelevillä, mutta arviot asiakasrasituksesta olivat kaikissa palvelumuodoissa samansuuntaisia. Asiakkaisiin liittyvällä rasituksella tarkoitetaan toisaalta asiakkaan motivoitumattomuutta hoitoon, vastustelua ja mm. huutelua. Työntekijän rooliristiriidat viittaavat tilanteeseen, jossa hän kohtaa työssään ristiriitaisia vaatimuksia. Likimain vastakohta rooliristiriidoille on tavoitteiden selkeys. Työntekijän kokemusta rooliristiriidoista kartoitettiin seitsemällä väittämällä, joihin vastaajaa pyydettiin kertomaan mielipiteensä arvioiden omaa työtään. Väittämät koskivat arvostiririitoja tai pyyntöjen yhteensovittamattomuutta ja tehtävien saamista ilman resursseja. Kotihoidossa työskentelevät kokivat muissa palvelumuodoissa työskentelevää henkilökuntaa enemmän rooliristiriitoja.

Hoitotyön fyysisiin riskeihin kuuluu työntekijöiden ergonominen kuormitus. Kuormitus ole teknologisen muutoksen tai muiden seikkojen takia vähentynyt tai poistunut, vaan se on osa työtä. Potilassiirtoihin on kehitetty ohjeistusta, jonka avulla on pyritty ennaltaehkäisemään ja vähentämään hoitajien tuki- ja liikuntaelinvaivoja (Laine 2011). Ergonominen kuormitus oli suurinta vanhainkodeissa työskentelevillä ja ero oli tilastollisesti merkitsevä verrattuna palveluasumisessa työskenteleviin tai kotihoidossa työskenteleviin (kuvio 5). Käytännössä ergonomista kuormitusta on eniten siellä, missä on huonokuntoisimmat asiakkaat.

Henkilöstöltä tiedusteltiin myös epävarmuustekijöitä työssä. Epävarmuudella viitataan työtehtävien lakkauttamisen uhkaan, vastentahtoista siirtämiseen toisiin työtehtäviin, uhkaan pakkolomautuksista tai irtisanomisista tai työmäärän lisääntymiseen yli kestokyvyn. Tällä tavoin määriteltynä työn epävarmuustekijöitä raportoivat eniten terveyskeskuksessa työskentelevät ja lähes samalla tasolla oli kotihoidossa työskentelevien kokemus työn epävarmuustekijöistä. Vähiten työn epävarmuustekijöitä raportoivat tehostetussa palveluasumisessa työskentelevät vastaajat (liitekuvio d).



**Kuvio 5.** Asiakkaisiin liittyvä kuormitus, rooliristiriidat ja ergonominen kuormitus, ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”ei koskaan” (1) ... ”erittäin usein” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

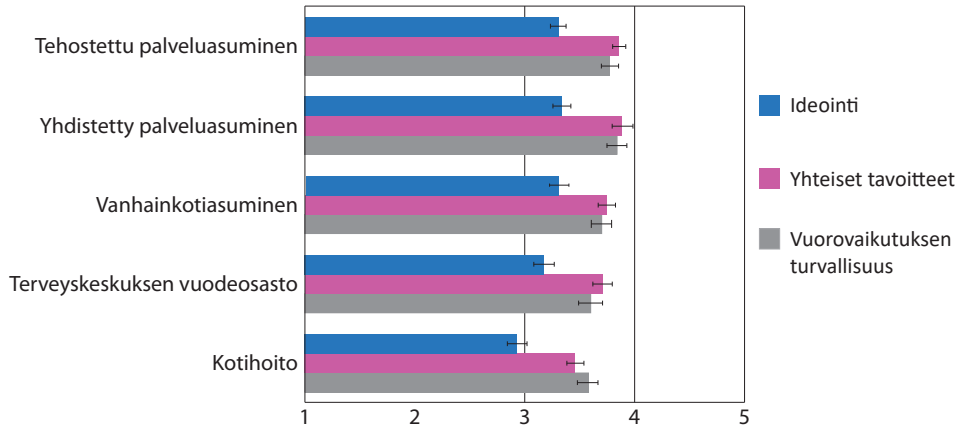
## Työyhteisö ja johtaminen

Ryhmätyön toimivuus on keskeinen elementti vanhuspalveluiden toteutuksessa. Ryhmätyöhön vaikuttavat erityisesti yhteiset tavoitteet ja turvallinen vuorovaikutus. Jotta voidaan ylipäänsä puhua ryhmätyöstä, pitäisi ryhmällä olla samansuuntaiset tavoitteet. Usein ryhmissä ei ole julkilausuttuja tavoitteita ja organisaatiokulttuuri voi todellisuudessa koostua hyvin erilaisista näkemyksistä sen suhteen, miten asiakkaita pitäisi hoitaa tai mihin pyritään. Tavoitteet pitäisi tuntea ja ryhmän pitäisi olla niistä yhtä mieltä. Lisäksi tavoitteiden tulisi olla sellaisia, että ne voidaan saavuttaa. Vuorovaikutus on toinen keskeinen elementti. Ryhmän tulisi pystyä keskustelemaan työstään ja arvioimaan kriittisesti toimintaansa. Monesti hierakkiseksi mainitusta terveydenhuollon toimialalla haasteena on miten saada vuorovaikutus niin turvalliseksi, että eri henkilöstöryhmät uskaltavat puhua ja tuoda näkemyksensä esiin prosessien kehittämiseksi (Sinervo ym. 2015).

Ideointi työyhteisössä liittyy sen innovatiivisuuteen ja kehittymiseen. Osin on kyseessä johdon mahdollistava toiminta asioiden ideoinnille. Toisin sanoen johdon on varattava ideointiin aikaa ja ryhmälle on annettava lupa siihen, että se voi kehittää toimintaansa. Tällainen toiminta luo aktiivista organisaatiokulttuuria. Lisäksi ryhmällä on oltava valmius uusien asioiden ideointiin ja kokeiluun. Ideoinnin jälkeen seuraa olenainen: ideat pitää käsitellä ja työstää lopulliseen muotoonsa. Mikäli idea on sellainen, että sen toteutus vaatii johdon hyväksynnän, tulee johdon käsitellä ideat ja hyväksyä tai hylätä ne. Tehdystä päätöksestä pitää tiedottaa ryhmää. Kaikki ei ole vielä sittenkään valmista, vaan tämän jälkeen työyhteisössä uudet toimintatavat tai ideat pitää 'myydä' toisille ja mikä tärkeintä viedä käytäntöön. Usein innovatiivisuus keskeytyy tähän. Ideoita kyllä kehitellään, mutta niiden toteutus puuttuu. (Sinervo ym. 2015)

Vastaajia kehoitettiin kuvaamaan työyksikön asennoitumista muutoksiin. Ideointia kuvaavan kokonaisuus koostui väittämistä: Työyksikössä etsitään uusia tuoreita tapoja tarkastella työn ongelmia, siellä käytetään aikaa uusien ideoitten kehittelyyn ja siellä toimitaan yhdessä toteuttaakseen uusia ideoita. Kotihoidossa työyksikön uusien ideoiden tuottamien muutostilanteissa arvioitiin muita vanhuspalveluita matalammaksi (ja ero oli tilastollisesti merkitsevä).

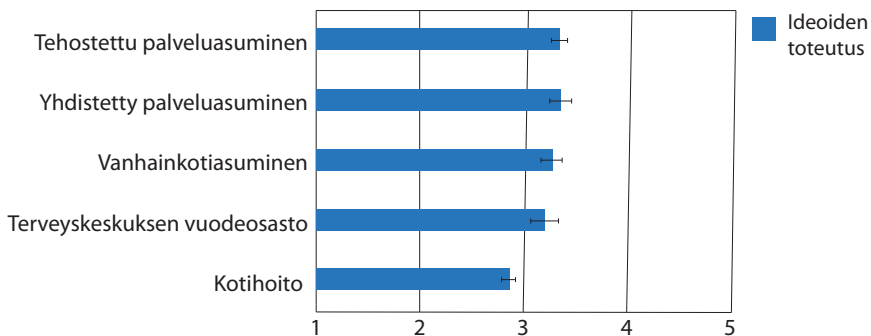
Yhteisiä tavoitteita kuvaava kokonaisuus muodostui seuraavista kysymyksistä: Kannatatko työyksikkösi tavoitteita?; Uskotko, että työyksikkösi jäsenet täysin ymmärtävät työyksikön tavoitteet?; Uskotko, että työyksikön tavoitteet ovat saavutettavissa?; Uskotko, että työyksikkö pitää tavoitteita hyödyllisinä?. Yhteiset tavoitteet työyksikössä olivat matalimmillaan kotihoidossa työskentelevillä eroten tilastollisesti merkitsevästi muiden vanhuspalvelussa työskentelevien vastauksista (kuvio 6).



**Kuvio 6.** Toimintatavat työssä: ideointi, yhteiset tavoitteet ja vuorovaikutuksen turvallisuus, ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”eri mieltä” (1) ... ”täysin samaa mieltä” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

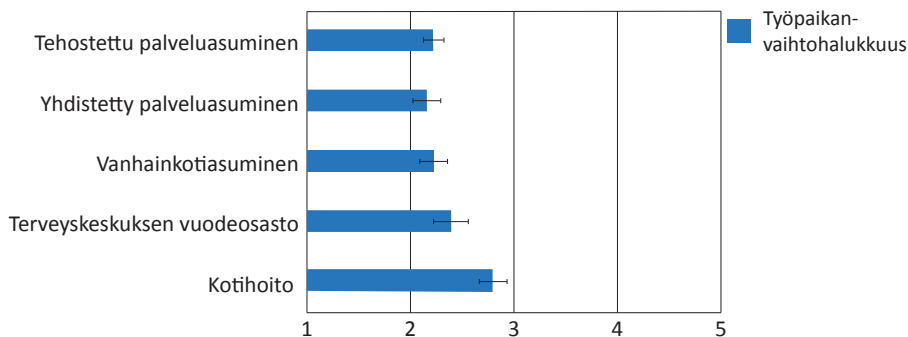
Vuorovaikutuksen turvallisuus oli matalimmalla tasolla kotihoidossa ja ero palveluasumisessa työskentelevien arvioihin oman työyksikkönsä ilmapiiristä oli tilastollisesti merkitsevä (kuvio 6).

Ideoiden toteutusta kuvaavassa kokonaisuudessa kysyttiin mielipidettä siitä, miten hyvin tai huonosti aloitteet ja ideat johtavat usein uusiin toimintoihin ja miten tehokkaasti uudet ideat ja ajatukset viedään toiminnan tasolle työyhteisössä. Lisäksi tiedusteltiin miten itsenäisesti työyhteisössä voidaan päättää omaan toimintaan liittyvän kehittämisisään käyttöönotosta ja otetaanko esille tuodut aloitteet ja ideat käsittelyyn ja arvioitavaksi. Ideoiden toteutus oli matalimmalla tasolla kotihoidossa eroten tilastollisesti merkitsevästi muista vanhushuolteen muodoista (kuvio 7).



**Kuvio 7.** Toimintatavat työssä: ideoiden toteutus, ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”eri mieltä” (1) ... ”täysin samaa mieltä” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

Sosiaalinen tuki on työn kuormitustekijöiltä suojaava tekijä. Tuen saamista selvitettiin kysymyksellä ”Saatko riittävästi tukea työssäsi?”. Vastajia pyydettiin arvioimaan tuen saantia niin esimiehen kuin työtoverien taholta. Sosiaalinen tuki sai korkeimman arvon (3,97) tehostetun palveluasumisen työntekijöiden keskuudessa ja se oli matalinta kotihoidon työntekijöillä (3,68) (liitekuvio e).



**Kuvio 8.** Työpaikanvaihtohalukkuus ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”olen täysin eri mieltä” (1) ... ”olen täysin samaa mieltä” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

Työpaikanvaihtohalukkuutta tiedusteltiin pyytämällä työntekijöitä vastaamaan väittämään ”Harkitsen usein eroavani tästä työstä” ja organisaatioon sitoutumista mitattiin kahdeksan kysymyksen sarjalla joissa pyydettiin vastaamaan väittämiin kuten ”olisin hyvin mielelläni työurani loppuun asti tässä työpaikassa” tai ”minusta on mukava keskustella työpaikastani ulkopuolisten ihmisten kanssa”. Kotihoidon työntekijät olivat muita useammin halukkaita vaihtamaan työpaikkaa (kuvio 8). Kotihoidossa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla organisaatioon sitoutumisen keskiarvo oli matalampi kuin palveluasumisessa tai vanhainkodeissa työskenneltäessä (liitekuvio f).

Henkilöstä pyydettiin arvioimaan selviytymistään työssä eläkeikään asti. Vastausvaihtoehdot olivat varmasti, melko varmasti, saattaa tuottaa vaikeuksia, melko varmasti en ja varmasti en. Arviota eläkkeelle selviämistä voidaan pitää yhtenä stressioireena. Kotihoidon henkilöstöllä oli muita vanhuspalvelumuotojen henkilöstöä enemmän epävarmuutta siitä, selviääkö työssä eläkeikään asti (liitekuvio g).

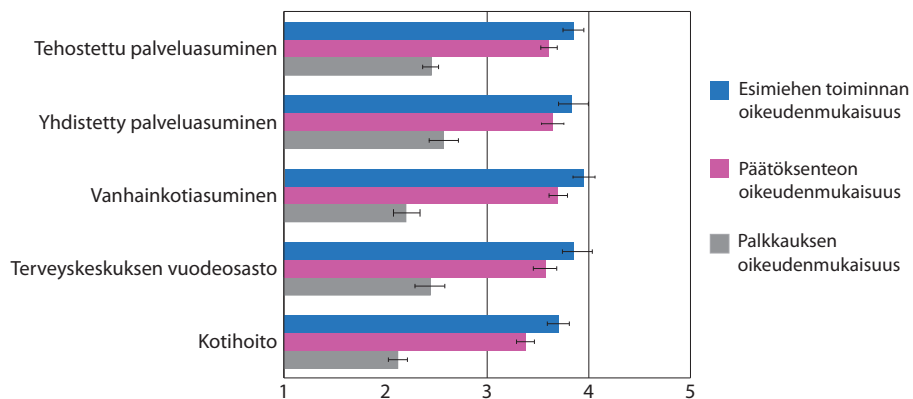
Henkilöstöltä kysyttiin aikomuksia eläkehakemuksesta: ”Oletko harkinnut työkyvyttömyyseläkkeen, yksilöllisen varhaiseläkkeen tai jonkun muun hakemista?”. Enemmistöllä vastaajista (82 %) ajatukset eivät suuntautuneet eläkkeelle, mutta osa oli ajatellut asiaa toisinaan (13 %) ja vain harva (4 %) usein. Eri palvelumuodoissa työskentelevillä vastaukset olivat samankaltaisia (liitekuvio h).

Johtamisen oikeudenmukaisuuden on todettu olevan merkittävä tekijä työyhteisössä. Se ei kuitenkaan ole mikään johtamismalli tai johtamisideologia. Oikeudenmukai-

suus näyttää olevan sosiaalisen toiminnan arviointiin liittyvä keskeinen tekijä. Johtamisen oikeudenmukaisuus koostuu kolmesta osasta: päätöksenteon oikeudenmukaisuus, esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus sekä palkkauksen oikeudenmukaisuus.

Tässä tutkimuksessa käytetyssä lyhennetyssä mittarissa vastaajia pyydettiin arvioimaan esimiehen toimintaa toisaalta sen osalta kohteleeke hän alaisiaan kunnioittavasti ja edelleen kohteleeke hän alaisiaan ystävällisesti sekä huomaavaisesti. Lisäksi pyydettiin arvioimaan esimiehen kykyjä ottaa huomioon alaistensa tarpeet ja osaako hän kuunnella alaisiaan. Päätöksenteon oikeudenmukaisuutta mitattiin kolmella kysymyksellä, joissa tiedusteltiin työntekijän kokemusta siitä ovatko tehdyt päätökset työpaikalla johdonmukaisia, tai ovatko ne puolueellisia, sekä siitä onko kaikilla oikeus sanoa oma mielipiteensä ja kokemuksensa itseään koskevissa asioissa. Kolmantena ulottuvuutena on työntekijöiden kokemus palkkauksen oikeudenmukaisuudesta, jota tiedusteltiin esittämällä kaksi väittämää: ”Saamani palkka ja arvostus vastaa työhöni antamaani panostusta” ja ”Saamani palkka ja arvostus ovat sopivia siihen nähden mitä työssäni saan aikaan.”

Henkilöstön kokemus johtamisen oikeudenmukaisuudesta näiden kolmen tekijän suhteen on esitetty kuviossa 9. Vanhuspalveluiden henkilöstön kokemus esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuudesta ei eronnut ryhmien välillä, mutta kotihoidon henkilöstön arviot päätöksenteon oikeudenmukaisuudesta olivat matalampia kuin palveluasumisessa tai laitoshoidossa toimivilla. Esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus vaihtelee yleensä työyksiköittäin. Päätöksenteon oikeudenmukaisuus kuvaa enemmän koko työyhteisön toimintatapaa, ei vain yhden työyksikön. Kaiken kaikkiaan vanhuspalveluiden henkilöstön kokemus palkkauksen oikeudenmukaisuudesta oli melko matalalla tasolla. Kun verrattiin eri palvelumuodoissa toimivien vastuksia palkkauksen oikeudenmukaisuudesta keskenään, oli kotihoidossa ja vanhainkodeissa työskentele-



**Kuvio 9.** Johtaminen: Esimiehen toiminnan, päätöksenteon ja palkkauksen oikeudenmukaisuus, ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”ei koskaan” (1) ... ”erittäin usein” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

villä arvio muita matalammalla. Käsitys palkkauksen oikeudenmukaisuudesta on hoitoalalla yleensäkin melko matalalla, mutta tällä kertaa tulokseen saattaa vaikuttaa se, että kysely tehtiin kilpailukykysovimuksen neuvotteluiden aikana.

Aikaisemmassa tutkimuksessa esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuudella ja päätöksenteon oikeudenmukaisuudella on työn rasisutestekijöiltä puskuroiva vaikutus. Niillä on todettu olevan myös suora vaikutus työntekijöiden hyvinvointiin (Elovainio ym. 2002, Sinervo 2005). Lisäksi on huomattu että työntekijöiden näkemyksillä organisaation oikeudenmukaisuudesta on vaikutusta heidän terveyteensä, hoidon laatuun, hoitotyön tuottavuuteen mm. vähentyneiden sairauspoissaolojen kautta. Lisäksi organisaation oikeudenmukaisuudella oli vaikutusta työyhteisön innovatiivisuuteen (Sinervo 2005). Aikaisemmat tutkimukset antavat aihetta olettaa, että jos työntekijät kokevat tulleen oikeudenmukaisesti kohdelluiksi työpaikallaan työssä vastaan tulevat kielteiset asiat siedetään paremmin. Toisin sanoen oikeudenmukaisesti johdetuissa työyksiköissä vähäinen henkilöstömäärä, määräaikaisuus, pävyystys, epävarmuus tai vuorotyö siedetään paremmin kuin sellaisissa työyksiköissä, jossa johtamisen oikeudenmukaisuudessa on puutteita. (Sinervo ym. 2005)

### **Yhteenveto: Kotihoidon työyhteisön toimintatavoissa haasteita – johtamisen oikeudenmukaisuuteen tulisi kiinnittää huomiota**

Johtamisen oikeudenmukaisuuden on identifioitu olevan voimakkaassa yhteydessä työmotivaatioon, henkilöstön työssä jaksamiseen, sairauspoissaoloihin sekä hoidon laatuun. Vanhuspalveluista kotihoito eroaa muista palvelumuodoista siinä, että työntekijät toimivat usein yksin ja toimiessaan asiakkaiden kotona on esimiehen ja työntekijän kohtaaminen päivittäisen työn lomassa vähäisempää kuin palveluasumisessa tai laitoshoidossa. Päivittäisen viestinnän ja johtamisen kannalta kotihoidossa fyysinen etäisyys johtajan ja työntekijöiden välillä haastaa työyhteisöä.

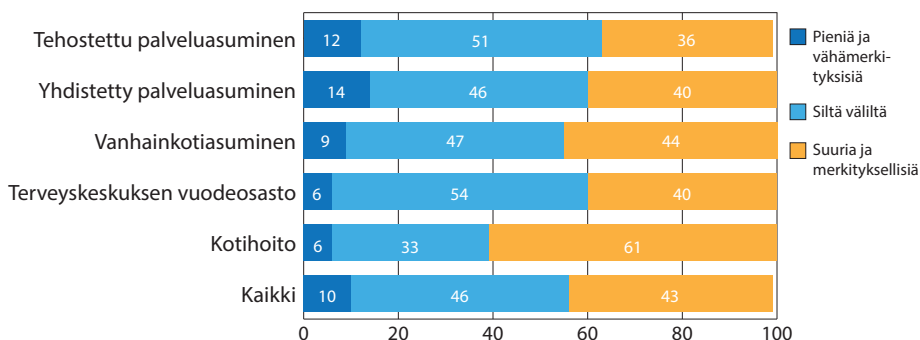
## Lähteet

- Groop, J., Ketokivi, M., Gupta, M., Holmströmd, J. 2017. Improving home care: Knowledge creation through engagement and design. *Journal of operations management* 53-56, November 2017, 9-22. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2017.11.001>
- Heponiemi, T., Hyppönen, H., Kujala, S., Aalto, A-M., Vehko, T., Vänskä, J., Elovainio, M. Predictors of physicians' stress related to information systems: a nine-year follow-up survey study. *BMC Health Serv Res.* 2018; doi:10.1186/s12913-018-3094-x.
- Heponiemi, T., Hyppönen, H., Vehko, T., Kujala, S., Aalto, A-M., Vänskä, J., Elovainio, M. Finnish physicians' stress related to information systems keeps increasing: a longitudinal three-wave survey study.; *BMC Medical Informatics and Decision Making.* 2017.
- Hyppönen, H., Lääveri, T., Hahtela, N., Suutarla, A., Sillanpää, K., Kinnunen, U-M., Ahonen, O., Rajalahti, E., Kaipio, J., Heponiemi, T., Saranto, K. 2018. Smart systems for capable users? Nurses' experiences on patient information systems 2017. *Finnish Journal of EHealth and EWellfare*, 10(1), 30-59. <https://doi.org/10.23996/fjhw.65363>
- Karasek, R.A. Job demands, job decision latitude, and mental strain. Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly.* 1979(24).
- Lämsä, R. M., Pekkarinen, L., Heponiemi, T. Elovainio, M., 2016. Keskeytykset terveystieteiden lääkärin työssä *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti.* 53, 3: 202-210.
- Molander, G. 2014. *Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä.* PS-kustannus, Jyväskylä. ISBN 978-952-451-577-1
- Reponen, J., Kangas, M., Hämäläinen, P., Keränen, N. 2015. Use of information and communications technology in Finnish health care in 2014. Current situation and trends. National Institute for Health and Welfare (THL).
- Sinervo, T., Elovainio, M., Pekkarinen, L., Heponiemi, T. 2005. Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus luottamuksen ja motivaation perustana. Kirjassa *Sosiaalisen pääoman kentät.* Jokiniemi P (toim). Minerva Kustannus Oy. Jyväskylä.



## Arvio toimintaympäristön muutoksista

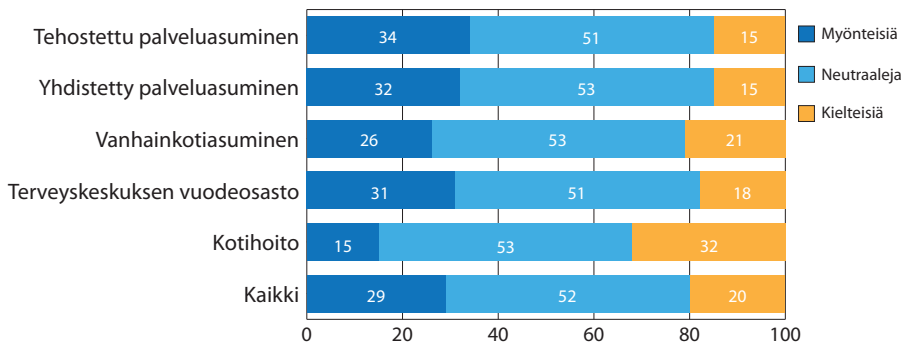
Vanhuspalveluiden henkilöstöä pyydettiin arvioimaan niitä muutoksia, joita on tapahtunut omassa työssä viimeksi kuluneen vuoden aikana sen suhteen miten suuria muutokset ovat olleet, arvottamaan ovatko muutokset olleet omalta kannalta enimmäkseen myönteisiä vai kielteisiä, ja ovatko muutokset olleet asiakaan kannalta enimmäkseen myönteisiä vai kielteisiä. Vastaajat saivat arvioida muutosta 1-10 asteikolla, ja vastaukset luokiteltiin kolmeen ryhmään (1-3 myönteisiä; 4-7 neutraaleja; kielteisiä 8- 10). Lisäksi pyydettiin arvioimaan kokemusta siitä voiko olla mukana kun omaa työtä koskevia muutoksia suunnitellaan.



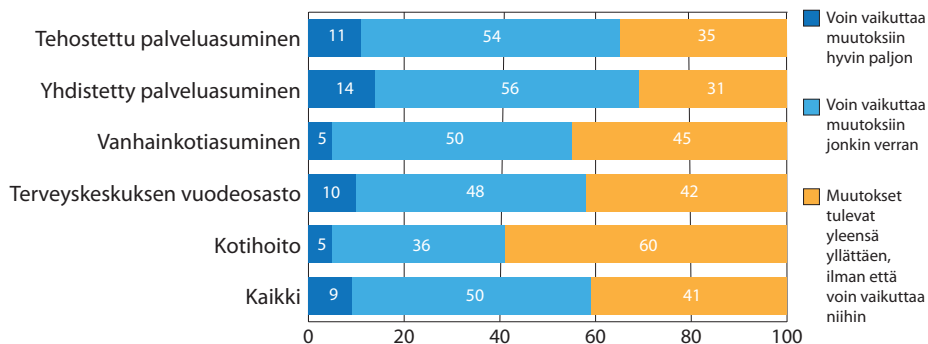
**Kuvio 10.** Arvio siitä, miten suurina työssä tapahtuneet muutokset ovat olleet. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuotojen mukaan ja ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,000$ ).

Lähes puolet vastaajista (43 %) arvioi työssä viimeisen vuoden aikana tapahtuneiden muutosten olleen suurina ja merkityksellisiä ja vain harva (10 %) arvioi niiden olleen pieniä ja vähämerkityksisiä. Eri palvelumuotojen välillä vastaukset vaihtelivat jonkin verran, sillä tehostetussa palveluasumisessa 36 % vastaajista arvioi muutokset suuriksi ja merkityksellisiksi kun vastaava osuus kotihoidossa oli 61 %. Tämä kotihoidon työntekijöiden ilmoittama suurten ja merkityksellisten muutosten osuus oli palvelumuodoista korkeimmalla tasolla (kuvio 10).

Vastaajista kolmasosa (31 %) oli kokenut työssä toteutuneet muutokset omalta kannaltaan myönteisiksi ja viidennes (18 %) oli valinnut vastausvaihtoehdon, joka kuvasi muutosten olleen kielteisiä. Eri palvelumuotojen välillä vastaukset vaihtelivat ja tehostetussa palveluasumisessa 14 % vastaajista arvioi muutokset kielteisiksi, kun vastaava osuus kotihoidossa oli 25 % (liitekuviot i).



**Kuvio 11.** Arvio muutosten myönteisyydestä tai kielteisyydestä asiakkaan kannalta arvioituna palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuotojen mukaan ja ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,000$ ).



**Kuvio 12.** Osallistuminen muutoksen suunnitteluun. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuotojen mukaan ja ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,000$ ).

Vähemmistö vastaajista koki voivansa vaikuttaa muutoksiin hyvin paljon (9 %), mutta puolet vastaajista (50 %) koki voivansa vaikuttaa muutoksiin jonkin verran. Muutoksista yllättyneitä ja ilman vaikutusmahdollisuuksia niihin vastanneiden osuus vaihteli eri palvelumuodoissa yhdistetyn palveluasumisen 31 %:sta kotihoiton 60 %:iin (kuvio 12).

## Yhteenveto:

Kokonaisuudessaan muutoksia työympäristössä oli kaikissa vanhuspalveluiden muodoissa, mutta asiakkaiden kannalta arvioituna ja muutosten suuruuden kannalta työympäristön muutokset painoutuivat kotihoitoon.

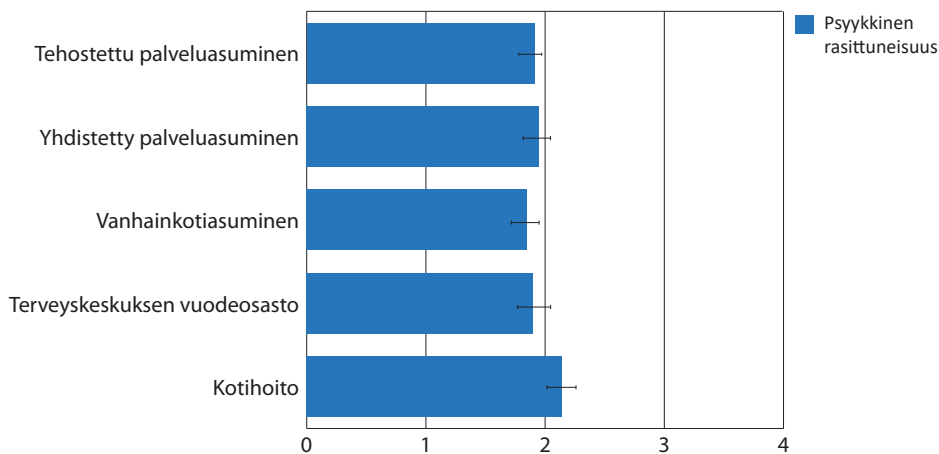
## Kokemus työkyvystä ja rasituseireista

Kuormituseireita arvioitiin koettuna työkykynä, psykosomaattisina oireina, psyykkisenä rasittuneisuutena ja kokemuksenä unihäiriöistä.

Vanhuspalveluiden henkilökuntaa pyydettiin arvioimaan työkykyään asteikolla, jossa nolllalla tarkoitettiin täysin työkyvyttömyyttä ja kymmenellä kuvattiin työkykyä parhaimmillaan. Henkilöstön näin arvioima työkyky oli kokonaisuudessaan kohtuullisella tasolla. Itsearvioidussa työkyvyssä ei ollut eroja eri vanhuspalveluiden toteuttamismuotojen välillä. (Liitekuvio j)

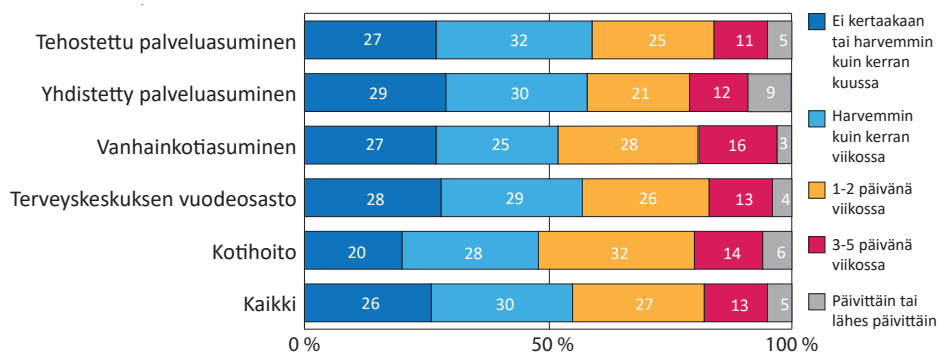
Vastaajia pyydettiin arvioimaan kuinka monena päivänä yhteensä heillä on ollut kipua viimeksi kuluneiden 3 kuukauden aikana eri kehon osissa. Kehonosat, joiden kohdalla kipujen yleisyyttä kysyttiin, olivat kyynärvarren tai käden alueella, alaselässä, lonkan alueella ja polvissa. Sanalliset vastausvaihtoehdot ”Ei yhtenäkään”, ”1–7 päivänä”, ”8–30 päivänä”, ”yli 30 päivänä muttei päivittäin” ja ”päivittäin” koodattiin asteikolle 1–5 ja niistä laskettiin keskiarvo. Psykosomaattisia oireita arvioitiin päänsäryn, sydämen tykytysten ja vatsakipujen esiintymisenä. Sekä tuki- ja liikuntaelinten oireet että psykosomaattiset oireet olivat matalalla tasolla vanhuspalveluiden henkilöstöllä. Henkilöstön tuki- ja liikuntaelinten oireissa ei ollut eroja eri palvelumuotojen välillä. Myöskään henkilöstön psykosomaattiset oireet eivät juuri eronneet eri palvelumuotojen välillä. (Liitekuvio k.)

Henkilöstöä pyydettiin arvioimaan hyvinvointiaan muutaman viimeksi kuluneen viikon aikana. Kysymykset kohdistuivat siihen onko valvonut huoliensa takia, onko tuntenut itsensä onnettomaksi, onko tuntenut olevansa jatkuvasti yllirasittunut sekä onko tuntenut, ettei voisi selviytyä vaikeuksista. Näistä kysymyksistä muodostettiin ar-



**Kuvio 13.** Psyykkinen rasittuneisuus, ikä- ja sukupuolivakioidut keskiarvot ja luottamusvälit 4-portaisella asteikolla (”en ollenkaan” (1) ... ”paljon enemmän kuin tavallisesti” (4)) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

viointiväline, joka mittaa psyykkistä rasittuneisuutta. Kokonaisuudessaan vanhushuoneiden henkilöstön psyykinen rasittuneisuus oli matalalla tasolla. Näiden matalalla tasolla olevien keskiarvojen vertailussa kotihoidon henkilöstö raportoi muita enemmän psyykkistä rasittuneisuutta. (Kuvio 13.)

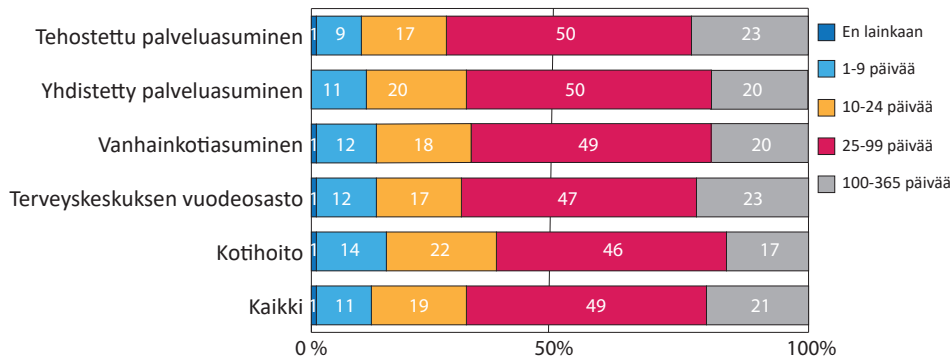


**Kuvio 14.** Unettomuutta tai unen laadun heikkenemistä vastaajilla viimeksi kuluneiden kolmen kuukauden aikana. Kuviossa on esitetty osuudet (%) työpaikan palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä. Ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,007$ ).

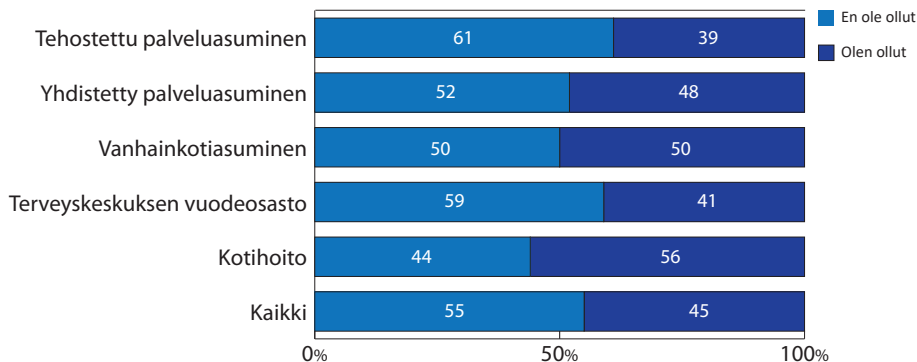
Vastaajilta tiedusteltiin kuinka usein heillä on ollut unettomuutta tai unen laadun heikkenemistä viimeksi kuluneiden kolmen kuukauden aikana. Noin neljäsosa (26 %) ei ollut kokenut tällaisia oireita, mutta pienellä osalla (5 %) ne olivat päivittäisiä tai lähes päivittäisiä. Viikoittaisia tai sitä useammin esiintyviä unioireita oli eniten kotihoitossa (52 %) ja muissa palvelumuodoissa osuudet olivat matalammalla tasolla (41–48 %) (Kuvio 14). Jatkokysymyksessä ”Väheneekö oire vähintään yli 2 viikon pituisella lomalla?” yli puolet vastaajista (66 %) raportoi oireiden helpottuvan selvästi (liitokuva 1).

Vuorotyön on todettu heikentävän unen laatua (Härmä, ym. 2018). Tämän vuoksi onkin tärkeää huolehtia ergonomisesta työvuorosuunnittelusta, jotta mahdollisia uniongelmiä ja muita terveyshaittoja voitaisiin ehkäistä ja vähentää (Partinen, 2012).

Sairauden, terveydenhoidon tai tutkimusten takia työstä poissaolojen määrät olivat ryhmätasolla samanlaisia toimipaikan henkilöstö sitten kotihoitossa tai laitoksessa. Noin puolet vastaajista oli ollut sairauden, terveydenhoidon tai tutkimusten takia poissa työstä 25–99 päivän ajan ja viidesosa enemmän kuin 100 päivää (kuvio 15). Vastaajilta kysyttiin olivatko he olleet sairaana työssä viimeisen vuoden aikana ja noin puolet (45 %) oli ollut sairaana työssä. Useimmiten näin vastasivat kotihoitossa työskentelevät (kuvio 16).



**Kuvio 15.** Työstä poissaolot sairauspoissaolon pituuden mukaan viimeisen vuoden aikana. Kuviossa on osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin neliötestin mukaan ryhmien välillä ei ollut eroja ( $p=0,270$ ).



**Kuvio 16.** Kuviossa viimeisen vuoden aikana sairaana työssä olleiden osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin neliötestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,000$ ).

## Yhteenveto: Rasitusoireet työstä olivat maltillisella tasolla

Henkilöstön itsearvioima työkyky oli kokonaisuudessaan kohtuullisella tasolla ja tulokset olivat samanlaisia eri vanhushuolintapimuodoissa. Sekä tuki- ja liikuntaelinten oireet että psykosomaattiset oireet olivat matalalla tasolla vanhushuolintapimuotojen henkilöstöllä, samoin kuin psyykinen rasittuneisuus. Viikoittaisia uniongelmia oli 18 % vastaajista. Yli puolella vanhushuolintapimuotojen työntekijöistä uniongelmat helpottuivat yli 2 viikon mittaisella lomalla. Yli puolet vastaajista kertoi olleensa töissä sairaana. Monesti sairauspoissaoloilla mitattuna sosiaali-

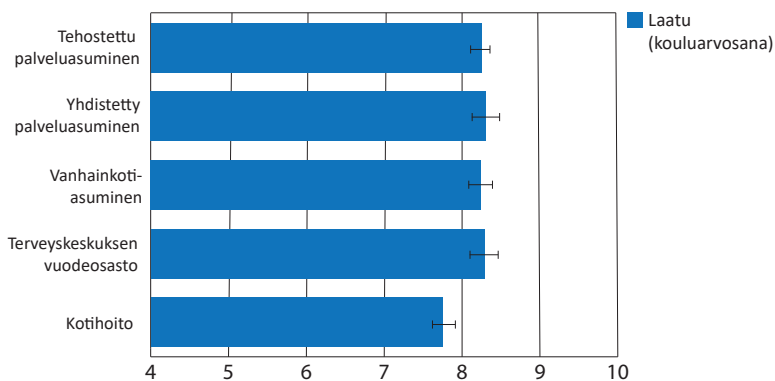
ja terveysalan henkilöstön työkyky ei ole erityisen hyvä, sillä alalla työskentelevillä oli keskimääräistä enemmän sairauspoissaolopäiviä vuoden 2009 Kansaneläkelaitoksen korvaamien yli yhdeksän päivän mittaisten poissaolojen mukaan. Kunta 10 –tutkimuksen seurannassa työstäpoissaolot ovat sitemmin olleet las-  
kusuunnassa (Laine 2011).

## Lähteet

- Härmä, M., Karhula, K., Ropponen, A., Puttonen, S., Koskinen, A., Ojajarvi, A., Hakola, T., Pentti, J., Oksanen, T., Vahtera, J., Kivimäki, M. Association of changes in work shifts and shift intensity with change in fatigue and disturbed sleep: a within-subject study. *Scand J Work Environ Health* 2018;44(4):394-402
- Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valvanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M., Suomi, R. 2011. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos, Tampere.
- Partinen, M. Epäsäännöllinen työaika ja vuorotyö. Lääkärikirja Duodecim, 2012.  
[https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dllk01013](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dllk01013) (Luettu 21.11.2018)

## Itsearvio/kokemus palvelujen laadusta

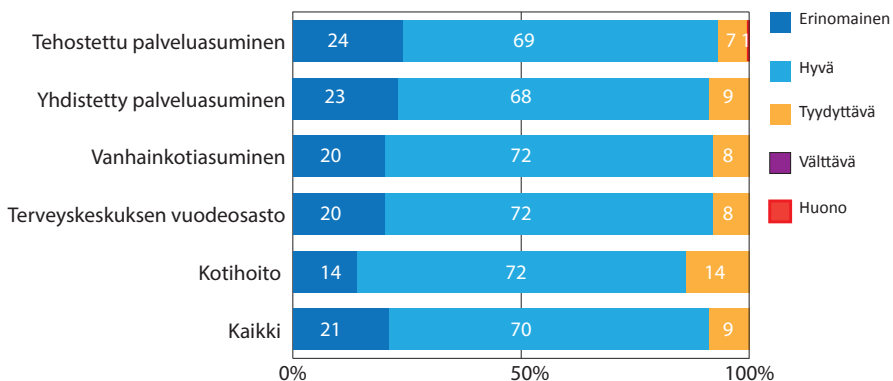
Kouluarvosana palvelun laadusta omassa toimintayksikössä oli palveluasumisessa, vanhainkotiasumisessa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla 8 + kun taas kotihoidossa se oli matalampi vain 8 -. (Kuvio 17)



**Kuvio 17.** Laatu työntekijöiden kokemana: Kouluarvosana työyksikön tuottamasta palvelun laadusta, ikä- ja sukupuolivakioituidet keskiarvot ja luottamusvälit asteikolla, jossa ”hylätty” (4) ... ”kiitettävä” (10) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

Työntekijöiltä tiedusteltiin millaiseksi arvioit työyksikkösi työntekijöiden määrän suhteessa asiakkaiden avun tarpeisiin. Noin puolet vastaajista arvioi työntekijöiden määrän erinomaiseksi tai hyväksi, mutta 20 % arvioi työyksikkönsä työntekijöiden riittävyyden välttäväksi tai huonoksi. Tilanne kotihoidossa oli vielä hälyttävämpi, sillä kotihoidossa työntekijöiden riittävyyden välttäväksi tai huonoksi arvioi jopa 25 % (liitekuvio m).

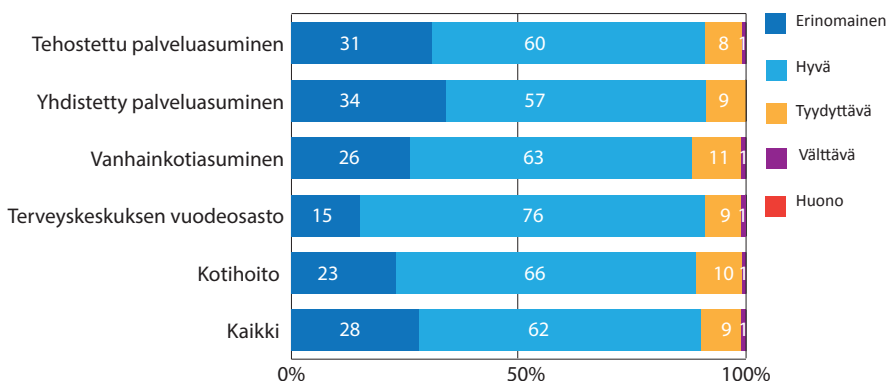
Kyselyssä tarkasteltiin myös laajemmin laatuun liittyviä tekijöitä, jolloin vastaajia pyydettiin arvioimaan paitsi työntekijöiden määrää suhteessa asiakkaan avun tarpeisiin, niin myös työyksikkönsä työntekijöiden ammattitaitoa, tapaa kohdella asiakkaita, ystävällisyyttä, asiakkaiden avunpyyntöihin vastaamista, asiakkaiden itsemääräämisen huomioimista, asiakasta koskevien asioiden tuntemusta ja omaisten huomioimista. Näistä väittämistä muodostettiin arviointityökalu työntekijöiden kokemasta työn laadusta. Näin mitattuna arviot olivat kokonaisuudessa hyvällä tasolla, mutta kotihoidossa työskentelevien arvio hoidon laadusta oli matalampi kuin muissa palvelumuodoissa toimivan henkilöstön arviot (liitekuvio n).



**Kuvio 18.** Arvio työyksikön työntekijöiden ammattitaidosta. Kuviossa on esitetty osuudet (%) mukaan ryhmiteltynä. Khiin neliötestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,001$ )

Selvä enemmistö (91 %) vastaajista arvioi työyksikön työntekijöiden ammattitaidon olevan hyvällä tai erinomaisella tasolla. Kotihoidossa arvioitiin ammattitaitoa tyydyttävän tasoiseksi muita vanhuspalvelumuotoja enemmän (14 %,  $p=0,001$ ).

Noin neljännes (24 %) vastaajista arvioi työntekijöiden tavan kohdella asiakkaita työyksikössään erinomaiseksi ja yli puolet (65 %) henkilökunnasta arvioi sen hyväksi (liitekuvio o).

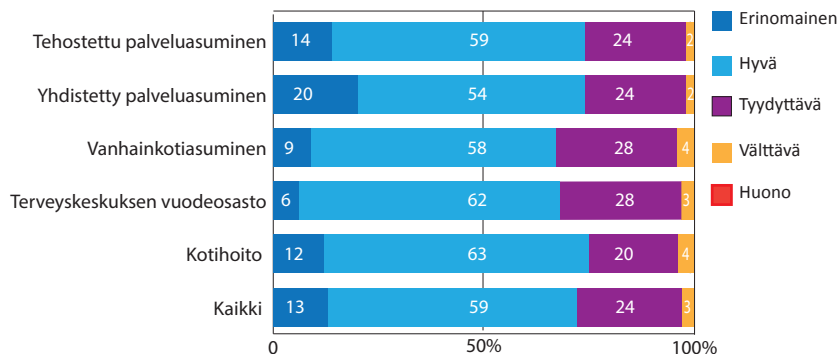


**Kuvio 19.** Arvio työyksikön työntekijöiden ystävällisyydestä. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin neliötestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,013$ ).



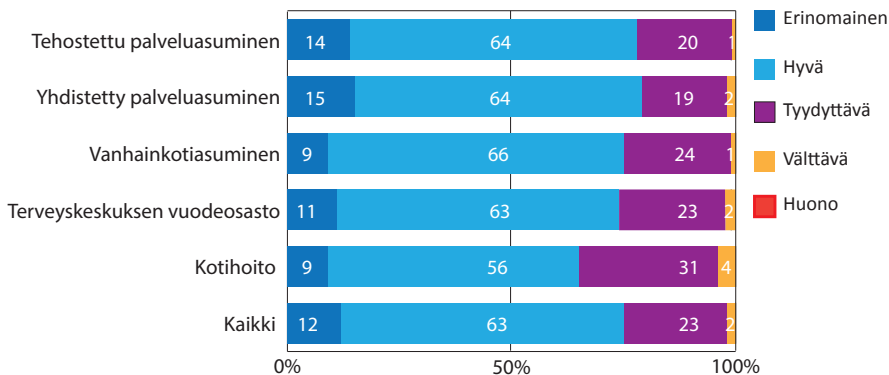
Noin neljännes (28 %) vastaajista arvioi työntekijöiden ystävällisyyden erinomaiseksi ja yli puolet (62 %) henkilökunnasta arvioi sen hyväksi. Tätä heikomman arvion työntekijöiden ystävällisyydestä antoi 10 % vastaajista. Terveyskeskuksen vuodeosastolla erinomainen arviota käytettiin muita palvelumuotoja harvemmin.

Noin viidennes (19 %) vastaajista arvioi työntekijöiden vastaavan asiakkaiden avunpyyntöihin erinomaisesti ja yli puolet (65 %) henkilökunnasta arvioi toiminnan hyväksi. Tätä heikomman arvion työntekijöiden asiakkaiden avunpyyntöihin vastaamisesta antoi 17 % vastaajista (liitekuvio p).



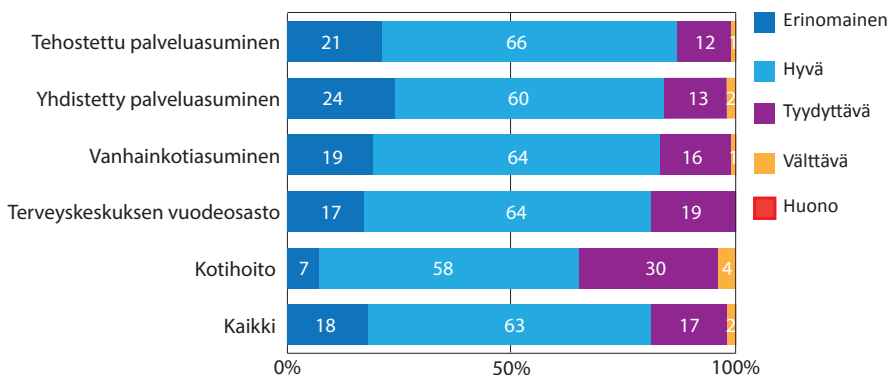
**Kuvio 20.** Arvio työyksikön työntekijöiden osaamisesta asiakkaiden itsemääräämisen huomioimisessa. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin neliotestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,004$ ).

Vastaajista 13 % arvioi työyksikkönsä työntekijöiden huomioivan erinomaisesti asiakkaiden itsemääräämisen. Hyväksi sen arvioi yli puolet (59 %). Tätä heikomman arvion työntekijöiden toiminnasta antoi 27 % vastaajista (kuvio 20).



**Kuvio 21.** Arvio työyksikön työntekijöiden asiakasta koskevien asioiden tuntemuksesta. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin nelioättestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p < 0,000$ ).

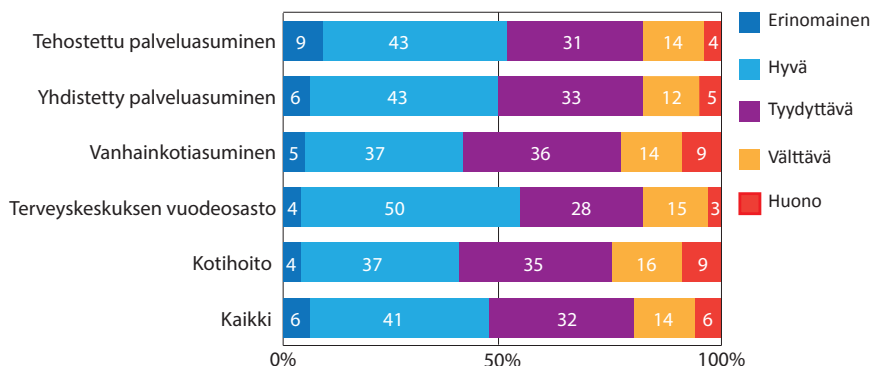
Vastaajista 12 % arvioi työyksikkönsä työntekijöiden asiakasta koskevien asioiden tuntemuksen olevan erinomaisella tasolla. Hyvätasoiseksi sen arvioi yli puolet (63 %). Tätä heikomman arvion työntekijöiden toiminnasta antoi 25 % vastaajista. Kotihoidossa tyydyttävän tai välttävän tasoisen osaamisarvion antoi 35 % vastaajista (kuvio 21).



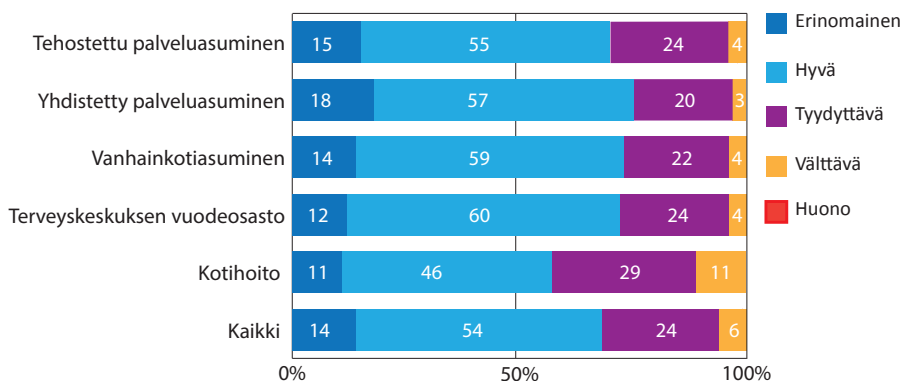
**Kuvio 22.** Arvio työyksikön työntekijöiden osaamisesta asiakkaiden omaisten tai läheisten huomioon ottamisessa. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin nelioättestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p < 0,000$ ).

Vastaajista viidennes (18 %) arvioi työyksikkönsä työntekijöiden osaavan huomioida asiakkaiden omaiset tai läheiset erinomaisesti. Hyvätasoiseksi omaisten huomioonvoin arvioi yli puolet (63 %) vastaajista. Tätä heikomman arvion oman työyksikön työn-

tekijöiden osaamisesta antoi 19 % vastaajista. Kotihoidossa tyydyttävän tai välttävän tasoisen arvosanan antoi 34 % vastaajista. Eri palvelumuotojen työntekijöiden osaamis-arviossa oli tilastollisesti merkitseviä eroja (kuvio 22).



**Kuvio 23.** Arvio työyksikön työntekijöiden määrästä suhteessa asiakkaiden avun tarpeisiin palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin neliötestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p < 0,000$ ).



**Kuvio 24.** Arvio työyksikön työntekijöiden mahdollisuuksia saada ammatillista kehittymistä tukevaa koulutusta Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin neliötestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p < 0,000$ ).

Yli puolet (68 %) vastaajista piti vähintään hyvänä mahdollisuutta saada ammatillista kehittymistä tukevaa koulutusta. Tyydyttävänä tai välttävänä ammatillisia koulutusmahdollisuuksia työyksikössään piti 30 %, mutta kotihoidossa näin vastanneiden osuus oli suurempi (40 %) (kuvio 24).

## **Yhteenveto: Kotihoidon henkilöstön arvio tuottamastaan palvelun laadusta oli matalammalla tasolla kuin muualla vanhuspalveluissa**

Vanhuspalveluiden henkilöstö osoittautui kriittiseksi omaa toimintaansa kohtaa ja arvioi palvelun laadun tasolle, josta olisi vielä mahdollisuus parantaa työyksikön toimintaa. Kouluarvosanalla mitattuna kotihoidon henkilöstön arvio tuottamastaan palvelun laadusta omassa työyksikössään oli keskimäärin matalampi (8 -) kuin muualla vanhuspalveluissa (8 +). Laadun eri tekijöitä huomioivalla asiakaskohteluun, omaisten huomiointiin ja henkilöstön riittävyyteen koostavalla arviointityökalulla mitattuna palvelun laatu oli henkilöstön arvioin mukaan hyvällä tasolla, mutta kotihoidon henkilöstön arvio omasta työyksiköstään oli keskimäärin matalammalla tasolla kuin muissa palvelumuodoissa.

Työyksikön työntekijöihin liittyvissä arvioissa ammattitaidon, tavan kohdella asiakkaita ja ystävällisyyden kohdalla erinomaiseksi tai hyväksi arvioitiin noin 90 %:ssa. Melkein samalla tasolla (85 %) erinomainen tai hyvä arviota oli asiakkaan avuntarpeisiin vastaamisesta ja omaisten huomioimisesta (81 %). Näitä hieman pienempi osuus erinomainen tai hyvä arviota kohdistettiin asiakkaan asioiden tuntemiseen (73 %).

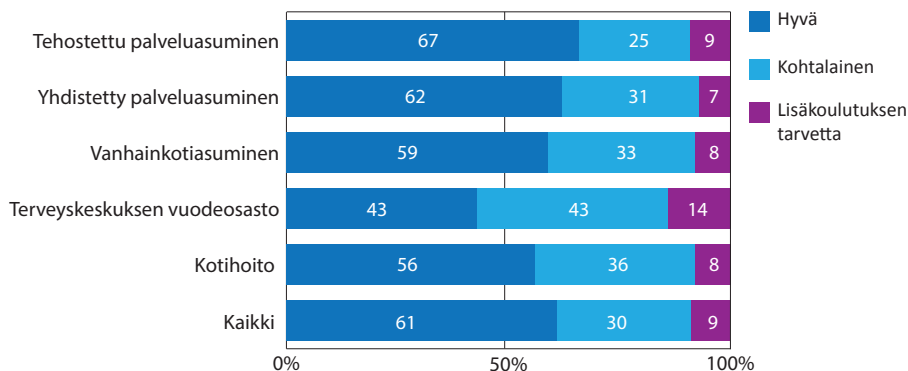
Työyksikön vanhuspalvelujen työtettä/asennetta työhön/keskeistä ammattiosaamista tiedusteltaessa tapa kohdella asiakkaita, ystävällisyys, asiakkaiden avunpyyntöihin vastaaminen, tai heidän itsemääräämisen huomioiminen, ei vastauksissa juuri käytetty arviointiasteikon matalimpia vaihtoehtoja (välttävä tai huono).

Kotihoidossa ja vanhainkotiasumisessa työyksikön työntekijöiden määrä suhteessa asiakkaiden avun tarpeisiin arvioitiin muita heikommaksi.

Seuraavassa luvussa tarkastelemme sitä miten henkilömitoituksen ja asiakkaiden kuntoisuuden huomioiminen vaikuttavat henkilöstön arvioimaan palvelun laatuun.

## Kokemus osaamisesta

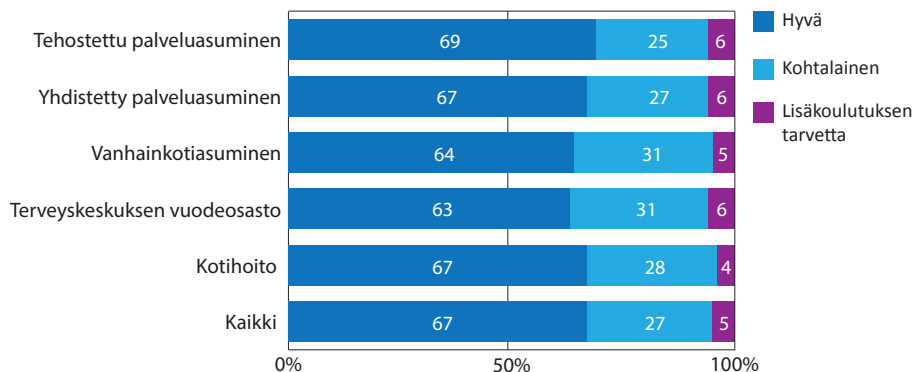
Vanhuspalveluiden henkilöstöltä tiedusteltiin arviota omasta osaamisesta kivun hoidosta, muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemisesta, kuntoutumista edistävää toimintatavasta, ravitsemuksesta, kaatumisten ehkäisystä, asiakkaan toimintakyvyn moniulotteisesta arvioinnista ja lääkähoidosta. Vastaajaa pyydettiin arvioimaan onko oma osaaminen hyvä, kohtalainen vai tunnistaako tarpeen lisäkoulutukselle.



**Kuvio 25.** Kokemus omasta osaamisesta kun on kyse muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemisesta (%) palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin neljöttestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p < 0,000$ ).

Työntekijöistä enemmistö (61 %) vastasi oman osaamisensa olevan hyvä muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemisen suhteen. Lisäkoulutukselle oli tarvetta noin 9 %:lla vastaajista. Terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevät tunnustivat muita useammin tarpeen lisäkoulutukselle kun kysyttiin muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemisesta. (Kuvio 25)

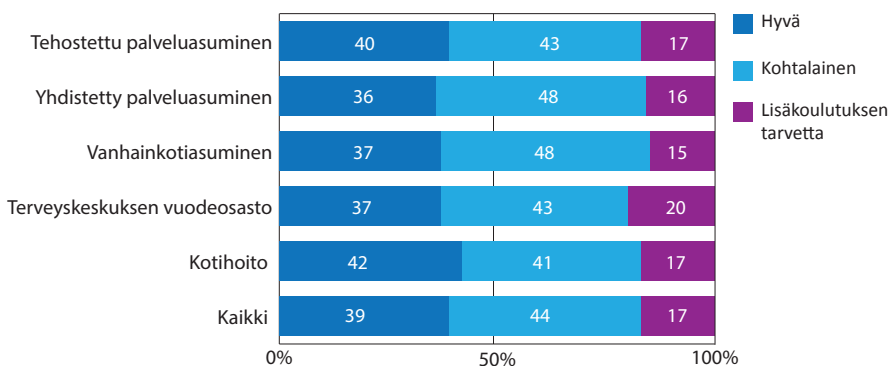
Työntekijöistä enemmistö (69 %) vastasi oman osaamisensa olevan hyvä kuntoutumista edistävän toimintatavan suhteen. Lisäkoulutukselle oli tarvetta noin 6 %:lla vastaajista. Kuntoutumista edistävä osaaminen ja lisäkoulutuksen tarve arvioitiin hyvin samalla tavalla kaikissa palvelumuodoissa. (Liitekuvio q)



**Kuvio 26.** Kokemus omasta osaamisesta kun on kyse ravitsemuksesta (%) palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,450$ ).

Työntekijöistä enemmistö (67 %) vastasi oman osaamisensa olevan hyvä ravitsemuksen suhteen. Ravitsemukseen liittyvästä lisäkoulutukselle oli tarvetta noin 5 %:lla vastaajista. Ravitsemukseen liittyvien asioiden osaaminen ja lisäkoulutuksen tarve arvioitiin hyvin samalla tavalla kaikissa palvelumuodoissa. (Kuvio 26)

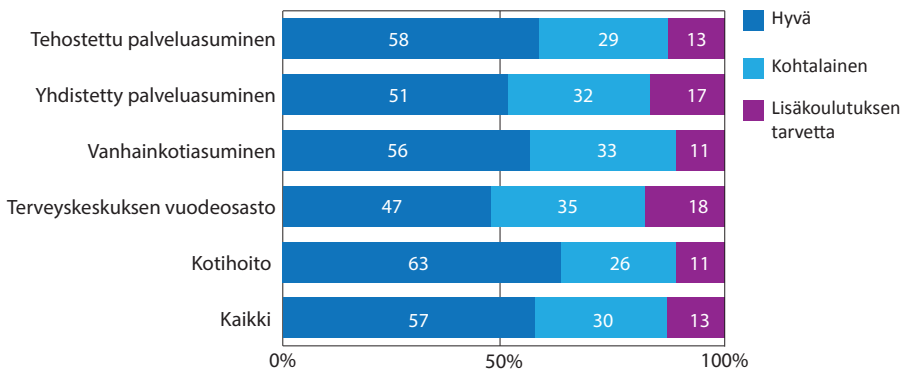
Työntekijöistä enemmistö (63 %) vastasi oman osaamisensa olevan hyvä kaatumisten ehkäisyyn suhteen. Kaatumisten ehkäisyyn liittyvästä lisäkoulutukselle oli tarvetta noin 5 %:lla vastaajista. Kaatumisten ehkäisyyn liittyvien asioiden osaaminen ja lisäkoulutuksen tarve arvioitiin hyvin samalla tavalla kaikissa palvelumuodoissa. (Liitekuvio r)



**Kuvio 27.** Kokemus omasta osaamisesta kun on kyse asiakkaan toimintakyvyn moniulotteisesta arvioinnista (%) palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,578$ ).

Työntekijöistä alle puolet (39 %) vastasi oman osaamisensa olevan hyvällä tasolla asiakkaan toimintakyvyn moniulotteisen arvioinnin suhteen. Asiakkaan toimintakyvyn moniulotteiseen arviointiin liittyvästä lisäkoulutukseen oli tarvetta noin 17 %:lla vastaajista. Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin osaaminen ja lisäkoulutuksen tarve aihepiiristä arvioitiin samansuuntaisesti kaikissa palvelumuodoissa. (Kuvio 27)

Työntekijöistä yli puolet (57 %) vastasi oman osaamisensa olevan hyvällä tasolla lääkehoidon osaamisen suhteen. Kuitenkin lääkehoidon lisäkoulutukselle oli tarvetta noin 13 %:lla vastaajista. Lisäkoulutuksen tarvetta lääkehoidossa raportoivat eniten yhdistetyn palveluasumisen (17 %) ja terveyskeskuksen vuodeosaston työntekijät (18 %). (Kuvio 28)



**Kuvio 28.** Kokemus omasta osaamisesta kun on kyse lääkehoidosta palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin neliötestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,013$ ).

## Yhteenveto:

Vanhuspalveluiden henkilön arviot osaamisesta olivat hyvällä tasolla, sillä yli puolet (57-69 %) arvioi osaamisensa hyväksi monien vanhuspalveluiden osaamiseen kiinteästi liittyvien asioiden suhteen (kivun hoito, muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukeminen, kuntoutumista edistävä toimintatapa, ravitsemus, kaatumisten ehkäisy ja lääkehoito). Vain asiakkaan toimintakyvyn moniulotteisessa arvioinnissa osaamisensa hyväksi arvioineita oli vähemmän (37 %).

Kaikkien vanhuspalveluiden osaamiseen liittyvien asioiden suhteen tunnistettiin tarvetta lisäkoulutukselle. Eniten lisäkoulutustarvetta raportoitiin toimintakyvyn moniulotteisen arvioinnin suhteen (17 %) ja lääkehoitoon liittyen (13 %). Eri vanhuspalvelumuodoissa vastattiin omaan osaamiseen liittyvistä kysymyksiin samantapaisesti, mutta terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevät tunnistivat muita useammin tarpeen muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemiseen liittyvälle lisäkoulutukselle.



## 6. Mikä selittää henkilöstön lisääntyntä kuormitusta?

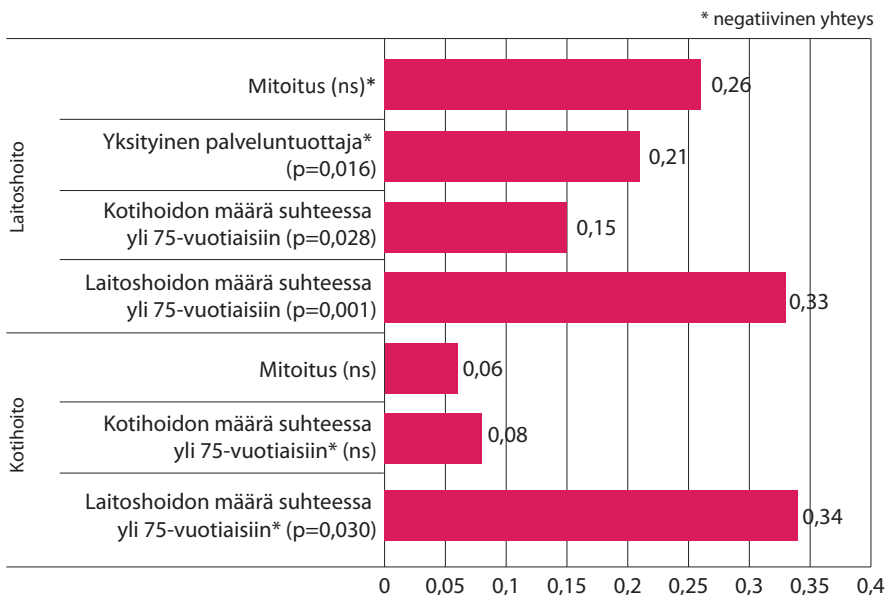
Kirjoittajat: Kim Josefsson, Timo Sinervo

Henkilöstön kuormitusta tarkasteltiin vaiheittain selitysmalleilla, joissa otettiin huomioon tutkimusaineiston klusteroituminen (monitasomallit). Klusteroituminen tarkoittaa tässä sitä, että samassa työyksikössä vastaukset ovat samantyyppisiä keskenään, mikä vaikuttaa tuloksiin, ellei sitä oteta huomioon.

Selitysmalleissa tarkasteltiin ensin rakenteellisia tekijöitä, eli kunta- tai alue-tason tekijöitä sekä työyksikön omistuspohjaa (yksityinen vs. julkinen) ja henkilöstömitoitusta. Kuntatasolla tarkasteltuja tekijöitä olivat kotihoiton määrä suhteessa yli 75-vuotiaisiin asukkaisiin sekä laitoshoidon määrää suhteessa yli 75-vuotiaisiin. Näillä malleilla pyrittiin selvittämään, miten laitoshoidoaltainen tai kotihoitoaltainen palvelurakenne on yhteydessä henkilöstön hyvinvointiin.

Tämän jälkeen tarkasteltiin työyksikön asiakkaiden kuntoisuuden yhteyttä kuormitukseen. Asiakkaiden kuntoisuutta kuvaavilla muuttujilla ei kuitenkaan ollut selkeitä yhteyksiä kuormitukseen, minkä vuoksi niitä ei tässä raportoida.

Kolmanneksi tarkasteltiin työhön, työyhteisöön ja johtamiseen liittyvien tekijöiden yhteyksiä kuormitukseen.

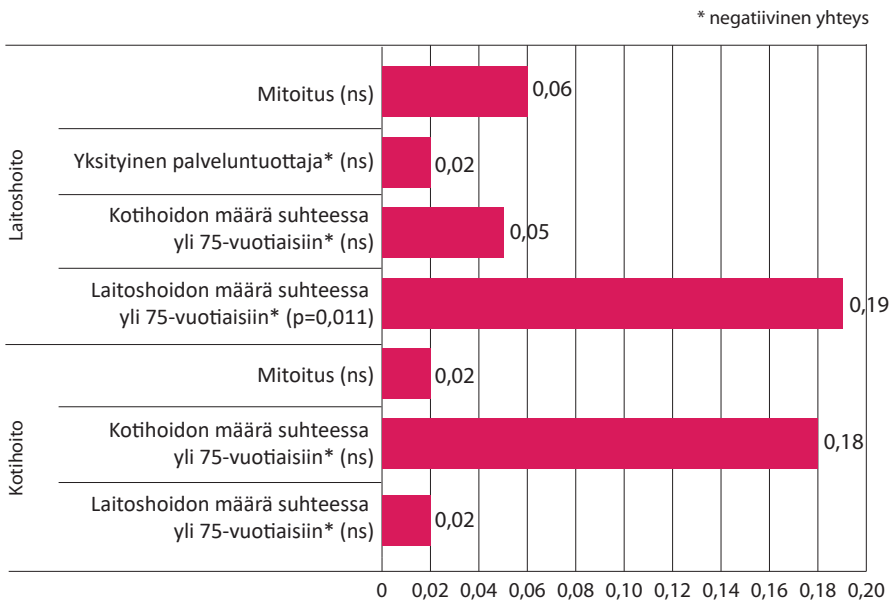


**Kuvio 29.** Kiirettä selittävät rakenteelliset tekijät. Selitysosuus oli laitoshoidossa 6,8 % ja kotihoitossa 7,6 %.

Laitoshoidossa (sisältäen palveluasumisen) selittäviä tekijöitä olivat organisaation omistusperuste, kotihoidon määrä kunnassa sekä laitoshoidon määrä kunnassa. Kotihoidossa vain laitoshoidon määrä kunnassa selitti kiirettä (kuvio 29).

Tulokset tarkoittavat sitä, että laitoshoidossa yksityisten palveluntuottajien henkilöstö koki kiirettä vähemmän. Henkilöstömitoituksella ei ollut laitos- eikä kotihoidossa tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kiireeseen. Tulos vaikuttaa oudolta. Kuvio kuitenkin osoittaa sen, että yhteys on suhteellisen voimakas laitoshoidossa. Todennäköisesti henkilöstömitoituksessa on tässä tutkimusaineistossa niin vähän vaihtelua yksiköiden välillä, ettei tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ole.

Laitoshoidon määrä on negatiivisesti yhteydessä kiireeseen niin kotihoidossa kuin laitoshoidossakin. Toisin sanoen, mitä enemmän kunnassa on laitoshoidoa, sitä vähemmän työntekijät kokevat kiirettä. Selitys on luultavasti se, että kun laitoshoidoa on paljon, kotihoidossa, samoin kuin laitoshoidossakin asiakkaat ovat parempikuntoisia, minkä vuoksi työtä ei koeta niin kiireiseksi. Laitoshoidossa voidaan pitää hieman yllättävänä sitä, että mitä enemmän kunnassa oli kotihoitoa, sitä enemmän laitoshoidossa koettiin kiirettä. Tämäkin tarkoittanee sitä, että kun kotihoitoa on paljon, asiakkaat tulevat laitushoittoon huonommassa kunnossa. Kun henkilöstömitoituksen suosituksissa ei ole otettu asiakkaiden kuntosuutua huomioon, voi olla, että myöskään todellisessa henkilöstömitoituksessa ei pystytä ottamaan huomioon asiakkaiden suurempaa palvelun tarvetta.

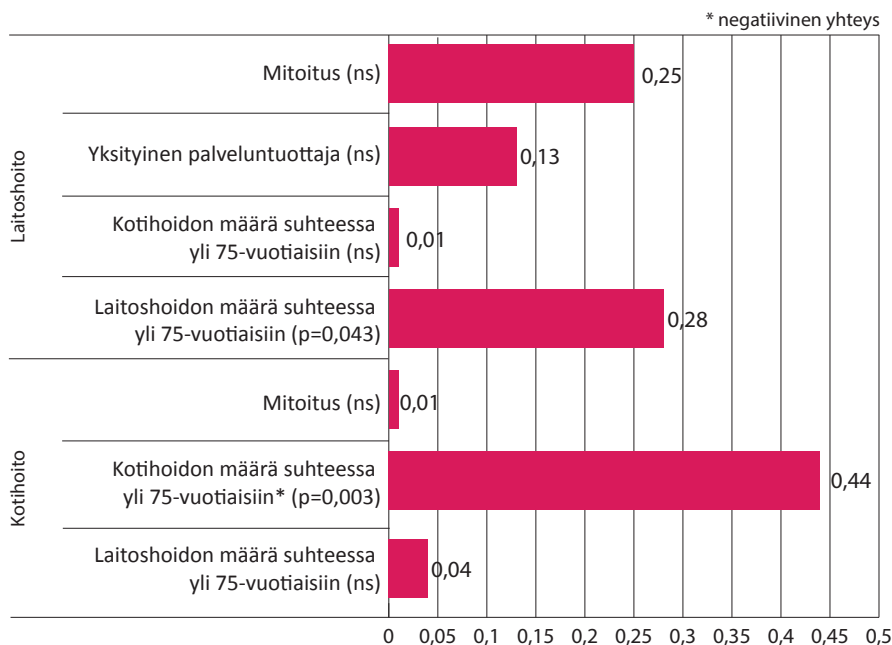


**Kuvio 30.** Stressin kokemista selittävät rakenteelliset tekijät. Selitysosuus laitoshoidossa 2,1 %, kotihoidossa 3,9 %.

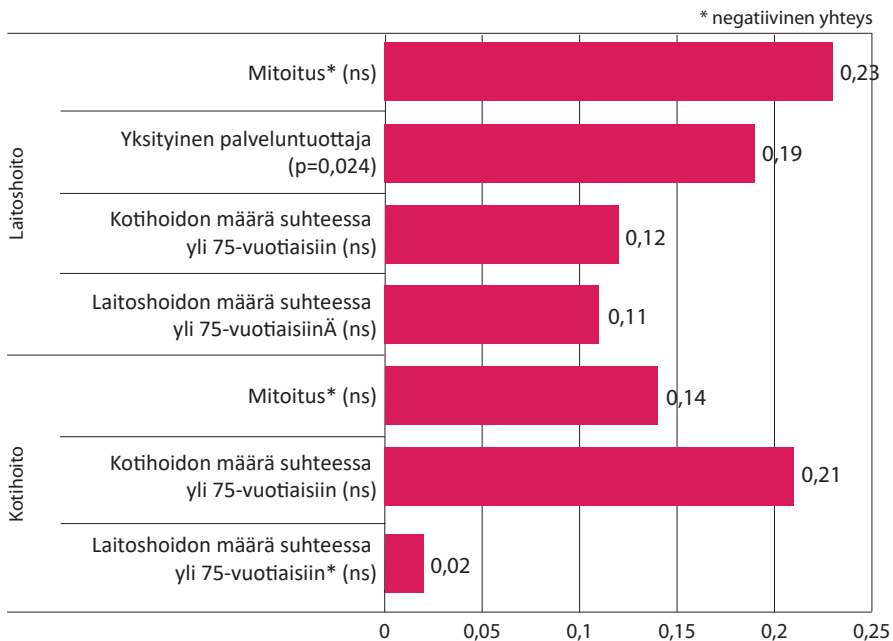
Stressin kokemista voitiin selittää rakenteellisilla tekijöillä heikommin kuin kiirettä, selitysosuus oli vain 2-4 %. Laitoshoidon osalta tulos oli hyvin samansuuntainen kuin kiireen osalta, eli mitä enemmän kunnassa oli laitoshoidoa, sitä vähemmän oli kiirettä. Kotihoidossa puolestaan niissä kunnissa, joissa oli enemmän kotihoitoa, stressiä oli vähemmän (kuvio 30).

Eläkkeelle selviämisen osalta tulokset ovat lähes identtiset verrattuna stressin kokemiseen. Laitoshoidossa laitoshoidon määrä oli yhteydessä työntekijöiden arvioon siitä, selviytyvätkö he eläkkeelle ja kotihoidossa kotihoidon määrä. Laitoshoidossa henkilöstömitoituksella on varsin voimakas yhteys, vaikka yhteys ei olekaan tilastollisesti merkitsevä (liitekuvio s).

Organisaatioon sitoutumista selittivät samat tekijät, kuin stressin kokemistakin: mitä enemmän laitoshoidoa, sitä paremmin laitoshoidossa sitouduttiin työhön. Ja kotihoidossa vastaavasti sitouduttiin paremmin työhön, kun kotihoitoa oli enemmän. Henkilöstömitoituksella ei ollut yhteyttä (liitekuvio t). Työpaikanvaihtohalukkuuden suhteen tulokset ovat hieman poikkeavat kotihoidon osalta. Mitä enemmän kunnassa on kotihoitoa, sitä vähemmän on työpaikanvaihtohalukkuutta kotihoidossa. Tulos on siis samansuuntainen kuin kiireen ja stressinkin suhteen (kuvio 31).



**Kuvio 31.** Työpaikanvaihtohalukkuutta selittävät rakenteelliset tekijät. Selitysosuus laitoshoidossa oli 4,0 % ja kotihoidossa 5,1 %.



**Kuvio 32.** Henkilöstön arvioimaa laatua selittävät rakenteelliset tekijät. Selitysosuus laitoshoidossa 3,2 % ja kotihoidossa 1,7 %.

Kun selitettiin hoidon laatua henkilöstön arvioimana, vain organisaation omistuspohjalla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siten, että yksityisten palveluntuottajien henkilöstö koki laadun paremmaksi. Yhteydet näyttävät olevan hyvin samansuuntaisia kuin kiireeseen ja stressiinkin liittyen, eli laitoshoidon suuri määrä on yhteydessä parempaan laatuun laitoshoidossa. Kotihoidossa kuitenkin kotihoidon suurempi määrä oli yhteydessä parempaan laatuun. Selitysosuudet ovat kuitenkin hyvin matalat, eivätkä yhteydet ole tilastollisesti merkitseviä (kuvio 32).

Laitoshoidossa henkilöstön stressiin olivat yhteydessä varsin monet tekijät: työn organisointi (itsenäisyys), tiimityön toimivuus (vuorovaikutuksen turvallisuus ja ideointi), johtaminen (esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus sekä useat kuormitustekijät (keskeytykset työssä, kiire, yksintyöskentely, rooliristiriidat sekä asiakkaisiin liittyvä kuormitus). Näistä voimakkaimmat yhteydet oli kiireellä, johtamisella ja keskeytyksillä (liitekuviot).

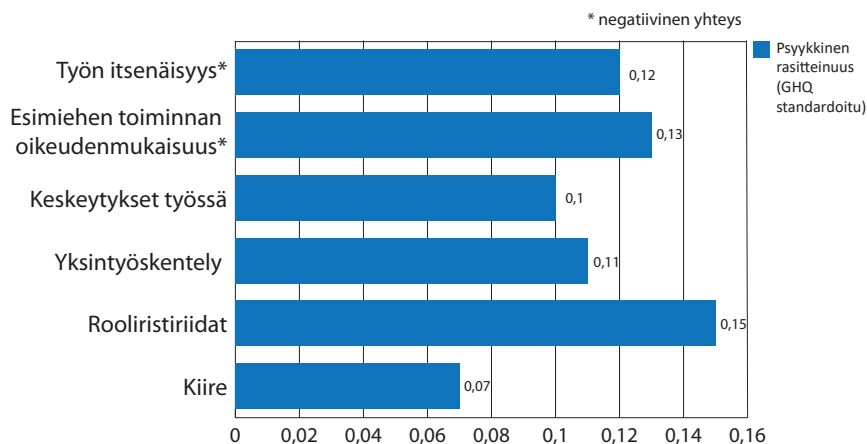
Kotihoidossa stressiä selittäviä tekijöitä olivat vain kiire, johtaminen (päättöksen oikeudenmukaisuus) ja tiimityö (vuorovaikutuksen turvallisuus). Voidaan pitää hieman yllättävänä, kuinka merkittäviä kotihoidossa työyhteisöön ja johtamiseen liittyvät tekijät olivat. Kotihoidossa suuri osa työstä teh-

dään itsenäisesti, mutta silti nämä tulokset korostavat johtamista ja tiimityötä (liitekuviu u).

Kun tarkasteltiin psyykkistä rasittuneisuutta, laitoshoidossa toistuivat osin samat tekijät: työn itsenäisyys, johtaminen ja rooliristiriidat voimakkaimmin, mutta myös keskeytykset työssä, yksintyöskentely sekä kiire (kuvio 33). Erityisesti ilta- ja yövuoroissa työntekijät ovat yksin vastuussa varsin suuresta joukosta asiakkaita, minkä voi olettaa oleva selitys sille, että yksin työskentelyllä oli näinkin suuri merkitys. Toisaalta korostui työn itsenäisyys. Yksi vahvimista työpsykologian teorioista korostaa itsenäisyyden merkitystä. Kun työntekijä pääsee suunnittelemaan omaa työtään, eivät työn vaatimukset (yleensä kiire) kuormita liiaksi. Samoin oikeudenmukainen johtaminen tukee työntekijöitä kuormittavassa työssä. Rooliristiriidoilla viitataan siihen tilanteeseen, jossa työntekijöiltä joko odotetaan liikaa, eikä kaikkea pysty tekemään kaikkea niin kuin haluaisi tai odotetaan tai että odotukset ovat ristiriitaisia tai epäselviä.

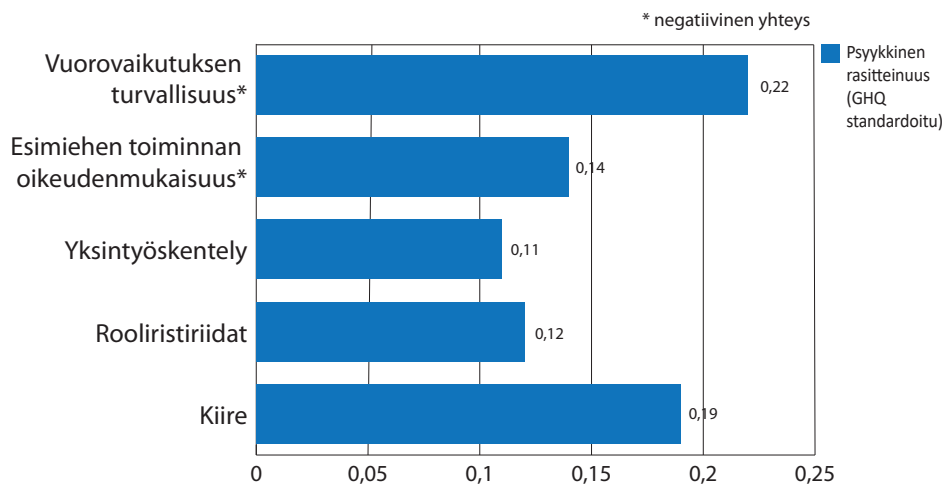
Kotihoidossa tiimityö johtaminen ja kiire olivat samoja tekijöitä kuin stressiä selittävät tekijät. Psyykkiseen kuormittumiseen liittyivät myös rooliristiriidat sekä yksintyöskentely (kuvio 34). Aiemmassa luvussa todettiin, että varsin monet kotihoidon työntekijöistä ilmoittivat, että joutuvat rikkomaan sääntöjä tai ohjeita voidakseen tehdä työnsä tai että työtä ei pysty tekemään riittävän hyvin. Toiseksi, työntekijät työskentelevät yksin ja joutuvat tilanteisiin, joissa vaikea ongelma pitää ratkaista itsenäisesti.

Laitoshoidossa työpaikanvaihtohalukkuutta selittivät eniten esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus, rooliristiriidat sekä mahdollisuus kykyjen käyttöön (kuvio 35).

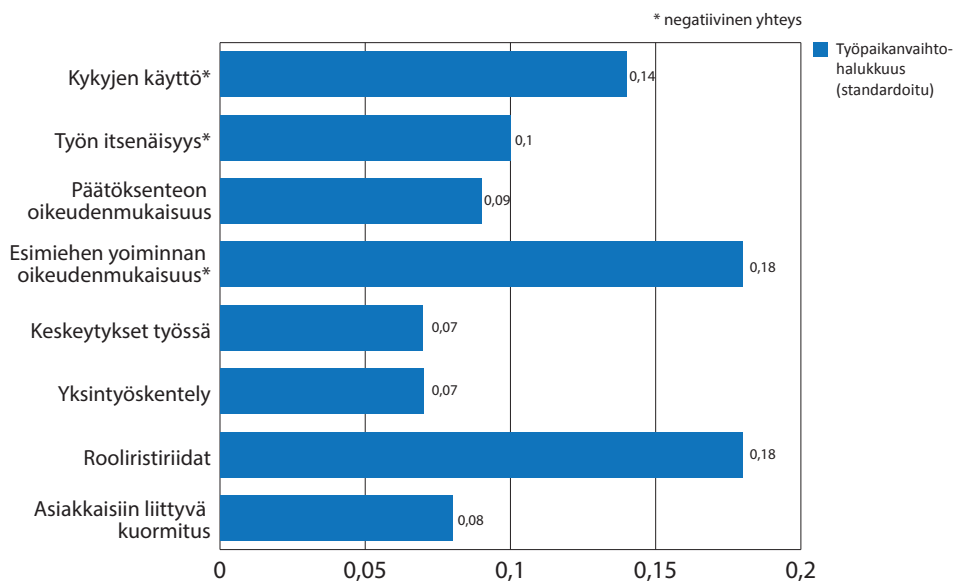


**Kuvio 33.** Psyykkistä hyvinvointia selittävät tekijät laitoshoidossa. Selitysosuus laitoshoidossa 20,8 %. Kaikki yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä.

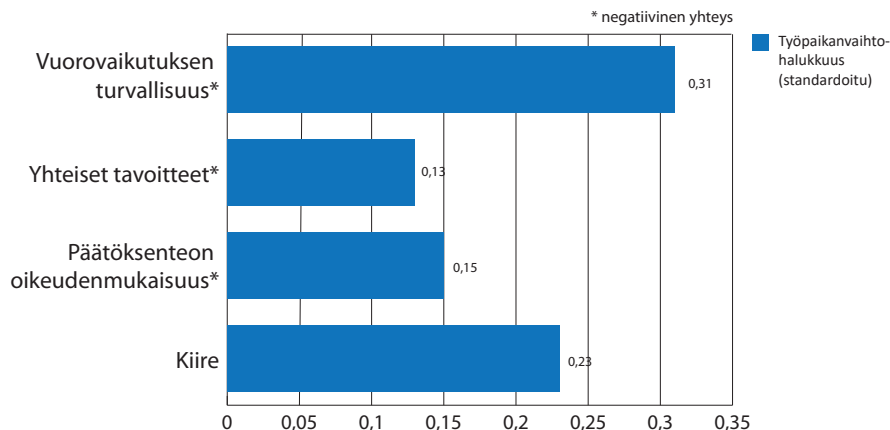
Kotihoidossa työpaikanvaihtohalukkuuteen olivat yhteydessä tiimityö sekä johtamisen oikeudenmukaisuus ja kiire, kuten aiemminkin. Nyt lisäksi tiimin yhteiset tavoitteet nousivat selittäväksi tekijäksi (kuvio 36).



**Kuvio 34.** Psyykkistä hyvinvointia selittävät tekijät kotihoidossa. Selitysosuus kotihoidossa 24,4 %. Kaikki yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä.

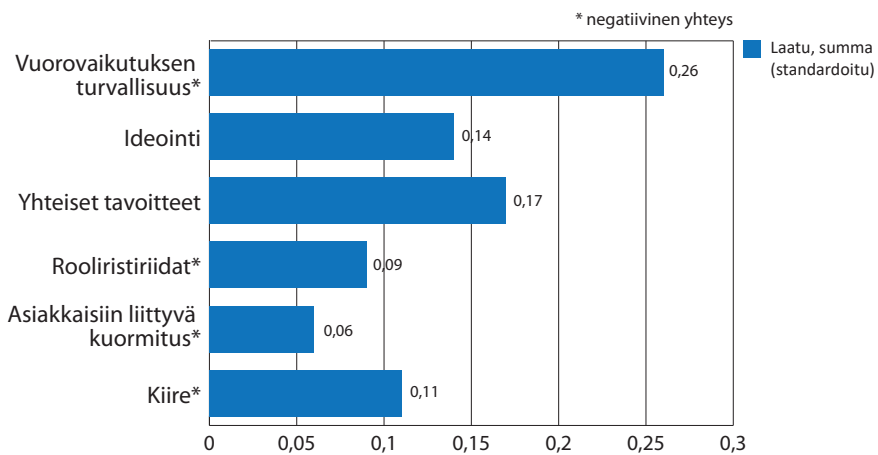


**Kuvio 35.** Työpaikanvaihtohalukkuutta selittävät tekijät laitoshoidossa. Selitysosuus laitoshoidossa 34,1 %. Kaikki yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä.

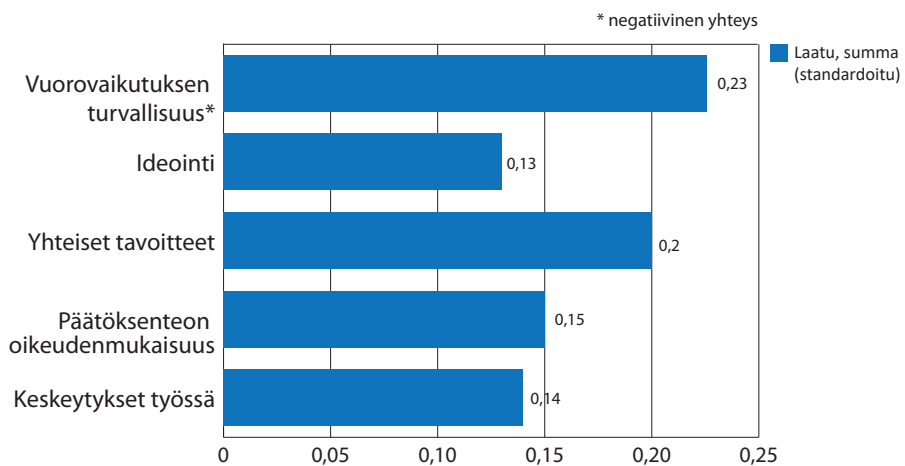


**Kuvio 36.** Työpaikanvaihtohalukkuutta selittävät tekijät kotihoidossa. Selitysoosuus kotihoidossa 32,4 %. Kaikki yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä.

Hoidon laatua (työntekijöiden arvioimana) selittivät laitoshoidossa selvästi voimakkaimmin tiimityöhön liittyvät tekijät: vuorovaikutuksen turvallisuus, uusien asioiden ideointi sekä tiimin yhteiset tavoitteet (kuvio 37). Myös kuorimitustekijöillä oli yhteys laatuarvoihin, mutta tiimityöllä näyttäisi olevan selkeästi suurempi merkitys. Myös kotihoidossa tiimityön edellä mainitut elementit olivat keskeisiä laadun suhteen. Näiden lisäksi päätöksenteon oikeudenmukaisuudella ja keskeytyksillä oli selkeä yhteys laatuun (kuvio 38).



**Kuvio 37.** Henkilöstön hoidon laatuarvioita selittävät tekijät laitoshoidossa. Selitysosuus laitoshoidossa 37,6 %. Kaikki yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä.



**Kuvio 38.** Henkilöstön hoidon laatuarvioita selittävät tekijät kotihoidossa. Selitysosuus kotihoidossa 34,5 %. Kaikki yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä.



## 7. Pohdintaa ja suositukset

Kirjoittajat: Timo Sinervo, Tuulikki Vehko, Kim Josefsson, Salla Lehtoaro

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli tutkia vanhuspalveluiden rakennemuutoksen vaikutuksia henkilöstön hyvinvointiin sekä hoidon laatuun. Aiemmistä tutkimuksista tiedetään, että työyksikön rakenteellisilla tekijöillä, kuten yksikön koolla, henkilöstömitoituksella, asiakkaiden kuntoisuudella sekä erikoistumisella on selkeä yhteys niin hoidon laatuun kuin henkilöstön hyvinvointiin (Pekkarinen ym. 2007, Heponiemi ym. 2007). Tulokset on kuitenkin saatu pitkälti laitoshoidon yksiköistä. Sen sijaan kotihoidossa esimerkiksi henkilöstömitoituksella on erilainen merkitys kuin laitoshoidossa ja mitoitukseen vaikuttavat muun muassa matka-ajat. Sitä, miten palvelujärjestelmä vaikuttaa henkilöstön hyvinvointiin tai laatuun kuntatasolla, ei ole juurikaan tietoa. Siten on hyvin vaikea osoittaa, miten laitoshoidosta kotihoitoon siirtyminen vaikuttaa henkilöstön hyvinvointiin tai hoidon laatuun. Tällä tutkimuksella pyrittiin vastamaan näihin kysymyksiin.

Hanke toteutettiin niin, että vuoden 2014 vanhuspalvelulain vaikutuksia arvioivaan tutkimukseen (myöhemmin vanhuspalveluiden tila –tutkimus) yhdistettiin henkilöstökysely, joka raportoitiin tässä julkaisussa. Kyselyyn yhdistettiin vanhuspalvelulain seurannan tietoja sekä tietoja kunnan tuottamista palveluista (henkilöstömitoitus laitoshoidossa ja palveluasumisessa sekä kotihoidon henkilöstö ja asiakkaat) ja palvelurakenteesta (laitospalveluiden ja kotihoidon osuudet).

Jos tarkastellaan ikäihmisten palveluita pidemmällä aikavälillä huomataan, että ne ovat olleet toistuvasti muutoksen kohteena. 1990-luvulta alkaen on pyritty purkamaan laitospalveluhoitojärjestelmää. Vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen palveluita pyrittiin muodostamaan kodinomaisemmiksi, perinteisiä suuria laitospalveluosastoja jaettiin moduuleihin ja pienempiin yksiköihin sekä erikoistuneisiin dementiayksiköihin (Sinervo 2000). Samaan aikaan palveluasuminen lisääntyi voimakkaasti alkuun Raha-automaattiyhdistyksen tuella. Vuodeosastoille siirtyi asiakkaita sairaaloista ja pitkäaikaishoito väheni ensin tätä kautta ja myöhemmin vuodeosastoista tuli pitkälti kuntoutus- ja arviointiyksiköitä. Suuri osa vanhainkodeista muuttui palveluasumiseksi.

Henkilöstön hyvinvointi on ollut pitkään vanhuspalveluiden ongelma. 1990-luvulta 2010-luvulle saakka laitoshoidon on ollut henkilöstön hyvinvoinnin kannalta ongelmallinen palvelumuoto (Laine ym. 2011). 2000-luvun alussa laitoshoidon ongelmat nousivat tiedotusvälineissä voimakkaasti esiin ja sosiaali- ja terveysministeriö pyrki mm. laatusuosituksilla ohjaamaan toimintatapo-

ja sekä henkilöstömäärää. Pienempiin ja erikoistuneisiin yksiköihin siirtyminen (Pekkarinen et al. 2006) ja todennäköisesti henkilöstömäärän kasvu helpottivat jossakin määrin laitoshoidon ongelmia, eikä henkilöstön kuormitus enää kasvanut (Laine ym. 2011). Huolimatta siitä, että vanhainkotihoito ja terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoito on vähentynyt selkeästi, eivät henkilöstön kuormituksen ongelmat ole samassa mittakaavassa siirtyneet palveluasumiseen, jonka asiakasrakenne todennäköisesti vastaa aiempien vuosien laitoshoidon.

Pyrkimys tarjota palveluita kotiin on ollut pitkään johtoajatuksena kansallisessa strategiassa ja 2000-luvulla muutos on kiihtynyt. Kotona hoitamisen taustalla on toisaalta ajatus paremmasta elämänlaadusta ja itsemääräämisestä kotona, sekä oletus siitä, että ihmiset säilyttävät toimintakykynsä pidempään kotona. Samalla kun kotihoidon määrä on lisääntynyt ja entistä huonokuntoisempia asiakkaita hoidetaan kotona, on myös kritiikin määrä lisääntynyt. On keskusteltu siitä, miten kotihoidon henkilöstö jaksaa työssään, onko hyvin huonokuntoisten asiakkaiden hoitaminen kotona enää inhimillistä ja on puhuttu jopa asiakkaiden heitteillejätöstä.

Kotihoidon ongelmista on myös lisääntyvä määrä tutkimustietoa. Krögerin (2018) tutkimus osoitti, että erityisesti kotihoidon henkilöstön hyvinvointi oli kymmenen vuoden aikana heikentynyt selvästi. Suomessa myös henkilöstömäärät olivat muita Pohjoismaita matalammat. Samoin Työterveyslaitoksen tiedot osoittavat, että kotihoidon sairauspoissaolot ovat lisääntyneet selvästi.

THL:n vanhuspalveluiden tila –tutkimus osoitti vuoden 2016 osalta (tämän tutkimuksen tiedot kerättiin vuosien 2015 ja 2016 vaihteessa), että kotihoidon asiakasmäärä oli noussut voimakkaasti, mutta henkilöstömäärä ei ollut lisääntynyt vastaavasti. Viimeisimmät tiedot vuodelta 2018 osoittavat kuitenkin, että henkilöstön määrä kotihoidossa on kahden vuoden aikana lisääntynyt selvästi.

## Tulokset tiiviisti

Perinteisesti kotihoidossa henkilöstöllä on hyvät vaikutusmahdollisuudet työhön ja he pääsevät käyttämään kykyjään, mikä on yleensä nähty mielekkyyden lähteenä ja vähentävän stressiä. Tässä aineistossa kotihoidon ja muiden palvelumuotojen välillä on eroja, mutta kaikissa palvelumuodoissa työn itsenäisyys on kohtuullisella tasolla ja kykyjen käyttömahdollisuudet hyvällä tasolla. Kotihoidossa työtä tehdään pitkälti yksin, kun taas laitoshoidossa ja palveluasumisessa muun työyhteisön toiminta määrittää yksittäisen työntekijän työtä ja esimiehet ovat lähempänä. Siksi on oikeastaan yllättävää, että eroja ei ole tämän enempää. Yksi mahdollinen selitys on se, että työ on hyvin tiukasti aikataulutettu ja julki-

suudessa kerrotun perusteella asiakkaan luona ehditään tehdä vain välttämättömimmät tehtävät, jos niitäkään. Usein käy lisäksi niin, että asiakkaan luona on jotakin yllättävää tehtävää, jolloin seuraava käynti on jo valmiiksi myöhässä.

Tässäkin tutkimuksessa erityisesti kotihoidon henkilöstö kuvaa työtään erittäin kiireiseksi, mitä korostaa vielä se, että työssä koetaan olevan varsin usein keskeytyksiä. Vaikka tässä korostuvatkin kotihoidon ongelmat, ei tilanne muissakaan palvelumuodoissa ole erityisen hyvä. Kaikissa palvelumuodoissa yli 30 % kokee melko tai erittäin usein, että työtä ei ehdi tehdä kunnolla (kotihoitossa 51 %).

Kaikissa palvelumuodoissa on sekä uusia että vanhoja, perinteisiä työn kuormitustekijöitä. Esimerkiksi fyysisesti huonokuntoisten asiakkaiden nostoista ja WC:ssä auttamisesta syntyvä ergonominen kuormitus on edelleen laitoshoidossa ja palveluasumisessa korkealla tasolla ja kotihoitossakin vain hieman matalammalla tasolla. Vaikka potilassiirtojen apuvälineitä ja ergonomista koulutusta on olemassa, ongelmat ovat säilyneet. Uutena, osin kiireeseen ja asiakaspalveluun vaikuttava tekijä on tietoteknisten laitteiden tai ohjelmien tuottama kuormitus. Vaikka kirjaaminen on mahdollista toteuttaa jo asiakkaan luona ja näin voidaan vähentää kirjaamista toimistolla, koetaan tämän vähentävän asiakkaan saamaa aikaa. Toiseksi kaikki tietotekniset laitteet, esimerkiksi älypuhelimet, eivät ole sellaisia, että työntekijät kokevat niillä kirjaamisen käteväksi. Puhelimet ovat usein liian pieniä kirjaamistyöhön.

Rooliristiriidat ovat ilmiö, jota on harvoin huomioitu erityisen hyvin. Perinteisesti rooliristiriidat ovat olleet suhteellisen matalalla tasolla, mutta silloin kun niitä koetaan, ne kuormittavat työntekijöitä varsin voimakkaasti. Rooliristiriidoissa kyse on toisaalta laadullisesta ilmiöstä, jolloin työn tavoitteet, vastuut ja velvollisuudet ovat ristiriitaisia tai eri tahoilta tulee ristiriitaisia ohjeita tai vaatimuksia. Voi olla esimerkiksi niin, että työyhteisössä on erilaisia kulttuurireja, joissa painotetaan erilaisia työtapoja tai esimiehen määräykset ja käytännön mahdollisuudet ovat ristiriitaisia. Toisaalta rooliristiriidat ovat määrällisiä, eli työntekijöiltä vaaditaan mahdottomia, jolloin työntekijät kokevat, ehtiäkseen tehdä kaiken, heidän on rikottava sääntöjä ja tehtävä asiat eri tavalla kuin määrätty. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään termiä *cutting corners*, eli oiotaan mutkia, mikä kuvaa ilmiötä hyvin. Kotihoitossa rooliristiriitoja näyttäisi olevan melko selkeästi enemmän kuin muissa palvelumuodoissa. Kotihoitossa lähes 40 % vastasi, että heidän oli rikottava sääntöjä saadakseen tehtävät suoritettua ja 50 %, että he saavat tehtäviä ilman että niiden suorittamiseen on resursseja (ks. Vehko ym. 2017).

Johtamisen oikeudenmukaisuuden koettiin olevan suhteellisen hyvällä tasolla, mutta tässäkin kotihoidossa oikeudenmukaisuus sai matalimman arvon. Samoin tiimityön toimivuutta arvioitiin suhteellisen myönteisesti kaikissa palvelumuodoissa, joskin kotihoidossa kielteisimmin. Sen sijaan uusien asioiden ja toimintatapojen ideointi on kaikissa palvelumuodoissa suhteellisen vähäistä, ideoiden käytäntöön vieni vielä vähäisempää.

Vanhuspalveluissa koettiin tapahtuneen suuria muutoksia ja erityisesti kotihoidossa niitä koettiin tapahtuneen paljon ja niiden koettiin olleen asiakkaan kannalta negatiivisia. Muutosten toteutuksen osalta koettiin, että muutokset tulevat yllättäen, ilman mahdollisuutta vaikuttaa niihin. Kyselyssä ei pystytty tarkentamaan, mistä muutoksista oli kysymys, mutta on oletettavaa, että kotihoidon lisääntyminen ja entistä huonokuntoisempien asiakkaiden hoitaminen on yksi muutos. Terveyskeskusten vuodeosastoilla muutokset todennäköisesti liittyvät pitkäaikaishoidon vähenemiseen ja hoidon painopisteen siirtymiseen kuntoutukseen ja arviointiin. Toimintatapojen kehittämisen näkökulmasta on huolestuttavaa, että muutoksia vain tulee jostakin, eikä työntekijöillä ole mahdollisuutta vaikuttaa niihin. Aiemmissa tutkimuksissa (Sinervo ym. 2015) on havaittu, että muutosten onnistumisen yksi keskeinen tekijä on se, että henkilöstö pääsee vaikuttamaan muutoksiin. Vaikka muutokset tulisivatkin johdon suunnasta, on muutokset pystyttävä soveltamaan käytännössä ja tarvittaessa muokkaamaan niitä paikallisten olosuhteiden mukaan.

Erot eri palvelumuotojen välillä ovat melko pieniä. Huolestuttavaa kuitenkin on, että kotihoito näyttäytyy hyvin monen tekijän suhteen kielteisessä valossa. Kun negatiiviset työn, johtamisen ja työyhteisön piirteet kasautuvat, ovat vaikutukset entistä kielteisempiä. Tässä tutkimuksessa näkyy jossakin määrin se, että kotihoidossa rasitusoireita (psykkinen kuormittuneisuus, unihäiriöt) ovat muita palvelumuotoja korkeammalla tasolla. Samoin työpaikanvaihtohalukkuus on kotihoidossa varsin korkea ja arvio selviytymisestä eläkkeelle saakka on matala.

Kielteisillä työn, johtamisen ja työyhteisön piirteillä on myös selkeä yhteys hoidon laatuun, jota tässä tutkimuksessa pystyttiin tutkimaan vain henkilöstön kokemusten kautta. Myös hoidon laatua kuvattiin kotihoidossa kielteisemmin.

### **Mikä selittää kuormitusta ja laatua?**

Tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, miten kunnan palvelurakenne ja muut rakenteelliset tekijät (yksityinen vs. julkinen palveluntuottaja, henkilöstömitoitus) ovat yhteydessä henkilöstön kuormitukseen. Useita kuormitustekijöitä selitti kunnan laitosvaltaisuus siten, että mitä enemmän kunnassa oli laitospalveluita

(vanhainkodit, terveyskeskusten vuodeosastot ja tehostettu palveluasuminen), sitä vähemmän kotihoidossa ja laitoshoidossa koettiin työn kuormitusta. Ja vastaavasti, mitä enemmän kunnassa oli kotihoitoa, sitä kuormittuneempia työntekijät olivat. Henkilöstömitoituksella ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä, vaikka yhteys olikin suhteellisen voimakas. Tämä selittyy todennäköisesti sillä, että henkilöstömitoituksessa on varsin vähän vaihtelua yksiköiden välillä. Toiseksi tässä ei pystytty ottamaan huomioon työyksiköiden asiakasrakennetta. Yksityisissä työyksiköissä kuormitus oli matalammalla tasolla. Näillä rakenteellisilla tekijöillä oli kuitenkin melko pieni selitysosuus (alle 10 %), mikä tarkoittaa että muut tekijät selittävät kuormitusta voimakkaammin.

Tulokset tarkoittavat luultavasti sitä, että kun laitoshoidoa on vähän ja kotihoitoa paljon, kotihoidossa hoidetaan varsin huonokuntoisia asiakkaita ja samoin laitoshoidon asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia. Vuoteen 2016 mennessä (jolloin kysely tehtiin) kotihoidon asiakkaiden määrä olikin lisääntynyt voimakkaasti, mutta henkilöstön määrä ei. Tämän jälkeen henkilöstöä on lisätty kotihoitoon, mikä on saattanut parantaa tilannetta.

Hoidon laadun osalta tulokset ovat hyvin samansuuntaiset, mutta tulokset eivät olleet juurikaan tilastollisesti merkittäviä. Henkilöstömitoituksella oli voimakas yhteys hoidon laatuun niin laitos- kuin kotihoidossa, mutta yhteys ei ollut tilastollisesti merkittävä. Tämä lienee seurausta siitä, että henkilöstömitoituksessa ei ollut riittävästi vaihtelua. Ongelma on myös se, että toimipaikat ovat itse ilmoittaneet henkilöstömitoituksen, eikä ole tiedossa, miten mitoitukset ovat käytännössä toteutuneet. Yksityisellä palveluntuottajalla henkilöstö koti hoidon laadun olevan parempaa kuin julkisella.

Näyttää siis siltä, että henkilöstö kokonaisuudessa voi huonommin niissä kunnissa, joissa on kotihoitovaltainen palvelurakenne ja myös henkilöstön kokema laatu on heikompi. Kotihoidossa raportoidaan tapahtuneen myös enemmän muutoksia kuin muissa palvelumuodoissa ja muutokset koetaan kielteisinä, eikä henkilöstöllä ole niihin vaikutusmahdollisuuksia. Tämän tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voida sanoa mitään lopullista siitä, onko kotona hoitamisen politiikka oikea vai väärä. On hyvinkin mahdollista, että kyse on siitä, että henkilöstöä ei ole riittävästi, mitä kyselyn aikaiset vanhuspalveluiden tila – raportit tukevat. Toisin sanoen, asiakasmäärä on lisääntynyt kotihoidossa voimakkaasti, henkilöstöä ei ole ollut riittävästi ja lisäksi on tehty ehkä muita muutoksia, kuten otettu käyttöön toiminnanohjausjärjestelmä, tietoteknisiä laitteita ja ohjelmia tai uudenlaisia toimintamalleja. Samanaikainen ylikuormitus, kiire ja muutokset ilman kunnollisia mahdollisuuksia muutosten ’sisäänajo’ tuottavat yhtälön, joka purkautuu rasitusoireina, sitoutumattomuutena, työpaikanvaihtohalukkuutena ja sairauspoissaoloina.

Kun tarkastellaan muita henkilöstön kuormittumista selittäviä tekijöitä, saadaan osin tukea tälle oletukselle. Keskeisenä ongelmana näyttäytyy kotihoidossa kiire (laitoshoidossa hyvin suuri joukko eri tekijöitä). Kiireen lisäksi keskeisiä tekijöitä ovat johtamisen oikeudenmukaisuus (tapa, jolla päätöksiä tehdään) sekä tiimityön osalta vuorovaikutuksen turvallisuus. Näiden tekijöiden lisäksi muita kuormitustekijöitä ja henkilöstön kokemaa hoidon laatua selittivät rooliristiriidat, muut tiimityön keskeiset osat (mahdollisuus uusien asioiden ideointiin ja tiimin yhteiset tavoitteet) sekä yksintyöskentely ja keskeytykset.

Itseohjautuvaa tiimityötä on kehitetty viime aikoina niin kotihoidossa kuin laajemminkin. Tiimityö voisi olla yksi mahdollisuus henkilöstön hyvinvoinnin kehittämiseen. Nämä tulokset osoittavat, että kehittäminen tapahtuu pitkälti ylhäältäohjautuvasti, eikä tiimeissä ole mahdollisuuksia vaikuttaa muutoksiin, ideointia ei päästä tekemään ja johtamisen oikeudenmukaisuus ei näytä olevan parhaalla mahdollisella tasolla.

### Miten palveluita voisi kehittää?

Ensimmäinen keskeinen tekijä on palveluiden resursointi, joka on perusta laadukkaalle hoidolle ja henkilöstön hyvinvoinnille. Vaikka tässä tutkimuksessa henkilöstömitoituksella ei olekaan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä henkilöstön kuormitukseen tai hoidon laatuun, yhteys näyttäisi olevan melko voimakas. Aiemmista tutkimuksista tiedetään laitoshoidon osalta, että kun kiireestä pystytään erottamaan muiden tekijöiden (työn organisointi, asiakkaiden koettu kuormittavuus, johtaminen) kuin henkilöstömitoituksen vaikutus ja otetaan asiakasrakenne huomioon, henkilöstömitoituksella on erittäin voimakas yhteys psyykkisiin rasitusoireisiin, stressiin tai unihäiriöihin (Elovainio ym. 2015). Tässä tutkimuksessa näyttää siltä, että henkilöstömitoituksessa ei ole riittävästi vaihtelua, jotta sen yhteys kuormitukseen tulisi tilastollisesti merkitseväksi.

Kiireen osalta on kuitenkin hyvä muistaa, että henkilöstön kokemaan kiireeseen vaikuttaa henkilöstömäärän lisäksi työn organisointi ja johtaminen. Esimerkiksi laitoshoidossa kiirettä voitiin vähentää aikoinaan merkittävästi, kun suuria osastoja jaettiin pienemmiksi moduuleiksi tai erikoistuneiksi dementia- tai kuntoutus- ja arvointiosastoiksi. Pienemmät vastuualueet merkitsivät sitä, että liukuhihnaisuuden tunnetta pystytään purkamaan. Samalla mahdollistuu asiakkaiden kannalta se, että voidaan ottaa paremmin huomioon asiakkaiden omat mieltymykset tai tavat. Pienemmät osastot merkitsivät myös sitä, että asiakkaat tunnetaan paremmin, jolloin voidaan ajoittaa esimerkiksi hoitotoimia sellaisiin tilanteisiin, jolloin asiakkaalla on myönteinen mielentila ja jaksoa niiden toteuttamiseen. Erikoistuminen tiettyyn asiakasryhmään helpottaa työ-

tä siinä, että toimintamalli voidaan suunnitella paremmin kyseiselle asiakasryhmälle sopivaksi. Kotihoidossa tämä voisi tarkoittaa pienempiä tiimejä ja sitä, että asiakkaiden luona käy mahdollisuuksien mukaan samat hoitajat.

Kotihoidossa yhtenä kehityskohteenä on ollut asiakkaiden saaman välittömän hoitoajan lisääminen. Tähän on pyritty mm. toiminnanohjausjärjestelmien avulla. Pyrkimyksenä on ollut tasata hoitajien määrää eri kohteissa niin, että hoitajat olisivat siellä, missä kulloinkin on suurin tarve (Groop ym. 2017). Tällä keinolla välittömän hoitotyön osuutta on saatu lisättyä ja samalla henkilöstön kuormitus väheni ja palvelu parani. Toinen tapa lisätä – osin edelliseen liittyen – on ollut sijaispoolien kehittäminen niin, että sijaisten etsimiseen ei kulu aikaa ja sijaisia on mahdollista kohdentaa sinne, missä on suurin tarve. Samalla on entistä voimakkaammin järjestely tehtäviä niin, että aamusta on siirretty kaikki sellaiset tehtävät iltapäivään, jotka on ollut mahdollista siirtää.

Toiminnanohjausjärjestelmät ja henkilöstön sijoittaminen sinne, missä on suurin tarve, tarkoittaa yleensä samalla sitä, että hoitajien tiimien alueet laajenevat ja tiimien toiminta muuttuu olennaisesti. Edelleen, tämä merkitsee sitä, että asiakkaiden luona käy entistä useampi hoitaja, jolloin hoidon jatkuvuus kärsii.

Toiminnanohjausjärjestelmille lähes vastakkainen kehitys on tiimien itseohjautuvuuden kehittäminen. Tässä on pitkälti otettu oppia Hollannin Buurtzorg-mallista, joskaan tämä ei ole täysin Suomen kotihoitoon verrannollinen, vaan pikemminkin kyse on kotisairaanhoidosta. Helsingin Vuosaarella on otettu käyttöön ensin työaika-autonomia ja 9 tunnin vuorot sekä lisätty tiimien itseohjautuvuutta muutenkin. (Kristensen ym. 2016, Hyytiäinen 2018) Niin asiakastyytyväisyys kuin henkilöstön hyvinvointikin on parantunut.

Tiimimalleissa olennaista on se, että tiimi voi itse määrittää työjärjestelynsä. Kun tiimi on kohtalaisen pieni ja asiakasmäärä samoin, voidaan hyödyntää sitä, että henkilöstö tuntee asiakkaat ja työtä voidaan sovittaa asiakkaiden tarpeiden mukaisesti paremmin. Tällöin tiimi voi paremmin ottaa huomioon asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita ja sovittaa hoitotoimia tämän mukaisesti.

Henkilöstöllä voi olla paljon hiljaista tietoa asiakkaista toisinaan huonokuntoisten asiakkaiden tilanteet voivat muuttua jyrkästi siitä tilanteesta, johon hoito- ja palvelusuunnitelma on tehty. Toiminnanohjausjärjestelmiä pitäisi saada vuorovaikutteisemmiksi niin, että yllättävissä tilanteissa henkilöstö voi muokata päivän työlistaa. Tämä vaatii tilaamisosaamista terveydenhuollon organisatiolta. Toiminnanohjausjärjestelmän vuorovaikutteisuuteen kannattaisi pyrkiä, sillä mahdollisuus työlistan muokkaukseen kertoisi työntekijöille johdon luotamuksesta, poistaisi pakkotahtisuutta, epävirallisia työtehtävien vaihtoja, ja ylipäätään antaisi mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhön.

## Lähteet

- Elovainio, M., Heponiemi, T., Kuusio, H., Jokela, M., Aalto, A-M., Pekkarinen, L., Noro, A., Finne-Soveri, H., Kivimäki, M., Sinervo, T. 2015. Job demands and job strain as risk factors for employee wellbeing in elderly care: an instrumental-variables analysis. *Eur J Public Health* 25(1):103-8. doi: 10.1093/eurpub/cku115. Epub 2014 Aug 8.
- Groop, J., Ketokivi, M., Gupta, M., Holmströmd, J. 2017. Improving home care: Knowledge creation through engagement and design. *Journal of operations management* 53-56, November 2017, 9-22. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2017.11.001>
- Hyytiäinen, S. 2018 The Process of Service Model Innovation in a Public Organisations -Case Vuosaaren Kotihoito, Hanken. Saatavilla: <https://helda.helsinki.fi/dhanken/bitstream/handle/123456789/189249/hyytiainen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kristensen, M., Peipponen., A. 2015. VOIMA, Asiakkaiden ja asukkaiden aktiivista arkea sekä henkilökunnan hyvinvointia tukeva työvuorosunnittelu. Tutkimuksia ja raportteja 5/2016. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto. Saatavilla: [https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/voima\\_raportt.pdf](https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/voima_raportt.pdf)
- Laine M., Kokkinen L., Kaarlela-Tuomaala A., Valvanen, E., Elovainio M., Keinänen, M., Suomi, R. 2011. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos, Tampere.
- Pekkarinen L., Sinervo T., Elovainio M., Noro A., Finne-Soveri H., Leskinen E. 2006. Resident care needs and work stressors in special care units versus non-specialized long-term care units. *Research in Nursing and Health* 29, 464-476.
- Sinervo T 2000. Work in care for the elderly, combining theories of job design, information processing and organizational cultures. Saarijärvi: Gummerus Printing.
- Sinervo, T., Pekkarinen, L., Sankelo, M. 2015 Työyhteisön innovatiivisuutta edistävät tekijät muutoksessa Teoksessa: Saarisilta, J., Heikkilä, H., & Heikkilä J. Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa. *THL:n raportteja* 4/2015, 124-132.
- Vehko, T., Sinervo T., Josefsson, K. 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tutkimuksesta tiiviisti* 11/2017. Helsinki. ISBN 978-952-302-876-0.



## Liite

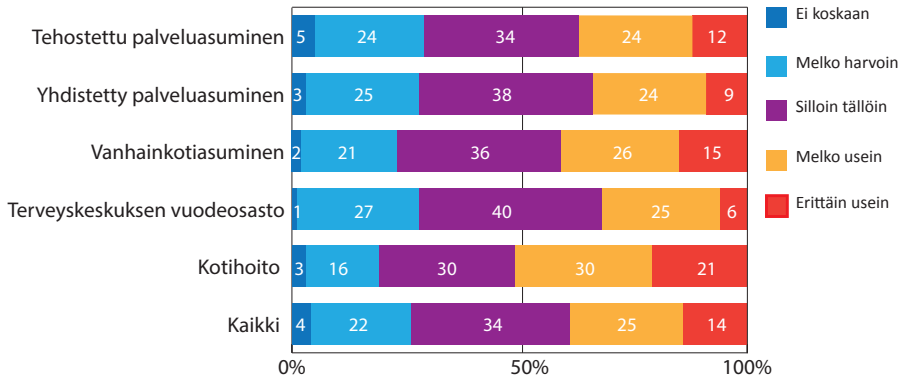
Taulukossa esitetyt julkaisutiedot ovat teoreettinen viitekehys -luvun lähdeluettelossa.

Työn kuormitustekijät		
<b>Kiire</b> (3 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Asiakkaalle liian vähän aikaa, työtä ei ehdi tehdä kunnolla, vain välttämättömät tehtävät ehtii tehdä	Elovainio & Sinervo 1994/ Harris 1989
<b>Asiakassuhteet</b> (3 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Passiivisuus, erilaiset toiveet, hoidosta kieltäytyminen, väkivaltaisuus	Elovainio & Sinervo 1997/ Harris 1989
<b>Rooliristiriidat</b> (7 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Ristiriitaiset odotukset, erilaisia ryhmiä, mahdottomat odotukset, työtä joutuu tekemään eri tavoin kuin mielestään pitäisi	Rizzo ym.1970
<b>Ergonomia</b> (3 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Hankalat nostot, toistuvat yksipuoliset liikkeet, vaikeat työasennot	Työstressikyse-ly Elo ym. 1992
<b>Tietotekniikkaan liittyvä kuormitus</b> (2 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)	Hankalakäyttöiset tai toimimatomat tietotekniset laitteet	
<b>Yksintyöskentelyn kuormittavuus</b> (2 osiota) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)		Elovainio & Sinervo 1997/ Harris 1989
<b>Keskeytykset työssä</b> (1 osio) (1 ei koskaan - 5 erittäin usein)		Harris 1989
<b>Epävarmuus työssä</b> (5 osiota)	Uhka tehtävien lakkauttamisesta, vastentahtoisesta siirtymisestä toisiin tehtäviin, pakkolomautuksista tai irtisanomisista, työmäärän lisääntyminen yli sietokyvyn	
Työn motivaatiotekijät		
<b>Työn itsenäisyys</b> (3 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Itsenäiset päätökset, sananvalta omiin töihin, vapaus päättää omista töistä	Job control/Karasek 1979
<b>Kykyjen käyttö</b> (3 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Luovuus, tehtävien samanlaisena toistuminen, vaatimukset, oppiminen, monipuolisuus, mahdollisuus kykyjen kehittämiseen	Skill discretion/ Karasek 1979
<b>Kehittämismahdollisuudet</b> (6 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Työnohjaus, kehityskeskustelut, ammatillista kehittämistä tukeva koulutus, omaehtoisen opiskelun tukeminen, työn kehittäminen, tieto uusista käytännöistä	
<b>Sosiaalinen tuki</b> (2 osiota) (1 aina - 5 ei koskaan)	Tuki esimieheltä, tuki työtovereilta	

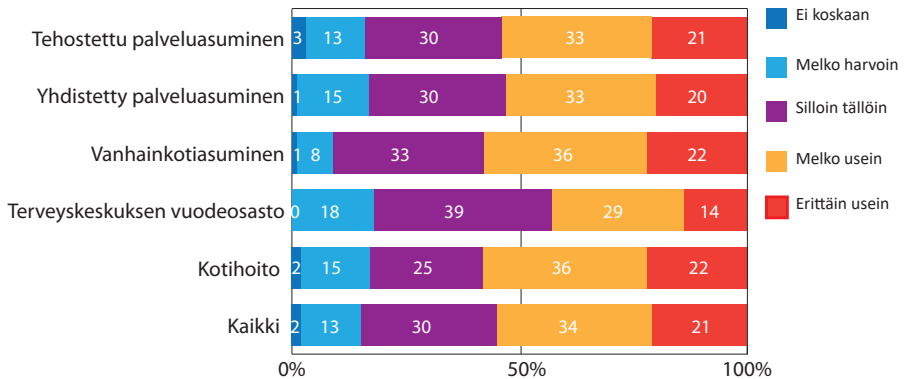
Työyhteisön toiminnan ja johtamisen laatu		
<b>Vuorovaikutuksen turvallisuus</b> (4 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	"Me henki", hyväksyminen, tiedon jakaminen	TCl/Kivimäki & Elovainio 1999
<b>Ideointi</b> (3 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Käytetään aikaa ideoiden kehittämiseen, etsitään uusia toimintatapoja, sovelletaan	TCl/Kivimäki & Elovainio 1999
<b>Yhteiset tavoitteet</b> (4 osiota) (1 erittäin paljon - 5 erittäin vähän)	Ryhmän/työyhteisön tavoitteet tunnustetaan ja hyväksytään, tavoitteita pidetään tärkeinä	TCl/Kivimäki & Elovainio 1999
<b>Ideoiden toteutus</b> (4 osiota)	Ideoiden toimeenpano	de Jong & den Hartog 2010
<b>Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus</b> (3 osiota) (1 pitää täysin paikkansa - 5 ei pidä lainkaan paikkaansa)	Päätökset tehdään oikean tiedon perusteella, johdonmukaisuus päätöksissä, kaikilla oikeus ilmaista mielipiteensä, päätösten perusteet ovat avoimia ja tarkennettavissa	Elovainio ym. 2010
<b>Esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus</b> (3 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Esimies kohtelee alaisiaan ystävällisesti, esimies kunnioittaa alaistensa oikeuksia, esimieheen voi luottaa	Elovainio ym. 2010
<b>Palkitsemisen oikeudenmukaisuus</b> (2 osiota) (1 pitää täysin paikkansa - 5 ei pidä lainkaan paikkansa)	Palkka ja arvostus vastaavat työhön annettua panostusta, ovat sopivia suhteessa aikaansaannoksiin työssä	Elovainio ym. 2010
Työntekijöiden hyvinvointia kuvaavat tekijät		
<b>Stressi</b> (1 osio) (1 en lainkaan - 5 erittäin paljon)	Koettu stressi: jännittyneisyyden tunne, levottomuus, hermostuneisuus, ahdistuneisuus, nukkumisvaikeudet asioiden vaivatesa mieltä	Työstressikysely Elo ym. 1992; Viikari-Juntura ym. 1991
<b>Psykinen hyvinvointi</b> (4 osiota) (Asteikko 1-4)	Oireita hermostuneisuus, mieliala, tyyneys, alakulo, onnellisuus	GHQ-12/Goldberg 1972
<b>Psykosomaattiset oireet</b> (3 osiota) (1 ei koskaan - 5 hyvin usein)	Päänsärky, vatsakipu, sydämentykytys	Työstressikysely Elo ym. 1992
<b>Tuki- ja liikuntaelinoireet</b> (6 osiota) (1 ei yhtenäkkään päivänä - 5 päivittäin)	Niska- ja hartiasseutu, olkapää ja kädet, jalat, alaselkä	Kuorinka ym. 1987
<b>Unihäiriöt</b> (4 osiota) (1 ei lainkaan - 6 joka yö)	Nukahtamisvaikeudet, heräily useita kertoja yössä, vaikeudet pysyä unessa, väsymyksen ja uupumus tavallisen yön jälkeen	Jenkins 1988
<b>Työkyky</b>	Itse arvioitu työkyky 0 täysin työkyvytön - 10 työkyky parhaimmillaan	Tuomi ym. 1997

<b>Sairauspoissaolot</b>	Itseilmoitettu (en lainkaan, 1-9 pv, 10-24 pv, 25-99 pv, 100-365 pv)	
<b>Sairaana työssäolo</b>		
<b>Työntekijöiden sitoutumiseen ja työssä viihtymiseen liittyvät tekijät</b>		
<b>Organisaatioon sitoutuminen</b> (8 osiota) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Ylpeys, tunneside, yhteenkuuluvuus, halu panostaa työyhteisöön	Allen & Meyer 1990
<b>Työtyytyväisyys</b> (1 osio) (1 täysin samaa mieltä - 5 täysin eri mieltä)	Tyytyväisyys yleensä	JDS/Hackman & Oldham 1976
<b>Arvio eläkkeelle selviytymisestä</b> (1 osio) (1 varmasti - 5 varmasti en)	Oma arvio selviytymisestä eläkeikään asti nykyisessä työssä	
<b>Työpaikan vaihtohalukkuus</b> (1 osio) (1 En ole harkinnut lainkaan - 5 Olen harkinnut usein)	Työstä eroamisen harkitseminen	
<b>Työntekijöiden kokemus hoidon laatu ja kokemus omasta osaamisesta</b>		
<b>Yleinen kokemus laadusta</b>	Itsearvio kouluasteikolla 4-10	
<b>Kokemus laadusta</b> (7 osiota) (Asteikko 1 huono -5 erinomainen)	Ammattitaito, ystävällisyys, itsemääräämisoikeus, avunpyyntöihin vastaaminen, asiakasta koskevien asioiden tuntemus, asiakkaiden omaisten ja läheisten huomioonottaminen, työntekijöiden määrä suhteessa avuntarpeeseen	
<b>Työntekijöiden mahdollisuus saada ammatillista kehittymistä tukevaa koulutusta</b>	Itsearvioitu asteikolla 1 huono -5 erinomainen	
<b>Kokemus omasta osaamisesta</b> (7 osiota) (Asteikko 1 lisäkoulutuksen tarvetta -3 hyvä)	Arvio omasta osaamisesta kivun hoidosta, muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemisesta, kuntoutumista edistävästä toimintatavasta, ravitsemuksesta, kaatumisten ehkäisystä, asiakkaan toimintakyvyn moniulotteisesta arvioinnista ja lääkkehoidosta	

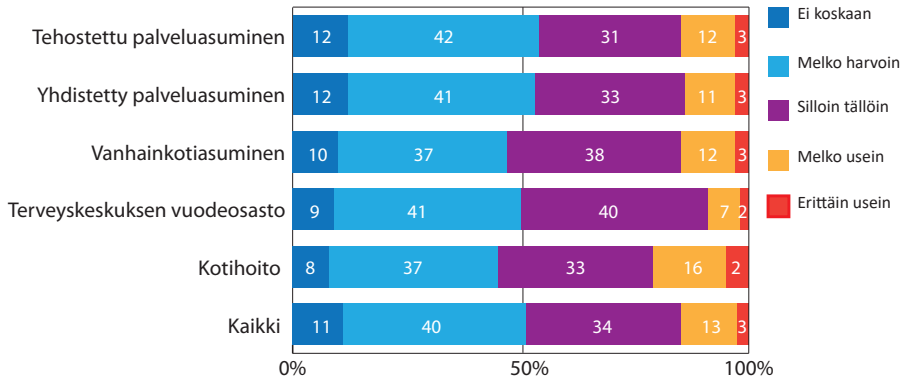
# Liitekuviot



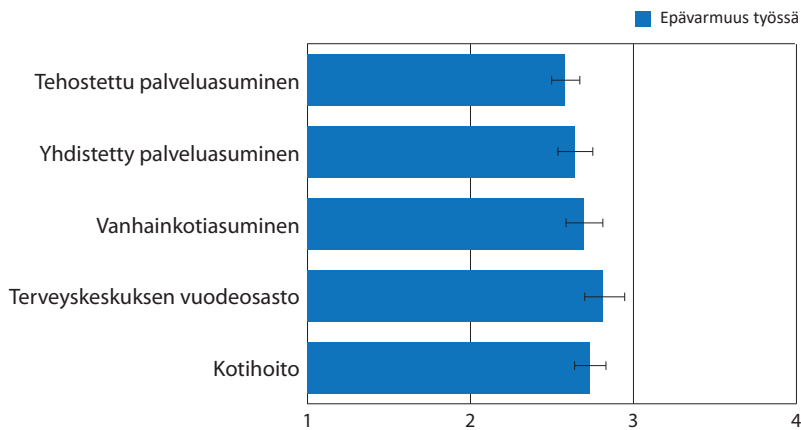
**Liitekuvio A.** Vastaukset väittämään ”työtä ei ehdi tehdä kunnolla”, kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuotojen mukaan ja ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p < 0,000$ ).



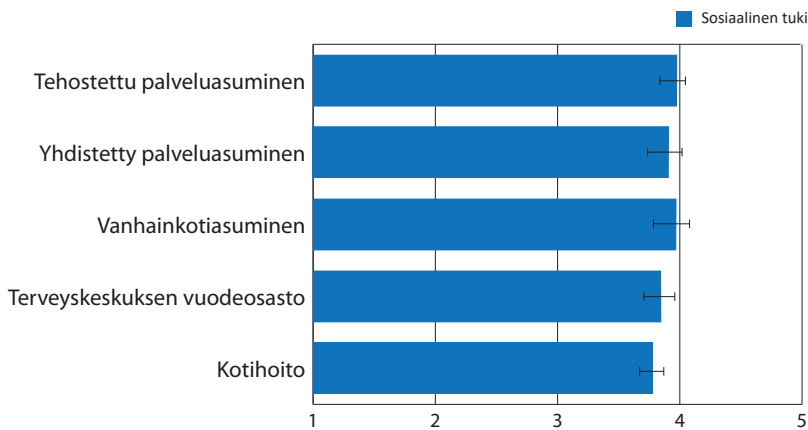
**Liitekuvio B.** Vastaukset väittämään ”Minulla on liian vähän aikaa potilaalle / asiakkaalle yksilönä” palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuotojen mukaan, ja ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p = 0,011$ ).



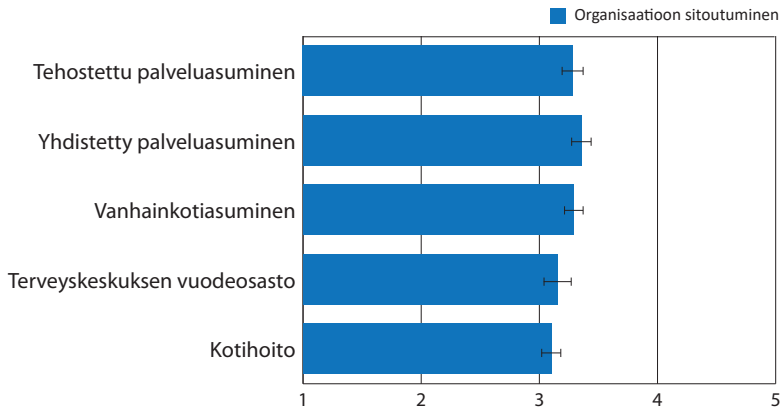
**Liitekuvio C.** Vastaukset väittämään ”konsultointimahdollisuuksien ja avun puute tarvittaessa”. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuotojen mukaan ja ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,045$ ).



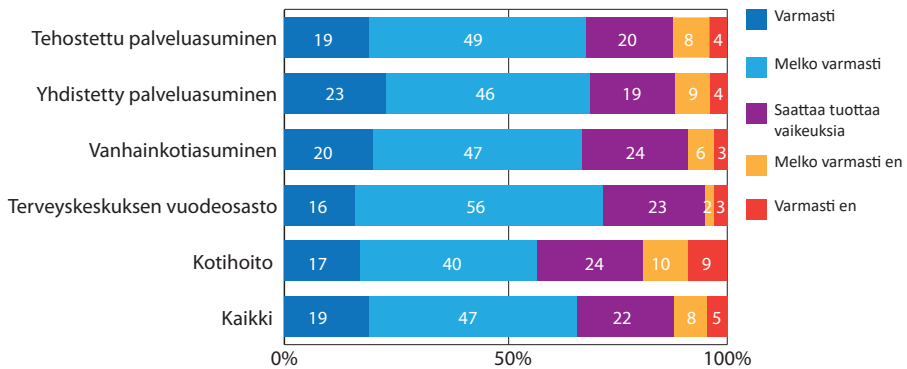
**Liitekuvio D.** Epävarmuus työssä, ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo 4 -portaisella asteikolla ”erittäin vähän” (1) ... ”erittäin paljon” (4) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.



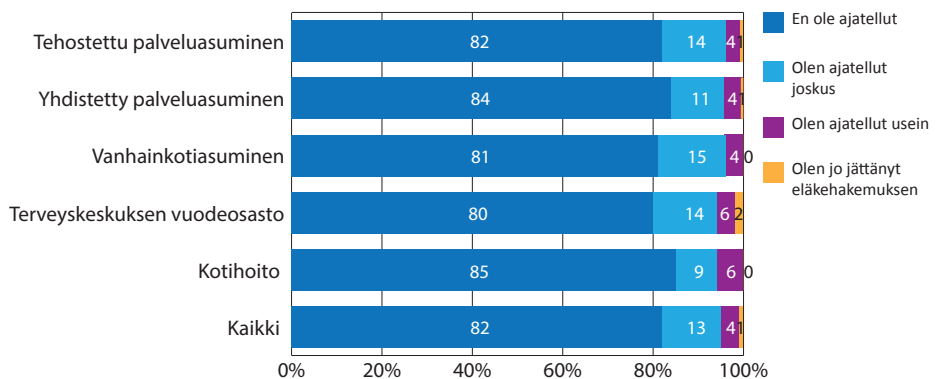
**Liitekuvio E.** Sosiaalinen tuki, ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”ei koskaan” (1) ... ”aina” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.



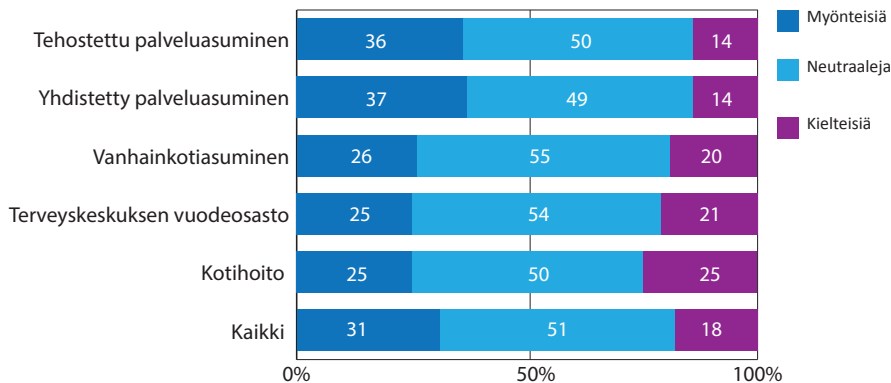
**Liitekuvio F.** Organisaatioon sitoutuminen, ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”olen täysin eri mieltä” (1) ... ”olen täysin samaa mieltä” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.



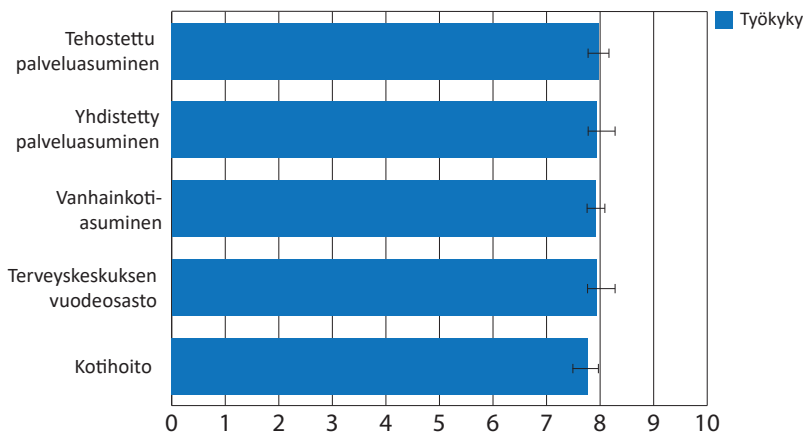
**Liitekuvio G.** Eläkkeelle selviäminen (%) eri palvelumuotojen mukaan ja ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p < 0,000$ )



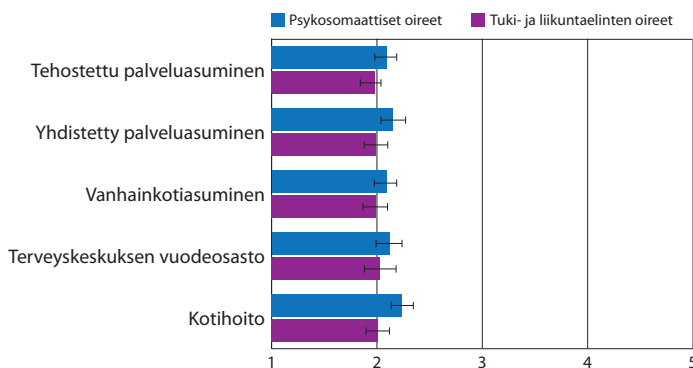
**Liitekuvio H.** Eläkeajatukset (%) eri palvelumuotojen mukaan. ”Oletko harkinnut työkyvyttömyyseläkkeen, yksilöllisen varhaiseläkkeen tai jonkun muun hakemista?”. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p = 0,079$ ).



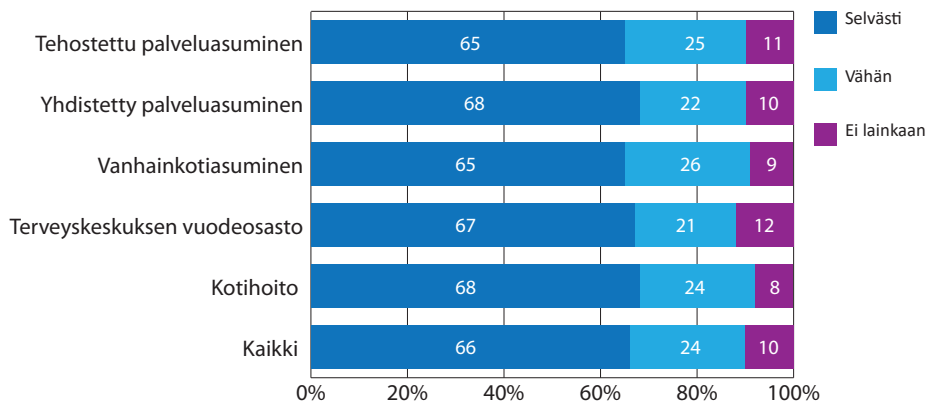
**Liitekuvio I.** Arvio muutosten myönteisyydestä tai kielteisyydestä vastaajan omalta kannalta arvioituna. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuotojen mukaan ja ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p < 0,000$ ).



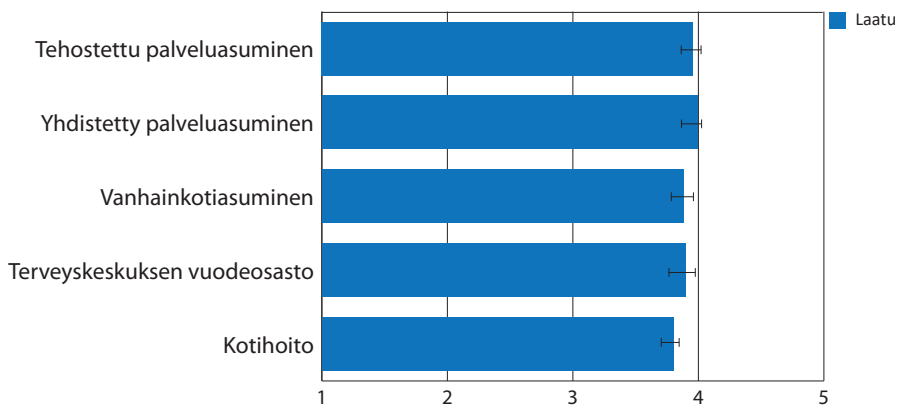
**Liitekuvio J.** Kokemus työkyvystä: Itsearvioitu työkyky asteikolla ”täysin työkyvytön” (0) ... ”työkyky parhaimmillaan” (10), ikä- ja sukupuolivakioituiden keskiarvot eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.



**Liitekuvio K.** Tuki- ja liikuntaelinten oireet, psykosomaattiset oireet, ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”ei koskaan” (1) ... ”erittäin usein” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

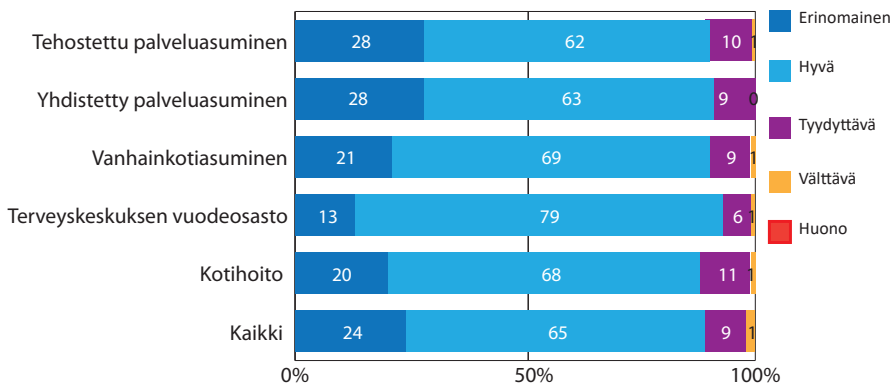


**Liitekuvio L.** Jatkokysymys ”Väheneekö unettomuus tai unen laadun heikkenemisen kokemus vähintään yli 2 viikon pituisella lomalla?” Kuviossa on esitetty osuudet (%) työpaikan palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä. Eri ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,665$ ).

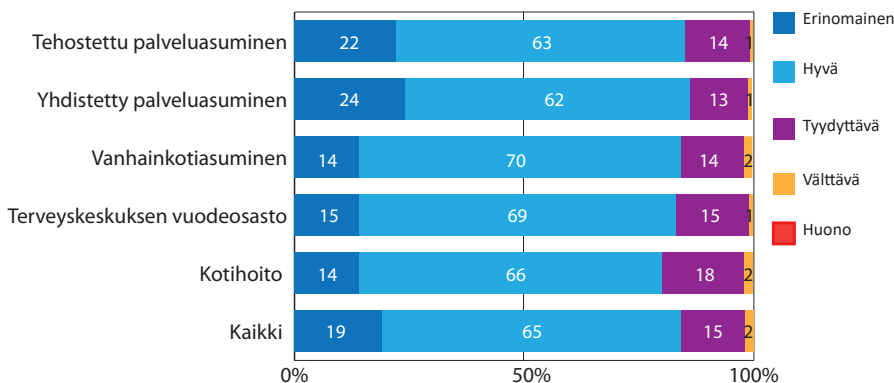


**Liitekuvio M.** Laatu työntekijöiden kokemana: laatu koostettuna asiakkaan ja omaisen kohtaamiseen sekä henkilöstön riittävyyteen liittyvistä tekijöistä, ikä- ja sukupuolivakioitu keskiarvo asteikolla ”huono” (1) ... ”erinomainen” (5) ja eri palvelumuotojen 95 %:n luottamusväli.

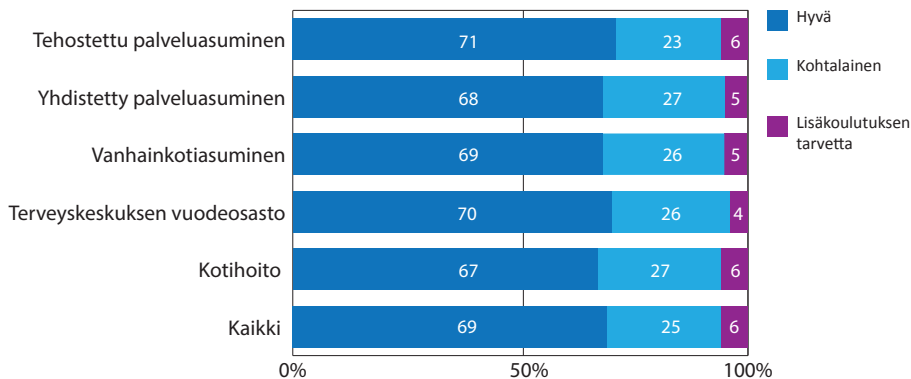




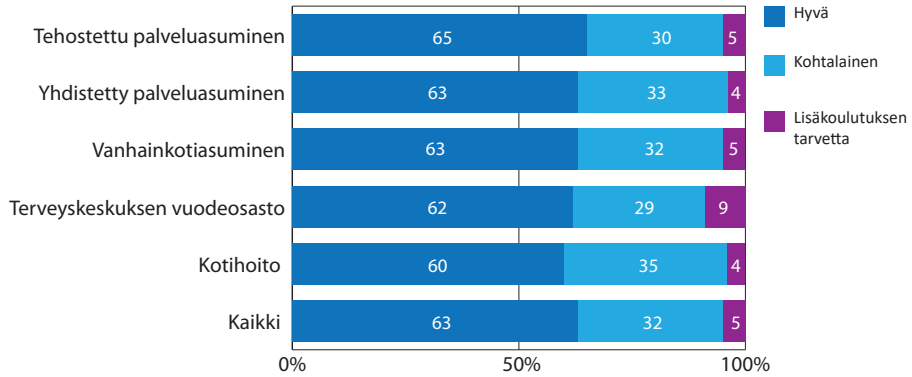
**Liitekuvio N.** Arvio työyksikön työntekijöiden tavasta kohdella asiakkaita. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin neliötestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,013$ ).



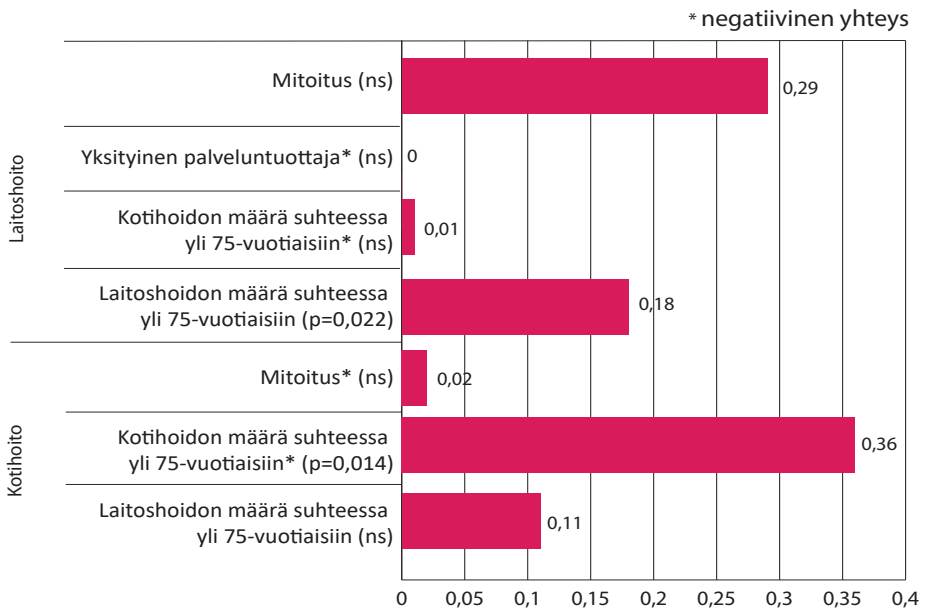
**Liitekuvio O.** Arvio työyksikön työntekijöiden asiakkaiden avunpyyntöihin vastaamisesta. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Khiin neliötestin mukaan ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,042$ ).



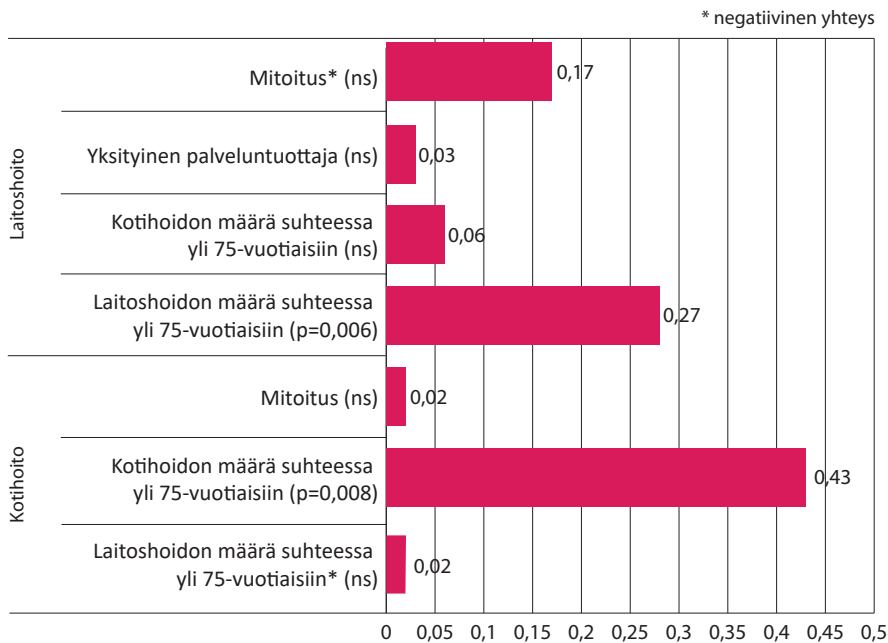
**Liitekuvio P.** Kokemus omasta osaamisesta kun on kyse kuntoutumista edistävästä toimintatavasta (%) palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,798$ ).



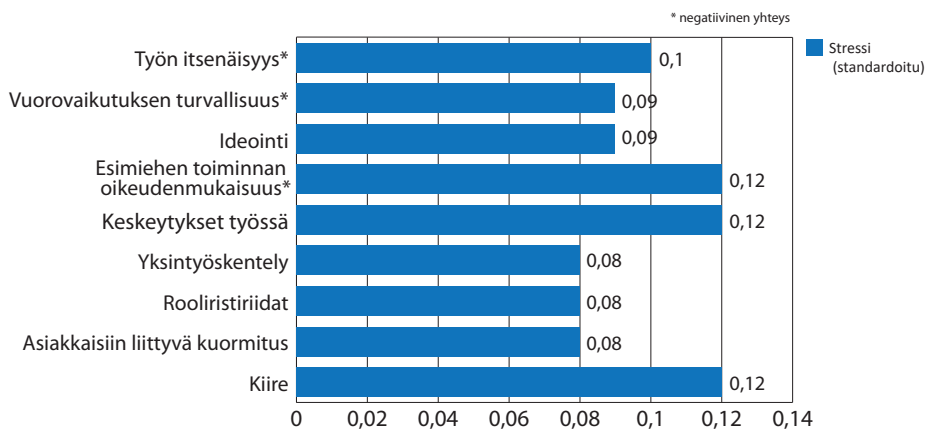
**Liitekuvio Q.** Kokemus omasta osaamisesta kun on kyse kaatumisten ehkäisystä (%) palvelumuodon mukaan ryhmiteltynä. Kuviossa on esitetty osuudet (%) eri palvelumuodoissa. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ( $p=0,340$ ).



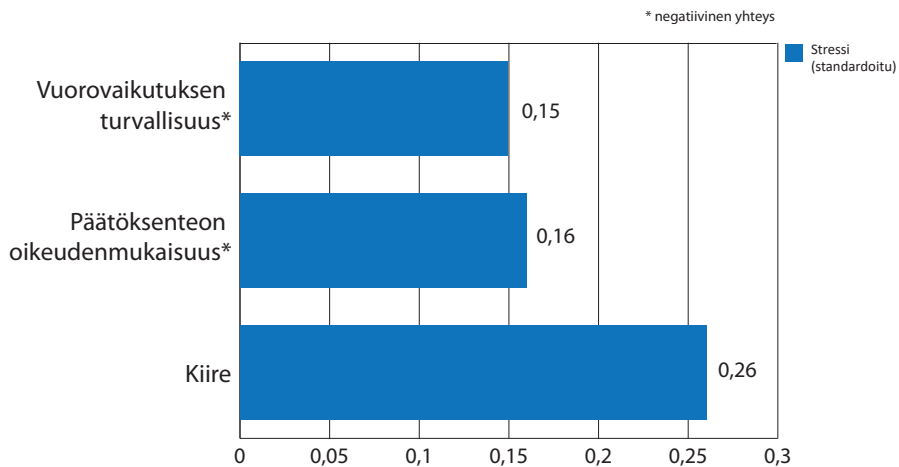
**Liitekuvio R.** Eläkkeelle selviämistä (itsearvioitu) selittävät rakenteelliset tekijät. Selitysosuus laitoshoidossa oli 4,3 % ja kotihoidossa 7,6 %.



**Liitekuvio S.** Organisaatioon sitoutumista selittävät rakenteelliset tekijät. Selitysosuus laitoshoidossa oli 5,9 % ja kotihoidossa 7,6 %.



**Liitekuvio T.** Stressiä selittävät tekijät laitoshoidossa. Selitysosuus laitoshoidossa 22 %. Kaikki yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä.



*Liitekuvio U. Stressiä selittävät tekijät kotihoiossa. Selitysosuus kotihoiossa 18,8 %. Kaikki yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä.*

