

Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstön työolot ja työuupumus neljässä kunnassa — Onko palvelutuotantotavalla väliä?

Tässä kyselytutkimuksessa verrattiin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstön psykososiaalisen työympäristön ja työuupumuksen muutoksia vuosina 2000 ja 2002 (N = 582/527) neljässä kunnassa, joista yhdessä perusterveyden- ja vanhustenhuollon palvelut tuotti kolmannen sektorin vapaaehtoisjärjestö ja muut sosiaalipalvelut kunta (Eteläkunta), kun taas kolmessa muussa kunnassa palvelut tuotettiin kunnallisesti (Itä-, Lounais- ja Länsikunta). Lisäksi tutkittiin työuupumukseen yhteydessä olevia tekijöitä. Eteläkunnassa oli ollut eniten muutoksia, mutta työn vaatimusten ja voimavarojen kehitys oli paras. Silti työuupumus oli lisääntynyt. Työuupumuksen keskiarvo oli kuitenkin alhaisin vuonna 2002. Johtajat olivat uupuneempia kuin muu henkilöstö. Palvelutuotantomallia paremmin työuupumusta selittivät työn vaatimukset, työn hallinta, työilmapiiri sekä henkilökunnan määrä ja riittävyys.

ANNE M. KOPONEN, RITVA LAAMANEN, NINA SIMONSEN-REHN, SAKARI SUOMINEN

JOHDANTO

Tähän tutkimukseen osallistui neljä kuntaa, joita tässä artikkelissa kutsutaan nimillä Etelä-, Itä-, Lounais- ja Länsikunta. Länsi-Uudellamaalla sijaitsevan Eteläkunnan solmiman sopimuksen mukaan kolmannen sektorin vapaaehtoisjärjestö on tuottanut 1.10.1998 lähtien kaupungin perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut. Sosiaalipalvelut kaupunki tuottaa pääosin itse. Kaupungilla palvelujen tilaajana on kuitenkin säilynyt lainmukainen vastuu palvelujen tasosta, laadunvalvonnasta ja palvelujen jakelusta sekä viranomaisvastuu. Lama 1990-luvun alkupuolella pakotti kunnat vähentämään kustannuksia ja lisäämään palvelujärjestelmän tehokkuutta. Vuoden 1993 alussa voimaan tullut valtionosuusuudistusta koskeva laki (688/92) on lisännyt kuntien mahdollisuuksia järjestää palvelunsa haluamallaan tavalla. Eteläkunnassa kustannustehokkuuteen pyrittiin antamalla perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut kolmannen sektorin vapaaehtoisjärjestön hoidettavaksi. Tämä palve-

lutuotantomalli on ensimmäinen ja ainoa Suomessa. Myös vertailukunnissa tehokkuutta tavoiteltiin organisaatiomuutoksilla. Itäkunnassa suuria organisaatiomuutoksia toteutettiin vuonna 2000, jolloin ensimmäinen kysely tehtiin, kun taas Lounaiskunnassa suuret organisaatiomuutokset ajoittuivat toiselle seurantavuodelle (2002). Länsikunnassa organisaatiomuutoksia oli tulossa vuonna 2003.

Kolmannen sektorin vapaaehtoisjärjestö Eteläkunnassa erosi toimintapolitiikassaan kunnallisista palvelutuottajista siinä, että terveyden edistäminen otettiin keskeiseksi toiminnan tavoitteeksi. On haluttu vähentää erikoissairaanhoidon, siirtää palveluja peruspalveluihin ja kehittää perusterveydenhuoltoa, kotihoitoa ja välimuotoisia palveluja. Kansalaisjärjestöjen merkitystä terveyden edistämisen tavoitteen saavuttamisessa korostetaan, ja yhteistyötä kunnan, kolmannen sektorin ja yksityisen sektorin välillä on haluttu lisätä. Uusia toimintamalleja on otettu käyttöön, esimerkiksi omalääkärijärjestelmä aloitettiin

vuonna 2000. Tavoitteena on ollut myös panostaa henkilöstön hyvinvointiin esimerkiksi lisäämällä henkilöstökoulutusta.

PALVELUTUOTTAJA, ORGANISAATIOMUUTOKSET JA TYÖHYVINVOINTI

On havaittu, että eri palvelutuottajien tuottamien perusterveydenhuollon palvelujen laadussa on eroa (esim. Perneger ym. 1996). Tuottajaorganisaation yhteys tuloksiin on kuitenkin jäänyt epäselväksi, sillä yleensä organisaatioita ja tuotoksia koskevia tutkimuksia on tehty toisistaan erillään. On kiinnitetty liian vähän huomiota siihen, mitkä tekijät palveluissa ja palvelutilanteessa ovat yhteydessä tiettyihin tuloksiin (esim. Aiken ym. 1997, Baker ym. 2000, Lundström ym. 2002). Palvelujen tuottajalla voi olla suuri merkitys palvelujen laatuun ja tuloksiin, koska tuottaja vaikuttaa keskeisiin päämääriin, politiikkaan, rahoitukseen ja toimintamuotoihin (Baker ym. 2000). Palvelutuottajien vertailu antaa tärkeää tietoa poliittisille päättäjille sekä palvelujen tilaajille siitä, miten hyvin terveydenhuoltojärjestelmä palvelee yhteiskuntaa, lisää hyvinvointia ja saavuttaa päämääränsä. Henkilöstöresurssien käyttö on yksi osa tätä arviointia.

Aikenin ym. (1997, 2002a) teoreettisen mallin mukaan sairaalaorganisaation vaikutus hoidon tuloksellisuuteen kulkee yksinkertaistaen seuraavan ketjun kautta: organisaatio → resurssit ja psykososiaalinen työympäristö → henkilöstön hyvinvointi → hoidon tuloksellisuus. Aiken ja Sloane (1997) havaitsivat, että yksikön ja sairaalan organisaatiomalli oli yhteydessä hoitajien työuupumukseen. Organisaatorakenteet, jotka tukivat hoitajien ammatillista autonomiaa ja työn hallintamahdollisuuksia, vähensivät työuupumusta ja tyytymättömyyttä (Aiken ja Sloane 1997, Aiken ym. 2002a). Myös hoitajien riittävyys vähensi uupumusta ja tyytymättömyyttä sekä paransi hoidon laatua (Aiken ym. 2002a, 2002b).

Työntekijöiden hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, miten organisaatiossa ja omassa työssä tapahtuneet muutokset vaikuttavat psykososiaaliseen työympäristöön. Keskeisissä työolojen tutkimuksiin vaikuttaneissa teorioissa (Karasek 1979, Antonovsky 1979, 1987, Kohn ja Schooler 1983, Karasek ja Theorell 1990) työn vaatimuksia ja hallintaa pidetään olennaisina työntekijöiden työmotivaatioon, työtyytyväisyyteen ja terveyteen vaikuttavina tekijöinä. Kun työn vaatimukset ovat suuret, stressin ja terveyden heikkenemisen vaara kasvaa. Karasekin (1979) ja Karasekin ja

Theorellin (1990) mukaan päätösvapaus voi lieventää työn vaatimusten aiheuttamaa haitallista kuormitusta. He havaitsivat tutkimuksissaan, että psyykkisesti terveimpiä ja työhönsä tyytyväisimpiä olivat ne, joilla oli työssään mahdollisuutta päätöksentekoon, toimintavapauteen ja mahdollisuus käyttää taitojaan eli mahdollisuus aktiiviseen työhön. Kuluttavinta oli työ, jossa työn vaatimukset olivat suuret ja vaikutusmahdollisuudet pienet, jolloin työtä kutsuttiin kuormittavaksi. Hallinnan tunteen merkitys korostuu organisaatiomuutostilanteessa. Luottamus omiin vaikutusmahdollisuuksiin auttaa selviytymään muutosten aiheuttamasta epävarmuudesta ja stressistä (Callan 1993). Voimavarojen säilyttämisteorian (Hobfoll 1989, 2001, Hobfoll ja Freedy 1993) mukaan voimavarojen menettäminen on työuupumuksen kehittymisen kannalta kuitenkin merkityksellisempää kuin voimavarojen saavuttaminen. Työuupumus kehittyy, kun arvostetut voimavarat ovat uhattuina, kun voimavaroja menetetään, tai kun voimavarojen sijoitukselle ei saada odotettua vastinetta.

Tutkimuksissa on havaittu, että kuntien työntekijöiden työn vaatimukset ovat kasvaneet, työn hallinta heikentynyt sekä stressioireet ja työuupumus lisääntyneet (esim. Vahtera ja Pentti 1995, Nakari 2000, 2004). Työelämän laatu on heikentynyt erityisesti terveystoimessa (Nakari 2000, 2004). Henkilöstövähennykset ovat heikentäneet jäljelle jääneiden kuntatyöntekijöiden terveyttä useilla terveysindikaattoreilla mitattuna (Kivimäki ym. 2000, 2001a, Vahtera ym. 1997, 2000, 2004, 2005). Terveys on heikentynyt erityisesti niillä työntekijöillä, joilla työn hallinta ja työssä saatu sosiaalinen tuki ovat vähentyneet ja joilla työn vaatimukset ja epävarmuus ovat lisääntyneet (Vahtera ym. 2000, Kivimäki ym. 2000, 2001a, 2001b). Kalimo ym. (2003) havaitsivat, että tilanne, jossa henkilöstövähennysten tiedettiin olevan tulossa, saattoi olla yhtä stressaava kuin tilanne, jossa henkilöstövähennykset oli jo suoritettu. Työhyvinvoinnin kannalta myös työilmapiirillä (Maslach ym. 2001) ja oikeudenmukaisuudella on havaittu olevan merkitystä (Elovainio ym. 2001, 2004, Kivimäki ym. 2003a, 2003b, 2004).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS, AINEISTO JA MENETELMÄT

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tavoitteena oli 1) verrata perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstön psy-

kososiaalisen työympäristön ja työuupumuksen muutoksia vuosina 2000–2002 neljässä palvelutuotantomalliltaan erilaisessa kunnassa (kolmannen sektorin vapaaehtoisjärjestö verrattuna 3 kunnalliseen toisistaan hieman poikkeavaan palvelutuotantomalliin) sekä 2) tutkia työuupumuksen vuonna 2002 yhteydessä olevia tekijöitä. Tämä tutkimus on osa laajempaa perusterveydenhuollon toimivuutta arvioivaa tutkimusta, joka kuuluu Suomen Akatemian Terveydenhuoltotutkimuksen tutkimusohjelmaan TERTTU.

AINEISTON KERUU

Tutkimuksessa mukana olevat kunnat ovat samankaltaisia kooltaan ja väestörakenteeltaan. Vuoden 1999 lopussa kuntien väestömäärä vaihteli Itäkunnan 7628:sta Lounaiskunnan 11981:een ja vuoden 2002 lopussa Itäkunnan 7440:stä Lounaiskunnan 11975:een. Kaikki tutkimuskunnat sijaitsevat kohtuullisen etäisyyden ja hyvien tieyhteyksien päässä suuresta asutuskeskuksesta. Etelä- ja Lounaiskunta luokitellaan tajaan asutuiksi kunniksi ja Itä- ja Länsikunta kaupunkimaisiksi kunniksi. Palvelut muodostivat elinkeinorakenteesta vuonna 2001 suurimman osuuden kaikissa kunnissa (56–67 prosenttia). Tutkinon suorittaneiden osuus 15 vuotta täytäneistä vuonna 2001 oli runsas puolet kaikissa kunnissa. Vanhusväestön (75 v.-) osuus v. 2002 vaihteli Lounaiskunnan 8.1 prosentista Itäkunnan 9.6 prosenttiin, kun se koko maassa oli 6.9 prosenttia. (Stakes 2007, Suomen Kuntaliitto 2007). Vertailukuntien valinnassa otettiin huomioon myös suomen- ja ruotsinkielisen väestön osuus. Mukaan haluttiin yksi kunta, jossa väestö oli kokonaan suomenkielinen (Länsikunta) ja kaksi kuntaa, joissa ruotsinkielisen väestön osuus oli lähellä Eteläkunnan osuutta.

Tutkimusvuosina palvelut tuotettiin vertailukunnissa seuraavasti: Itäkunnassa perusterveydenhuoltopalvelut tuotti kuntayhtymä ja sosiaalipalvelut kaupunki itse, Lounaiskunnassa kunta tuotti sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut, jotka oli hallinnollisesti yhdistetty ja Länsikunta tuotti itse sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut, jotka toimivat erillään. Näissä kunnissa palveluja tuotettiin jonkin verran myös ostopalveluna.

Ensimmäinen kysely tehtiin 1.8 vuotta Eteläkunnassa tapahtuneen palvelutuotantomuutoksen jälkeen, jotta henkilöstön muutosvastarinta olisi ennättänyt tasaantua, ja vertailtavuus olisi parempi. Kysely suunnattiin niille tutkittujen organisaatioiden työntekijöille, joilla juuri ennen ky-

selyn ajankohtaa oli vähintään kolme kuukautta kestävä tai kestänyt työsuhde. Tutkimusaineisto kerättiin kesäkuussa v. 2000 (N = 924) ja huhtikuussa 2002 (N = 986) kyselylomakkeilla, jotka lähetettiin postitse koko perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilökunnalle lukuun ottamatta päivähoitohenkilöstöä. Lomake esitettiin tutkimuskuntien päiväkotien henkilöstöllä (N = 103) keväällä 2000. Molempina vuosina toteutettiin yksi uusintakysely, ja vuonna 2000 lähetettiin myös muistutuskirje. Vuoden 2000 kyselyyn vastasi 672 henkilöä (73 prosenttia), joista 661:n työpaikka sijaitsi tutkimuskunnissa. Vuoden 2002 kyselyyn vastasi 560 henkilöä eli 57 prosenttia. Vastausprosentit tutkimusvuosina kunnittain olivat Eteläkunnassa 71 ja 54, Itäkunnassa 70 ja 58, Lounaiskunnassa 78 ja 59 ja Länsikunnassa 66 ja 54.

Tutkimuksesta poistettiin hammashuollon henkilökunta, jolle kyselylomake oli jäänyt yhdessä kunnassa kokonaan lähettämättä vuonna 2002 osoitetietojen puuttumisen vuoksi. Siten lopullisessa tutkimusjoukossa oli 582 henkilöä vuonna 2000 ja 527 vuonna 2002. Eteläkunnassa vastaajia oli 169/167, Itäkunnassa 187/157, Lounaiskunnassa 139/128 ja Länsikunnassa 87/75.

MITTARIT JA ANALYYSIMENETELMÄT

Työuupumusta (uupumisasteinen väsymys) mitattiin suomalaisella versiolla Maslachin ja Jacksonin (1981) Burnout Inventory -mittarista (7 osiota, Cronbachin alfa $r = .88/.89$, vaihteluväli (vv.) 1–5). *Muutosten määrää organisaatiotasolla* mitattiin kysymyksellä: ”Onko työpaikallasi tapahtunut viimeisen 2 vuoden aikana muutoksia organisaatiotasolla?” (1 = kyllä, 2 = ei, 3 = en osaa sanoa), ”Missä määrin muutokset ovat koskeneet esim. palvelurakennetta?” (1 = ei lainkaan, 2 = jonkin verran, 3 = paljon), (5 osiota). *Organisaatiotason muutosten laatua* kysyttiin seuraavasti: ”Minkälaisia nämä muutokset ovat mielestäsi pääasiassa olleet esim. henkilöstön kannalta?” (1 = erittäin kielteisiä, 5 = erittäin myönteisiä), (4 osiota). *Muutosten määrää omassa työssä* mitattiin kysymyksellä: ”Onko omassa työssäsi tapahtunut viimeisen kahden vuoden aikana muutoksia koskien seuraavia asioita, esim. työn sisältöä/työtehtäviä, toimintafilosofiaa ja -periaatteita?” (1 = ei lainkaan, 2 = jonkin verran, 3 = paljon), (6 osiota). Lisäksi kysyttiin *omassa työssä tapahtuneiden muutosten suuntaa* (1 = kielteinen, 2 = myönteinen). Työn *kuormittavuutta* mitattiin

kolmella kysymyksellä ja yhdellä 10-osioisella mittarilla: *Ylityöt*: ”Kuinka usein teet ylityötä?” (1 = en lainkaan, 7 = päivittäin). *Ruumiillinen ja henkinen raskaus*: ”Miten kevyenä tai raskaana pidät työtäsi a) ruumiillisesti, b) henkisesti?” (1 = erittäin kevyenä, 5 = erittäin raskaana). *Työn vaatimukset*: 10-osioinen työn vaatimusmittari, $r = .80/.81$ (vv. 1–5), (Karasek ja Theorell 1990). Työn *voimavaroja* mitattiin neljällä kysymyksellä ja kolmella useista kysymyksistä koostuvalla mittarilla: *Työn varmuus*: ”Millainen on palvelusuhteesi tällä hetkellä?” 1 = vakinainen, 2 = määräaikainen tai sijaisuus, 3 = työllisyysmäärärahoihin tehtävä työ, 4 = oppisopimuskoulutukseen perustuva. ”Liittytkö työsuhteesesi tällä hetkellä seuraavia epävarmuustekijöitä?” a) määräaikaisen viran/toimen tai sijaisuuden loppuminen, b) lomautus, c) irtisanominen (1 = ei, 2 = kyllä). *Työpaikkakoulutus*: ”Oletko osallistunut työnantajan järjestämään tai rahoittamaan koulutukseen viimeksi kuluneen kalenterivuoden aikana?” (1 = en, 2 = kyllä). *Henkilökunnan määrä ja riittävyys*: ”Arvioi työyksikkösi toimintaa”: henkilökunnan määrä ja riittävyys (1 = erittäin huono, 5 = erittäin hyvä). *Työn hallintamittari* koostui työn haastavuutta, ennustettavuutta sekä vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuuksia mittaavista osioista (Karasek ja Theorell 1990, 26 osiota, $r = .88/.87$, vv. 1–5). *Työilmapiiriä* kartoitettiin neljällä väitämällä: a) 1 = Ongelmien esiin ottoa työyksikössäni välttellen, 5 = Työyksikössäni keskustellaan avoimesti ongelmista, b) 1 = Työtovereiden väliset suhteet työyksikössäni ovat huonot, 5 = ...hyvät, c) 1 = Ilmapiiri työyksikössäni on ahdistava ja sulkeutunut, 5 = ...avoin ja vapaa, d) 1 = Työyksikössäme ei ole me-henkeä, 5 = Työyksikössäme ”me-henki” on korkea ($r = .85/.87$). *Interaktionaalista oikeudenmukaisuutta* mitattiin Moormanin (1991) 6-osioisella mittarilla ($r = .93/.92$, vv. 1–5).

Organisaatiomuutosten ja omassa työssä tapahtuneiden muutosten määrästä ja laadusta, työn vaatimuksista, työn hallinnasta, työilmapiiristä, interaktionaalisesta oikeudenmukaisuudesta ja työuupumuksesta tehtiin summamuuttujat, jotka jaettiin osioiden määrällä. Mukaan hyväksyttiin ne, jotka olivat vastanneet 70 prosenttiin summamuuttujaan kuuluvista osioista. Työn epävarmuustekijöistä tehtiin summamuuttuja, johon otettiin mukaan jokaiseen kolmeen osioon vastanneet. Karasekin (1979) teorian mukaiset työn luokat (aktiivinen, passiivinen, paljon kuormittava, vähän kuormittava) muodostettiin jakamal-

la työn vaatimus- ja hallintamuuttujat mediaanin kohdalta.

Analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia, Khiin neliötestiä ja Fisherin eksaktia testiä, yksisuuntaista varianssianalyysia (F-testi) ja riippumattomien ryhmien t-testiä. Työuupumukseen yhteydessä olevia tekijöitä analysoitiin monimuuttujaisella lineaarisella regressioanalyysillä. Selittävien muuttujien väliset korrelaatiot tutkittiin ennen analyysiä. Interaktionaalista oikeudenmukaisuutta ja työilmapiiriä mittaavien keskiarvomuttujien jakaumat olivat oikealle vinoja, mutta se ei vaikuttanut tuloksiin. Muut muuttujat olivat normaalisti jakautuneita. Tilastolliset vaatimukset regressioresiduaalien normaalijakautuneisuudesta, lineaarisuudesta ja homoskedastisuudesta täyttyivät. Poikkeavat havainnot eivät tuottaneet ongelmia analyysille. Linearisessa regressioanalyysissä työn hallinta- ja vaatimusmittarit ovat mukana jatkuvina muuttujina. Erojen merkitsevyyttä ilmaistaan: ei merkitsevä: $p > .05$ tai ^{ns}, merkitsevä: $p < .05$ tai (*), $p < .01$ (**), $p < .001$ (***)

TULOKSET

VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT

Vastanneista 96 prosenttia oli naisia molempina vuosina. Vuonna 2002 vastaajien keski-ikä oli 45.6 vuotta (vaihteluväli 21–63 v.). Kuntien välillä ei ollut eroja vastaajien sukupuoli- ja ikärakenteessa, eikä niissä ollut tapahtunut muutoksia. Länsikunnassa henkilökunta oli täysin suomenkielinen. Ruotsinkielisten osuus oli suurin Lounaiskunnassa (68 prosenttia), toiseksi suurin Eteläkunnassa (58 prosenttia) ja kolmanneksi suurin Itäkunnassa (47 prosenttia). Vuonna 2002 vastanneista 67 prosenttia työskenteli terveystoimessa, 19 prosenttia sosiaalitoimessa ja 12 prosenttia sekä terveys- että sosiaalitoimessa. Eteläkunnassa oli eniten (21 prosenttia) niitä, jotka toimivat molemmilla sektoreilla. Nykyisessä ammatissa oli toimittu keskimäärin 15 vuotta. Noin puolet (47 prosenttia) vastanneista oli vuorotyössä.

Suurimmat työntekijäryhmät kaikissa kunnissa olivat perus-/lähihoitajat yms. sekä sairaanhoitajat ja erikoissairanhoitajat. Vuonna 2002 lähes puolella (45 prosenttia) vastanneista oli joko opisto- tai ammattikorkeakoulututkinto. Yliopistotutkinto oli 10 prosentilla ja 13 prosenttia oli vailla varsinaista ammattikoulutusta. Vuonna 2000 esimiesasemassa (ylin + keskijohto) olevia henkilöitä oli 17 prosenttia ($n = 90$) ja vuonna

Taulukko 1.

Vastaajat taustamuuttujien mukaan vuonna 2002 (%).

	N	Eteläkunta N = 167	Itäkunta N = 157	Lounais- kunta N = 128	Länsikunta N = 75	p-arvo ¹⁾
Sukupuoli	524					ns.
Mies	21	6	3	3	4	
Nainen	503	94	97	97	96	
Äidinkieli	524					***
Suomi	268	42	53	32	100	
Ruotsi	256	58	47	68	0	
Ikä	524					ns.
-34	77	17	12	18	11	
35-44	141	27	25	24	35	
45-54	208	42	40	35	40	
55-	98	14	23	22	15	
Ammatillinen koulutus	518					ns.
Korkeintaan ammattikursseja	68	12	14	14	12	
Ammattikoulu	161	34	25	33	35	
Ammattiopisto/ammattikorkea	238	46	53	40	43	
Korkeakoulututkinto	51	8	9	13	11	
Esimiesasema (ylin + keskijohto)	482					ns.
Kyllä	69	16	17	12	9	
Ei	413	84	84	88	91	
Työyksikkö	527					***
Terveyskeskuksen vuodeosasto	100	20	23	13	19	
Vanhainkodin vuodeosasto	93	21	5	28	20	
Palvelutalot ja vastaavat	37	10	6	7	1	
Kotihoito	66	15	6	14	17	
Lääkäriin/th:n vastaanotto/pkl	69	10	19	12	12	
Neuvola/kouluterveys	32	4	8	6	8	
Erityisyksiköt	42	3	13	11	4	
Sosiaalikeskus	28	4	4	6	11	
Talous ja hallinto	28	7	6	3	4	
Laitos- ja huoltoyksiköt	32	7	10	1	4	
Työyksikkö sama kuin v. 2000	525	75	83	91	84	***
Ammatti	520					**
Lääkärit	23	4	5	4	6	
Ylihoitajat/osastonhoitajat	25	6	5	4	3	
Terveystenhoitajat	47	6	14	6	10	
Sairaanhoitajat/erikoishoitajat	78	17	18	9	14	
Lab- ja rtg.hoitajat/fysioterap.	30	2	8	10	4	
Perus-/lähihoitajat/vastaavat	147	37	19	30	25	
Sosiaalialan henkilöt	20	3	3	5	7	
Kodinhoitajat/kotiavustajat	52	6	7	15	16	
Talous- ja erityishenkilöstö	43	8	11	7	6	
Laitos- /huoltohenkilöstö	55	11	11	10	11	
Ammattinimike sama kuin v. 2000	521	84	92	95	88	*

¹⁾ = Kuntien välisten erojen merkitsevyys tutkimusvuosina χ^2 -testi, Fisherin eksakti testi, *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$, ns. = $p > .05$.

2002 14 prosenttia (n = 69). Eteläkunnassa oli eniten niitä, joilla työyksikkö ja/tai ammattinimike oli vaihtunut vuodesta 2000 (Taulukko 1). Siitä huolimatta työyksikkö- ja ammattijakaumissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä muutoksia tutkimusjaksolla missään kunnassa. Myöskään ammatillisessa koulutuksessa ja johtavassa asemassa olevien osuudessa ei ollut tilastollisesti

merkitseviä muutoksia eikä kuntien välillä ollut niissä eroa.

PSYKOSOSIAALISEN TYÖYMPÄRISTÖN MUUTOSTEN MÄÄRÄ JA LAATU

Eteläkunnassa palvelutuottaja vaihtui vuonna 1998. Taulukko 2 osoittaa, että vuonna 2000 Eteläkunnan työntekijät raportoivat useimmin

Taulukko 2.

Organisaatiotason ja oman työn muutokset viimeisen 2 vuoden aikana tutkimuskunnissa v. 2000 ja 2002.

	N	Eteläkunta	Itäkunta	Lounaiskunta	Länsikunta	p-arvo ²
Organisaatiomuutoksia (kyllä %)	546	*** ¹	**	ns.	ns.	***
2000	509	80	61	29	31	***
2002		36	57	25	18	
Organisaatiomuutosten määrä (ka., vv. 1–3)	264	***	ns.	ns.	ns.	***
2000	173	2.5	2.3	2.1	2.1	ns.
2002		2.1	2.2	2.2	2.0	
Organisaatiomuutosten laatu (ka., vv. 1–5, korkeampi arvo ilmaisee parempaa laatua)	259	ns.	ns.	***	*	**
2000	169	3.2	2.9	3.2	3.5	***
2002		3.3	2.9	2.0	2.8	
Oman työn muutosten määrä (ka., vv. 1–3)	537	***	*	ns.	ns.	***
2000	485	2.0	1.8	1.7	1.8	ns.
2002		1.8	1.7	1.6	1.6	
Oman työn muutosten suunta (ka., 1 = kielt. 2 = myönt.)	246	ns.	ns.	***	*	ns.
2000	180	1.7	1.7	1.8	1.8	ns.
2002		1.7	1.7	1.6	1.7	

¹ Muutos vuodesta 2000 vuoteen 2002

² Kuntien välisten erojen merkitsevyys tutkimusvuosina χ^2 -testi, Fisherin eksakti testi, yksisuuntainen varianssianalyysi ja F-testi; riippumattomien ryhmien t-testi, *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$, ns. = $p > .05$.

muutoksista organisaatiotasolla ja omassa työssään kahden edellisen vuoden aikana. Vuoteen 2002 mennessä muutosvauhti oli tasaantunut. Myös Itäkunnassa, jossa organisaatiomuutoksia oli tehty vuonna 2000, muutosten määrä oli vähentynyt seurannan aikana, mutta organisaatiomuutoksia oli ollut edelleen paljon muihin kuntiin verrattuna. Vähiten organisaatiotason muutoksia oli ollut Länsikunnassa, missä suuret muutokset olivat vasta edessä. Vaikka Eteläkunnassa muutoksia oli ollut paljon sekä organisaatiotasolla että omassa työssä, muutosten laadun ei arvioitu heikentyneen toisin kuin Lounais- ja Länsikunnassa.

Johtavassa asemassa olevat olivat molempina vuosina kokeneet enemmän muutoksia omassa työssään kuin muu henkilöstö ($p < .001/p < .001$), mutta arvioissa organisaatiomuutosten määrästä ei ollut eroa. Johtajat kokivat vuonna 2000 omassa työssään tapahtuneet muutokset myönteisemmiksi ($p < .01$) ja vuonna 2002 organisaatiomuutokset myönteisemmiksi kuin muut ($p < .05$).

TYÖN KUORMITTAVUUS

Ylitöiden tekeminen oli kaikissa kunnissa erittäin

yleistä. Vain 20 prosenttia henkilöstöstä vuonna 2002 ei tehnyt lainkaan ylitöitä. Vuonna 2000 ylitöitä tehtiin eniten Eteläkunnassa, mutta vuonna 2002 erot kuntien välillä eivät olleet enää tilastollisesti merkitsevät. Työn vaatimukset olivat molempina vuosina pienimmät Etelä- ja Lounaiskunnissa. (Taulukko 3). Työn ruumiillisessa raskaudessa ei ollut eroa tutkimuskuntien välillä eikä siinä ollut tapahtunut muutoksia.

Johtajat tekivät molempina vuosina enemmän ylitöitä kuin muut työntekijät ($p < .001/p < .001$) ja kokivat työn vaatimukset suuremmiksi ($p < .001/p < .001$). Myös työn henkinen raskaus koettiin suuremmaksi johtoportaan vuonna 2000 ($p < .05$), mutta vuonna 2002 eroa ei enää ollut. Ei-johtavassa asemassa olevien työntekijöiden työ oli ruumiillisesti raskaampaa kuin johtajien ($p < .001/p < .01$).

TYÖN VOIMAVARAT

Eteläkunnassa oli vakinaisessa työsuhteessa olevia työntekijöitä vuonna 2000 vähemmän kuin muissa kunnissa, mutta vuonna 2002 osuus oli noussut muiden kuntien tasolle. Erityisesti lähi- ja perushoitajien ja vastaavien ryhmässä osuus oli

Taulukko 3.

Työn kuormittavuus, voimavarat ja työuupumus tutkimuskunnissa vuosina 2000 ja 2002.

	N	Eteläkunta	Itäkunta	Lounaiskunta	Länsikunta	p-arvo ²
Ylityöt (ka., 1 = ei lainkaan, 7 = päivittäin)		ns. ¹	ns.	ns.	ns.	
2000	565	3.7	3.4	2.9	3.0	***
2002	515	3.6	3.7	3.2	3.3	ns.
Työn henkinen raskaus (ka., 1 = eritt. kevyt, 5 = eritt. raskas)		ns.	ns.	ns.	ns.	
2000	579	3.8	3.9	3.9	4.2	**
2002	518	4.0	4.0	4.0	4.2	ns.
Työn vaatimukset (ka., vv. 1–5, korkeampi arvo ilmaisee suurempia vaatimuksia)		ns.	ns.	ns.	ns.	
2000	575	3.3	3.4	3.2	3.4	**
2002	514	3.3	3.4	3.2	3.4	**
Vakinaisessa työssä (%)		**	ns.	ns.	ns.	
2000	575	75	82	89	85	**
2002	526	86	88	85	82	ns.
Epävarmuustekijät työsuhteessa (summa 0–3)		*	*	***	ns.	
2000	510	0.2	0.4	0.1	0.3	***
2002	486	0.1	0.2	1.2	0.2	***
Työpaikkakoulutuksessa edellisen vuoden aikana (%)		ns.	*	ns.	ns.	
2000	571	57	61	54	48	ns.
2002	524	54	47	45	47	ns.
Henkilökunnan määrä ja riittävyys (ka., 1 = eritt.huono, 5 = eritt. hyvä)		ns.	ns.	*	**	
2000	544	2.8	2.8	2.8	2.7	ns.
2002	480	2.7	2.7	2.5	2.3	*
Työn hallinta (ka., vv. 1–5, korkeampi arvo ilmaisee suurempaa hallintaa)		ns.	ns.	ns.	ns.	
2000	558	3.6	3.6	3.6	3.6	ns.
2002	504	3.6	3.7	3.5	3.5	*
Työilmapiiri (ka., vv. 1–5, mitä suurempi arvo, sen parempi)		ns.	ns.	ns.	ns.	
2000	561	3.6	3.5	3.4	3.2	*
2002	505	3.6	3.5	3.5	3.0	***
Interaktionaalinen oikeudenmukaisuus (ka., vv. 1–5, mitä suurempi arvo, sen parempi)		ns.	*	ns.	ns.	
2000	567	3.8	3.3	3.9	3.1	***
2002	507	3.7	3.5	3.8	3.0	***
Työuupumus (ka., vv. 1–5, mitä suurempi arvo, sen uupuneempi)		*	ns.	ns.	ns.	
2000	578	2.5	2.6	2.5	2.7	ns.
2002	520	2.6	2.7	2.7	2.8	ns.

¹ Muutos vuodesta 2000 vuoteen 2002

² Kuntien välisten erojen merkitsevyys tutkimusvuosina

χ^2 -testi, Fisherin eksakti testi, yksisuuntainen varianssianalyysi ja F-testi; riippumattomien ryhmien t-testi, *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$, ns. = $p > .05$.

kasvanut ($p < .05$). Myös työsuhteeseen liittyvä epävarmuus oli lieventynyt Eteläkunnassa samoin kuin Itäkunnassa, jossa suuria organisaatiomuutoksia oli tehty vuonna 2000. Sen sijaan epävarmuus oli huomattavasti lisääntynyt Lounaiskun-

nassa, jossa organisaatiomuutokset olivat käynnissä jälkimmäisenä seurantavuonna. Vuonna 2000 Lounaiskunnassa juuri kukaan ei kokenut lomautus- tai irtisanomisuhkaa. Vuonna 2002 lomautusuhkaa kokevien määrä oli kohonnut 90

prosenttiin ja irtisanomisuhkaa kokevien määrä 16 prosenttiin. Määräaikaisen viran tai toimen loppumista pelkäävien osuus oli kohonnut 12 prosentista viidennekseen. Länsikunnassa, jossa suuret organisaatiomuutokset olivat vasta edessäpäin, työn varmuudessa ei ollut muutoksia. (Taulukko 3).

Työpaikkakoulutuksessa ei ollut eroa kuntien välillä, mutta Itäkunnassa se oli vähentynyt seurannan aikana. Vuonna 2002 henkilökunnan määrä ja riittävyys arvioitiin parhaimmaksi Etelä- ja Itäkunnassa, ja myös työn hallinta oli näissä kunnissa vahvinta. Työilmapiiri oli molempina tutkimusvuosina paras Eteläkunnassa, ja interaktionaalinen oikeudenmukaisuus Lounais- ja Eteläkunnassa. (Taulukko 3).

Johtajilla työn voimavarat olivat paremmat kuin muulla henkilöstöllä. Työn hallinta oli parempi ($p < .001/p < .001$), ja vaikka työpaikkakoulutus oli vähentynyt seurannan aikana, johtajat olivat vuonna 2002 edelleen saaneet koulutusta useammin (64 prosenttia) kuin muu henkilöstö (47 prosenttia, $p < .01$). Ei-johtavassa asemassa olevilla oli enemmän epävarmuustekijöitä työssä kuin johtavassa asemassa olevilla vuonna 2000 ($p < .05$), mutta vuonna 2002 eroa ei enää ollut. Molempina tutkimusvuosina johtajat arvioivat

henkilökunnan määrän ja riittävyyden paremmaksi kuin muu henkilöstö ($p < .01/p < .05$). Ryhmien välillä ei ollut eroa työn vakinaisuudessa eikä työilmapiirin ja interaktionaalisen oikeudenmukaisuuden arvioissa.

Suurin osa johtajista kuului Karasekin (1979) mallin mukaisiin terveyden kannalta suotuisimpiin aktiivisen ja vähän kuormittavan työn luokkiin, kun taas työntekijöistä enemmistö kuului terveyden kannalta vahingollisempiin kuormittavan ja passiivisen työn luokkiin. Johtajat ja muut työntekijät jakautuivat eri työn luokkiin seuraavasti: aktiivinen työ 51/19 prosenttia, vähän kuormittava työ 22/27 prosenttia, passiivinen työ 9/28 prosenttia ja kuormittava työ 18/26 prosenttia ($p < .001$).

TYÖUUPUMUS JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Eteläkunnassa työuupumus oli hieman lisääntynyt seurantajakson aikana (Taulukko 3). Työuupumuksen keskiarvo oli kuitenkin vuonna 2002 alhaisin ja ero Länsikuntaan oli melkein tilastollisesti merkitsevä ($p = .053$), (taulukot 3 ja 4). Taulukko 4 osoittaa, että tämä pieni ero hävisi, kun malliin otettiin mukaan henkilöstön taustatekijät ja psykososiaalista työympäristöä kuvaavat muuttujat. Näistä muuttujista työuupumuk-

Taulukko 4.

Työuupumukseen v. 2002 yhteydessä olevat muuttujat. Monimuuttujainen lineaarinen regressioanalyysi.

	Malli 1 Beta	Malli 2 Beta	Malli 3 Beta
Kunta: Eteläkunta			
Itäkunta	.017	.002	-.024
Lounaiskunta	.019	.016	.029
Länsikunta	.095 *	.076	-.019
Sukupuoli: Mies			
Nainen		.072	.024
Ikä		.078	-.011
Äidinkieli: Suomi			
Ruotsi		.027	.039
Johtavassa asemassa: On			
Ei		-.115 *	-.069
Vaatimukset			.545 ***
Hallinta			-.234 ***
Henkilökunnan määrä ja riittävyys			-.085 *
Työilmapiiri			-.098 *
Interaktionaalinen oikeudenmukaisuus			.018
Selitysaste	.01	.02	.47
Korjattu selitysaste	.00	.01	.45
N	520	477	421

*** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$

seen vahvimmin yhteydessä olivat työn vaatimukset, työn hallinta, työilmapiiri sekä arvio henkilökunnan määrästä ja riittävydestä.

Työuupumus oli lisääntynyt sekä johtajilla ($p < .05$) että muulla henkilöstöllä ($p < .01$) seurannan aikana, mutta johtoasemassa olevilla työuupumus oli kuitenkin vuonna 2002 yleisempää kuin muilla. Aseman mukainen ero hävisi, kun malliin lisättiin psykososiaalista työympäristöä kuvaavia muuttujia.

Johtajien ryhmässä työn luonne ei ollut yhtä vahvassa yhteydessä työuupumukseen kuin muiden työntekijöiden ryhmässä. Johtajista vähän kuormittavan työn luokkaan kuuluvilla työuupumusta oli v. 2002 vähemmän (ka. 2.1, vaihteluväli 1–5) kuin muihin luokkiin kuuluvilla, mutta muut ryhmät eivät eronneet toisistaan (aktiivinen 3.0, passiivinen 3.1, kuormittava 3.3, $p < .001$). Sen sijaan muiden työntekijöiden ryhmässä erot luokkien välillä olivat selkeät. Työuupumus oli yleisintä kuormittavassa työssä (3.3), toiseksi yleisintä aktiivisessa työssä (2.8), kolmanneksi yleisintä passiivisessa työssä (2.5) ja harvinaisinta vähän kuormittavassa työssä (2.1, $p < .001$).

POHDINTA

Tutkimuksessa verrattiin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstön psykososiaalisen työympäristön ja työuupumuksen kehitystä vuosina 2000–2002 neljässä palvelutuotantomallintaan erityyppisessä kunnassa sekä tutkittiin työuupumukseen vuonna 2002 yhteydessä olevia tekijöitä. Tulokset osoittivat, että psykososiaalisen työympäristön kehitys oli ollut myönteisintä Eteläkunnassa, jossa palvelujen tuottajana oli voittoa tavoittelematon kolmannen sektorin vapaaehtoisjärjestö. Työn vaatimukset eivät olleet kasvaneet eivätkä työn voimavarat heikentyneet. Suuret muutokset eivät myöskään olleet lisänneet työn epävarmuutta. Päinvastoin, vakinaisessa työsuhteessa olevien osuus oli kasvanut seurannan aikana ja työsuhteeseen liittyvä epävarmuus oli vähentynyt. Tulosta selittää se, että Eteläkunnan palvelutuotantomallissa kunnan perusterveydenhuollossa ja vanhustenhuollon palveluissa työskennellyt henkilöstö siirtyi lähes kokonaisuudessaan kolmannen sektorin vapaaehtoisjärjestön alaisuuteen.

Myös Itäkunnassa, jossa perusterveydenhuollon palvelujen tuottajana oli kuntayhtymä ja sosiaalipalvelujen pääosin kunta, oli tapahtunut myönteistä kehitystä työn varmuudessa samoin kuin interaktionaalisessa oikeudenmukaisuudes-

sa. Ilmeisesti säästöpainneiden ja organisaatiomuutoksen aiheuttama epävarmuus oli suurimmillaan vuonna 2000, minkä jälkeen tilanne on tasaantunut.

Myös Lounaiskunnan tulokset viittaavat siihen, että epävarmuutta koetaan eniten juuri silloin, kun muutoksia tapahtuu. Kaupungin organisaatiota uudistettiin. Koska uusi organisaatiomalli tuli voimaan vuoden 2003 alusta, toimi vuoden 2002 aikana kaksi organisaatiomallia päällekkäin. Henkilöstöä koskevia säästötoimenpiteitä toteutettiin erityisesti vuosina 2001 ja 2002, mikä näkyi myös henkilöstön määrää ja riittävyttä koskevissa tuloksissa. Organisaatiotason muutoksia oli tapahtunut vähiten Länsikunnassa, eikä psykososiaalisessa työympäristössä ollut tapahtunut juurikaan muutoksia.

Vaikka Eteläkunnassa psykososiaalisen työympäristön kehitys oli ollut myönteisintä, työuupumus oli hiukan lisääntynyt toisin kuin muissa tutkimuskunnissa. Saattaa olla, että Eteläkunnan suuri muutosprosessi on itsessään lisännyt henkilökunnan stressiä. Siitä huolimatta työuupumuksen keskiarvo oli vuonna 2002 alhaisin, ja ero Länsikuntaan oli lähellä tilastollista merkitsevyyttä.

Aikenin ja Sloanen (1997) tutkimuksessa sairaalan ja työyksikön organisaatiomalli oli yhteydessä työuupumukseen. Yhteys säilyi demografisten taustatekijöiden ja psykososiaalisen työympäristön piirteiden vakioinnin jälkeenkin. Tässä tutkimuksessa palvelutuotantomallin lievä yhteys työuupumukseen hävisi sen jälkeen, kun taustatekijöiden ja psykososiaalisen työympäristön vaikutus oli otettu huomioon. Palvelutuotantomallilla voi kuitenkin olla välillinen vaikutus henkilöstön hyvinvointiin, jos malli kykenee muita paremmin ja joustavammin vaikuttamaan henkilöstön hyvinvointiin yhteydessä oleviin työympäristötekijöihin. Saattaa olla, että pidemmällä seurantajaksolla erot työuupumuksessa tulisivat selkeämmin esiin, jos työympäristön kehitys eri palvelutuotantomalleissa säilyisi samansuuntaisena kuin tutkimusjaksolla.

Työuupumus oli kaikkein voimakkaimmin yhteydessä työn vaatimuksiin ja sen jälkeen työn hallintaan, työilmapiiriin sekä henkilöstön riittävyteen. Myös aiemmissa tutkimuksissa (Lee ja Ashforth 1996, Janssen ym. 1999) on havaittu, että työn vaatimusten yhteys työuupumukseen (uupumisasteinen väsymys) on ollut vahvempi kuin työn voimavaroja kuvaavien muuttujien. Tämän on katsottu tukevan Hobfollin (1989,

2001) ja Hobfollin ja Freedyn (1993) näkemystä voimavarojen menettämisen ensisijaisuudesta.

Tässä tutkimuksessa työilmapiiromittari, johon sisältyivät myös työovereiden väliset suhteet, osoittautui paremmaksi työuupumuksen selittäjäksi kuin pelkkää työoveritukea mittaava muuttuja. Työhyvinvoinnin kannalta työilmapiirolla on todettu olevan tärkeä merkitys (Maslach ym. 2001). Aiemmissä tutkimuksissa myös organisaation oikeudenmukaisuuden on havaittu olevan yhteydessä työntekijöiden hyvinvointiin. Tosin interaktionaalisen oikeudenmukaisuuden yhteys on ollut heikompi kuin proseduraalisen oikeudenmukaisuuden. (Elovainio ym. 2001, 2004, Kivimäki ym. 2003a, 2003b, 2004). Tässä tutkimuksessa interaktionaalinen oikeudenmukaisuus ei ollut yhteydessä työuupumukseen, kun muut psykososiaalista työympäristöä kuvaavat muuttujat oli vakioitu. Yhteyttä saattoi heikentää interaktionaalisen oikeudenmukaisuuden melko korkea perustaso. Myöskään muutosten määrä ja laatu, työpaikkakoulutus, työsuhteen vakinaisuus tai työn epävarmuus eivät nousseet merkitseviksi selittäjiksi.

Johtajilla työn vaatimukset olivat suuremmat kuin muilla työntekijöillä, mutta suurin osa johtajista kuului Karasekin (1979) mallin mukaisiin terveyden kannalta suotuisimpiin aktiivisen ja vähän kuormittavan työn luokkiin. Siitä huolimatta johtajat olivat uupuneempia kuin muu henkilöstö vuonna 2002. Aktiivinen työ ei kyennyt suojaamaan uupumiselta. Ehkä työn vaatimukset ovat nousseet niin korkeiksi, että työn voimavarat eivät pysty kompensoimaan vaatimusten aiheuttamaa stressiä. Johtavassa asemassa olevat joutuvat vastaamaan lukuisiin haasteisiin ja vaatimuksiin ja saattaa olla, että muutosprosesseissa omaan hyvinvointiin ei jakseta kiinnittää riittävästi huomiota. On myös mahdollista, että johtajat eivät saa riittävästi tukea työssään. Tulosten perusteella näytti siltä, että Hobfollin ja Freedyn (1993) malli selitti paremmin työuupumuksen kehitystä kuin Karasekin (1979) malli.

Tässä tutkimuksessa haluttiin tietoa neljän kunnan koko perusterveydenhuollon ja sosiaali-toimen henkilöstön työoloista ja hyvinvoinnista. Vertailukunniksi Eteläkunnalle valittiin väestömäärältään, -rakenteeltaan ja taajama-asteeltaan kolme samankaltaista kuntaa. Tutkimuskunnat eivät olennaisesti poikenneet elinkeinorakenteeltaan tai tutkinnon suorittaneiden määrissä muista samankokoisista kunnista tai koko maan keskiarvosta. Vanhusväestön osuus oli tutkimuskun-

nissa hiukan suurempi kuin maassa keskimäärin. Itä- ja Länsikunnan taajama-aste oli hiukan korkeampi ja Etelä- ja Lounaiskunnan työttömyysaste hiukan alempi kuin maassa keskimäärin. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset olivat Itä-, Lounais- ja Länsikunnissa vuonna 2001 samalla tasolla kuin muissa vastaavanlaisissa kunnissa, mutta Eteläkunnassa kustannukset olivat hieman korkeammat (Tilastokeskus 2002).

Tutkimuksen tulokset voidaan kunnallisen palvelutuotantomallin vaikutuksen osalta yleistää tietyin varauksin vastaavankokoisiin ja väestö- ja elinkeinorakenteeltaan samanlaisiin kuntiin. Yksi varaus on läheisyys suuriin asutuskeskuksiin. Ilman lisätutkimuksia tämän tutkimuksen tuloksia ei voida tutkijoiden näkemyksen mukaan soveltaa haja-asutusalueisiin eikä suuriin kaupunkeihin. Tulosten yleistettävyyttä rajoittaa myös se, että tässä tutkimuksessa yhden kunnan palvelutuotannosta vastasi voittoa tavoittelematon järjestö, minkä tyyppistä tuotantomallia ei ole muualla Suomessa toteutettu. Tuloksia ei siten voi yleistää myöskään voittoa tavoitteleviin palveluntuottajiin.

Kuntien palvelujen ulkoistamista saattaa vaikeuttaa se, jos kunta sijaitsee kaukana suurista asutuskeskuksista, jolloin suorituskykyiset ja riittävän laaja-alaiset toimijat eivät välttämättä ilmoittaudu tarjouskilpailuun. Ulkoisen toimijan uskottavuutta ja ulkoistamisesta saatavaa hyötyä voivat heikentää poliittiset erimielisyydet, jos merkittävä enemmistö poliittisesti valituista luottamushenkilöistä ei sitoudu ulkoistamis päätökseen.

Molempina tutkimusvuosina kysely suunnattiin koko kohdehenkilöstölle, ja vastausprosentit olivat korkeat (73/57 prosenttia). Katoanalyysiä tutkimuksessa ei ollut mahdollista tehdä, koska organisaatioilla ei ollut rekisteritietoa tämän kohdejoukon sukupuoli-, ikä- ja koulutusjakaumasta. Kyselylomakkeet perustuivat teoreettiseen malliin, aikaisempiin tutkimuksiin ja tätä kyselyä varten rakennettuihin mittareihin. Mittareiden reliabiliteetit olivat korkeita (.80–.93). Kyselylomakkeisiin vastattiin nimettömänä, minkä voi arvioida lisännen tulosten luotettavuutta. Työuupumukseen yhteydessä olevia tekijöitä tutkittiin yksinkertaisella ja monimuuttujaisella regressioanalyysillä. Analyysit täyttivät niille asetetut tilastolliset vaatimukset.

Aineiston analyysiä jatketaan paneeliasetelmalla, jossa voidaan tarkemmin tutkia työolojen

lähtötason ja muutoksen seurauksia henkilöstön hyvinvoinnille ja Hobfollin (1989, 2001) teorian paikkansapitävyyttä. Palvelutuotantomallin muutoksen vaikutuksia koskeissa jatkotutkimuksissa olisi ensimmäiset mittaukset hyvä voida tehdä jo ennen muutosta ja sen jälkeen seurata työolojen ja hyvinvoinnin kehitystä useiden vuosien ajan.

Tutkimus osoitti, että palvelutuotantomallin muutos ei välttämättä lisää epävarmuutta työsuhteen jatkumisesta tai heikennä henkilöstön asemaa. Tulokset viittaavat siihen, että epävarmuutta koetaan eniten juuri silloin kun muutoksia tapahtuu. Työuupumus näyttäisi olevan yleisempää johtavassa asemassa olevilla kuin muulla henkilöstöllä. Tulokset osoittivat, että palvelutuotantomalli ei ollut yhteydessä työuupumukseen, kun psykososiaaliset työympäristötekijät vakioitiin. Palvelutuotantomalli voi kuitenkin vaikuttaa vä-

lillisesti työntekijöiden hyvinvointiin, jos sen arvoihin kuuluu työntekijöiden hyvinvoinnin edistäminen, ja jos siinä on mahdollista muita malleja paremmin ja joustavammin vaikuttaa hyvinvointia edistäviin työympäristötekijöihin. Työuupumuksen vaihtelua selittivät parhaiten työn vaatimukset, työn hallinta, työilmapiiri sekä henkilökunnan riittävyys.

Kiitokset

Kiitämme Suomen Akatemiaa, jonka terveydenhuolto-tutkimusohjelmaan, TERTTU (No 105189) tutkimus kuuluu. Tutkimusta ovat tukeneet myös Samfundet Folkhälsan i Svenska Finland, Yrjö Jahnssonin säätiö (No 5088) ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, joille esitämme kiitoksemme. Kiitämme myös kaikkia tutkimukseen osallistuneita henkilöitä ja tutkimuskuntia sekä Jari Sundellia avusta tilastollisissa analyyseissä.

Koponen AM, Laamanen R, Simonsen-Rehn N, Suominen S. Psychosocial work environment and emotional exhaustion of primary health care and social sector personnel in four municipalities – Does a service provision model play a role? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2007;44:163–175

While the effectiveness of different service providers is discussed, little is known about how organisational forms and psychosocial work environment are linked to employee well-being. The aim of the study was to compare changes in psychosocial work environment and emotional exhaustion of primary health care and social sector personnel in one independent not-for-profit organisation and in three municipal service production organisations, and to investigate factors associated with emotional exhaustion. A total of 582 employees in 2000 and 527 in 2002 partici-

pated in this mail survey. Development of the psychosocial work environment had been most positive in the independent not-for-profit organisation. In spite of this, emotional exhaustion had increased, but did not exceed the level of the other municipalities in 2002. Personnel in superior position were more exhausted than the others. Differences in emotional exhaustion could not be attributed to the production model but rather to high level of work demands, low level of work control, and poor levels of work climate and sufficiency of personnel.

KIRJALLISUUS

- Aiken LH, Sloane DM. Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses. *Work and Occupations* 1997;24:453–477.
- Aiken LH, Sochalski J, Lake ET. Studying outcomes of organizational change in health services. *Med Care* 1997;35:11:NS6–NS18.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nurs Outlook* 2000a;50:187–194.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002b;288:1987–1993.
- Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1979.
- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1987.
- Baker C, Messmer PL, Gyurko CC, Domagala SE, Conly FM, Eads T. Hospital ownership, performance and outcomes. *JONA* 2000;30:227–40.
- Callan V. Individual and organizational strategies for coping with organizational change. *Work & Stress* 1993;7:63–75.
- Elovainio M, Kivimäki M, Helkama K. Organizational justice evaluations, job control, and occupational strain. *J Appl Psychol* 2001;86:418–424.
- Elovainio M, Kivimäki M, Steen N, Vahtera J. Job decision latitude, organizational justice and health: multilevel covariance structure analysis. *Soc Sci Med* 2004;58:1659–1669.
- Hobfoll SE. Conservation of resources. *American Psychologist* 1989;44(3):513–524.
- Hobfoll SE. The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review* 2001;50(3):337–421.
- Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. Teoksessa Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (toim.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis, Washington 1993.
- Janssen PPM, Schaufeli WB, Houkes I. Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions. *Work & Stress* 1999;13(1):74–86.
- Kalimo R, Taris TW, Schaufeli WB. The effects of past and anticipated future downsizing on survivor well-being: An equity perspective. *J Occup Health Psychol* 2003;8(2):91–109.
- Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *ASQ* 1979;24:285–308.
- Karasek RA, Theorell T. *Healthy work, stress, productivity and reconstruction of working life*. Basic Books, New York 1990.
- Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie JE. Factors underlying the effects of organisational downsizing on health of employees: Longitudinal cohort study. *BMJ* 2000;320:971–975.
- Kivimäki M, Vahtera J, Ferrie JE, Hemingway H, Pentti J. Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: a prospective study. *Occup Environ Med* 2001a;58:811–817.
- Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Thomson L, Griffiths A, Cox T. Downsizing, changes in work, and self-rated health of employees: A 7-year 3-wave panel study. *Anxiety, Stress, and Coping* 2001b;14:59–73.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie JE. Organisational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occup Environ Med* 2003a;60:27–34.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Virtanen M, Stansfeld SA. Association between organizational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees. *Psychol Med* 2003b;33:319–326.
- Kivimäki M, Ferrie JE, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Organisational justice and change in justice as predictors of employee health: the Whitehall II study. *JECH* 2004;58:931–937.
- Kohn M, Schooler C. *Work and personality: An inquiry into the impact of social stratification*. Ablex Publishing Corporation, New Jersey 1983.
- Kuntien valtiosuuslaki (688/92).
- Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol* 1996;81(2):123–133.
- Lundström T, Pugliese G, Bartley J, Cox J, Guither C. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *Am J Infect Control* 2002;30:93–106.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981;99–113.
- Maslach C, Schaufeli W, Leiter, MP. *Job burnout*. *Annual Review of Psychology* 2001;52:397–422.
- Moorman RH. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perception influence employee citizenship? *J Appl Psychol* 1991;76:845–855.
- Nakari R. Muuttuuko työelämä ja mihin suuntaan? Suomen Kuntaliitto, Acta-sarja 126, Helsinki 2000.
- Nakari R. Kuntien erilaistuva työelämä. Tutkimus kunnallisista työyhteisöistä 1995–2003. KuntaSuomi 2004-tutkimuksia 50. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2004.
- Perneger TV, Etter JE, Rizzo MA, Schaller P, Stadler H. Comparing of patient satisfaction with ambulatory visits in competing health care delivery settings in Geneva, Switzerland. *JECH* 1996;50:463–468.
- Stakes (2007). Indikaattoripankki Sotkanet. [ATK-tietokanta]. Luettavissa Staksin sivustolla www.stakes.fi -> Tietokannat.

Suomen Kuntaliitto (2007). Tilastojen vertailutietopankki Kunnat.net. [ATK-tietokanta]. Luettavissa Suomen Kuntaliiton sivustolla www.kuntaliitto.fi ->Tietopankit.

Tilastokeskus. Kuntien talous ja toiminta – kunnittaisia tietoja 2001. Julkinen talous 2002:5.

Vahtera J, Pentti J. Voimavarat, terveys ja työelämän murros. Työ ja ihminen, 7. Työterveyslaitos, Helsinki 1995.

Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. Effects of organisational downsizing on health of employees. The Lancet 1997;350:1124–1128.

Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. JECH 2000;54:484–493.

Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, Ferrie J. E. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: a 10-town prospective cohort study. BMJ 2004;328:555–557.

Vahtera J, Kivimäki M, Forma P, Wikström J, Halmeenmäki T, Linna A. Organisational downsizing as a predictor of disability pension: the 10-town prospective cohort study. JECH 2005;59:238–242.

ANNE M. KOPONEN
VTT, tutkija
Helsingin yliopisto
Kansanterveystieteen laitos ja Folkhälsanin tutkimuskeskus

RITVA LAAMANEN
THT, dosentti, tutkimusjohtaja
Helsingin yliopisto
Kansanterveystieteen laitos ja Folkhälsanin tutkimuskeskus

NINA SIMONSEN-REHN
THM, tutkija
Helsingin yliopisto
Kansanterveystieteen laitos

SAKARI SUOMINEN
LT, dosentti, professori (mus.)
Turun yliopisto
Kansanterveystieteen osasto