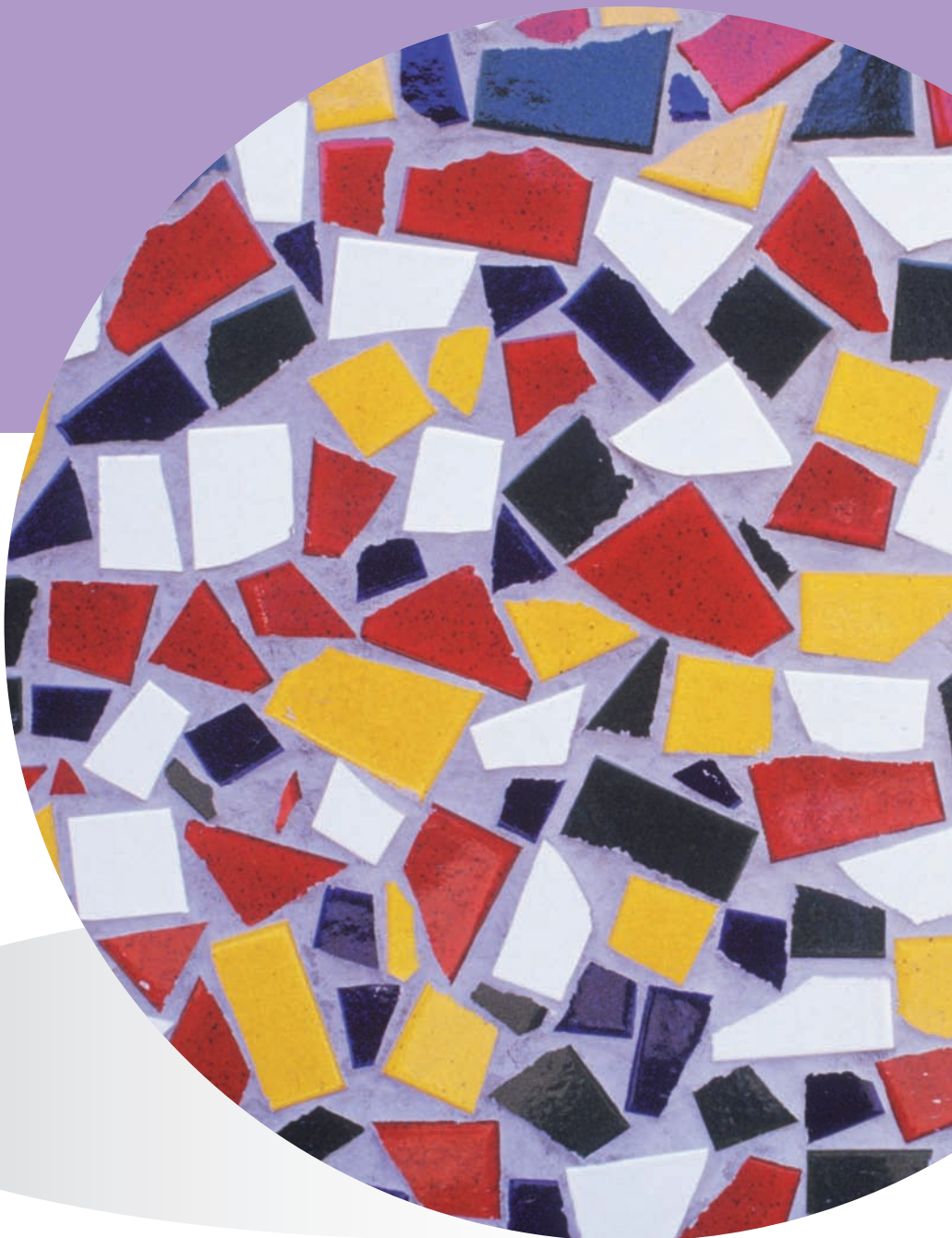


Timo Sinervo
Heikki Taimio
(toim.)

Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen

Yksityisen ja kunnallisen tuotannon
vertailua sekä kokemuksia
kilpailuttamisesta

RAPORTTI



© Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Palkansaajien tutkimuslaitos

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 9/2011

ISBN 978-952-245-439-3 (painettu)

ISBN 978-952-245-440-9 (pdf)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Palkansaajien tutkimuslaitos, Raportteja 21/2011

ISSN 1795-2832

Unigrafia Oy – Yliopistopaino

Helsinki 2011

Esipuhe

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuseen, rakenteeseen ja rahoitukseen kohdistuu voimakkaita muutospaineita. Ikäihmisten palvelut ovat muutoksen keskiössä, ja niihin on suunnitteilla rakennemuutos, jossa moniportaisesta järjestelmästä, jossa asiakas vaihtaa hoitopaikkaa kuntoisuuden heiketessä, siirryttäisiin yksiportaiseen ympärivuorokautisen hoidon järjestelmään. Tämä tarkoittaa sitä, että asuminen ja palvelut eriyttäisiin. Muutos tarkoittaisi sitä, että pitkäaikaishoitoa ei enää tarjottaisi terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkotienkin rooli muuttuisi. Katseet kohdistuvat palveluasumiseen ja kotihoitoon.

Palveluasuminen on muihin palveluihin verrattuna siinä mielessä erityinen, että suuren osan palveluista tuottavat yksityiset palveluntuottajat (järjestöt, säätiöt tai yritykset). Kun palveluiden rakenne muuttuu voimakkaasti, on erityisen kiinnostavaa, miten kunnallisen palveluiden järjestäjän ja yksityisen tuottajan yhteistyö ja palveluiden hankinta toimii.

Palveluita on hankintalainsäädännön muuttumisen myötä entistä enemmän kilpailutettu, mikä on aiheuttanut myös ongelmia ja laajaa julkista keskustelua. Yksityisten tuottajien palvelut herättävät voimakkaita näkemyksiä siitä, ovatko ne tehokkaampia ja laadukkaampia kuin kuntien tuottamat palvelut. Oma kysymyksensä on, miten yksityisten palveluntuottajien käyttö vaikuttaa henkilöstön asemaan ja hyvinvointiin. Tutkimustieto on kuitenkin tähän asti ollut varsin puutteellista ja ristiriitaista.

Tässä kirjassa raportoitava KILPA-tutkimus tuottaa tutkittua tietoa siitä, miten yksityisten ja toisaalta kuntien omien tuottajien ylläpitämä palveluasuminen eroavat toisistaan kustannusten, asiakasrakenteen, hoidon laadun sekä henkilöstön hyvinvointiin liittyvien tekijöiden suhteen. Tutkimus perustuu laajaan tilastolliseen aineistoon, jossa selvitetään asiakkaan hoidon tarve, hoidon laatu, kustannukset, sekä henkilöstön hyvinvointi samoissa työyksiköissä. Hoidon tuloksellisuuden ja laadun osalta tarkastelunäkökulmaa on laajennettu myös kuntien ylläpitämien vanhainkotien ja terveyskeskusten asiakkaisiin. Lisäksi kirjassa raportoidaan kuntatilaajien ja yksityisten palveluntuottajien kokemuksia kilpailuttamisesta haastatteluiden perusteella. Kirjan johtopäätöksissä kirjoittajat arvioivat tutkimuksen tulosten perusteella palvelurakenteen muutossuuntia.

Kiitämme hankkeen rahoittajia Työsuojelurahastoa ja Työelämän kehittämissohjelmaa (TYKES) sekä hankkeen ohjausryhmää. Samoin haluamme kiittää hankkeeseen osallistuneita palveluasumisen ja vanhainkotien yksiköiden työntekijöitä ja johtoa. Ilman hyvää yhteistyötä heidän kanssaan emme olisi voineet toteuttaa hanketta.

Toivomme, että kirjan tulokset auttavat päätöksentekijöitä ikäihmisten palveluiden suunnittelussa.

Tutkimusryhmä

Kirjoittajat

Anna-Mari Aalto, yksikön päällikkö, THL

Marko Elovainio, tutkimusprofessori, THL

Harriet Finne-Soveri, yksikön päällikkö, THL

Tarja Heponiemi, erikoistutkija, THL

Anja Noro, tutkimuspäällikkö, THL

Jukka Pirttilä, professori, Tampereen yliopisto ja tutkimuskoordinaattori, PT

Timo Sinervo, erikoistutkija, THL

Vesa Syrjä, tutkija, THL

Heikki Taimio, erikoistutkija, PT

Liina-Kaisa Tynkkynen, tutkija, Tampereen yliopisto

Sisällys

Esipuhe

Kirjoittajat

Timo Sinervo ja Heikki Taimio

Johdanto	8
-----------------------	---

Jukka Pirttilä ja Heikki Taimio

Julkisen ja yksityisen tuotannon edullisuus ikäihmisten palveluasumisessa: teoreettista taustaa ja kustannusten vertailua	13
Teoreettisia näkökulmia	13
”Tuottaa vai ostaa”-valinta	13
Kilpailuttamisen merkitys: klassinen julkisen valinnan teoria	15
Epäsymmetrinen informaatio: päämies-agentti-teoria	16
Omistusoikeuksien merkitys	17
Julkisen palvelun motivaatio	19
Julkinen, yksityinen vai kilpailu?	21
Yritykset ja voittoa tavoittelemattomat yhteisöt ikäihmisten asumispalveluissa	21
Ikäihmisten asumispalveluiden ulkoistaminen	25
Empiirisiä tutkimuksia	25
Yhdysvaltalaisilla aineistoilla tehdyt tutkimukset	25
Ruotsissa tehdyt tutkimukset ja selvitykset	29
Suomessa tehtyjä tutkimuksia	30
Aineisto ja muuttajat	30
Tulokset	33
Lopuksi	33

Harriet Finne-Soveri

Riippuuko asukkaan toimintakyvyn heikkeneminen asumispalvelujen tuottajan tyypistä tai rahoituspohjasta?	37
Monta syytä ylläpitää toimintakykyä	37
Ikäihmisten palveluiden arvioinnin sudenkuoppia	38
Tavoitteet ja tutkimuskysymykset	38
Aineisto ja menetelmät	39
Tulokset	41
Asiakasrakenne	41
Toimintakyvyn hiljattainen lasku	43

Toimintakyvyn hiljattaista laskua selittävät tekijät ja palveluntuottajien rooli	49
Pohdinta	51
Päälöydökset	51
Toimintakyvyn hiljattaiseen heikkenemiseen liittyneiden tekijöiden kliininen merkitys	51
Toimintakyvyn laskun merkitys eri palvelujen tilaajille, tuottajille ja hoitoketuille	52
Johtopäätökset ja tarvittavat toimenpiteet	54

Anja Noro

Eroaako hoidon laatu ikäihmisten yksityisissä ja julkisissa palveluissa?	55
Tutkimusaineisto ja -menetelmät	55
Asiakasrakenteen mittarit	56
Hoidon laadun mittarit	57
Asiakasrakenteen tarkastelua	58
Hoidon laadun tarkastelua	59
Henkilöstömitoitus ja laatu	63
Päätulokset ja pohdintaa	65

Timo Sinervo, Tarja Heponiemi, Marko Elovainio, Liina-Kaisa Tynkkynen, Anja Noro, Harriet Finne-Soveri ja Anna-Mari Aalto

Henkilöstön hyvinvointi ja työyhteisön toimivuus yksityisissä ja kunnallisissa ikäihmisten asumispalveluissa	69
Henkilöstön hyvinvointi ja laatu	72
Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineisto	73
Tulokset	74
Työn itsenäisyys ja kykyjen käyttö	74
Työn kuormittavuus	76
Henkilöstömitoituksen vaikutus työntekijöiden hyvinvointiin	78
Eröt johtamisessa	80
Epävarmuuden kokeminen	82
Ryhmätyön toimivuus	83
Hoidon laadun ja henkilöstötekijöiden yhteydet	84
Pohdinta ja yhteenveto	85

Vesa Syrjä

Kilpailuttaminen ja sopimukset tilaajan ja tuottajan näkökulmasta	90
Tutkimusmenetelmät ja -aineisto	92
Kvasimarkkinoiden ehtojen toteutuminen	94
Kvasimarkkinoiden arviointikriteerien toimivuus	98

Sopimussuhteet kilpailuympäristössä	101
Yhteenveto	102
<i>Harriet Finne-Soveri, Anja Noro, Jukka Pirttilä, Timo Sinervo, Vesa Syrjä ja Heikki Taimio</i>	
Yhteenveto ja johtopäätökset	104
Tutkimuksen päätulokset	105
Hoidon tuloksellisuus, asiakasrakenne ja laatu	105
Henkilöstön hyvinvointi ja johtaminen	106
Kustannukset ja tuottavuus	106
Kilpailuttamiskokemukset	107
Pohdintaa	107
Johtopäätökset	110
Kirjallisuus	112

Johdanto

Timo Sinervo ja Heikki Taimio

Ikäihmisten määrä kasvaa Suomessa nopeasti lähivuosikymmeninä. Tilastokeskuksen tuoreimman väestöennusteen mukaan vuosien 2010 ja 2030 välillä yli 65-vuotiaiden määrä lisääntyy noin 600 000:lla ja yli 75-vuotiaiden määrä noin 400 000:lla. Yli 80-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu lähes puoleen miljoonaan. Toimintakyvyn heikkenemisestä johtuva tarve kotihoitoon, palveluasumiseen tai laitoshoitoon ei kuitenkaan kasva samaan tahtiin, sillä ikääntyneet ovat yhä parempikuntoisia. Suurimmat tarpeet ja kustannukset syntyvät yleensä kahden viimeisen elinvuoden aikana.

Ikääntymisestä johtuva sosiaali- ja terveystenonjen lisäys on eri oletuksista riippuen 2030-luvulle mennessä suurimmillaan jopa yli 6 prosenttiyksikköä suhteessa bruttokansantuotteeseen. Tämä luo painetta kiristää verotusta ja/tai leikata muita julkisia menoja. Pääosin ikääntymisen vaikutuksesta sosiaali- ja terveystenonjen henkilöstömäärän ennustetaan kasvavan jopa 100 000 työntekijällä, minkä lisäksi eläkkeelle jäävien työntekijöiden tilalle tulee löytää uusia. Tällaiset pitkän aikavälin arviot ovat kuitenkin hyvin epävarmoja.

Näiden lukujen valossa on selvää, että sosiaali- ja terveystenonjen palveluissa pyritään parantamaan hoidon tehokkuutta merkittävästi. Suomessa kunnat ovat vastuussa ikäihmisten palvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta. Niiden kustannusten nousupaine vaikuttaa siten säästötarpeena kuntien muissa palveluissa sekä korotustarpeena niiden verotuksessa ja saamissa valtionosuuksissa. Kunnat voivat tuottaa ikäihmisten palvelut itse tai ulkoistaa ne, so. ostaa ne yksityisiltä tuottajilta. Laki julkisista hankinnoista (ns. hankintalaki¹) edellyttää, että pääsääntöisesti ostopalveluista on järjestettävä tarjouskilpailu. Ikäihmisten sosiaalipalveluiden ulkoistaminen ja kilpailuttaminen ovatkin lisääntyneet voimakkaasti 2000-luvulla. Näin kunnat ovat tavoitelleet paitsi kustannussäästöjä myös lisäkapasiteettia ja laatua ikäihmisten asumispalveluihin.

Yksityisen sektorin tuottamia palveluita vastaan ja niiden puolesta argumentoidaan voimakkaasti. Yhtäältä pidetään selvänä, että yksityiset palvelut tuotetaan tehokkaammin ja laadukkaammin, koska omistajilla on paremmat kannusteet ja pärjätäkseen kilpailussa on toimittava tehokkaasti. Toisaalta yksityisiä palveluita vastustavat tahot ovat sitä mieltä, että voitontavoittelu johtaa laadun heikkenemiseen, henkilöstön työehtojen polkemiseen ja työhyvinvoinnin heikkenemiseen.

1 Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348.

Nyt esillä olevan tutkimuksen kohteeksi valittiin ikäihmisten tehostettu palveluasuminen, joka on laajeneva, melko homogeeninen tuote, siinä on runsaasti ostopalveluja, ja sitä on tutkittu toistaiseksi vain vähän. Tehostettu palveluasuminen eroaa tavallisesta palveluasumisesta olennaisesti siinä, että siihen sisältyy ympärivuorokautinen hoito. Toisin kuin laitoshoidoksi luokiteltavassa vanhainkotihoitossa, siinä asiakkaan on otettava itse lääkkeensä ja useat palvelunsa, jotka eivät välttämättä kaikki kuulu perussopimukseen kunnan ja palveluntuottajan välillä.

Arvioitaessa ikäihmisten tehostetun asumispalvelun edullisuutta ei voida rajoittaa pelkästään kustannusten vertailuun erilaisten palveluyksiköiden välillä. Asiakkaiden hoidon tarve tulee ottaa huomioon, koska jossakin palveluyksikössä voivat kustannukset olla alhaiset jo sen takia, että sen asiakkaiden hoidon tarve on verrattain vähäinen. Myös palvelun laatu eri yksiköiden välillä voi vaihdella niin, että se vaikuttaa edullisuusvertailuihin. Henkilöstömitoitus, -rakenne ja -johtaminen sekä henkilöstön työhyvinvointi voivat niin ikään vaikuttaa palvelun kustannuksiin ja laatuun. Näin ollen tämän tutkimushankkeen tavoitteena oli huomioida kustannusten lisäksi myös asiakkaiden hoidon tarve, palvelun laatu ja henkilöstövaikutukset.

Tähänastinen tutkimustieto yksityisten ja kunnallisten palveluntuottajien eroista ja kilpailuttamisen vaikutuksista on varsin vähäistä eikä se perustu samanlaiseen asetelmaan ja kysymyksenasetteluun kuin tämä kirja. Alan tutkimuskirjallisuudesta valtaosa on ammentanut havaintoaineistonsa Yhdysvalloista, jossa kunnat eivät juurikaan tuota itse eivätkä osta ikäihmisten asumispalveluja, vaan järjestelmä perustuu asiakkaiden omaan valintaan ja sairausvakuutukseen. Toinen maa, jossa aihetta on tutkittu varsin paljon, on Ruotsi, jossa myös kuntien omat yksiköt on yleensä velvoitettu osallistumaan tarjouskilpailuihin, toisin kuin Suomessa.

Yhdysvaltalaisen tutkimusten perusteella tehdyissä katsausartikkeleissa (mm. Schlesinger ja Gray 2006; Comondore ym. 2009) on todettu melko selkeästi, että valtaosassa tutkimuksia yritysten tuottamissa vanhuspalveluissa kustannukset olivat matalammat, henkilöstöä oli vähemmän ja laatuongelmia oli enemmän kuin voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen (järjestöjen ja säätiöiden) tuottamissa palveluissa. Ruotsissa saadut tulokset on puolestaan todettu niin ristiriitaisiksi, että selkeitä johtopäätöksiä ei voida esittää. Asiakasrakenteen ja palvelun laadun huomioiminen on siellä ollut heikompa kuin yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa. Kummassakaan maassa henkilöstövaikutuksia ei ole tutkittu. Tuoreessa ruotsalaisessa tutkimuksessa (Stolt ym. 2010) todettiin myös, että yksityisissä palveluissa henkilöstön määrä oli pienempi. Toisaalta tämän ruotsalaisen tutkimuksen mukaan palvelun laatu oli korkeammalla tasolla kuin kunnallisissa palveluissa. Suomessa ikäihmisten asumispalveluja ei ole tutkittu niin, että asiakasrakenteen, laatu, henkilöstövaikutukset ja kilpailuttaminen olisi otettu huomioon.

Yksityisten ja julkisten palveluntuottajien vertailu sosiaali- ja terveystaloudessa on erittäin ongelmallista. Amerikkalaisessa tutkimuksessa kunnallisen ja yksityisen vertailun sijaan vertaillaan lähinnä voittoa tavoittelevia ja voittoa tavoittelemattomia palveluntuottajia. Tämän vuoksi suoria johtopäätöksiä ei voida tehdä suomalaisen

toimintaympäristöön. Toiseksi tutkimuksissa otetaan eri tavoin huomioon asiakkaiden kuntoisuus tai sitä ei tarkastella lainkaan. Suomalaisessa keskustelussa vertaillaan usein jonkun sosiaali- tai terveystalouden kustannuksia ennen kilpailutusta ja sen jälkeen, eikä tarkastella lainkaan sitä, onko palvelutuote enää sama. Yksinkertaisimmillaan todetaan, että vaikkapa tilojen siivous on tullut halvemmaksi, vaikka samalla myös siivouksen määrä on vähentynyt.

Ongelmallista on myös se, että laatua mitataan monin eri tavoin. Yleensä suuri osa laadun mittareista on samankaltaisia kuin tässä kirjassa käytetyt laadun mittarit ovat, eli lähinnä ammatillisia, sairaanhoidollisia laatutekijöitä. Sen sijaan esimerkiksi Stoltin (2010) tutkimuksessa kyse on lähinnä laadun rakenteellisista tekijöistä ja palvelutasoa mittaavista tekijöistä.

Henkilöstön osalta aiemmat tutkimustulokset ovat yhtä ristiriitaisia kuin tulokset laadun osalta. Yhtäältä kilpailutuksissa epävarmuus usein lisääntyy, samoin kiire ja kuormitus. Toisaalta yksityisten palveluiden johtamista on pidetty parempana, työntekijöillä on joissakin tutkimuksissa todettu olevan paremmat vaikutusmahdollisuudet, koska yksityiset organisaatiot ovat hierarkialtaan matalampia (Haatainen 2006).

Suomessa ikäihmisten palveluissa henkilöstön hyvinvointi heikkeni 1990-luvulta lähtien (Laine ym. 2011). Vasta vuoden 2005 jälkeen hyvinvointi on hitaasti parantunut. Kun samalla henkilöstön saatavuus ikäihmisten palveluihin on varsin hankalaa, olisi tärkeää mieluummin parantaa kuin heikentää henkilöstön hyvinvointia. Tämän lisäksi tiedetään, että henkilöstön kuormituksella ja johtamisella on selkeä yhteys hoidon laatuun. Siksi myös henkilöstöön liittyvien tekijöiden seuraaminen on tärkeää.

Yksityisen sektorin tuottamien palveluiden ostaminen on herättänyt paljon keskustelua ja kuntien toteuttamat kilpailutukset on varsin usein viety markkinaoikeuteen. Tästä on syytetty usein kuntien heikkoa kilpailuttamisosaamista. Kilpailuttamisen ongelmien vuoksi ja toisaalta yksityisten palveluiden käytön poliittisten ristiriitojen vuoksi kilpailutuksia on pyritty jopa välttämään, ja viime aikoina erityisesti terveyskeskuksia on otettu takaisin kuntien järjestämäksi toiminnaksi. Palveluiden kilpailuttamisessa yksi keskeinen kysymys on itse palvelun ja sen laadun riittävän tarkka määrittäminen. Laadun arviointi onkin ollut keskeinen kysymys, kun kilpailutuksia on kritisoitu.

Runsaasti keskustelua on käyty myös siitä, onko Suomessa toimivia markkinoita riittävälle kilpailulle, mikä on edellytyksenä sille, että yksityisten palveluiden käytöstä saadaan etsittyä tehokkuushyötyä. Kehittymättömät markkinat voivat johtaa siihen, että yksittäiset toimijat voivat sanella palveluiden hinnan ja laadun. Edelleen, yksityisten palveluiden käyttö voi muuttaa palveluiden saatavuutta ja saatavuuden jakautumista esimerkiksi tulotason tai asuinpaikan suhteen. Palveluasumisen hinnoittelu on varsin kirjavaa eri kunnissa. Joissakin kunnissa maksu on samankaltainen kuin laitoshoidossa sisältäen kaiken: asumisen, hoidon ja ruokailut. Joissakin kunnissa asumisesta ja ruokailusta peritään kustannukset erikseen ja vain hoito sisältyy maksuihin. Erilaiset maksukäytännöt mahdollistavat sen, että asiakkaan maksamat kokonaiskustannukset vaihtelevat riippuen palveluntuottajasta ja asuinpaikasta.

On selvää, että yksityisten palveluiden ja hankkimisesta ja niiden käytön vaikutuksista tarvitaan enemmän tietoa. Keskeisiä kysymyksiä ovat, eroavatko yksityiset ja kunnalliset palvelut kustannusten, hoidon laadun ja henkilöstöön liittyvien tekijöiden suhteen. Kun kyse on ikäihmisten palveluista, on asiakkaiden hoidon tarve voitava ottaa huomioon vertailuja tehtäessä. Toinen keskeinen kysymys on, mitä ongelmia ja toisaalta hyviä puolia palveluita tilaavat kunnat ja palveluiden tuottajat näkevät kilpailutuksissa.

Tässä raportissa pyritään vastaamaan näihin kysymyksiin laajalla ja monipuolisella tutkimusaineistolla. Tämä raportti jatkaa KILPA-hankkeen aiempaa raportointia (Sinervo ym. 2010), jossa todettiin eroja kuntien, yritysten ja voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen tuottaman palveluasumisen välillä. Aiemmassa raportissa ei kuitenkaan selvitetty tarkempia syitä näille eroille. Tässä raportissa analyysijä syvennetään ja esimerkiksi laatua vertailtaessa käytetään työyksikkökohtaisten tietojen sijasta asiakaskohtaisia tietoja. Raporttiin on koottu myös tilaajien ja tuottajien haastatteluista esiin nousseet kokemukset kilpailuttamisesta.

Kirja perustuu KILPA-hankkeessa kerättyyn Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Palkansaajien tutkimuslaitoksen yhteistyönä koottuun aineistoon sekä THL:n RAI-tietokantaan samalta ajalta. Eri artikkeleissa on tutkimuskysymyksestä riippuen käytetty hieman erilaista kokonaisaineistoa, mikä kuvataan kussakin artikkelissa. Parhaimmillaan käytössä on aineistoa 618 osastolta, mutta KILPA-hankkeen kustannuksia ja työhyvinvointia koskevat tiedot on käytössä 179 työyksiköstä. Hoitopaikkoja näissä yksiköissä oli yhteensä 3426 ja asiakasarviointeja toteutettiin noin 3000. Henkilöstökyselyyn vastasi 1249 sellaista työntekijää, jotka voitiin yhdistää tiettyyn yksikköön. Yksiköistä suurin osa (134) oli palveluasumisen yksiköitä. Näistä reilu kolmannes (53) oli omistuspohjaltaan julkisesti omistettuja ja lähes vastaava osuus järjestöjen tai säätiöiden omistamia (52). Mukana olevista palveluasumisen yksiköistä yritysten omistamia oli noin viidennes.

Kirja jakautuu neljään artikkeliin sekä johtopäätösosaan. Pirttilä ja Taimio käsittelevät artikkelissaan julkisten palvelujen ulkoistamiseen ja kilpailuttamiseen liittyvää teoreettista taustaa sekä kustannusten eroja ja niitä selittäviä tekijöitä tutkituissa työyksiköissä palveluntuottajittain.

Finne-Soveri tarkastelee artikkelissaan toimintakyvyn laskua selittäviä tekijöitä ja palveluntuottajien eroja toimintakyvyn laskun osalta. Tässä analyysissä tutkimusaineistoa käytetään yksilötasoisena, eli siten että kunkin asiakkaan tiedot ovat analyysiyksikönä, eikä siis tarkastella vain yksiköiden keskiarvotietoja. Yksilötason analyysissä pystytään ottamaan paremmin huomioon asiakkaan terveyteen, toimintakykyyn ja niiden heikentymiseen liittyvät yksilölliset tekijät kuin yksikötason tarkastelussa. Näissä analyysissä ovat mukana myös tämän KILPA-hankkeen ulkopuolelta RAI-vertailukehittämisessä mukana olevat vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastot. Tarkoituksena on saada aiempaa laajempaa tietoa siitä, miten tutkitut palvelutalot sijoittuvat eri tekijöiden suhteen koko palvelujärjestelmään.

Noro käsittelee artikkelissaan laatueroja selittäviä tekijöitä ja laadun vaihtelua eri palveluntuottajien välillä. Myös tässä analyysissä käytetään yksilötason aineistoa. Siner-vo, Heponiemi, Elovainio, Tynkkynen, Noro, Finne-Soveri ja Aalto käsittelevät artikkelissaan henkilöstön hyvinvoinnin, johtamisen ja muiden henkilöstötekijöiden eroja eri palveluntuottajatyyppeiden välillä. Tämän lisäksi artikkelissa selvitetään, mitkä muut tekijät vaikuttavat kuormituksen, johtamisen ja työn ominaisuuksien vaihteluun. Toisaalta selvitetään, miten henkilöstötekijät ovat yhteydessä hoidon laatuun, kun Noron analyysissään käyttämät tekijät otetaan huomioon.

Syrjä käsittelee artikkelissaan kokemuksia kilpailuttamisista keräämiensä 32 tilaajan ja palveluntuottajien edustajan haastattelujen pohjalta.

Julkisen ja yksityisen tuotannon edullisuus ikäihmisten palveluasumisessa: teoreettista taustaa ja kustannusten vertailua

Jukka Pirttilä ja Heikki Taimio

Ikäihmisten palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuussa oleva kunta joutuu ensi vaiheessa harkitsemaan, tuottaako se palvelut itse vai ulkoistaako se niiden tuotannon yksityisille tuottajille. Pääsääntöisesti ulkoistamisen yhteydessä on hankintalain mukaan järjestettävä tarjouskilpailu. Tähän tutkimukseen osallistuneet kunnat¹ eivät olleet velvoittaneet omia palvelutalojaan osallistumaan tarjouskilpailuun.

Hankintalain 62§:n mukaan palveluntuottajien valintakriteerinä voi olla joko hinta tai kokonaistaloudellinen edullisuus. Palvelun hinta on periaatteessa hyvin yksikäsitteinen - käytetään hoitopäivän hintaa, siis sen kustannusta palvelun tuottajalle tai tilaajalle. Kokonaistaloudelliseen edullisuuteen sen sijaan voi kuulua monia ulottuvuuksia, jotka ottavat huomioon hinnan tai kustannusten lisäksi vaikutukset asiakkaisiin esimerkiksi näiden erityistarpeiden, palvelun laadun ja sen toteutusajan mielessä.

Tämä artikkeli keskittyy ikäihmisten tehostettujen asumispalveluiden kustannusten vertailuun eri tuottajatyypin – kunta, yritys ja voittoa tavoittelematon yhteisö – palveluyksiköiden välillä. Eroja selittävinä tekijöinä kokeillaan mm. palveluntuottajatyypin, asiakasrakennetta (yksikön asiakkaiden keskimääräistä hoidon tarvetta), yksikön kokoa, henkilöstömitoitusta, sijaintia, osallistumista tarjouskilpailuun jne. Lähestymistapa ei ole kuitenkaan täysin kattava, koska ei tarkastella vuorovaikutusta laatuun, henkilöstön hyvinvointiin ja johtamiseen liittyvien tekijöiden kanssa. Niitä tutkitaan lähemmin tämän kirjan muissa artikkeleissa.

Tämän kirjan keskeinen kysymys on palveluntuottajatyypin (omistusmuotojen) mahdolliset erot. Niitä on tutkittu melko paljon taloustieteellisessä kirjallisuudessa niin teoreettisella kuin empiiriselläkin tasolla ja myös ikäihmisten asumispalveluiden kohdalla. Palveluntuottajatyypin käyttäytymiserot ovat perinteinen ja keskeinen taloustieteellinen tutkimusongelma, mutta toki niitä voidaan lähestyä muidenkin tieteenalojen näkökulmasta. Tämän artikkelin aluksi luodaankin katsaus tähän tutkimuskirjallisuuteen.

¹ Tietosuojasysteemit kuntien ja palveluntuottajien nimiä ei paljasteta.

Teoreettisia näkökulmia

”Tuottaa vai ostaa”-valinta

Kunta vastaa ikääntyneiden asumispalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta, mutta sen ei välttämättä tarvitse itse tuottaa niitä. Harkitessaan, tuottaako palvelut itse vai ostaako ne yksityisiltä palveluntuottajilta, kunta kohtaa osittain samanlaisen asetelman kuin se, mitä taloustieteessä yritysten osalta tarkasteli jo Coase (1937) klassisessa artikkelissaan: kannattaako tuottaa kaikki itse vai ostaa jotakin muilta? Tehdessään tätä ”tuottaa vai ostaa”-valintaa voittoa maksimoivat yritykset tarkastelevat erilaisia transaktio-, koordinaatio- ja sopimuskustannuksia päättäessään, ostavatko ne joitakin tuotteita markkinoilta vai valmistetaanko ne yrityksen sisällä. Luonnollisesti kuitenkin kunnan päätöksentekoon vaikuttavat voiton maksimoinnin sijasta monet muut kriteerit.

Coasen esittämään peruskysymykseen on etsitty vastauksia erilaisista teoreettisista lähtökohdista. Williamson (1975, 1999) kiinnitti samassa hengessä huomiota transaktiokustannuksiin, joita yrityksille aiheutuu tuotteiden ostamisesta markkinoilta. Kunnan tapauksessa transaktiokustannukset muodostuvat tarjouskilpailun järjestämisestä sekä sopimuksen toteutumisen ja palvelun laadun valvonnasta. Sovellettuna kunnan kohtaamaan tilanteeseen ulkoistaminen kannattaisi vain sillä edellytyksellä, että siihen liittyvät transaktiokustannukset jäävät pienemmiksi kuin kunnan oman tuotannon kustannusten ja ulkoistetun palvelun ostohinnan välinen (mahdollinen) positiivinen erotus.

Pelkkä transaktiokustannusten tarkastelu ei kuitenkaan riitä julkisen ja yksityisen palvelutuotannon edullisuuden vertailuun. Talusteoreettisesta kirjallisuudesta voidaan lisäksi erottaa kolme peruslähestymistapaa tähän kysymykseen. Ensimmäisen lähestymistavan mukaan ratkaisevan tärkeää on se, alistetaanko myös julkiset palveluntuottajat kilpailulle. Jos näin tehdään, niin omistaja- ja tuottajatyypillä – julkinen vai yksityinen - ei sinänsä ole merkitystä. Tätä näkemystä on edustanut taloustieteessä ns. klassinen julkisen valinnan teoria.

Toisen lähestymistavan mukaan julkiset ja yksityiset palveluntuottajat käyttäytyvät eri tavalla myös silloin, kun molemmat on altistettu kilpailulle, koska niitä erottaa se, tavoittelevatko ne voittoa vai eivät. Tällöin omistusoikeuksilla ja omistajatyypillä on merkitystä julkisten ja yksityisten palveluntuottajien vertailussa. Tätä näkemystä puolestaan edustaa taloustieteessä ns. omistusoikeusteoria.

Omistusoikeusteorialle on puolestaan läheistä sukua kolmas lähestymistapa, joka kiinnittää huomiota altruismiin tai julkisen palvelun motivaatioon julkisella tai kolmannella sektorilla, erityisesti työntekijöiden keskuudessa. Yrityksmaailmalle ja kilpailullisille markkinoille tunnusomaisten kannusteiden käyttöönotto saattaa tuhota tällaisen motivaation.

Seuraavassa käsitellään näitä kolmea lähestymistapaa hieman tarkemmin, koska ne ohjaavat kiinnittämään huomiota eri asioihin tutkittaessa empiirisesti eri omistajatyypin ja kilpailutuksen vaikutuksia kustannuksiin. Tässä tarkastelussa ei aluksi rajoituta

nimenomaan ikäihmisten asumispalveluihin, vaan se koskee julkisia ja mahdollisesti ulkoistettavia palveluita yleensä.

Kilpailuttamisen merkitys: klassinen julkisen valinnan teoria

Sinällään on hyvin vanha käsitys, että julkinen sektori on yleensä yksityistä yritystoimintaa tehottomampi. Usein myös uskotaan nimenomaan voitontavoittelun kannustavan yrityksiä korkeampaan tehokkuuteen. Klassisessa julkisen valinnan teoriassa (esim. Tullock 1965; Downs 1967; Niskanen 1971) tämä ajatus vietiin kuitenkin pitemmälle: julkisen sektorin tehottomuutta vähennetään altistamalla se markkinakurille. Perusoletus oli, että inhimillinen käyttäytyminen perustuu itsekkyyteen eikä niinkään altruismiin tai muihin, toiset ihmiset tai laajemman yhteisön huomioon ottaviin motiiveihin. Niinpä tämän suuntauksen edustajat ajattelivat myös, että julkisen sektorin työntekijät (”byrokraatit”) ajavat omia etujaan eivätkä yhteistä hyvää, jota heiltä kuitenkin odotetaan. Heidän etujensa mukaista voi olla oman organisaation ja siten sen kokonaisbudjetin paisuttaminen. Sen vuoksi pitää olla kannustinjärjestelmä tai rajoitteita, joilla saadaan ohjattua julkisen sektorin työntekijöiden käyttäytyminen yhteisen hyvän suuntaan. Julkisen valinnan teorian klassikkojen argumentit viittasivat siihen, että markkinoiden ja kilpailun paineet voivat johtaa tähän tavoitteeseen. Siis julkisen tuotannon on kilpailtava yksityisen voittoa tavoittelevan tuotannon kanssa, tai ainakin ostopalvelut tulee altistaa tarjouskilpailulle.

On tärkeää huomata, että klassisen julkisen valinnan teorian mukaan kustannussäästöjä saadaan vain kilpailutettavista palveluista (esim. Boyne 1998). Muilta osin byrokratia jatkaa entisellään, eikä tämä teoria väitä, että julkisen vallan kokonaiskustannukset välttämättä alenisivat. Ajatuksena oli, että byrokraatit ja poliitikot saattavat keksiä tarjouskilpailujen ansiosta säästyneille varoille muuta käyttöä julkisten organisaatioiden piirissä. Kustannussäästöistä ei välttämättä seuraa julkisten varojen siirtoa muihin hyödyllisiin tarkoituksiin. On jopa mahdollista, että kilpailuttaminen tehostaa sellaisten palvelujen tuotantoa, joille ei ole aitoa kysyntää. Pahimmillaan sellainen toiminta voi olla silkkaa tuhlausta. Näin ollen vaikka kilpailuttaminen parantaisikin teknistä tehokkuutta, so. tuotantopanosten käyttöä palvelutuotannossa, se ei kuitenkaan välttämättä paranna allokatiivista tehokkuutta, so. palvelutuotosten ja toisaalta kansalaisten tai asiakkaiden tarpeiden ja preferenssien välistä vastaavuutta.

Klassista julkisen valinnan teoriaa voidaan kritisoida oletuksesta, että kuntien virkamiehet pyrkisivät paisuttamaan tai jopa maksimoimaan kokonaisbudjettiaan, vaan heidän tavoitteensa ovat yleensä paljon kapeampia ja siten myös julkisen sektorin tuhlaus on vähäisempää. Sitä paitsi poliittinen kontrolli sekä kilpailu puolueiden ja kuntien välillä saattavat myös vähentää tuhlausta.

Grueningin (2001) mukaan nimenomaan julkisen valinnan teorian klassikot keksivät erottaa julkisten palvelujen järjestämisen ja tuottamisen toisistaan. Uusi julkisjoh-

tamisen oppi (New Public Management, NPM) nojautui juuri tähän teoreettiseen suuntaukseen.² Sen ensimmäiset harjoittajat olivat vuonna 1979 valtaan nousset Thatcherin hallitus Isossa-Britanniassa ja eräät yhdysvaltalaiset kunnat, jotka olivat kärsineet ennen 1980-luvun alun taantumasta ja verokapinoista. Seuraavaksi sitä ryhtyivät harjoittamaan Australia ja Uusi Seelanti. Vasta myöhemmin akateemiset tutkijat tunnistivat NPM:n ominaispiirteet. Hood (1991) on tiettävästi NPM:n ensimmäinen varsinainen formulointi alan kirjallisuudessa. NPM:n perusidea on, että vaihdetaan virkamiehistöön ja perinteisiin ammattikuntiin kohdistunut luottamus markkinoihin ja elinkeinoelämän menettelytapoihin kohdistuvaan luottamukseen. Tämän jälkeen suorituksia arvioidaan erilaisten seuranta- ja arviointimenetelmien avulla.

Epäsymmetrinen informaatio: päämies-agentti-teoria

Kunnallisten palvelujen ulkoistamisessa törmätään myös taloustieteestä tuttuun päämies-agentti-ongelmaan (esim. Alchian ja Demsetz 1972, Holmström ja Milgrom 1991 sekä Laffont ja Tirole 1993), jossa kunta – jokin kunnallinen päätöksentekoyksikkö kuten valtuusto, lautakunta tai virkamies – on päämies ja kunnan oma tuotantoyksikkö tai yksityinen tuottaja on agentti. Tämän teorian mukaan kaikilla sopimussuhteilla on kaksi ominaisuutta. Ensinnäkin agentit ajavat omia etujaan eivätkä niinkään päämiehen etua. Toiseksi epäsymmetrinen informaatio suo valtaa agentille, joilla on ikään kuin luonnostaan aina päämiestä parempi tieto omasta toiminnastaan, eikä päämiehen ole helppo tarkistaa, toimiiko agentti halutulla tai sovitulla tavalla. Pohjimmiltaan ongelman ratkaisussa kysymys on siitä, millainen informaatio eri osapuolilla on ja miten päämies voi käyttää erilaisia kannustimia saadakseen agentin toimimaan halutulla tavalla.

Jo esimerkiksi Alchian ja Demsetz (1972) katsoivat julkisen sektorin oman tuotannon eduksi sen, että varsinkin sosiaali- ja terveyspalveluissa on helpompaa valvoa ja mitata yksilösuorituksia omassa tuotannossa kuin ulkopuolisessa yrityksessä. Lisäksi voitonjako on vaikeampaa kahden eri osapuolen välillä. Hart (1995) kuitenkin kritisoi tätä näkemystä, ettei se pohjimmiltaan selitä, miksi on näin.

Tässä on paljon samankaltaisuutta klassisen julkisen valinnan teorian kanssa. Päämies-agentti-teorian mukaan kuitenkin kilpailuttaminen ja markkinavoimat eivät riitä takaamaan, että agentit täyttävät päämiesten tavoitteet. Vaikka kustannustiedot saadaankin, jää tieto palvelun laadusta epäsymmetriseksi. Tämä on ollut myöhemminkin klassisen julkisen valinnan teorian ja uuden julkisjohtamisen opin kritiikin keskeinen osa.

Lisäksi voidaan väittää, että kannustin laistaa laadusta on suurempi yksityisille kuin julkisille agenteille. Perusteluna tälle on se, että julkiset agentit eivät todennäköisesti saa henkilökohtaisia rahallisia etuja siitä, että he tinkivät laadusta. Tosin laadusta tin-

2 Vesa Syrjä tarkastelee uutta julkisjohtamisen oppia tarkemmin artikkelissaan tässä kirjassa.

kimisellä säästetään rahaa, jota voidaan käyttää muuhun julkishallintoon tai verojen alentamiseen.

Päämies-agentti-teoria on perinteisesti oletanut, että tiukka monitorointi johtaa korkeaan tehokkuuteen. Kuitenkin agentit saattavat tulkita monitoroinnin epäluottamuksen osoitukseksi tai yksipuoliseksi luottamussuhteen irtisanomiseksi. Tämän seurauksena agentit eivät näe syytä, miksi he eivät voisi käyttäytyä opportunistisesti, ts. tinkiä laadusta aina kun valvontaa ei toteuteta. Kilpailuttaminen ja formaali monitorointi voivatkin johtaa päämiehen ja agentin välisen luottamuksen eroosioon ja henkilöstön alhaisempaan ponnisteluun. Keskinäinen luottamus voisi johtaa korkeampaan tuottavuuteen ja tehdä toiminnan valvonnan tarpeettomaksi (Boyne 1998).

Omistusoikeuksien merkitys

Kunnan ja yksityisen tuottajan välinen sopimus on relaatiopesifi, niiden kahden välinen ja vain kyseistä palvelukokonaisuutta koskeva. Kun varoja käytetään yhteisesti mutta niiltä puuttuu vaihtoehtoinen käyttötarkoitus, niin niiden omistaja eli yritys joutuu alistettuun neuvotteluasemaan (Klein et al. 1978). Jos vastapuoli eli kunta on opportunistinen, se voi käyttää tilannetta hyväkseen ja kaapata suuremman osuuden yrityksen ylijäämästä. Tämä voi tapahtua esimerkiksi kiristämällä sopimusmyönnytyksiä, jotka lisäävät yrityksen kustannuksia tai vähentävät sen saamaa korvausta.

Jensen ja Stonecash (2005) ovat esittäneet toisenlaisen, itse asiassa vastakkaisen kaappausongelman. Jos sopimuskautena tulee teen jokin odottamaton ongelma, niin välttämättä julkisen vallan ei kannattaisi tässä tilanteessa lähteä kovin helposti etsimään vaihtoehtoa markkinoilta. Kun sopimusta joudutaan tässä tilanteessa neuvottelemaan uudelleen, niin – päinvastoin kuin edellä - yksityinen yritys saattaa käyttää tilaisuutta hyväkseen ja nostaa hintaa, jolloin se saa ylimääräistä tuloa (voittoa) tilaajalta eli julkiselta vallalta. Siis kun sopimus on tehty, niin yksityisellä tuottajalla on huomattavaa markkinavoimaa.

Yksi tapa estää petkus tällaisessa tilanteessa on tarjota palveluntuottajalle tavalista korkeampi hinta, jonka sisältämän premion (lisäosan) nykyarvo ylittää mahdollisesta petkuksesta saatavat hyödyt. Mutta jos molemmilla osapuolilla ei ole samaa informaatiota, niin petkuttajan arvio opportunistisen käyttäytymisen tuomasta hyödystä voi olla isompi kuin tilaajan arvio. Tällöin maksetaan pienempi kuin optimaalinen preemio, ja opportunistia esiintyy.

Jensenin ja Stonecashin (2005) mainitsemat relationaaliset eli implisiittiset sopimukset ovat yksi ratkaisu kaappausongelmaan. Koska ne voidaan toteuttaa vain yksityisesti, ne perustuvat käyttäytymisnormeihin kuten luottamukseen. Ne voivat alentaa sopimuksenteon jälkeisten neuvottelujen kustannuksia. Ne ovat yleisiä yksityisten yritysten välillä.

Grossman ja Hart (1986) sekä Hart ja Moore (1990) ovat kiinnittäneet huomiota julkisen vallan ja yksityisen tuottajan välisiin sopimuksiin liittyviin omistusoikeuk-

siin ja sopimusten epätäydellisyyteen.³ Kun sopimuksissa ei voida varautua kaikkiin odottamattomiin tapahtumiin, kannattaako julkisia palveluja ylipäättään ulkoistaa? Tätä taustaa vasten Hart et al. (1997) esittivät laadunlaimennushypoteesin: jos palvelutuotannossa on sopimuskelvottomia elementtejä, niin yksityisillä yrityksillä on kannustin panna toimeen (ei-verifioitavia) kustannusleikkauksia, jotka heikentävät laatua. Kun on kyse vankiloista, hyvinvointipalveluista ja muista sellaisista palveluista, joissa henkilökohtainen kontakti on laajaa ja missä palveluntuottajan tulee harjoittaa arviointia, voimankäyttöä, huolenpitoa tai myötätuntoa, tärkeitä puolia laadusta ei voida kirjata tarkasti sopimukseen, joten niitä ei voida valvoa.

Hartin et al. (1997) mallissa julkisen sektorin puolella toimivan managerin ponnistukset suhteessa sosiaaliseen optimiin ovat (kannusteiden puutteista johtuen) liian alhaiset sekä kustannusten vähentämisen että laadun parantamisen kannalta. Sen sijaan yksityisen puolen managerin ponnistukset kustannusten vähentämiseksi ovat liialliset ja toisaalta liian vähäiset laadun parantamisen kannalta. Jos kustannusten vähentäminen huonontaa laatua merkittävästi, niin julkisen puolen tuotanto on parempi vaihtoehto kuin yksityinen sopimustuotanto. Toisin sanoen julkinen tuotanto on kustannustehokkaampaa kuin ulkoistaminen, jos (1) laadun valvonnan lisäkustannukset ovat korkeat ja jos (2) epävarmuus mahdollisista kustannuksista on suuri.

Holmström ja Milgrom (1991) sekä Dixit (2002) ovat lisäksi korostaneet sitä, että kun agentin edellytetään suorittavan useita erilaisia tehtäviä, niin se panostaa sellaisiin tehtäviin, jotka on helpointa mitata ja siten valvoa ja palkita. Tällöin tuottavuutta parannetaan, mutta laatu voi kärsiä, mikäli se riippuu vaikeasti mitattavista tehtävistä.

Näin ollen yksityisessä palvelutuotannossa kustannusten ja laadun välillä on valintatilanne (ks. myös Domberger 1998). Laadunlaimennushypoteesiin kuuluu toisaalta se ajatus, että julkisella sektorilla, missä virkamiehet ja poliitikot eivät voi pistää kustannussäästöjä taskuihinsa, ei ole kannustinta alentaa kustannuksia ja huonontaa laatua tällä tavoin. Tähän voidaan tietysti väittää vastaan, että laatua heikentäviin kustannusleikkauksiin saattavat julkisella puolella ajaa esimerkiksi poliittiset paineet, verovarojen riittämättömyys tai tarve ohjata julkisia menoja toisiin tarkoituksiin. Myös voittoa tavoittelemattomia yhteisöjä (järjestöjä ja säätiöitä) laadunheikennys saattaa kiinnostaa, koska sillä tavalla ne voivat lisätä nettotulojaan, joilla ne voivat rahoittaa esimerkiksi erilaisia henkilöstöetujaan ja subventoida muita aktiviteettejaan (Rushton 2005).

Toinen ongelma, joka voi johtaa laadunheikennykseen, on se, että palveluntuottajilla voi olla erilaiset tavoitteet laadun suhteen kuin palvelujen tilaajilla. Ei siis ole mitenkään yksiselitteistä, että laadunheikennyksiä tapahtuisi vain voitontavoittelumielessä.

3 Ks. myös Lehto (2006) sekä Knabe ja Sørensen (2006).

Julkisen palvelun motivaatio

Stereotyyppinen näkemys on, että julkisen sektorin työntekijät ovat laiskoja. Tutkimuksissa tästä on kuitenkin saatu hyvin vähän todisteita (Delfgaauw ja Dur 2008a). On myös tavallista väittää, että ns. kolmannella sektorilla toimivat voittoa tavoittelemattomat yhteisöt ovat tehottomia, koska niiltä puuttuu voittomotiivi (Rose-Ackerman 1996). Sen sijaan on melko paljon evidenssiä siitä, että merkittävällä osalla työntekijöistä niin julkisella kuin kolmannellakin sektorilla on juuri siellä työskentelyyn suuntautuva ”luontainen motivaatio” (Dixit 2002) tai yleisemmin ilmaistuna ns. julkisen palvelun (tai sektorin) motivaatio.⁴ Syystä tai toisesta he eivät tavoittele pelkästään omaa etuaan vaan ajattelevat myös asiakkaiden, yhteisön, valtion, kansan, ihmiskunnan tms. etua. Heillä on sekä omia että yleishyödyllisiä tavoitteita.

Jyrkkä erottelu oman ja asiakkaan tai jollakin tavalla rajattujen yhteisten etujen välillä voidaan toki ylittää määrittelemällä työntekijän oma etu niin, että asiakkaan (tai yhteisön) edusta huolehtiminen kuuluu siihen. Taloustieteessä käytetään tässä yhteydessä hyödyn käsitettä. Puhtaan altruismin oletuksessa asiakkaan hyöty vaikuttaa suoraan työntekijän hyötyyn. Jos kyse on vain siitä, että asiakkaan auttaminen tuottaa ns. ”lämpimän hehkun” työntekijälle, puhutaan epäpuhtaasta tai osittaisesta altruismista. Vielä etäämmälle mennään eriarvoisuuden karttamista korostavien mallien oletuksella, että työntekijän hyöty riippuu hänen ja asiakkaan hyvinvointien erosta: mitä pienempi ero, sitä suurempi hyöty.

Puhdas altruismi kumoutuu sillä, että empiirisesti ihmisten on todettu antavan lahjoituksia, vaikka on ns. vapaamatkustamisen mahdollisuus ja joku muu (kuten julkinen valta) rahoittaa toimintaa (Meier 2007). Tällaisessa tilanteessahan yleishyödyllinen tavoite täyttyisi ilman ko. henkilön osallistumista toimintaan. Sen sijaan epäpuhdas altruismi sallii yhä osittaisen lahjoitusten syrjäytymisen, kun toiset ihmiset tai julkinen valta lisäävät panostustaan.

Sekä suora että epäsuora altruismi olettavat vakaan käyttäytymisen, mikä on ristiriidassa empiiristen havaintojen kanssa kahdella tavalla. Ensinnäkin useimmissa kokeellisissa tutkimuksissa yleishyödyllinen käyttäytyminen on rapautunut toistojen myötä. Toiseksi ihmiset eivät aina käyttäydy yleishyödyllisesti kasvattaakseen toisten hyvinvointia. Joskus he sen sijaan rankaisevat muita, mikä on ristiriidassa altruististen preferenssien kanssa. Tämän vuoksi eriarvoisuuden karttamismallit kiinnittävät huomiota suhteelliseen hyvinvointiin absoluuttisten hyötytasojen sijasta.

4 Määritelmistä ks. esim. Perry (1996), Myers (1998) ja Georgellis et al. (2009). Crewson (1997) ja Myers (2008) viittaavat useisiin tutkimuksiin, jotka osoittavat tällaisen motivaation olemassaolon. Ks. myös Francois (2000) ja Perry et al. (2009). Kirjallisuudessa on tunnistettu kaksi päälähdettä:

- (i) yksilön kokemukset, ml. elämän tapahtumat, sosialisointuminen perheessä, koulussa ja ammattikoulutuksessa
- (ii) organisaation kulttuuri, ml. työnkuvaukset, kannustimet ja työympäristö.

Useissa tutkimuksissa on käsitelty mahdollisuutta, että julkisen palvelun motivaatio voisi jollakin tavalla korvata voitontavoittelumotiivin. Esimerkiksi Besley ja Ghatak (2003) lähtevät siitä, että julkisella ja kolmannella sektorilla missio korvaa voitottomotiivin. Jos työntekijät hyväksyvät organisaation mission, he työskentelevät kovemmin, mikä kohottaa tuottavuutta. Voidaan myös puhua ideologiasta, ja usein on kyse jostakin uskonnollisesta tai muusta aatteellisesta taustasta.

Julkisen sektorin työntekijät saattavat jopa hyväksyä matalammat palkat, jos he vain voivat työskennellä organisaatioissa, jonka tavoitteisiin he uskovat. Sama voi koskea kolmannen sektorin tuottajia. Tämä voi lisätä tuottavuutta (esim. Besley ja Ghatak 2005). Missio-orientoituneiden organisaatioiden tulisi käyttää rahallisia kannustimia vain, jos päämiehen ja agentin missiot sopivat huonosti yhteen. Toisin sanoen rahallisten kannustimien suurempi käyttö julkisella sektorilla kieltä missioiden huonosta yhteensopivuudesta.

1980-luvulle tultaessa monissa maissa kustannuspaineet julkista sektoria kohtaan lisääntyivät, joten ruvettiin vaatimaan tulosvastuullisuutta. Tulosvastuullisuuden lisääminen muuttaa usein missioiden yhteensopivuutta. Niinpä missio-orientoituneet organisaatiot usein vastustavat tällaisia reformeja, joita sitten yritetään ajaa läpi ulkopuolisin voimin. Tämä uudelleenorganisointi taas murentaa moraalialia ja alentaa tuottavuutta. Acemoglu et al. (2008) ovat osoittaneet, että julkinen tuotanto voi parantaa voimavarojen kohdentumista ja tuottavuutta sellaisilla aloilla kuin terveydenhuollossa ja opetuksessa, joilla kannustimien lisäämisellä on todennäköisimmin vääristäviä vaikutuksia.

Rahalliset kannustimet voivat johtaa siihen, ettei julkisen sektorin motivaatiota pystytä hyödyntämään, eli ne syrjäyttävät sitä (Benabou ja Tirole 2006; Myers 2008). Ulkoiset kannustimet pilaavat hyvien tekojen mainearvon, koska herää epäily, missä määrin ne tehtiin kannustimien eikä itsensä takia – tämän takia työntekijät saattavat jopa torjua palkkiot. Georgellis et al. (2009) empiiriset tulokset viittaavat siihen, että henkilöt, joilla on korkea julkisen sektorin motivaatio, hakeutuvat todennäköisemmin julkisen sektorin palvelukseen. Johtopäätös on, että julkisella sektorilla pitäisi alentaa palkkoja, koska korkeat palkat viestisivät ”ahneudesta” ja ruokkivat ns. käännteistä valikoitumista, jossa työntekijöiksi hakeutuu pääasiassa rahan motivoimia henkilöitä. On kuitenkin empiirisissä tutkimuksissa jäänyt epäselväksi, missä määrin julkisen sektorin motivaatiota ollaan valmiita vaihtamaan korkeampaan palkkaan.

Rahallisten kannustimien käyttö sosiaali- ja terveyspalveluissa kohtaa vaikeuksia myös näiden palvelujen luonteeseen kuuluvista syistä (esim. Dixit 2002; Besley ja Ghatak 2003). Julkiset palvelut ovat kolmella tavalla erilaisia:

- (i) mitattavuus: palvelut ovat kompleksisia, ja niiden laatu on siten vaikeasti mitattavissa, joten organisaation tavoitteetkin ovat jossain määrin epätarkkoja.
- (ii) moniulotteisuus: palveluilla on useita ulottuvuuksia, joten kannustimien luominen on hankalaa. Keskittyminen vain yhteen tai liian harvoihin tavoitteisiin voi johtaa vääristymiin.

(iii) useita päämiehiä: asiakkaat, veronmaksajat, kunnallispoliitikot, virkamiehet ym. Ulkoisvaikutuksia voi olla laajalle, minkä takia näitä palveluita tuotetaan ns. second best-järjestelyin, jotka luovat lisää päämiehiä, mikä tyypillisesti tekee kannustimista vähemmän voimakkaita.

Tällaisessa ympäristössä kannustimien lisääminen voi suunnata huomion helposti mitattaviin tuotoksiin ja siten heikentää laatua.

Julkinen, yksityinen vai kilpailu?

Edellä esitellyt teoreettiset suuntaukset antavat aihetta kysyä esillä olevassa empiirisessä tutkimuksessa, mikä oikeastaan on ratkaisevaa ikäihmisten asumispalveluiden tuotannossa. Ensinnäkin klassinen julkisen valinnan teoria väittää, että palvelutuotannon kustannusten alentamiseen tarvitaan kilpailua, johon olisi saatava mukaan myös julkisen puolen tuotantoyksiköt. Toiseksi omistusoikeuksia korostava lähestymistapa pitää tärkeämpänä voitontavoittelumotiivia, jota julkisella puolella ei kuitenkaan ole. Kolmanneksi julkisen palvelun motivaatio saattaa korvata voitontavoittelun ja muut rahalliset kannustimet. Näitä vaihtoehtoisia hypoteeseja ei tiettävästi ole tähän mennessä tutkittu suomalaisessa kontekstissa ja suomalaisella aineistolla. Nyt esillä olevassa tutkimuksessa tehdään avaus tähän suuntaan vertaamalla julkisen, kolmannen sektorin ja yrityssektorin palveluntuottajien kustannuksia ikäihmisten asumispalveluissa.

Yritykset ja voittoa tavoittelemattomat yhteisöt ikäihmisten asumispalveluissa

Laadunlaimennushypoteesi - käsitys, että voitontavoittelu olisi ristiriidassa palvelun laadun kanssa - on hallinnut voimakkaasti sitä teoreettista kirjallisuutta, joka on käsitellyt nimenomaan ikäihmisten palveluasumista. Valtaosa tästä tutkimuksesta on peräisin Yhdysvalloista, jossa tästä toimialasta yli 90 prosenttia on yksityisen sektorin hallussa. Siitä noin 2/3 on yrityksiä ja 1/3 voittoa tavoittelemattomia yhteisöjä. Yleensä näissä tarkasteluissa harvat julkisesti omistetut palveluyksiköt yhdistetään voittoa tavoittelemattomiin yksiköihin. Yhdysvalloissa asiakas yleensä itse tai joku hänen puolestaan valitsee palveluntuottajansa, ja asiakkaat saavat maksuihinsa tukea Medicare- ja Medicaid-varoista. Koska kunta tai julkinen sektori ei ole tilaaja, ei herää lainkaan kysymystä palvelujen ulkoistamisesta ja kilpailuttamisesta kuten esimerkiksi Suomessa. Sen sijaan huomio keskittyy yritysten ja voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen vertailuun.

Tiettävästi Arrow (1963) ensimmäisenä huomautti, että voittoa tavoittelemattomat yhteisöt terveydenhoitomarkkinoilla tarjoavat laatutakuuta huonosti informoiduille kuluttajille. Useissa myöhemmissä tutkimuksissa on korostettu tätä näkökulmaa (esim. Hansmann 1980, Easley ja O'Hara 1983; Weisbrod ja Schlesinger 1985; Spec-

tor et al. 1998; Hirth 1999; Kendall ja Knapp 2000; Chou 2002; Feiock ja Jang 2003). Ajatuksena on, että voittoa tavoittelemattomiin yhteisöihin luotetaan enemmän kuin yrityksiin epäiltäessä niiden voitontavoittelun olevan ristiriidassa laadukkaan palvelun kanssa.

Talousteorian mukaan voittoa tavoittelevat yritykset tuottavat sosiaalisesti tehokkaan tuotevalikoiman silloin, kun kuluttajat voivat helposti arvioida tuotteita ennen niiden ostamista, sopia niiden toimitusehdoista, valvoa sopimuksen noudattamista ja saada hyvitystä sopimusrikkomuksista. Jos näin ei ole, niin tuottajille jää harkintavaltaa. Voittoa tavoittelemattomat yhteisöt voivat edustaa asianmukaista reaktiota sopimuskenteon epäonnistumiseen laadun ollessa epävarmaa, koska niillä on voitonjakoa koskeva rajoite. Näin ollen asiakkaat voivat käyttää voittoa tavoittelematonta statusta signaalina rehellisyydestä.

Terveystenhoitoa sisältävissä palveluissa ja ikäihmisten palvelutaloissa asiakkailta on heikko informaatio palvelun laadusta, joten heidän on vaikea aiheuttaa kilpailullisia paineita tuottajia kohtaan. Asukkaat vaihtavat harvoin palvelutaloa, joten maineenmuodostuksen merkitys jää hyvin rajalliseksi.⁵ Usein palvelujen tosiasiallisina ostajina toimivat sukulaiset, ja asukkailla – etenkin jos heillä on heikentynyt kognitio esimerkiksi vaikean dementian takia - ei ole keinoja arvioida laatua ja kertoa arvioistaan näille sukulaisille tai henkilökunnalle.

Tällaiset informaation epäsymmetriat saattavat olla tärkeä syy sille, että monia palvelutaloja pyörittävät voittoa tavoittelemattomat yhteisöt. Yleinen argumentti on, että voittoa tavoittelemattomat yhteisöt saattavat antaa suuremman painon palvelun laadulle. Informaation epäsymmetria tarjoaa voittoa tavoitteleville yrityksille tilaisuuden esittää väärin tai tarjota liian vähän palvelun sellaisia puolia, jotka ovat vaikeasti mitattavissa.

Kuten jo edellä todettiin, voittoa tavoittelemattomille yhteisöille on usein ominaista tietty missio, aate tai ideologia. Työntekijät hakeutuvat sellaisiin yhteisöihin tiettyjen arvojen takia, joten he eivät tarvitse paljoa valvontaa (esim. Rose-Ackerman 1996). Osakkeenomistajien puuttuminen on signaali työntekijöille, ettei heidän epäitsekkyytensä rikastuta ketään muuta. Työntekijät voivat olla jopa valmiita hyväksymään alhaisemmat palkat. Siis voittoa tavoittelematon muoto valitaan, koska se auttaa hyödyntämään henkilöstön luontaista tai julkisen palvelun motivaatiota. Luontaisen motivaation eroista voidaan johtaa positiivinen palkkaero voittoa tavoittelevan ja voittoa tavoittelemattoman toimintamuodon välille (Ghatk ja Mueller 2010). Voittoa tavoittelematon yhteisö saattaa myös houkutellessa yksityisiä lahjoituksia, joita yritykset ja julkinen valta eivät saa. Ne alentavat kustannuspaineita.

Näin ollen voittoa tavoittelemattomilla yhteisöillä saattaa olla etu laadunvalvonnassa ja ehkä myös kustannuksissa. Weisbrod ja Schlesinger (1986) ovat todenneet, että

5 Toki vertailutietoa eri yksiköistä voi saada ”puskaradion” kautta. Yhdysvalloissa tätäkään ei ole katsottu riittäväksi, ja niinpä maahan on perustettu julkinen vertailupalvelu, joka toimii Internetissä.

jos panosten ja tuotosten määrien ja laadun valvonta aiheuttaa kustannuksia julkiselle vallalle, niin epäsuora sääätely saattaa olla tehokkaampaa – siinä muodossa, että rajoitetaan voittojen käyttöä kuten voittoa tavoittelemattomissa yhteisöissä. Niillä on lailla säädetty ns. tuloksenjakorajoite. Vähempi sääätely pienentää transaktiokustannuksia, koska silloin ei tarvitse käyttää voimavaroja valvontaan ja tarkastuksiin (Kendall et al. 2006). Seurauksena tästä on kuitenkin myös ollut se, että on ollut saatavilla hyvin vähän informaatiota tällaisten tuottajien palvelujen laadusta sekä yksiköiden tuloksista ja tehokkuudesta.⁶

Omistusoikeuksia korostava talousteoria väittää, että voittoa tavoittelematon toiminta on tehotonta ja johtaa ei-rahamuotoisiin palkkioihin. Tämä omistusmuoto voi kilpaila tehokkaampien yritysten kanssa vain julkisen vallan tuella (Frech ja Ginsburg 1981; Weisbrod ja Schlesinger 1986). Mutta on mahdollista, että voittoa tavoittelemattomia yhteisöjä tulee johtamaan sellaisia managereita, joille rahallisten palkkioiden sijasta ovat tärkeitä muut asiat kuten laatu ja rehellisyys. Tässä tapauksessa voittoa tavoittelemattomat yhteisöt eivät välttämättä ole sosiaalisesti tehottomampia kuin voittoa tavoittelevat yritykset. Se, käyttäytyvätkö nämä enemmän vai vähemmän opportunistisesti, riippuu siitä, onko se enemmän vai vähemmän haitallista rahallisten ja ei-rahallisten etujen kannalta (silloin kun siitä jää kiinni). Toisin sanoen silloin kun laatua on vaikea havainnoida, niin voittoa tavoittelemattomat yhteisöt toimivat paremmin, jos joko (i) niiden johtajien preferenssit suosivat vähemmän opportunistisia tai (ii) niiden johtajille on vähemmän etua opportunistista, koska voittoja ei jaeta heille. Weisbrodin ja Schlesingerin (1986) empiirisen tutkimuksen mukaan yritysmuotoiset tuottajat aiheuttavat muita enemmän valituksia vaikeasti havaittavasta laadusta, ts. ne ovat opportunistisempia. Myös Jang ja Feiock (2003) saivat tulokseksi, että voittoa tavoittelemattomat yhteisöt ovat vähemmän opportunistisia.

Toinen, mutta edelliselle läheistä sukua oleva selitysmalli voittoa tavoittelemattomille yhteisöille on sopimuksenteon epäonnistuminen yritysten kanssa: voittoa tavoittelematon status tekee mahdolliseksi johdolle sitoutua yleishyödyllisiin tavoitteisiin tai korkeampaan laatutasoon tai että lahjoitettua rahaa tai työpanosta ei kaapata yksityiseksi eduksi (ks. esim. Easley ja O’Hara 1983; Rose-Ackerman 1996; Glaeser ja Shleifer 2001; Feiock ja Jang 2003; Bilodeau ja Slivinski 2004; Ghatak ja Mueller 2010). Easley ja O’Hara väittävät, että jos yrityksen tuotosta ei pystytä havaitsemaan, niin optimaalinen sopimus yhteiskunnan ja managerin välillä on voittoa tavoittelematon sopimus. Voittoa tavoitteleva yritys raportoisi aina tuotoksen, joka maksimoi sen voiton. Voittoa tavoittelemattomalle yhteisölle voidaan taata vakiotuotto, ja vain tällainen sopimus tyy-

6 Tämä havaintoaineiston puute myös selittää sen, että näistä palveluista on tehty niin vähän empiiristä tutkimusta eri maissa. Suomessakin tämä puute on ollut suuri, ja Kilpa-hankkeessa aineistot jouduttiin keräämään lähes kokonaan itse. Yhdysvalloissa on kuitenkin ollut käytössä aika laajoja tietoja tätä varten.

dyttää kannusteiden yhteensopivuusrajoitteet, ts. se saa tuottajan paljastamaan oikean tuotoksen.⁷

Toisaalta voittomotiivin puuttuessa voidaan odottaa, että voittoa tavoittelematon yhteisö on hitaampi reagoimaan kysynnän muutoksiin ja tehottomampi panosten käytössä kuin voittoa tavoitteleva yritys. Lisäksi voittoa tavoittelemattomat yhteisöt voivat onnistua jakamaan voittojaan korkeampien palkkojen, työsuhde-etujen yms. muodossa ja tietysti myös kanavoimalla voittojaan muihin toimintoihin. Hansmann (1980) väitti, että tämä voittorajoitteen kiertäminen on erityisen yleistä ikäihmisten palvelutalobisneksessä. Kuitenkin Hansmann oli sitä mieltä, että voittoa tavoittelematon yhteisö on parempi vastaus markkinoiden epäonnistumiseen sopimusten teossa. Yleensä silti näemme markkinoilla yhtä aikaa molempia omistusmuotoja, koska monimutkaisia henkilökohtaisia palveluja tarjottaessa niiden hyvät ja huonot puolet tasoittuvat, ja asiakkaiden voi olla vaikea tehdä selvää eroa niiden välille.

Hirth (1999) sekä Grabowski ja Hirth (2003) ovat tarkastelleet yritysten ja voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen markkinaosuuksien määräytymistä. Jos asiakkailla on täysi informaatio laadusta, niin voittoa tavoittelemattomat yhteisöt syrjäyttävät yritykset laatukilpailussa. Muutoin voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen markkinaosuus on otettava huomioon, koska siitä seuraa laatukilpailussa vaikutuksia myös yrityksiin. Koska voittoa tavoittelemattomat yhteisöt houkuttelevat enemmän huonosti informoituja asiakkaita, niin voittoa tavoittelevissa yrityksissä asuvat asiakkaat ovat keskimääräistä paremmin informoituja. Näin ollen mitä suurempi on voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen markkinaosuus, sitä todennäköisemmin voittoa tavoittelevat yritykset tuottavat lupaamansa laadun. Tätä voidaan kutsua ”käänteiseksi Greshamin laiksi”, jossa hyvät palveluntuottajat ajavat huonot palveluntuottajat alalta. Siten voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen osuuden pienentämisellä olisi haitallisia hyvinvointiseuraamuksia, koska se muuttaisi vallitsevaa markkinatasapainoa. Mitä suurempi markkinaosuus yrityksillä on, sitä enemmän niillä on huonosti informoituja asiakkaita ja sitä enemmän laadunlaimennusta tapahtuu.

7 Kendall et al. (2006) ovat luetelleet useita selityksiä sille, miksi voittoa tavoittelemattomilla yhteisöillä on suurempi merkitys sosiaalipalveluissa kuin esimerkiksi koulutuksessa:

- vanhastaan voittoa tavoittelemattomia yhteisöjä oli jo tällä alalla
- yksiköiden perustamiskustannukset ovat usein alhaiset
- uskonnollisten yhteisöjen välinen kilpailu (joissakin maissa)
- valtion interventio sosiaalitoimeen kehittyi myöhemmin sosiaalisista ja poliittisista syistä
- kun sosiaalipalvelut ovat olleet vähemmän riippuvaisia valtion tuesta ja nojanneet runsaaseen vapaaehtoistyöhön,
- sääätelyä on ollut vähemmän ja vähempi sääätely pienentää transaktiokustannuksia, koska silloin ei tarvitse käyttää voimavaroja valvontaan ja tarkastuksiin
- vapaaehtoistyö alentaa tuotantokustannuksia

Ikäihmisten asumispalveluiden ulkoistaminen

Toisin kuin Yhdysvalloissa, Suomessa ikäihmiset eivät käytännössä voi itse valita ja kilpailuttaa asumispalveluidensa tuottajaa, mikäli kunta osallistuu niiden kustannuksiin.⁸ Sen sijaan kunta valitsee asiakkaat eri yksiköihin. Mikäli se päättää ulkoistaa palvelut yksityiselle sektorille, sen on pääsääntöisesti järjestettävä tarjouskilpailu ja tehtävä sopimus palveluntuottajan kanssa sekä valvottava sen noudattamista. Näin syntyvät ns. näennäis- eli kvasimarkkinat, joilla on sekä voittoa tavoittelevia yrityksiä että voittoa tavoittelemattomia yhteisöjä, mutta Suomessa julkiset yksiköt eivät juuri koskaan ole osallistuneet ikäihmisten palveluasumisen tarjouskilpailuihin.⁹

Ikäihmisten sosiaalipalvelujen ulkoistamisen tarkasteluun tarkoitettuja formaaleja teoreettisia malleja on vain muutamia. Knaben ja Sørensenin (2006) malli perustuu useille yksinkertaistaville oletuksille, mutta se johtaa usein mainittuihin perustuloksiin¹⁰:

(i) julkinen puoli tulee kalliimmaksi, koska siellä ei ole kannustinta kustannussäästöihin

(ii) yksityinen puoli tulee kalliimmaksi, koska siellä pitää harjoittaa enemmän valvontaa

(iii) yksityinen puoli tulee kalliimmaksi, koska siellä on maksettava korkeampia palkkoja

Vertailun tulokset eivät siis loppujen lopuksi ole yksiselitteisiä. Tässä mallissa yksityinen sektori koostuu vain yrityksistä, mutta Sørensenin (2004) malli sisältää myös kolmannen sektorin palveluntuottajan, joka ei tuota voittoa mutta voi käyttää ylijäämänsä korkeampiin palkkoihin tai ”luontoisetuihin”, jotka ovat epätäydellisiä substituutteja (korvikkeita) pelkälle rahalliselle korvaukselle. Juuri oletus tästä epätäydellisestä substituutavuudesta tuottaa sen tuloksen, että kolmannen sektorin palveluntuottajalla on pienempi kannustin säästää kustannuksissa kuin voittoa tuottavalla yrityksellä. Samalla vaadittu valvontapanos on pienempi kuin yrityksillä mutta suurempi kuin julkisella sektorilla.

Empiirisiä tutkimuksia

Yhdysvaltalaisilla aineistoilla tehdyt tutkimukset

Ikääntyneiden asumispalvelujen kustannuksia käsittelevistä empiirisistä tutkimuksista valtaosa on tehty yhdysvaltalaisilla aineistoilla, jollaisia on koottu eri alueilta ja eri ajankohtina. Julkaisuja on useita kymmeniä 1960-luvun lopulta lähtien. Tietävästi yhdessäkään tutkimuksessa ei ole pyritty minkäänlaiseen satunnaiskoeasetelmaan, vaikka

8 Asiakkaan kokonaan itse maksamien asumispalvelujen käyttö on kasvussa mutta toistaiseksi vähäistä, eikä niitä tarkastella tässä tutkimuksessa.

9 Syrjän artikkeli tässä kirjassa tarkastelee lähemmin kilpailutukseen liittyviä kysymyksiä.

10 Ks. myös Bennett ja Iossa (2005) sekä Lehto (2006).

sellainen aiheen luonteen takia voisi olla hyvin perusteltu. Koska julkisen sektorin tuottajien osuus on Yhdysvalloissa hyvin pieni, ei julkisen ja yksityisen tuottajan vertailua ole tehty juuri ollenkaan, vaan lähes kaikki vertailut on tehty yritysten ja voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen välillä.

Yhdysvaltalaisilla aineistoilla tehtyjen tutkimusten tulokset ovat varsin pitkälti tukevat laadunlaimennushypoteesia. Comondore et al. (2009) keskittyy pelkästään laatuun ja vetää yhteen 82 tutkimuksen tulokset. Niistä 40:ssä kaikki tilastollisesti merkitsevät tulokset osoittivat laadun olevan parempaa voittoa tavoittelemattomissa yhteisöissä. Vain kolmen tutkimuksen tulokset olivat suosiollisia yrityksille, ja muiden tutkimusten tulokset olivat erilaisia eri laatumuuttujille.

Schlesingerin ja Grayn (2006) laatiman yhteenvedon mukaan viimeisten 30 vuoden aikana kaikki tutkimukset yhtä lukuun ottamatta ovat saaneet tulokseksi, että yrityksillä hoitopäivän kustannukset ovat alemmat kuin voittoa tavoittelemattomilla yhteisöillä.¹¹ Mutta voittoa tavoittelemattomien tuottajien hinnat ovat olleet alemmat, ja niillä hallintokulut ovat olleet alemmat tai yhtä suuret kuin yrityksillä. Siis vaikka yritykset ovatkin olleet tehokkaampia, niillä on ollut korkeampi voittomarginaali (ns. mark up-prosentti), joten palvelun ostajat eivät välttämättä ole säästäneet ostamalla juuri niiltä.

Monissa empiirisissä tutkimuksissa on käytetty mikrotalousteoriana johdettua kustannusfunktioita, joka kertoo yhteyden tuoteyksikön keskimääräisen kustannuksen ja tuotannon määrän välillä. Siinä voidaan ottaa huomioon myös palveluntuottajatyypin ja panoshinnat. Meiners (1982) on varhainen ja tyypillinen tällainen tutkimus: kustannuksiin vaikuttavat tuotantokapasiteetti (hoitopaikkojen määrä), käyttöaste, panoshinnat, yksikön erityispiirteet, palvelujen laatu ja asiakasrakenne.¹²

Meinersin (1982) ekonometrisissa tuloksissa paikkamäärän ja sen neliön kertoimet osoittivat, että ensin vallitsevat kasvavat skaalatuotot (mittakaavaedut) ja sitten laskevat skaalatuotot. Optimikoko eli yksikkökustannusten minimikohta oli 330 paikkaa. Mallin avulla oli myös mahdollista arvioida skaalatuottojen voimakkuus, joka osoittautuu pieneksi. Kuitenkin koska tässä ei oteta huomioon omaisten ja ystävien matkakuluja, niin malli ei kerro oikeaa optimikokoa. Yleensä laskettu optimikoko vaatisi asiakkaita niin laajalta alueelta, ettei se ole heidän läheistensä kannalta mielekäs.

Yritykset olivat Meinersin (1982) tutkimuksessa 11 prosenttia halvempia kuin voittoa tavoittelemattomat tuottajat toimintakuluilla mitattuna. Muutamia julkisenkin sektorin omistamia yksiköjä oli mukana, mutta niiden kokonaiskustannukset eivät eronneet merkittävästi yritysten ja voittoa tavoittelemattomien tuottajien kustannuksista. Toimintakuluilla mitattuna julkiset yksiköt olivat 90 prosentin merkitsevyytasolla

11 Ns. DEA-menetelmällä tehdyt tutkimukset tehokkuudesta ovat tuottaneet aivan samanlaisia tuloksia.

12 Meiners (1982) myös vertasi kustannusfunktion kahta eri muotoa, additiivista ja multiplikatiivista, ja tarkasteli niiden useita vaihtoehtoisia versioita. Tuotosmuuttujan (yksikön koon) kohdalla kvadraattisen termin käyttö voi olla perusteltua siksi, että kustannusfunktio saa sen suhteen U:n muodon kuten talousteoriassa yleensä oletetaan. Meiners totesi, että loglineaarinen muoto multiplikatiivisesta kustannusfunktioista toimi paremmin kuin sen vaihtoehdot.

kalleimpia. Tämän tutkimuksen perusteella kannattaa myös kiinnittää huomiota siihen, miten julkiset ja voittoa tavoittelemattomat voivat hyötyä alhaisista pääomakuluista ja siten tukea omia toimintakulujaan. Kysymys on relevantti myös Suomessa.

Toisin kuin Meiners (1982), useimmat muut tutkimukset eivät ole tarkastelleet pääomakustannuksia. Ne on nähty ongelmallisena, koska niihin vaikuttavat mm. asumisyksiköiden historiallisten rakentamiskustannusten erot, yksiköiden ikä ja kirjanpito menetelmät. Lisäksi rahoituskustannukset eivät täysin heijasta oikeaoppisesti pääoman vaihtoehtokustannuksia. Siksi yleensä tutkimuksissa on käytetty toimintakuluja tai pelkkiä henkilöstökuluja, jotka suoraan heijastavat muuttuvia kustannuksia (ks. esim. Weech-Maldonado et al. 2004). Kiinteät kulut jätetään tarkastelun ulkopuolelle.

Palveluyksiköiden asiakasrakenteet vaihtelevat asiakkaiden erilaisten ominaisuuksien (kuten ikä ja sukupuoli) mukaan, mutta olennaisinta on heidän toimintakykynsä taso, joka vaikuttaa hoidon tarpeeseen. Yleisesti alan kirjallisuudessa katsotaan, että erityyppisille asiakkaille tarjotut hoitopäivät ovat eri tuotteita. Niinpä tyypillisesti kustannustutkimukset ovat käyttäneet asiakaskuvaajia tuotepiirteinä, jolloin estimoitu kustannusfunktio ennustaa perushoitopäivän keskimääräisen kustannuksen, johon on lisätty kustannuksia tietyn yksikön asiakkaista. Asiakkaiden toimintakykyä on vaikea mitata niin, että se voidaan sisällyttää kustannusfunktioon. Monissa tutkimuksissa tähän on käytetty erilaisia ns. case-mix-indikaattoreita (kustannuspainoja), jotka mittaavat asiakkaiden hoidon tarvetta tai siihen tarvittavaa aikaa. Nämä ovat olleet tavalla tai toisella yksipuolisia tai muuten puutteellisia.

Korkeat kustannukset kustannuspainoon nähden voivat kertoa joko tehottomuudesta tai korkeasta laadusta. Näin ollen laatua pitää myös mitata ja kontrolloida, kun tarkastellaan omistajatyypin ja kustannuspainon vaikutuksia kustannuksiin. Ikäihmisten asumispalvelujen laatu on kuitenkin hyvin moniulotteinen, eikä ole onnistuttu kehittämään yhtä indeksimuuttujaa, joka kuvaisi kokonaislaatua. Tutkimuksissa on käytetty useita erilaisia laatumuuttujia, jotka on usein jaoteltu Donabedianin (1966) kehittämän rakente-prosessi-tulos-lähestymistavan¹³ mukaan. Rakenteellisia (panos)mittareita laadulle ovat esimerkiksi henkilöstörakenne ja –mitoitus. Prosessimittareista voidaan mainita lääkitys ja fyysisten apuvälineiden käyttö. Tulostittareina voidaan käyttää vaikkapa painehaavoja ja mielialaa tai (seurantatutkimuksessa) niiden huononemista. Alun perin tässä lähestymistavassa on ajateltu kausaalisuuden kulkevan siten, että rakenteellisilla tekijöillä on positiivinen vaikutus prosessimuuttujiin ja sitä kautta myös tuloksiin.¹⁴

Varsinainen laatumuuttujiin liittyvä suuri ongelma on niiden endogeenisuus, etenkin jos asiaa tarkastellaan laadunlaimennushypoteesin kannalta estimoitavassa yhtälössä, jonka vasemmalla puolella on hoitopäivän kustannus ja oikealla puolella omistajatyypin sekä erilaisia laatumuuttujia. Tällöin omistajatyypin vaikutus kustannuksiin sekä

13 Tästä käytetään lyhennettä SPO-lähestymistapa (Structure-Process-Outcome).

14 Laatumuuttujia tarkastellaan lähemmin Noron artikkelissa tässä kirjassa.

suoraan että laatumuuttujien kautta.¹⁵ Vain harvat tutkimukset ovat ottaneet endogeenisuuden huomioon. Ne ovat käyttäneet menetelmää, jossa laatumuuttujia on ensin selitetty (ennustettu) ns. instrumenttimuuttujilla. Laatumuuttujien ennustettuja arvoja on sitten toisessa vaiheessa käytetty kustannusfunktion estimointiin.¹⁶

Grabowski ja Hirth (2003) ovat painottaneet sitä, että voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen markkinaosuuden jättäminen pois tuottaa harhaisia estimaatteja omistumuodon vaikutuksista. Jos esiintyy interaktiovaikutuksia eri omistajatyypien välillä esimerkiksi siten, että voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen vaikutuksesta yritykset tavoittelevat korkeampaa laatua, niin omistajuusmuuttujan kerroin on harhainen nollian päin, koska voittoa tavoittelevien yritysten ja voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen tulokset konvergoivat alueilla, joilla voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen markkinaosuus ja siten laatukilpailua kiristävä vaikutus on suuri. Ei olekaan mikään yllätys, että aiemmissa tutkimuksissa, joissa on mitattu omistajatyypin vaikutusta laatuun, on saatu ristiriitaisia tuloksia.

Toisaalta eri omistajatyypeillä voi olla erilainen teknologia tai preferenssit. On saatu joitakin viitteitä (esim. Ozcan et al. 1998) siitä, että yritykset käyttävät muita omistajatyyppejä enemmän pääomaa suhteessa työvoimaan, ja tietenkin niiden voitontavoittelu on erottava tekijä suhteessa muihin. Tällöin on kyseenalaista olettaa kaikille omistajatyypeille samanlainen kustannusfunktio, ainakin jos se tulkitaan tiukasti voitonmaksimointiongelmasta johdetuksi.

On olemassa evidenssiä, että voittoa tavoittelemattomat yhteisöt maksavat korkeampia palkkoja ja niissä korkeamman koulutustason henkilökunnan osuus on suurempi (Spector et al. 1998). Weisbrod (1988) tarjoaa evidenssiä, että voittoa tavoittelevissa palvelutaloissa käytetään enemmän lääkitystä kompensoimaan pienempi henkilöstömitoitus. On myös todettu, että voittoa tavoittelemattomissa palvelutaloissa on korkeammat kustannukset, mutta ei ole kyetty vahvistamaan, johtuuko tämä korkeammasta laadusta vai johdon tehottomuudesta. Yksi tutkimus on todennut sen johtuvan korkeammasta laadusta (ja tietyn pisteen jälkeen laadun kohottaminen tulee nopeasti yhä kalliimmaksi), mutta se ei mitannut laatua suoraan. Empiirisessä tutkimuksessa on tärkeää erotella muuttujat, jotka ovat endogeenisiä omistustyypille.

15 Endogeenisuuden johdosta selittävien muuttujien kertoimista tulee harhaisia. Ongelma pahenee entisestään, jos myös kustannuspainomuuttuja on endogeeninen mahdollisen ns. kermankuorinnan takia. Tällöin eri tuottajatyypeillä on mahdollisuus valikoida asiakkaitaan näiden toimintakyvyn perusteella.

16 Ks. esim. Chen ja Shea (2004) ja Weech-Maldonado et al. (2006). Laatumuuttujien selittäjiksi ovat osoittautuneet mm. omistajatyyppejä, paikkamäärä (yksikön koko) sekä erilaiset asiakasrakente- ja alumuuttujat. Näistä alumuuttujat vaikuttavat teoreettisesti lupaavimmilta instrumenteilta. Kilpa-tutkimuksen aineistolla sama menetelmä ei ole mahdollinen alueiden pienen määrän vuoksi.

Ruotsissa tehdyt tutkimukset ja selvitykset

Ruotsissa tapahtuneet ikäihmisten asumispalvelujen kilpailutukset ovat sisältäneet ajatuksen, että juuri kilpailutuksella on ratkaiseva merkitys kuten klassinen julkisen vallan teoria ja uusi julkisjohtamisen oppi väittävät. Vanhastaan tälle lähtökohdalle oli löydettävissä myös empiiristä tukea, joskaan nämä tutkimustulokset eivät koskeneet nimenomaisesti ikäihmisten asumispalveluja.¹⁷

Vuosina 1993–94 Tukholmassa aloitettiin ikääntyneiden asumispalvelujen laajat kilpailutukset, joihin myös kuntien omat yksiköt veloitettiin osallistumaan.¹⁸ Sitten kilpailutuksia toteutettiin myös muualla Ruotsissa. Tutkimuksissa pyrittiin arvioimaan niihin liittyneitä transaktiokustannuksia, mitä ei tiettävästi ole muualla tehty. Niiden suuruudeksi laskettiin korkeintaan 2,5 prosenttia sopimushinnasta (Nurmis 1997; Svensson ja Edebalk 1997). Luvut olivat kuitenkin hyvin arvionvaraisia, koska ei ollut selvää, mitä kaikkia kuluja luettaisiin transaktiokustannuksiin ja kuinka ne ajoitettaisiin eri vuosille, myös tulevaisuus huomioon ottaen.

Kaiken kaikkiaan ikääntyneiden asumispalvelujen kilpailutuksista tehtiin Ruotsissa kymmeniä selvityksiä ja tutkimuksia.¹⁹ Yhdessäkään niistä ei kuitenkaan käytetty kustannusfunktiota eikä ekonometrisia menetelmiä, vaan ne olivat pelkkiä laskelmia, joilla pyrittiin selvittämään mahdolliset kustannussäästöt kilpailutuksesta verrattuna tilanteeseen, jossa sitä ei toteuteta. Kissamin (2004) mukaan Ruotsissa kustannussäästöt ovat jääneet pieniksi, koska kilpailuttamisen voittaneiden yritysten ei ole ollut mahdollista laskea palkkoja samassa määrin kuin joissakin muissa maissa. Dahlgrenin (2003) mukaan yleisesti ottaen kustannussäästöjä (7-8 %) on tullut, mutta johtopäätökset ovat epävarmoja.²⁰ Samoin Socialstyrelsen (2004) totesi laajassa yhteenvedossaan, ettei mitään yksiselitteisiä johtopäätöksiä voida tehdä. Tämä on johtunut paitsi itse kustannusmittausten ja tutkimusmenetelmien puutteellisuuksista myös siitä, ettei Ruotsissa ole ollut systemaattista asiakkaiden kuntoisuuden ja laadun arviointijärjestelmää.

Viimeisen kilpailutusohjelman toteutuksen jälkeen Ruotsissa monet tahot pitivät liäsäästöjen mahdollisuuksia hyvin pieninä. Kilpailuttamisuhan tultua pysyväksi sen ei todettu enää tuottavan ollenkaan säästöjä. Kilpailuttamisvuosien aikana pieniä palveluntuottajia karsiutui pois markkinoilta, koska näennäismarkkinoilla mukana pysyminen edellytti palveluntuottajilta vankkaa rahoituspohjaa. Yleensä isommat palveluyhtiöt ostivat pieniä kilpailijoita pois markkinoilta, ja kehitys johti markkinoiden oligopolisoitumiseen. Yhtäältä yksityisessä ja julkisessa ja toisaalta kilpailutetussa ja kilpai-

17 Ks. esim. Domberger et al. (1995) sekä Suoniemen ym. (2005, 71) viittaamat tutkimukset.

18 Kilpailutuksista ja niitä koskevista tutkimustuloksista ks. tarkemmin Socialstyrelsen (2004) ja Suoniemi ym. (2005).

19 Nyttemmin Ruotsissa on siirrytty kilpailutuksesta asiakasvalinnan ("kundval") suuntaan eli lähemmäs yhdysvaltalaisista järjestelmästä.

20 Ks. myös Valkama ym. (2008a).

luttamattomassa palvelutuotannossa ei kyetty löytämään selviä palvelujen laatueroja (Andersson 2002; Dahlgren 2003; Almqvist ja Högberg 2005).

Suomessa tehtyjä tutkimuksia

Suomessa on tätä ennen ilmestynyt ikääntyneiden asumispalveluista kaksi sellaista tutkimusta, joissa on tarkasteltu kilpailutuksen tai omistajatyypin vaikutuksia. Kähkönen ja Volk (2008) tarkastelivat 66 kilpailutusta 18 kunnassa. Yli puolessa niistä palvelun hinta aleni, mutta tutkimuksessa ei kontrolloitu laatua eikä asiakasrakennetta. Transaktiokustannuksia ei voitu laskea. Kunnan oma tuottaja oli osallistunut tarjouskilpailuun ainoastaan yhdessä tapauksessa, joten kilpailutuksen vaikutusta eri omistajatyyppeihin ei voitu arvioida.

Kangasharju ym. (2010) tarkastelivat vaikuttavuuden huomioon ottavaa tuottavuutta vanhuspalveluissa. Toimintakykyä mitattiin ns. RAVA-indeksillä kaikissa vanhuspalveluissa, ja hoidon vaikuttavuutta arvioitiin sen avulla, so. miten asiakkaiden toimintakyky kehittyi kahden vuoden aikana. Tämä on myös eräs tapa tulkita ja mitata hoidon laatua. Tulokseksi saatiin, että kunnallisessa tuotannossa vaikuttavuuden huomioon ottava tuottavuus on kehittynyt paremmin kuin yksityisellä sektorilla. Yksityisen sektorin palveluiden yksikkökustannukset olivat alemmat ja panosten hintakehitys oli ollut kunnallista tuotantoa maltillisempaa. Kaiken kaikkiaan tämä viittaa siihen, että suoritekustannusten aleneminen tietyssä palvelumuodossa heikentää kyseisen palvelun vaikuttavuutta tuottajasta riippumatta. Tosin tutkimuksessa ei suoraan raportoida, eroavatko kustannukset tilastollisesti merkitsevästi, kun vanhusten hoidon vaikeus otetaan huomioon.

Aineisto ja muuttajat

Kilpa-hankkeen lähes koko aineisto kerättiin itse hankkeessa vuosina 2007–08, ja muuttujista käytettiin näiden vuosien keskiarvoja.²¹ Kaikkiaan aineistossa on 134 tehostetun palveluasumisen yksikköä, joista 53 oli kunnallista, 29 yritysten ja 52 järjestöjen omistamaa ja ylläpitämää, sekä vertailukohtana 45 järjestöjen ylläpitämää vanhainkotiyksikköä. Kustannustiedot saatiin (vastaavasti) 44, 19, 48, ja 41 yksiköstä. Aineistosta poistettiin kahden yksikön kustannustiedot, jotka olivat epäuskottavan suuria. Näin ollen kustannusten analyysi perustui yhteensä 150 yksikön tietoihin. Kuten odottaa saattoi, niiden kerääminen osoittautui varsin haasteelliseksi. Kunnissa kustannuslaskenta oli puutteellista, kun taas yksityisellä sektorilla pyrittiin varjelemaan liikesalaisuuksia.

Kyseessä ei ole satunnaisotos, koska se ei ollut mahdollinen haluttaessa mukaan riittävän suuri määrä sellaisia asumisyksiköitä, joissa asiakkaiden kuntoisuus ja hoi-

21 Yksityiskohtaisempi kuvaus aineistosta ja muuttujista löytyy raportista Sinervo ym. (2010).

don laatu arvioidaan yhtenäisellä tavalla. Kaikki yksiköt olivat mukana THL:n RAI-vertailukehittäminen-hankkeessa, jossa yksiköiden kaikkien asiakkaiden kuntoisuus ja hoidon laatu (noin 3000 arviointia) arvioitiin RAI-järjestelmän avulla. Se on laajalti testattu ja huomattavasti tarkempi erityisesti psykologisten tekijöiden osalta kuin Suomessa myös käytetty RAVA-järjestelmä, jossa ei suoraan arvioida lainkaan laatu-tekijöitä. RAI-tiedot keräsi sen käyttöön koulutettu sairaanhoitaja kussakin yksikössä. Kilpa-hankkeessa asumisyksiköiden kustannukset ja toimintatiedot selvitettiin osastonhoitajille ja talouspäälliköille osoitetuilla kyselyillä. Kaiken kaikkiaan Kilpa-hankkeen aineisto on kansainvälisesti ainutlaatuinen. Tietävästi missään ei ole raportoitu tutkimusta, joka olisi käyttänyt RAI-arviointeja ja kustannustietoja vertaamaan julkisia ja yksityisiä palveluntuottajia.

Erilaisten asiakkaiden ja asiakasrakenteeltaan erilaisten yksiköiden saattamiseksi vertailukelpoisiksi käytettiin kustannuspainoa (case-mix-indeksiä), joka huomioi fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn sekä käyttösoireet. Case-mix-luku 1,00 edustaa (laajempaan aineistoon perustuvaa) keskimääräistä kustannuspainoa, ja esimerkiksi luku 0,95 tarkoittaa, että kyseisessä yksikössä asiakkaat vaativat keskimäärin 5 prosenttia vähemmän kuin keskimääräinen asiakas.

Raskashoitoisimpia asukkaat olivat järjestöjen ja säätiöiden ylläpitämässä vanhainkodeissa (ka = keskiarvo = 0,99).²² Yritysten (ka = 0,83) ja kuntien palveluasumisen (ka = 0,81) yksiköiden asukasrakenne oli kevyempää kuin järjestöjen palveluasumisessa (ka = 0,88). Yksiköiden kustannuspainossa oli varsin suuria eroja. Yritysten palveluasumisessa kustannuspainon vaihteluväli oli 0,61–1,11, järjestöjen palveluasumisessa 0,60–1,11, julkisessa palveluasumisessa 0,65–1,10 ja järjestöjen vanhainkotiasumisessa 0,76–1,11. Siten kaikissa palveluntuottajaorganisaatioissa oli sellaisia yksiköitä, joiden kustannuspaino oli yli tai alle yhden.

Taulukko 1. Tuottajatyypien lukumäärät sekä niiden keskimääräiset kustannuspainot ja kustannukset (€).

Tuottajatyypit	Yritys	Voittoa tavoittelematon	Kunta	Vanhainkoti
Lukumäärä	19	43	45	36-37
Kustannuspaino	0,82	0,90	0,81	1,00
Henkilöstökulut	76,91	83,57	65,13	88,63
Henkilöstökulut painotettuna kustannuspainoilla	94,98	93,81	80,84	88,97
Henkilöstö- ja toimintakulut	85,57	91,56	68,45	101,36
Henkilöstö- ja toimintakulut painotettuna kustannuspainoilla	105,39	102,63	84,97	102,05

22 Finne-Soveri ja Noro tarkastelevat tämän kirjan artikkeleissaan laajempaa aineistoa, joten niissä kustannuspainoluvut ovat erilaisia.

Julkisen palveluasumisen asiakkaiden matalin kustannuspaino näyttäisi tukevan väitettä, että kunnat itse harrastavat ns. kermankuorintaa eli valikoivat kevythoitoisimmat ja siten halvimmat asiakkaat omiin yksiköihinsä. Tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritty selvittämään tarkemmin asiakkaiden valikoitumista. Joka tapauksessa kunnat pyrkivät osoittamaan asiakkaat kaikkiin rahoittamiinsa yksiköihin. Itse yksiköillä on varsin rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakasrakenteeseensa.

Transaktiokustannusten selvittämisestä luovuttiin, koska mitään luotettavaa laskentapohjaa ei kunnissa ollut. Tässä yhteydessä on huomattava, että myös kunnan omasta tuotannosta aiheutuu hallintokuluja, joita on erittäin vaikea laskea. Kunnissa tällaiset kustannukset sekoittuvat helposti kaikenlaisiin muihin hallintokuluihin.

Palvelun tuotantokustannuksista hoitopäivän hinta kokonaiskustannusten suhteen pyrittiin keräämään eri yksiköistä, mutta edellä mainituista syistä siihen on suhtauduttava erittäin suurella varauksella. Pääomakulut ovat suomalaisissa ikääntyneiden palveluasumisyksiköissä sikäläkin hyvin ongelmallisia, että etenkin järjestöt ovat saaneet niihin aiemmin RAYn tukea ja voivat nykyisin nojautua ARAn tukeen. Myös yritykset voivat kiertoteitse saada tätä tukea perustamalla yleishyödyllisen yhteisön, joka hakee sitä ARAlta.

Tutkimuksessa tarkasteltiin hoitopäivän hintaa yhtäältä pelkkinä henkilöstökuluina, ja toisaalta henkilöstö- ja toimintakuluina (palveluiden ostot ilman lääkäri-, ruoka-, majoituskuluja sekä aineet ja tarvikkeet, ei kuitenkaan lämmitys, sähkö ja vesi). Taulukossa 1 on esitetty hoitopäivän hinta pelkkinä henkilöstökuluina – sekä sellaisenaan että painotettuna kustannuspainolla. Painottamattomia lukuja käytettäessä kallein hoitopäivä oli järjestöjen vanhainkodeissa (88,63 €) ja halvin julkisissa palveluasumisen yksiköissä (63,31 €). Kun henkilöstökulut painotettiin kustannuspainolla, kallein hoitopäivä oli yritysten palveluasumisen yksiköissä (94,98 €) ja järjestöjen palvelutaloissa (93,81 €). Halvin hoitopäivä oli edelleen julkisissa palveluasumisen yksiköissä (78,75 €). Taulukossa 2 hoitopäivän hintaa verrataan koko aineiston kannalta henkilöstö-, toiminta- ja pääomakulut mukaan laskettuna.

Taulukko 2. Keskiarvo- ja hajontatietoja tutkimusaineistosta.

Muuttuja	Havaintoja	Keskiarvo	Keskihajonta	Vaihteluväli
Hoitopäivän hinta henkilöstökuluina	150	78,72	20,40	32,03–119,65
Hoitopäivän hinta henkilöstö- ja toimintakuluina	150	86,69	23,45	37,09–132,59
Hoitopäivän hinta ml. pääomakulut	150	106,06	26,00	39,79–168,40
Kustannuspaino	147	0,89	0,14	0,61–1,13
Paikat	150	20,34	11,05	6–66

Aiemmista tutkimuksista (Yhdysvalloista) tiedetään, että pääsääntöisesti laatumuuttajat saavat parempia arvoja voittoa tavoittelemattomissa (järjestöjen) yksiköissä kuin yritysten yksiköissä, mutta yksittäisten muuttajien kohdalla esiintyy paljon vaihtelua. Kuten edellä jo mainittiin, omistusmuoto (tuottajatyypin) voi vaikuttaa sekä laatuun että kustannuksiin, joten mahdollisen endogeenisuuden vuoksi laatumuuttajia ei voida suoraan käyttää kustannusten selittäjinä regressiossa. Tässä tutkimuksessa selittäjinä on pyritty käyttämään eksogeenisiä muuttajia, ts. sellaisia, joihin eivät vaikuta muut selittävät muuttajat.

Keskeinen ongelma on se, että korkeat kustannukset kustannuspainoon nähden voivat kertoa joko tehottomuudesta tai korkeasta laadusta. Näin ollen laatua pitää myös mitata ja tutkia. Niitä tarkastellaan Noron artikkelissa tässä kirjassa.

Muina ns. kontrollimuuttujina (mahdollisina lisäselittäjinä) tässä tutkimuksessa on käytetty aluetta, yksikön kokoa, CHESS-muuttujaa²³, asiakkaiden keski-ikää ja sitä, onko yksikkö valittu kilpailuttamalla. Aluekontrollina käytetään jakoa pääkaupunkiseutu – muu maa. Tämä voi ainakin karkeasti tavoittaa kaksi vaikutusta. Ensinnäkin tiedetään, että kilpailutilanne pääkaupunkiseudulla on kireämpi kuin muualla. Toiseksi palkka- ja muu kustannustaso on pääkaupunkiseudulla jonkin verran korkeampi. Ihan tapauksessa tulisi tietenkin käyttää aluekohtaisia panoshintoja, mutta tämän toteutustapaa vielä selvitetään.

Yksikön kokoa mitattiin tässä paikkojen lukumäärällä. Tätä voitaisiin ainakin pitemmällä aikavälillä pitää myös endogeenisena, mutta ainakin tässä yhteydessä se on selvemmin eksogeeninen kuin esimerkiksi paikkojen täyttöaste tai hoitotuntien määrä.

Huolimatta yllä mainitusta tarpeesta ottaa huomioon voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen markkinaosuus kullakin alueella, sitä ei pidetty tässä tapauksessa toteuttamiskelpoisena. Se onnistuisi paremmin, jos tarkasteltaisiin vain yhtä suurta aluetta, jossa on paljon yksiköitä.

Tulokset

Tutkimuksessa selitettiin hoitopäivän hintaa tuottajatyypillä, kustannuspainolla, aluekontrollilla, yksikön koolla ja sen neliöllä, CHESS-muuttujalla, asiakkaiden keski-ikäällä sekä kilpailuttamisella. Referenssiryhmänä ovat yritykset. Kustannuspainon ($cmi:n$) ja yksikön koon osalta on käytetty logaritmista muotoa²⁴, koska (ainakin) niiden osalta on syytä olettaa, ettei yhteys kustannuksiin ole lineaarinen. Lisäksi mukaan on otettu yksikön koon neliö, mikä tavoittaa mahdolliset skaalatuotot eli suurtuotannon edut. (Toki muitakin vaihtoehtoja voidaan kokeilla.) Tulokset on esitetty taulukossa 3.

23 CHESS-mittarista ks. tarkemmin Noron artikkeli tässä kirjassa. Sen arvo 0 kuvaa vakaata terveydentilaa ja arvo 5 erittäin epävakautta terveydentilaa.

24 Kustannuspainoa kokeiltiin myös ilman sen muuntamista logaritmiksi, mutta tämä ei vaikuttanut tuloksiin.

Taulukko 3. Regressiotulokset yksikkökustannuksista.

	(1) Henkilös- tökulut	(2) Henkilös- tökulut	(3) Henkilös- tö- ja toimin- takulut	(4) Henkilös- tö- ja toimin- takulut	(5) Henkilös- tö-, toiminta- ja pääoma- kulut	(6) Henkilös- tö-, toiminta- ja pääoma- kulut
Voittoa tavoitte- lematon yhteisö	0,0282 -0,0726	-0,0088 -0,0695	0,00988 -0,0713	-0,0209 -0,0705	-0,0332 -0,0713	-0,0341 -0,0748
Kunta	-0,169* -0,0734	-0,131 -0,078	-0,226** -0,0722	-0,172* -0,0784	-0,252*** -0,0746	-0,171* -0,0857
Vanhainkoti	0,0482 -0,0662	0,0646 -0,0782	0,0732 -0,0661	0,11 -0,0782	-0,0148 -0,0676	0,0296 -0,0816
Kustannuspai- no (log)	0,581*** -0,167	0,519*** -0,188	0,595*** -0,172	0,498*** -0,19	0,385** -0,147	0,288 -0,156
Hoitopaikkojen määrä (log)		-0,536 -0,0756		-0,399 -0,437		-0,366 -0,38
Hoitopaikkojen määrän neliö (log)		0,0602 -0,0756		0,0377 -0,073		0,0307 -0,0643
N	143	143	143	143	143	143
Adj. R-sq	0,277	0,331	0,358	0,408	0,274	0,369

Kaikista selitettävistä muuttujista on otettu logaritmi. Jokaisessa kuudessa mallissa on lisäksi vakio-termi ja malleissa (2), (4) ja (6) lisäselittäjinä aluetermi, indikaattorimuuttuja kilpailutuksesta, CHESS-muuttuja ja asiakkaiden keski-ikä. Heteroskedastisuudelle robustit keskivirheet ovat suluisia. * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.0010.

Tuloksista nähdään, että kuntien oma tuotanto on halvinta, vaikka huomioidaan sen matalampi kustannuspaino. Tuottajatyypin vaikutus kustannuksiin kuitenkin häviää pelkkien henkilöstökulujen osalta, jos kontrolloidaan hoitopaikkojen määrä eli yksikkökoko. 90 prosentin merkitsevyystasolla kuntien omien yksiköiden halpuus henkilöstö- ja toimintakuluilla mitattuna – kustannuspainollakin vakioituna – siis näyttää johtuvan siitä, että ne ovat nimenomaan kyseisen omistajatyypin ylläpitämiä. Tämän aineiston valossa tilastollinen yhteys jää kuitenkin verraten heikoksi. Sama tulos pätee myös, jos kustannuksiin otetaan mukaan pääomakulut, mutta ne eivät ole luotettava mittari kuten edellä on todettu.

Kustannukset nousevat, kun asiakaskunta on vaikeammin hoidettavaa, so. kun kustannuspaino nousee. Hoitopaikkojen lisääminen eli yksikön koon kasvattaminen ensin alentaa mutta myöhemmin kohottaa yksikkökustannuksia, mikä nähdään siitä, että paikkojen neliötermi on positiivinen, kun taas tasotermi on negatiivinen. Tämä tulos ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevää.

Kun tiedetään, että kuntien yksiköissä on keskimäärin pienempi henkilöstömitoit²⁵, voidaan kysyä, häviääkö kustannusero, jos samalla kontrolloidaan henkilöstö-

25 Henkilöstömitoituksesta ks. tarkemmin Sinervon ym. artikkeli tässä kirjassa.

mitoitus. Tätä on tarkasteltu malleilla, joissa ei ole muita kontrollimuuttujia, jolloin tuottajatyypin välisille kustannuksille jää eroja. Tulokset osoittavat, että palveluntuottajatyypin eroja jää muilla mittareilla kuin pelkillä henkilöstökuluilla mitattuna, mutta erojen suuruus pienenee (taulukko 4).

Taulukko 4. Henkilöstömitoituksen merkitys.

	(1) Henkilöstökulut	(2) Henkilöstö- ja toimintakulut	(3) Henkilöstö-, toiminta- ja pääomakulut
Voittoa tavoittelematon yhteisö	-0,0093 (0,0711)	-0,0372 (0,0687)	-0,0961 (0,0697)
Kunta	-0,0914 (0,0711)	-0,165* (0,0684)	-0,218** (0,0676)
Vanhainkoti	0,0946 (0,0683)	0,110 (0,0652)	-0,00182 (0,0684)
Kustannuspaino (log)	0,342* (0,151)	0,347* (0,154)	0,137 (0,131)
Henkilöstömitoitus	0,894*** (0,248)	0,879*** (0,242)	0,739** (0,225)
N	133	133	133
Adj. R-sq	0,419	0,489	0,401

Kaikista selitettävistä muuttujista on otettu logaritmi. Jokaisessa kolmessa mallissa on lisäksi vakiotermi. Heteroskedastisuudelle robustit keskivirheet ovat. suluissa. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.0010$.

Sillä, oliko palveluntuottaja osallistunut tarjouskilpailuun vai ei, ei ollut merkitsevää vaikutusta kustannuseroihin, kuten ei myöskään terveydentilan vakautta mittaavalla CHES-muuttujalla, asiakkaiden keski-ikäällä ja aluekontrollilla.

Miksi yritysten omistamissa yksiköissä kustannukset eivät ole matalampia kuten laadunlaimennushypoteesi²⁶ sanoisi ja valtaosa aiemmista ulkomaisista empiirisistä tutkimuksista on osoittanut? Tiedetään, että ostopalvelujen ja kilpailutusten yhteydessä yrityksille ja järjestöille on asetettu tiukempia vaatimuksia, kun taas mitään kuntien yksikköä ei ole kilpailutettu eivätkä ne ole kokeneet sen uhkaa.²⁷ Tämä on voinut nostaa yksityisen puolen kustannuksia. Toisaalta tiedetään myös, että joidenkin kuntien yksiköiden henkilöstömitoitus on kevyempi kuin muilla palveluntuottajatyypeillä, koska se saattaa olla ”jäännös” niiden aiemmasta kevyemmästä asiakasrakenteesta, joka niissä vallitsi ennen kuin ne muunnettiin tehostetun palveluasumisen yksiköiksi.

Hyvärisen ja Lithin (2008) selostamien empiiristen tutkimusten mukaan kilpailuttaminen on keskittynyt alueille, joilla on runsaasti väestöä ja joilla väestörakenne on sille

26 Noron artikkelista tässä kirjassa ilmenee, ettei laatu ole systemaattisesti heikompaa yritysten palvelutaloissa. Tosin sen artikkelin aineisto on laajempi kuin tässä kustannuksiin keskittyvässä artikkelissa.

27 Kilpailuttamisen kokemuksia on tarkastellut lähemmin Syrjä tässä kirjassa.

suotuisa. Myös väestön kasvu selittää kilpailutusta. Näiden kirjoittajien omassa regressioanalyysissä asumispalvelujen ulkoistamista selittää ainoastaan asukasluku. Kuitenkaan vanhustenhuollossa tämäkään muuttuja ei pysty selittämään ostopalvelutoiminnan laajuutta, kun tarkastelussa on otettu huomioon kaikki tekijät.

Kovalainen ym. (2008) ovat haastatelleet sosiaalitoimen vastaavia viranhaltijoita (n = 117), joista suurin osa (80 %) arvioi kilpailun kunnassaan tai kaupungissaan sosiaalialalla joko vähäiseksi tai melko vähäiseksi. Noin 16 prosenttia koki kilpailutilanteen sopivaksi ja vain 3 prosenttia koki kilpailun erittäin tai melko kovaksi.

Kähkönen ja Volk (2008) toteavat, että kilpailutetuista palveluista rahamääräisesti suurinta on palveluasuminen. Tehostettua palveluasumista (asuminen ja palvelut) oli kilpailutettu useimmiten puitesopimuksena. Tällä tavoin oli menetelty esimerkiksi Espoossa, Vantaalla, Oulussa, Järvenpäässä, Tuusulassa, Kokemäellä ja Lohtajalla. Joukossa on sekä suuria kaupunkeja että pieniä kuntia. Kaikissa kunnissa on kuitenkin havaittu myyjän markkinat: dementiahoidon runsaan tarpeen myötä lähes kaikki potentiaaliset markkinoilla olevat tarjoajat tarvitaan palvelujen tuottajaksi. Kunnan oma tuottaja oli osallistunut tarjouskilpailuun ainoastaan yhdessä tapauksessa (Vantaan Heporinteen palvelutalon palveluiden kilpailutus).

Lopuksi

Tekemämme tutkimuksen perusteella palveluntuottajatyyppejä ei sinällään vaikuta kustannuseroihin, kun huomioidaan muita asiaan vaikuttavia tekijöitä. Tästä alustavasta analyysistä tuskin kuitenkaan voidaan vielä vetää kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä, koska aineisto ei perustu satunnaisotokseen ja siihen voi liittyä joitakin erikoisia piirteitä. Laadun, panoshintojen ja muiden mahdollisten tekijöiden vaikutuksia kustannuseroihin on syytä tarkastella lähemmin jo tällä aineistolla. Olisi tärkeää saada laajennettua ja satunnaistettua otosta, jotta mahdolliset erikoisuudet eliminoiduisivat. Tähän voikin tarjoutua hyvä tilaisuus, koska RAI-arviointi on leviämässä yhä useampiin kuntiin. Jatkotutkimuksen tavoitteena on myös paneeliaineiston kerääminen, mikä tosin osoittautunee erittäin kalliiksi.

Riippuuko asukkaan toimintakyvyn heikkeneminen asumispalvelujen tuottajan tyypistä tai rahoituspohjasta?

Harriet Finne-Soveri

Monta syytä ylläpitää toimintakykyä

Kyky ylläpitää asiakkaiden toimintakykyä on ammatillisen hoidon laadun ja erityisesti kustannusvaikuttavuuden tärkein tunnusmerkki ikäihmisten palveluissa. Toimintakyvyn säilyminen tai kohentuminen on tärkeää seuraavista syistä:

1) aleneva toimintakyky alkaa lisätä kustannuksia viimeistään silloin, kun toisen henkilön apu on tarpeen

2) henkilöstön palkat ovat kustannusten suurin menoerä

3) heikentyvä toimintakyky huonontaa henkilön elämänlaatua kaventamalla iäkkään henkilön elämämpiiriä ja päätöksenteon mahdollisuuksia.

Aiemmin on osoitettu erityyppisten toimintarajoitteiden olevan vahvasti sidoksissa toisiinsa iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa (Finne-Soveri ym. 2008).

Ympäri vuorokautisen hoidon ja hoivan tarpeen tärkein syy on kyvyttömyys selvitä arjesta kotioloissa. Vaikka iän karttuminen lisää sairauksien ja niihin liittyvän toiminnanvajausten riskiä, ikä on harvoin tai ei koskaan ainoa peruste avuntarpeelle. Tavallisin ympärivuorokautisen huolenpidon tarpeen syy on aivojen vajaatoiminta, jonka aiheuttavat aivoja rappeuttavat sairaudet kuten Alzheimerin tauti, verisuoniperäiset sairaudet, psykiatriset sairaudet tai aivotraumat. Akuutit sairaudet, väärin valitut lääkkeet tai niiden liian suuret annokset voivat myös aiheuttaa aivojen vajaatoimintaa. Hiljattain Suomessa valmistuneen tutkimuksen (Einiö 2010) mukaan dementia, Parkinsonin tauti, aivohalvaus, masennusoireet sekä muut mielenterveysongelmat, mutta myös lonkkamurtuma ja diabetes lisäsivät laitoshoitoon siirtymisen todennäköisyyttä merkittävästi.

Toiminnanvajausten synty on iäkkäillä usein monitekijäinen. Ravinnon nauttiminen ja liikkuminen vähenevät iän tai sairauksien seurauksena, lihasmassaa kadotetaan lisää vähäisen liikunnan vuoksi, liikkuminen vähenee entisestään, sosiaaliset kontaktit löystyvät, psyykkinen pahoinvointi lisääntyy ja toiminnanvajausta syvenee entisestään (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010). Kierteen pysäyttäminen tai hidastaminen on ainakin tiettyyn rajaan asti mahdollista, tämän pitäisi olla hoivan tai huolenpidon tavoite, ja tätä tavoitetta pitäisi koko palvelurakenteen tukea.

Palvelujen kustannusvaikuttavuuden ja samalla yksilön hyvinvoinnin kannalta ydinkysymys on (tai ainakin pitäisi olla), aiheuttavatko annetut palvelut sellaista toiminnanvajausta, joka olisi vältettävissä.

Ikäihmisten palveluiden arvioinnin sudenkuoppia

Vertailtaessa toiminnanvajausten pahenemista iäkkäiden henkilöiden eri asumispalveluissa oleellista on se, mihin hyvällä tai huonolla palvelulla voidaan vaikuttaa. Palveluiden onnistumista arvioitaessa sekoittavina tekijöinä ovat kunkin palveluntuottajan hallinnoiman asumispalvelun asukasrakenne, asukkaiden sairauksien etenevä ja samalla toimintakykyä huonontava luonne sekä palveluihin valikoituminen.

Tiedetään, että kunnat ohjaavat tiettyntyyppisiä sairauksia sairastavia henkilöitä tiettyihin yksiköihin asumaan, nimitettiinpä niitä taloiksi, laitoksiksi, osastoiksi, soluiksi tai kodeiksi. Näin muodostuvien asukasryhmien ennusteet ovat jo lähtökohdiltaan erilaiset, koska ne riippuvat valikoitumisesta ja taustalla vaikuttavien sairauksien etenemisestä. Hoitoon uhratut panokset joko lisäävät tai vähentävät eroja.

Esimerkiksi psykiatrisia sairauksia sairastavat vanhukset ovat yleensä nuorempia, harvemmin ja vähemmän fyysisestä toiminnanvajauksesta kärsiviä ja toimintakyvyltään hitaammin huononevia kuin muistisairauksia tai somaattisia sairauksia (kuten syöpää) sairastavat asuinkumppaninsa (Saarela ym. 2008). Niinpä arviointitilannetta edeltänyt fyysisen toiminnanvajausten paheneminen on odotettavissa muistisairaiden, mutta ei psykiatrisesti sairaiden keskuudessa. Mielialan tai käytösoireen paheneminen löytynee myös sieltä, minne muistisairaata ohjataan asumaan, eikä sieltä, missä somaattisesti sairaita hoidetaan. Asukkaiden ympärivuorokautiseen hoitoon valikoitumisen perusteet ja asukasrakenne vaikuttavat löydöksiin toiminnanvajausta tutkittaessa.

Valikoitumisen seurauksena syntyvä asiakasrakenne on vahvasti sidoksissa toiminnanvajausta pahentaviin riskitekijöihin ja siihen, riittääkö henkilöstön osaaminen riskitekijöiden havaitsemiseen ja eliminoimiseen. Lähtökohdiltaan erilaisten asukasryhmien palveleminen edellyttää henkilöstöltä laajaa osaamista ja joustavaa asennoitumista. Arjen sisältö riippuu monin tavoin esimerkiksi siitä, sairastavatko asukkaat aivojen vajaatoimintaa vai ei ja onko heillä liikkumisen ongelmia vai ei.

Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tässä artikkelissa analysoidaan toimintakyvyn hiljattaiseen heikkenemiseen liittyviä tekijöitä ympärivuorokautisessa hoidossa. Tarkastelun kohteena ovat arviointia edeltäneen kolmen kuukauden aikana tapahtunut toimintakyvyn heikkeneminen ja siihen liittyvät tekijät. Samalla selvitetään, liittyykö palvelujen tuottajan tyyppi tai rahoituspohja toiminnanvajausten pahenemiseen.

Aineisto ja menetelmät

Tiedonkeruumenetelmänä oli Minimum Data Set, versio 2.0 - MDS-2.0 laitoshoitoon ja MDS 2.0 kotihoitoon - 1990-luvulta asti Yhdysvalloissa ja vuodesta 2000 Suomessa käytössä olleet RAI-järjestelmän hyvin testatut kysymyssarjat (Hawes ym. 1997). Näistä kysymyksistä muodostuu joukko kansainvälisesti validoituja toimintakyvyn mittareita, ja ne kattavat monipuolisesti mm. arjesta suoriutumisen (Morris ym. 1999) ja kognition (Morris ym. 1994) sekä kuvaavat asiakasrakennetta hoidon ja huolenpidon vaativuuden kannalta siinä määrin, että niiden varaan voidaan rakentaa maksu- ja hinnoittelujärjestelmiä (Fries ym. 1994; Björkgren 2002). Kaikki tässä artikkelissa käytetyt mittarit on esitelty toisaalla tässä kirjassa Anja Noron kirjoittamassa artikkelissa.

Aineistona käytettiin KILPA-hankkeessa vuonna 2008 kerättyä ensimmäistä aineistoa sekä THL:n RAI-tietokantaa samalta ajalta. Yksi henkilö on tässä aineistossa mukana vain kerran. Arviointeja oli tehty kaikkiaan 13 898 henkilölle, joista 4 084 asui palvelutalossa (29,4 %), 6 154 asui vanhainkodissa (44,3 %) ja 3 660 oli hoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla (26,3 %). Yhteensä laitoksia oli 193, joista palvelutaloja oli 99, vanhainkoteja 62 ja terveyskeskuksia 32. Kaikkiaan tietoja oli kerätty 39 kunnasta ja yhdestä maakunnasta.

Taulukko 1. Asukkaiden ikä, sukupuoli, keskimääräinen hoitoaika ja kustannuspaino palvelutuottajatyypin mukaan.

	Yritysten palvelutalo (n=723)	Järjestöjen palvelutalo (n=1311)	Julkinen palvelutalo (n=2207)	Järjestöjen vanhainkoti (n=1878)	Julkinen vanhainkoti (n=4119)	Terveyskeskus (n=3660)	Yhteensä (n=13898)
	Ikä (%) / ka	Ikä (%) / ka	Ikä (%) / ka	Ikä (%) / ka	Ikä (%) / ka	Ikä (%) / ka	Ikä
Naisia	531 (73,4)	947 (72,2)	1618 (73,3)	1480 (78,8)	3002 (72,9)	2508 (68,5)	10086
75 v. tai yli	571 (79,0)	1017 (77,6)	1796 (81,4)	1599 (85,1)	3539 (85,9)	2832 (77,4)	11354
Keski-ikä	80,8	80,6	81,7	83,3	83,0	80,6	81,9
Hoitoaika vuosina	2,1	3,4	3,7	2,7	2,9	2,2	
Kustannuspaino*	0,87	0,86	0,76	0,98	1,01	1,1	

* Kustannuspainon asteikko on 0,5–1,49, jossa 1 on asiakkaan keskimäärin vaatima aika ja osaaminen.

Taulukossa 1 on esitetty aineiston jako kuuteen ryhmään palveluntuottajan tyypin mukaan. Julkisen palvelun tuottajan omana toimintanaan tuottamaa palvelutyyppejä on nimitetty julkiseksi palveluksi (julkinen palvelutalo tai vanhainkoti). Terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla tarjottu huolenpito kuuluu myös julkisiin palveluihin. Järjestöjen toiminta (palvelutalot ja vanhainkodit) on pääsääntöisesti voittoa tavoittelematonta kuntien ostamaa toimintaa ja yritysten palvelutalot voittoa tavoittelevaa liiketoimintaa. Mukana ei ole yhtään yksityissairaala, ja kaikissa yksiköissä huolenpito on ympärivuorokautista.

Asiakasrakenteen eroja on tarkasteltu palveluntuottajatyypeittäin hoivan vaativuuden kannalta käyttämällä suoria jakaumia RUG-III-luokituksen mukaan (taulukot 1 ja 2). Asukkaiden keski-ikä, hoitoaika vuosina ja hoidon suhteellisen vaativuus on esitetty palveluntuottajatyypin mukaan taulukossa 1. Siitä ilmenee, että järjestöjen vanhainkohteissa asuu keskimäärin vanhinta ja samalla naisvaltaisinta väestöä. Nuorin ja samalla monimuotoisin asukaskunta löytyy yritysten palvelutaloista.

Toimintakyvyn hiljattainen muutos on arvioitu viidestä näkökulmasta siten, että mukana ovat toimintakyvyn neljä ulottuvuutta: 1) fyysinen (yksi indikaattori), 2) psyykinen (kaksi indikaattoria) ja 3) kognitiivinen (yksi indikaattori) ulottuvuus suorina indikaattoreina sekä 4) kyky vuorovaikutukseen (yksi indikaattori) sosiaalisen ulottuvuuden epäsuorana indikaattorina.

Maailman terveysjärjestön WHO:n (2005) julkaiseman kansainvälisen toimintakykyluokituksen mukaan toimintakyvyn hiljattaisen muutoksen arvioinnin näkökulmat edustavat sekä suoritus- että osallistumisrajoitetta. Mukana on myös yksilötekijöitä.

1. Fyysinen ulottuvuus kuvaa henkilön kykyä suoriutua itsenäisesti arjesta. Huomiointiin on otettu kyky siirtyä paikasta toiseen ja tasolta toiselle, kävellä tai liikkua apuvälineiden avulla (vuoteessa, sisätiloissa ja ulkona), syödä, pukeutua ja riisuutua, huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta ja pesuista sekä suoriutua WC:ssä. Tässä artikkelissa käsitellään hiljattainen toimintakyvyn fyysinen heikkeneminen arviointia edeltäneen 90 vuorokauden aikana tapahtuneeksi huononemiseksi yhdessä tai useammassa edellä luetelluista toiminnosta.

2. Psyykinen ulottuvuus kuvaa henkilön mielialan vakautta ja hänen normaalista poikkeavaa käyttäytymistään kuten päämäärätöntä vaeltelua, aggressiivista tai sosiaalisesti hämmennystä herättävää käytöstä sekä annetun hoidon tai avun vastustelua. Psyykkisen toimintakyvyn hiljattainen huononeminen tarkoittaa tässä artikkelissa a) mielialan huononemista arviointia edeltäneen 90 vuorokauden aikana ja b) käytösoireen pahenemista arviointia edeltäneen 90 vuorokauden aikana.

3. Kognitiivinen ulottuvuus kuvaa henkilön suoriutumista kognitiivisista (kognitio = intelligenssi, äly, aivojen ylemmät toiminnot) toiminnoista kuten arkipäivässä tarvittavien päätösten teosta sekä hänen lähimuistiaan. Kognition hiljattainen alenema tarkoittaa tässä artikkelissa älyllisen toimintakyvyn huononemista arviointia edeltäneen 7 vuorokauden aikana. Näin lyhyessä ajassa tapahtunut muutos voi viitata akuuttiin sekavuuteen.

4. Sosiaalinen ulottuvuus kuvaa henkilön suoriutumista vuorovaikutuksesta toisten kanssa. Kommunikaatiokyvyn heikkeneminen tarkoittaa tässä artikkelissa pääasiallisesti ymmärtämisen ja ymmärretyksi tulemisen huononemista arviointia edeltäneen 90 vuorokauden aikana. Lisäksi sosiaalista vuorovaikutusta on mitattu havainnoimalla henkilösuhteiden luontevuutta tai niiden tulehtuneisuutta.

Tilastolliset analyysit tehtiin yksilötasoisina. Dikotomisten tekijöiden välisiä suhteita analysoitiin ensin ristiintaulukoimalla ja khiin neliön testillä. Aineiston suuren koon vuoksi merkitsevyyden rajana käytettiin p-arvoa 0,0001. Tämän jälkeen tuotettiin

sarja logistisia regressioanalyysijä toimintakyvyn alenemaan itsenäisesti vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi siten, että kunkin toimintakyvyn osa-alueen lasku oli vuorollaan selitettävänä tekijänä. Mallit vakioitiin iällä, sukupuolella ja asiakasrakenteella. Lopuksi palvelujen kuudesta eri tyypistä rakennettiin dummy-muuttujat, jotka lisättiin malleihin. Kullekin hiljattaisen toiminnanvajausten neljälle ulottuvuudelle syntyi oma lopullinen mallinsa, ja psyykkiselle ulottuvuudelle niitä luotiin kaksi, toinen mielialaa ja toinen käytösoiretta varten. Lopuksi palvelujen tuottajien välisiä eroja testattiin yhteensä 60 regressioanalyysissä, joista osa tapahtui pienemmällä aineistolla ja kaikkein heikoin toimintakykyluokka oli poistettu (hierarkkinen ADL=6).

Tulokset

Asiakasrakenne

Taulukot 2 ja 3 osoittavat asiakasrakenteen samankaltaisuudet ja eriävyydet palveluiden eri tuottajien kesken. Samankaltaista on se, että kaikilla palveluiden tuottajilla monialaisen kuntoutuksen pääluokkaan (I) luokitettavia henkilöitä on vähiten ja perushoitettaviin luokitettavia (VII) eniten. Taulukko 3 osoittaa lisäksi, että kaikilla palveluiden tuottajatyypeillä on asukkaita jokaisessa luokassa ja alaluokassa. Henkilöstön työajan käytön ja osaamisen suhteen vaativin luokka on pääluokka I ja vähiten vaativa pääluokka VII. Erikoista on asukkaiden jakautuminen pää- ja alaluokkiin.

Taulukko 2. Asiakasrakenne RUG pääluokkien ja palvelujen eri tuottajantyyppien mukaan.

	Yritysten palvelutalo (n=723)	Järjestöjen palvelutalo (n=1311)	Julkinen palvelutalo (n=2207)	Järjestöjen vanhainkoti (n=1878)	Julkinen vanhainkoti (n=4119)	Terveyskeskus (n=3660)	Yhteensä
	%	%	%	%	%	%	
I Monialainen kuntoutus	2,4	1,4	1,8	1,2	0,8	2,2	210
II Erittäin vaativa hoito	0,7	0,5	1,1	1,1	1,0	3,3	218
III Erityishoito	4,2	4,9	5,2	4,4	7,6	9,0	934
IV Kliinisesti monimuotoinen	9,7	11,0	14,5	15,6	17,2	28,0	2560
V Alentunut kognitio	37,5	37,5	27,0	25,9	20,7	9,7	3052
VI Käytösoireet	5,1	6,3	7,1	3,7	3,6	1,3	524
VII Perushoito	40,5	38,6	43,4	48,1	49,1	46,5	6382
	100	100	100	100	100	100	13 898

Pääluokkiin II-IV luokittuvilla henkilöillä on runsaammin sairaanhoidollista somaattista osaamista ja lääkärin työpanosta edellyttäviä ongelmia kuin muihin pääluokkiin luokittuvilla. Terveyskeskuksen potilaista yli 40 prosenttia luokitui näihin pääluokkiin, kun yritysten palvelutaloissa heitä oli alle 15 prosenttia ja muualla noin 20–25 prosenttia. Lisäksi terveyskeskuksissa pääluokkien II-IV asukkailla oli suurempi toiminnanvajaus kuin muualla (luokat CB ja CD taulukossa 3).

Pääluokkaan V ja VI luokittuvien henkilöiden hoivan tarpeen pääasiallisina syinä ovat muistisairaudet, psykiatriset sairaudet tai päihteet. Näihin luokkiin luokituvilla asukkailla oli vielä paljon voimavaroja ja toimintakykyä jäljellä, ja he jakautuivat palvelun tuottajien kesken lähes päinvastoin kuin pääluokat II-IV tai perushoidettavat (VII). Näiden luokkien painopiste on palvelutaloissa.

Asiakkaiden jakauma pääluokkiin ilmaisee henkilöstöltä edellytettävän osaamisen erilaisia osa-alueita, kun taas kustannuspaino ilmaisee hoidon vaativuutta, ts. sen edellyttämää työaikaa ja osaamista. Perushoidon osaamista tarvitaan kaikkialla, kun taas somaattisen sairaanhoidon osaaminen painottuu vanhainkoteihin ja terveyskeskuksiin, muistisairauksiin ja psykiatriaan painottuva osaaminen puolestaan palvelutaloihin. Tarkastelemalla sekä taulukkoa 1 että taulukkoa 3 havaitaan vaativimman hoidon ja

Taulukko 3. Asiakasrakenteen jakauma RUG-III-alaluokittain ja palveluntuottajatyypien mukaan.

RUG-III alaluokka	Yritysten palvelutalo n=723	Järjestöjen palvelutalo n=1311	Julkinen palvelutalo n=2207	Järjestöjen vanhainkoti n=1878	Julkinen vanhainkoti n=4119	Terveyskeskus n=3660
	%	%	%	%	%	%
RA	1,7	0,9	1,3	0,9	0,5	1,1
RB	0,7	0,5	0,5	0,4	0,3	1,1
SE1	0,4	0,3	0,7	0,2	0,3	0,3
SE2, SE3	0,3	0,2	0,4	0,9	0,7	3,0
SSA	2,4	2,9	4,5	1,7	2,8	3,2
SSB	1,8	2,0	0,7	2,7	4,8	5,8
CA	2,1	2,9	7,5	2,2	1,7	4,3
CB	2,1	1,4	2,0	2,4	2,0	4,0
CC	5,5	6,7	5,0	11,0	13,5	19,8
IA	19,1	19,2	17,9	9,9	7,7	4,0
IB	18,4	18,3	9,1	16,0	13,0	5,7
BA	4,7	5,4	6,5	2,2	2,3	0,8
BB	0,4	0,8	0,6	1,5	1,3	0,6
PA	15,6	16,0	30,2	8,4	6,8	2,4
PB	2,9	2,1	3,4	2,7	2,9	1,2
PC	1,4	0,3	0,7	1,2	1,0	0,6
PD	20,6	20,2	9,1	35,8	38,4	42,4

* RUG-III-alaluokan lyhenteen ensimmäiset kirjaimet viittaavat pääluokan englanninkieliseen nimen. Viimeinen kirjain (A-D) viittaa fyysiseen toimintakykyyn, jossa on huomioitu kyky 1) liikkua vuoteessa, 2) käyttää wc:tä, 3) siirtyä tasolta toiselle ja 4) ruokailla. Avun tarve lisääntyy A:sta D:hen.

hoivan tarpeen keskittyvän terveyskeskuksiin ja vanhainkoteihin ja keveimmän palveluasumiseen – tässä aineistossa julkisiin palvelutaloihin. Mitä huonompi fyysinen toimintakyky, sitä suurempi on toisen huolenpidon ja toisen henkilön avun tarve, eli sitä korkeampaa henkilöstömitoitusta tarvitaan.

Toimintakyvyn hiljattainen lasku

Toimintakyvyn yhden tai useamman osa-alueen huononeminen arviointia edeltäneen 90 vuorokauden aikana (hiljattain) oli yleistä ja koski yhteensä 9 590 henkilöä (69,0 %), useammin naisia kuin miehiä (70 % vs. 66 %).

Taulukosta 4 ilmenee, että hiljattainen toimintakyvyn huononema esiintyy kaikilla arvioituilla palveluntuottajatyypeillä, mutta toimintakyvyn eri ulottuvuuksien vähäis- ja suurin alenema painottuvat eri tavoin palveluntuottajatyypin mukaan. Ilman lisäanalyysyjä vaikuttaisi siltä kuin toiminnanvajauksen pahenemista esiintyisi vähiten julkisten palvelutalojen asukkailla ja eniten julkisissa vanhainkodeissa. Ilman tarkempia analyysejä ja ottamatta huomioon asiakasrakennetta riskisuhde oli kaksin- tai jopa kolminkertainen julkisten palvelutalojen hyväksi.

Jos aineistosta poistetaan kaikki ne, joiden toimintakyky ei enää käytettävissä olevin mittarein voi huonontua, toiminnanvajauksen paheneminen painottui eri tavoin kuin silloin, kun kaikkein autettavimmatkin ovat mukana: eniten hiljattaista toiminnan vajauksista esiintyi näin tarkasteltuna järjestöjen vanhainkotien asukkailla ja lähes yhtä harvoin julkisten palvelutalojen asukkailla ja terveyskeskusten potilailla.

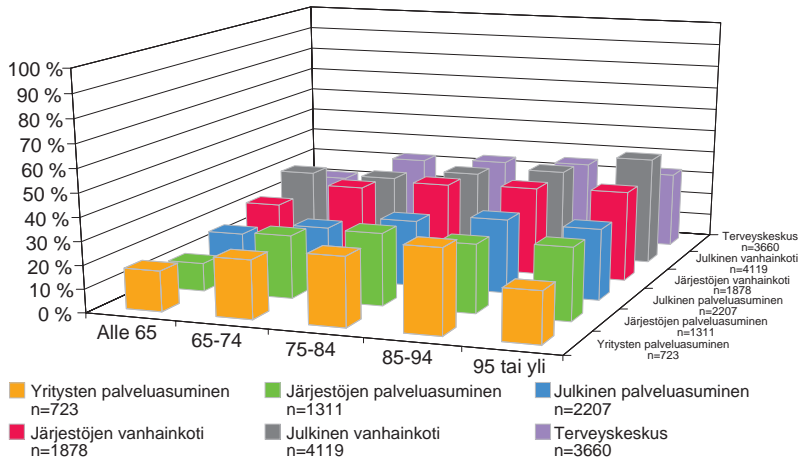
Taulukko 4. Toimintakyvyn hiljattainen huononeminen palveluntuottajatyypin mukaan.

Toimintakyky on hiljattain huonontunut	Yritysten palvelutalo (n=723)	Järjestöjen palvelutalo (n=1311)	Julkinen palvelutalo (n=2207)	Järjestöjen vanhainkoti (n=1878)	Julkinen vanhainkoti (n=4119)	Terveyskeskus (n=3660)
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Fyysinen	30,0	28,1	28,4	36,5	36,6	33,1
Kommunikaatio	15,9	14,0	12,1	19,8	18,1	18,1
Kognitio	50,9	55,6	22,2	64,1	63,6	62,6
Mieliala	13,8	14,5	20,5	21,7	20,4	17,0
Käyttösoire	11,9	12,5	11,2	20,6	17,7	15,1
Yksi tai useampi ulottuvuus	64,6	66,7	47,0	74,4	75,3	74,2
Yksi tai useampi ulottuvuus, fyysisesti huonokuntoisimmat poistettu*	60,4	59,2	44,9	62,4	59,2	48,4

*Hierarkkisen ADL-mittarin (asteikko 0-6, jossa 0 on fyysiseltä toimintakyvyltään normaali ja 6 täysin autettava kaikissa toiminnoissa) luokka 6 on poistettu.

Koska käytettävissä olevasta aineistosta ei voi päätellä, milloin (hiljattain vai aiemmin kuin 90 vuorokautta arviointia edeltävästi) fyysinen toiminnanvaja on yltänyt tasoon, jolla henkilö on täysin autettava, tai kognition vaja on edennyt loppuvaiheen dementiaan, pidettiin jatkoanalyseissä kaikki asukkaat mukana mahdollisista katto/lattiaefekteistä välittämättä.

Kuvio 1. Toimintakyvyn fyysisen ulottuvuuden hiljattainen aleneminen (%) ikäluokittain palveluntuottajatyypin mukaan.



Lähes joka viidennen (18,8 %) asukkaan mieliala oli heikentynyt hiljattain, yhtä usein miehillä kuin naisilla, mutta useammin 75 vuotta täyttäneillä kuin nuoremmilla (19,5 % vs. 15,8 %; $p < 0,0001$).

Toimintakyvyn fyysisen ulottuvuuden hiljattainen aleneminen liittyi läheisesti ($p < 0,0001$) samansuuntaisiin muutoksiin kognitiossa, kommunikointikyvyssä, mielialassa ja käytöksessä.

Joka kolmannen arvioidun henkilön (33,3 %) fyysinen toimintakyky oli laskenut hiljattain. Näin oli tapahtunut hieman useammin miehillä kuin naisilla, kun ikä oli otettu huomioon ja keskimäärin sitä useammin mitä vanhempi henkilö oli ($p < 0,0001$). Fyysisen toimintakyvyn hiljattaisen laskun painottuminen 75 vuotta täyttäneisiin asukkaisiin havaittiin kaikilla palveluntuottajilla (kuviol).

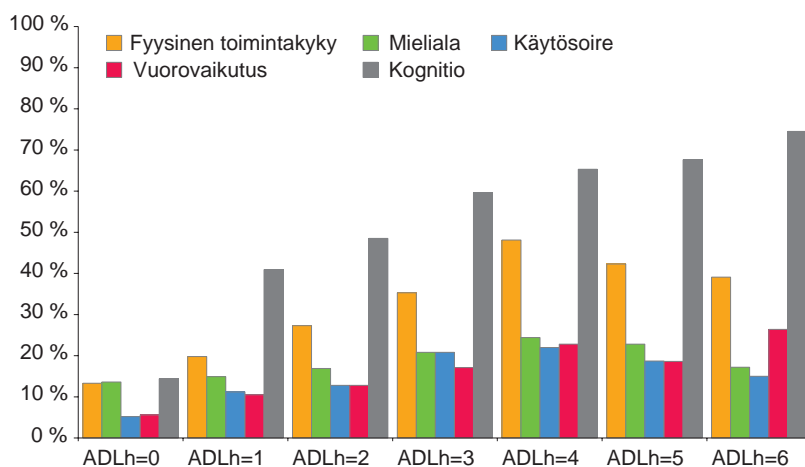
Käyttösoire oli pahentunut hiljattain joka kuudennella (15,6 %), yhtä usein miehillä kuin naisilla ja hieman useammin 75 vuotta täyttäneillä kuin nuoremmilla (16,1 % vs. 13,5 %).

Kognitio oli alentunut hiljattain useammalla kuin joka toisella (55,4 %), useammin naisilla kuin miehillä (29,9 % vs. 25,5 %) ja useammin 75 vuotta täyttäneillä kuin nuoremmilla (55,9 % vs. 53,0 %; $p < 0,0070$).

Sosiaalisen toimintakyvyn hiljattainen alenema havaittiin joka kuudennella (16,9 %), yhtä usein naisilla kuin miehillä ja useammin 75 vuotta täyttäneillä kuin nuoremmilla (17,9 vs. 12,5 %, $p < 0,0001$).

Toimintakyvyn hiljattaisen laskun jokainen ulottuvuus liittyi avun fyysiseen tarpeeseen ja jokainen ulottuvuus liittyi vakioimattomassa mallissa toisiinsa. Kuviosta 2 havaitaan että mitä suurempi on fyysinen toiminnanvajaus, sen enemmän esiintyy jokaista toimintakyvyn ulottuvuuden laskua. Vuorovaikutuksen ja fyysisen toimintakyvyn hiljattaiset laskut kasautuivat täysin autettavien luokkaan luokitteviin henkilöihin. Muiden toimintakyvyn ulottuvuuksien suurin hiljattainen lasku puolestaan keskittyi hierarkkisen ADL:n luokkaan 4 (”raskashoitaiset”).

Kuvio 2. Toimintakyvyn eri ulottuvuuksien hiljattainen lasku fyysisen toiminnanvajauksen luokan mukaan.



* ADLh = Hierarkkinen ADL-mittari, asteikko 0-6, missä 0 on täysin omatoiminen päivittäisissä toiminnissa ja 6 täysin autettava. Jos ADL saa arvon 1, henkilö on valvottava tai ohjattava, ja jos se saa arvon 2, fyysinen kosketus tai kevyt fyysinen apu on tarpeen. Kolmea suuremmat arvot edellyttävät painon kannattelua ja runsasta avun saantia.

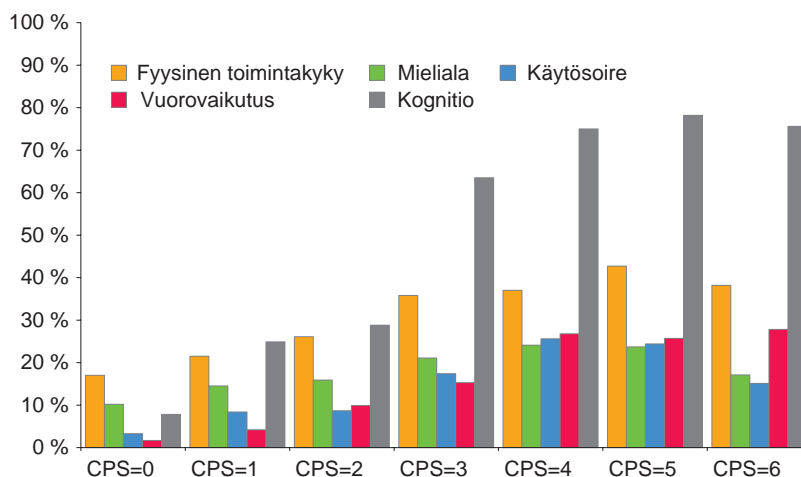
Huononemamuutoksen seurauksena tarvittiin toisen henkilön kosketusta tai kiinnipitämistä edellyttävää apua tai huononema oli tapahtunut henkilölle, jolla jo ennestään oli tällaisen avun tarve. Vastakohtana oli itsenäinen suoriutuminen tai suoriutuminen ohjattuna tai valvottuna.

Toimintakyvyn huononema liittyi vain löyhästi liikkumisen apuvälineiden eikä lainkaan pyörätuolin käyttöön.

Kuvio 3 on samankaltainen kuin kuvio 2. Tarkasteltavana ovat toimintakyvyn ulottuvuudet kognition vajauksen vaikeustasoa vasten. Hiljattainen toimintakyvyn lasku kasautuu luokkiin, joissa tilanne on ennestään huono ja menetettävää enää vähän.

Henkilön omalla uskolla kuntoutumiseensa oli käänteinen yhteys ($p < 0,0001$) fyysisen toimintakyvyn, käytösoireen, vuorovaikutuksen ja kognition laskuun. Hoitajan usko kuntoutumiseen oli yhtä pessimistinen kuin hoidettavan silloin, kun kognitio, vuorovaikutustaidot tai fyysisen toimintakyky oli laskenut.

Kuvio 3. Toimintakyvyn eri ulottuvuuksien hiljattainen lasku kognitionvajauksen luokan mukaan.



* CPS = Cognitive Performance Scale, asteikko 0-6, missä 0 on normaali tai lähes normaali kognitio ja 6 erittäin vaikea vajuus. Lievän demention rajaksi on osoitettu 2 (Morris et al. 1994).

Toimintakyvyn hiljattaisen laskun jokainen ulottuvuus liittyi myös erittäin merkittävästi heikkonäköisyyteen ja kaikkiin mitattuihin kognitiota kuvaaviin oireisiin, käytösoireisiin sekä masennukseen.

Kaikkien muiden toimintakyvyn ulottuvuuksien paitsi kognition lasku liittyi akuutteihin sairauksiin tai kroonisen sairauden akuuttivaiheeseen. Vaikka varsinaisia akuuttitilanteita oli arviointihetkellä vain 3,5 prosenttia arvioituista ($n = 547$), akuuttisairausten arvioitiin vaikuttaneen toimintakykyyn alentavasti joka toisella ($n = 7\,453$; 53,6 %). Fyysisen toimintakyvyn hiljattainen lasku liittyikin joka viidennellä asukkaalla sairaalahoitojaksoon. Testattuja, asukkailla yleisiä sairauksia, olivat keuhkokuume ja virtsatietulehdukset, joista edelliseen liittyi sekä mielialan että fyysisen toimintakyvyn hiljattainen lasku ja jälkimmäiseen huononema kaikessa muussa paitsi vuorovaikutuksessa (taulukko 4).

Oireista huimaus, harhaluulot ja aistiharhat sekä pidätyskyvyttömyys liittyivät kaikkien toimintakyvyn ulottuvuuksien hiljattaiseen alenemaan.

Perussairauksista yhdenkään testatun sairauden diagnoosi ei liittynyt toimintakyvyn kaikkien osa-alueiden hiljattaiseen alenemaan, mutta diagnosoitu muistisairaus liittyi

Taulukko 5. Ravitsemus- ja terveydentila, oireet ja diagnoosit toimintakyvyn hiljattaisen laskun mukaan.

Toimintakyvyn hiljattaiseen alenemiseen potentiaalisesti liittyvät tekijät	Fyysisen toimintakyvyn lasku	Mielialan lasku	Käytösoireen paheeminen	Vuorovaikutuksen lasku	Kognition lasku
	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001
Terveydentila, oireet ja diagnoosit					
Akuuttisairaus tai kroonisen sairauden akuuttivaihe	x	x	x	x	(-)
Pneumonia	x	x	(-)	(-)	(-)
Virtsatietulehdus	x	x	x	(-)	x
Parkinsonin tauti	(-)	(-)	(-)	(-)	x
Multippeli skleroosi	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Aivohalvaus	(-)	(-)	x*	(-)	x*
Muistisairaus	x	(-)	x	x	x
Psykiatrinen sairaus	x	(-)	(-)	(-)	x
Psykiatrinen mutta ei muistisairauden diagnoosia	x*	(-)	(-)	x*	(-)
Silmäsairaus	(-)	x	(-)	(-)	(-)
COPD	(-)	(-)	(-)	(-)	x*
Sydän- ja verisuonitauti (yksi tai useampi)	(-)	(-)	(-)	(-)	x*
Diabetes	(-)	(-)	(-)	(-)	x*
Lonkkamurtuma	(-)	(-)	(-)	(-)	x
Syöpä	x	(-)	(-)	(-)	(-)
Oksentelu	x	x	x	x	(-)
Rintakipu	(-)	x	(-)	(-)	(-)
Keskivaikea tai sitä vaikeampi kipu	x	x	x	x	(-)
Kaatonut edeltävän 30 vrk aikana	x	x	x	x	x*
Huimaus	x	x	x	x	x
Hengenahdistus	x	x	(-)	(-)	(-)
Turvotus	x	x	x	(-)	(-)
Harhaluulot	x	x	x	x	x
Aistiharhat	x	x	x	x	x
Virtsanpidätyskyvyttömyys	x	x	x	x	x
Ulosteen pidätyskyvyttömyys	x	x	x	x	x
Painehaava (1-4 asteen)	x	(-)	(-)	(-)	(-)
Ravitsemustila					
"Painon lasku 5% arviointia edeltäneen 90 vrk aikana tai 10% 180 vrk aikana"	x	x	x	x	x
Nielemisongelma	x	x	x	x	x
Puremisongelma	x	(-)	x	x	x
Painoindeksi alle 23	x	x	(-)	x	x

x=p < 0,0001 (suora yhteys), x* = p < 0,0001(käänteinen yhteys), (-) = ei yhteyttä.

neljän ulottuvuuden laskuun (fyysinen, käytös, vuorovaikutus ja kognitio). Aivohalvauksella oli käänteinen yhteys sekä kognition että käytösoireen pahenemiseen, psykiatriassa diagnosoitulla (ilman muistisairautta) puolestaan fyysisen toimintakyvyn laskuun.

Ravitsemustilaan liittyvistä tekijöistä painon lasku ja nielemisongelmat liittyivät kaikkien toimintakyvyn ulottuvuuksien hiljattaiseen huononemaan, mutta matala painoindeksi (alle 23) muihin paitsi käytösoireen pahenemiseen (taulukko 5).

Kaikkien ulottuvuuksien hiljattaiseen huononemiseen liittyi vetäytymistä sosiaalisista toiminnoista ja vähentynyttä kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa. Tulehtuneita ihmissuhteita liittyi kuitenkin vain psyykkisen ulottuvuuden laskuun (mieliala ja käytösoire).

Toimintakyvyn hiljattaiseen laskuun liittyvät lääkityskäytännöt on esitetty toimintakyvyn ulottuvuuksien mukaan taulukossa 6.

Väärin valituista lääkkeistä, erityisesti psyykenlääkkeistä on keskusteltu runsaasti. Tässä analyysissä keskimääräistä runsaampi psyykenlääkkeiden käyttö liittyi mielialan laskuun ja jossain määrin käytösoireen pahenemiseen mutta ei fyysisen toimintakyvyn laskuun. Masennuslääkkeen käytöllä oli käänteinen yhteys kognition laskuun.

Taulukko 6. Lääkkeiden, tarvikkeiden ja palvelujen käyttö toimintakyvyn eri ulottuvuuksien mukaan.

Toimintakyvyn hiljattaiseen alenemiseen potentiaalisesti liittyvät tekijät	Fyysisen toimintakyvyn lasku	Mielialan lasku	Käytösoireen paheneminen	Vuorovaikutuksen lasku	Kognition lasku
	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001
Käytännöt ja sairalapalvelujen käyttö					
"Vähintään yksi päivystyspolikkakäynti arviointia edeltäneen 90 vrk aikana"	x	x	x	x	x*
"Vähintään yksi sairaalajakso arviointia edeltäneen 90 vrk aikana"	x	x	x	x	x*
Psykoosilääke käytössä	(-)	x	x	(-)	x
Rauhoittava lääke käytössä	(-)	x	x	(-)	x
Unilääke käytössä	(-)	x	(-)	(-)	(-)
Masennuslääke käytössä	(-)	x	(-)	(-)	x*
Yhdeksän lääkettä tai enemmän	x	x	x	(-)	x
Vaipat käytössä	x	x	x	x	x

x=p<0,0001 (suora yhteys), x*=p<0,0001(käänteinen yhteys), (-)=ei yhteyttä.

Toimintakyvyn hiljattaista laskua selittävät tekijät ja palveluntuottajien rooli

Asiakasrakenne selitti toimintakyvyn jokaisen ulottuvuuden laskua vakioimattomassa mallissa. Mitä vaativampi RUG-alaluokka, sen todennäköisempää oli hiljattainen toimintakyvyn lasku, olipa toimintakyvyn ulottuvuus mikä tahansa.

Fyysisen toimintakyvyn hiljattaista laskua itsenäisesti selittävät tekijät täydennettynä palveluntuottajatyypillä sekä vakioituna iällä ja sukupuolella, mutta ei asiakasrakenneella, on esitetty taulukossa 7. Sen mukaan terveyskeskukseen verrattuna muiden palvelujen tuottajien asukkailla ei esiinny fyysisen toimintakyvyn laskua sen useammin kuin terveyskeskuksessaan, missä asiakasrakenne oli aikaa ja osaamista vaativin. Siis kaikki palveluiden tuottajat näyttäytyivät keskenään samankaltaisina.

Jos malliin lisätään kustannuspaino vakioimaan asiakasrakenteen eroja, niin verrattuna terveyskeskuksiin kaikilla muilla palvelujen tuottajilla esiintyykin merkitsevästi useammin fyysisen toimintakyvyn laskua. Kuten taulukosta 8 ilmenee, erot ovat kuitenkin vaatimattomat: riskisuhde jää alle 1,5:n.

Kun mielialan lasku oli selitettävänä tekijänä ja malli vakioitu kustannuspainolla, iällä ja sukupuolella, kuntien vanhainkodeissa ja palvelutaloissa esiintyi lähes kaksinkertaisesti mielialan laskua verrattuna terveyskeskusten vuodeosastoihin (riskisuhde

Taulukko 7. Fyysisen toimintakyvyn hiljattaista laskua selittävät itsenäiset tekijät (1). Asiakasrakenetta ei huomioitu.

	Riskisuhde	95% luottamusväli
Kommunikaation hiljattainen huononeminen	5,5	4,92-6,22
Mielialan hiljattainen huononeminen	3,5	3,06-3,90
Käyttösoireen hiljattainen paheneminen	2,3	2,03-2,64
Akuutti sairaus tai kroonisen sairauden akuuttivaihe	2,3	1,88-2,85
Kaatumat arviointia edeltäneen 30 vrk aikana	2,0	1,71-2,21
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1,8	1,64-2,01
Painon hiljattainen lasku	1,8	1,52-2,12
Keskivaikea tai sitä vaikeampi kipu	1,5	1,33-1,59
Kognition hiljattainen huononeminen	1,4	1,25-1,50
Psykiatrinen sairaus ilman muistisairautta	0,8	0,72-0,93
75-vuotias tai vanhempi	1,3	1,14-1,45
Miessukupuoli	1,1	0,98-1,19
Yritysten palvelutalo	1,08	0,88-1,33
Järjestöjen palvelutalo	0,94	0,80-1,11
Julkinen palvelutalo	1,00	0,87-1,16
Järjestöjen vanhainkoti	1,05	0,91-1,21
Julkinen vanhainkoti	1,05	0,91-1,21
Terveyskeskus	1,00	1,00-1,00

c-statistiikka 0,808.

1,7; 95 prosentin luottamusväli 1,45–2,13). Asiakasrakenne ei tässä monimuuttujamallissa enää selitä mielialan hiljattaista laskua. Mielialan laskua esiintyi harvimmoin yritysten ja järjestöjen vanhainkodeissa sekä terveyskeskusten vuodeosastoilla. Yritysten palvelutaloihin verrattuna kuntien palvelutaloissa mielialan hiljattaisen laskun riski oli kaksinkertainen ja kuntien vanhainkodeissa puolitoistakertainen.

Selitettäessä käytösoireiden pahenemista ja vakioitaessa malli kustannuspainolla, iällä ja sukupuolella, järjestöjen vanhainkodeissa esiintyi useammin käytösoireiden pahenemista kuin terveyskeskusten vuodeosastoilla (riskisuhde 1,1; 95 prosentin luottamusväli 1,12–2,16).

Asiakasrakenne ei tässä monimuuttujamallissa enää selittänyt käytösoireen hiljattaista laskua. Kaikkein harvimmoin käytösoire paheni palvelutaloissa, jotka eivät tässä suhteessa eronneet toisistaan ja joihin verraten muilla palveluiden tuottajilla esiintyi käytösoireen pahenemista 1,3–1,7-kertaisesti.

Selitettäessä vuorovaikutustaitojen pahenemista ja vakioitaessa malli kustannuspainolla iällä ja sukupuolella palveluntuottajatyypit eivät eronneet toisistaan.

Kognition hiljattaista pahenemista samoin ehdoin selitettäessä esiintyi järjestöjen ja säätiöiden palvelutaloissa (riskisuhde 1,3; 95 prosentin luottamusväli 1,07–1,42) ja

Taulukko 8. Fyysisen toimintakyvyn hiljattaista laskua selittävät itsenäiset tekijät (2). Asiakasrakenne huomioitu.

Fyysisen toimintakyvyn lasku	Riskisuhde	95% luottamusväli
Kommunikaation hiljattainen huononeminen	5,4	4,78-6,06
Kustannuspaino	4,4	3,56-5,54
Mielialan hiljattainen huononeminen	3,5	3,09,-3,94
Käytösoireen hiljattainen paheneminen	2,4	2,08,-2,71
Akuutti sairaus tai kroonisen sairauden akuuttivaihe	2,1	1,71,-2,61
Kaatonut arviointia edeltäneen 30 vrk aikana	2	1,76,-2,28
Painon hiljattainen lasku	1,7	1,42-1,98
Keskivaikea tai sitä vaikeampi kipu	1,4	1,28-1,53
Kognition hiljattainen huononeminen	1,3	1,16-1,39
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1,3	1,13-1,42
Psykiatrinen sairaus ilman muistisairautta	0,9	0,75-0,97
75-vuotias tai vanhempi	1,3	1,16-1,47
Miessukupuoli	1,1	0,98-1,12
Yritysten palvelutalo	1,4	1,10-1,68
Järjestöjen palvelutalo	1,2	1,01-1,42
Julkinen palvelutalo	1,4	1,18-1,62
Järjestöjen vanhainkoti	1,2	1,04-1,38
Julkinen vanhainkoti	1,2	1,12-1,40
Terveyskeskus	1,3	1,00-1,00

c-statistiikka 0,813.

vanhainkodeissa (riskisuhde 1,2; 95 prosentin luottamusväli 1,08–1,39) sekä kuntien vanhainkodeissa (riskisuhde 1,1; 95 prosentin luottamusväli 1,04–1,26) kognition hiljattaista huononemista useammin kuin terveyskeskuksissa. Kaikkein harvimmin kognition hiljattaista laskua esiintyi kuitenkin kuntien palvelutaloissa, joihin verraten jokaisella muulla palveluntuottajatyypillä esiintyi kognition laskua 3-4-kertaisesti.

Pohdinta

Päälöydökset

Tässä artikkelissa tutkittiin sellaista fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn laskua, joka oli tapahtunut arviointia edeltäneen kolmen kuukauden aikana kuuden eri palveluntuottajatyypin iäkkäillä asukkailla. Päälöydökset olivat:

1) Kaikkien kuuden palveluntuottajatyypin asiakaskunnan samankaltaisuus siten, että kaikentyypisiä asiakkaita asui kaikissa kuudessa palvelutyypissä ja erikaltaisuus siten, että terveyskeskuksissa ja vanhainkodeissa he olivat muita sairaampia ja huonokuntoisempia.

2) Toiminnanvajauksen lisääntymisen yleisyys (69 %) ja toimintakyvyn minkä tahansa ulottuvuuden huononemisen liittyminen jokaisen muun ulottuvuuden huononemiseen sekä toiminnanvajausta lisääviin riskitekijöihin kuten aliravitseminen, kaatuilu tai kipu sekä kaiken tämän kasautuminen ennestään huonokuntoisiin.

3) Akuuttien ja kroonisten oireiden vyyhdin muodostuminen, jolloin sairaalapalvelujen käyttö oli yleistä ja uhkana kokonaisvaltainen romahdus. Monialaista kuntoutusta oli tarjolla vain murto-osalle niistä, joiden toimintakyky oli laskenut hiljattain (1,5 %).

4) Eri tuottajatyypien suoriutuminen toimintakyvyn ylläpidosta lähes samantasoisesti ja samankaltaisesti siten, että varmuudella ei voida väittää yhden palveluntuottajatyypin (tai rahoituspuolelta) olleen muita paremman tai huonomman.

Toimintakyvyn hiljattaiseen heikkenemiseen liittyneiden tekijöiden kliininen merkitys

Fyysisen toimintakyvyn laskua tapahtui terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla vähemmän kuin muilla palveluiden tuottajilla ja älyllisen toimintakyvyn laskua (kognitio) vähemmän kuntien palvelutaloissa kuin muilla palveluiden tuottajilla. Käyttöoire lisääntyi harvemmin palvelutaloissa (tuottajasta riippumatta) kuin vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa. Vuorovaikutustaitojen heikkeneminen ei lainkaan liittynyt palveluntuottajatyypisiin.

Se, heijastavatko tulokset asiakasjakauman painopisteitä vai osaamista, jää arvailun varaan. On mahdollista, että siellä, missä oli paljon kohtuullisen kuntoisia muistisairai-

ta ja kognition huononemista voitiin vielä jarruttaa, näin tapahtui. Siellä, missä asiakkaat olivat kovin somaattisesti sairaita, heidän fyysisen toimintakykynsä romahtamista osattiin jarruttaa parhaiten.

Vaikka poikittaisen retrospektiivisen analyysiasetelman nojalla ei voi varmuudella päätellä syy- ja seuraussuhteita, mikään tietty palveluntuottajatyyppe ei vaikuttanut tuottavan enemmän toiminnanvajausta kuin muut. Terveyskeskuksen esiinnousu toimintakykyä parhaiten ylläpitävänä tuottajana asiakasrakenteella vakioimisen jälkeen voi olla osin harhaanjohtavaa siksi, että terveyskeskuksissa asui eniten RUG-alaluokkien CC ja PD asiakkaita, joiden joukossa on eniten täysin autettavia. Heidän toimintakykynsä ei enää voinut huonontua.

Sen sijaan merkittävä kysymys on, onko koko palvelujen tuottajakenttä alimitoitettu tai aliosaava, kun kolme neljästä asukkaasta elää tilanteessa, jossa toimintakyky on yhden tai useamman ulottuvuuden osalta alentunut hiljattain. Se, liittyykö koko löydös väistämättömästi yksilöiden oman kuoleman läheisyyteen, jää tässä analyysissä avoimeksi. Toiminnanvajauksen paheneminen liittyi pääasiallisesti eteneviin muistisairauksiin ja jossain määrin syöpiin, mutta ennen kaikkea se liittyi hiljattain esiintyneisiin akuuttisairauksiin tai -tiloihin, joiden jälkivaikutuksista kärsi joka toinen pitkäaikaisasukas. On mahdollista, että pahenevan toiminnanvajauksen taustalla vaikuttaa liian hidasa tai puutteellinen diagnostiikka ja riittämätön kuntoutus.

Toimintakyvyn laskun merkitys eri palvelujen tilaajille, tuottajille ja hoitoketjuille

Vanhainkotien työskä ansaitsee huomiota erityisesti nyt, kun terveyskeskussairaaloitten pitkäaikaisosastoja puretaan. Terveyskeskusten ja vanhainkotien asiakasrakente edellyttää henkilöstöltä laajaa osaamista. Vanhainkotien asiakasrakente oli jo tiedonkeruun aikaan (2008) lähes yhtä vaativa kuin terveyskeskusten vuodeosastolla keskimäärin, ja se tulee todennäköisesti muovautumaan taulukossa 3 esitetyn terveyskeskuksen jakauman kaltaiseksi.

Muistisairauksien hoitaminen elämän loppuun asti ei tule muodostumaan vanhainkotien kynnyskysymykseksi, vaikka pitkäaikainen terveyskeskushoito purettaisiin kokonaan, koska sitä osataan jo nyt.

Ratkaistavana on, millä osaamisella aiotaan hoitaa RUG-III-päälukien II-IV lisääntyminen vanhainkodeissa ja palvelutaloissa ja miten perinteisen sairaanhoidon osaaminen (tai sen puute) tulee heijastumaan asukkaiden toimintakykyyn ja sitä kautta palveluketjuihin. Toisaalta näihin päälukiiin ja niiden alaluokiiin luokitettujen henkilöitä hoidetaan jo kaikissa asumispalveluissa. Perusta on luotu.

Palvelutalojen osaaminen ja henkilöstö näyttää riittävältä juuri nyt. Ongelmakohta on siinä, riittääkö se silloin, kun toimintakyvyn lasku tapahtuu samoja sairauksia sairastavilla mutta huomattavasti huonokuntoisemmilla henkilöillä. Avun ja toisen ihmisen

läheisyyden tarve kasvaa kirjaimellisesti vierihoitoa edellyttäväksi. Erityisesti fyysisen toiminnanvajauksen syvetessä akuuttien sairauksien seurauksena sairaalapalveluja tullaan käyttämään runsaammin kuin vakaassa vaiheessa.

Akuuttisairauksien, oireiden tai tilojen merkitys toiminnanvajauksen pahenemisessa näkyi selkeästi tässä analyysissä. Vaikka arviointihetkellä meneillään olevia akuutteja sairauksia oli harvalla (4 %), joka toinen asukas (54 %) kärsi hiljattaisen sairauden jälkivaikutuksista. Omatoimisuuteen kannustaminen on ollut pitkäaikaishoidon kulmakivi jo vuosikymmenet.

Luvattoman vähän on kuitenkin kiinnitetty huomiota diagnostiikan nopeuteen ja välittömän (oikean) hoidon aloittamiseen tai asukkaiden epävakaaan terveydentilan toimintakykyä pitkäaikaisesti horjuttavaan vaikutukseen. Ikäihmisten asumispalvelujen lääkäri työvoima on yhä useammin ulkoistettu, vaihtuvaa eikä heillä ole aikaa eikä mahdollisuuksia syventyä iäkkäiden asukkaiden hoidon kokonaisuuteen. Usein sairauksien hoito hankitaan terveyskeskuksen vastaanotolta tai sairaalan päivystyspoliklinikalta. Moniammatillisesti suoritetusta hyvästä jatkohoidosta on näyttöä (Naylor ym. 1999, Cunliffe ym. 2004) – sen täytyy ulottua aiempaa tehokkaammin myös asumispalveluihin. Tarvitaan uudet ja tarkemmat pelisäännöt siihen, mitä lääkärin, terveyskeskuksen ja sairaalan työhön tulee kuulua asumispalvelujen iäkkäitä asukkaita hoidettaessa.

Viimeistään nyt kannattaa kysyä, missä ja miten ympärivuorokautista huolenpitoa tarvitsevien henkilöiden akuuttisairaudet on jatkossa järkevintä hoitaa: 1) siellä missä iäkäs asuu, oman henkilöstön toimesta; 2) siellä missä iäkäs asuu, kotihoidon toimesta; 3) siellä missä iäkäs asuu, sairaalan toimesta; 4) akuuttiosastolla sairaalassa; 5) geriatrisella osastolla sairaalassa.

Vaihtoehtojen 1–3 etuina on se, ettei iäkästä tarvitse altistaa siirron hitaudelle, päivystyspoliklinikalla odottelulle eikä ympäristön vaihdokselle, joiden tiedetään lisäävän aliravitsemuksen ja kaatuilun riskiä, akuutin sekavuuden uhkaa ja edesauttavan toimintakyvyn menetyksiä. Jos omaishoitoa ei huomioida, kotisairaalavaihtoehto on lisäksi taloudellisesti edullisempi (Sheppard ym. 2008). Vaihtoehdot 1–2 edellyttävät kuitenkin omalta ja kotihoidon henkilöstöltä erityisosaamista, joka – ollakseen kustannusvaikuttavaa - on kannattavaa vain suurissa yksiköissä ja pitää kohdentaa viisaasti. Parhaan tietotaidon viemisestä etulinjaan on kuitenkin monilta aloilta hyviä kokemuksia. Vaihtoehto 5 saattaa taata hyvän hoidon ja kuntoutuksen, mutta se edellyttää monialaisen tiimin hyvin suunnittelemaa kotiutusta (Stott 2006, Stenvall ym. 2007a ja 2007b) eli potilassiirtoa - ellei geriatrinen osasto jalkaudu.

Akuuttihoidon järjestämiseen pitkäaikaishoidon asukkaille kannattaa paneutua kii-reesti asukkaiden itsensä tähden mutta myös pitkäaikaishoidon kustannusten ja työn järjestämisen kannalta. Tiedetään, että suomalaisessa pitkäaikaishoidossa henkilöstön ajankäytön suhteen asiakkaiden tarpeet voivat ainakin nelinkertaistua vähiten apua tarvitsevista eniten tarvitseviin.

Palvelurakenteen muuttuessa merkittävä kysymys on myös se, miten nopeasti palvelutalojen muistisairaiden asukkaiden kunto tulee laskemaan taulukon 3 luokasta BA

luokkaan PD ja miten tämä otetaan huomioon esimerkiksi kilpailuttamistilanteessa. On mahdollista, että keskimäärin 2–3 vuodessa palveluntuottaja on joutunut tilanteeseen, missä ei hän enää koe kykenevänsä tuottamaan sovittua hoidon laatua – asukkaiden toimintakyky alkaa laskea tarpeettoman nopeasti ja sairaalapalvelujen käyttö kiihtyy. Pahimmassa mahdollisessa – ja valitettavan todennäköisessä – skenaariossa palvelutalojen asukkaat alkavat kertyä akuuttisairaaloiden osastoille. Jos kilpailutustilanteessa tätä säädellään osaamattomasti, he jäävät hoidotta.

Johtopäätökset ja tarvittavat toimenpiteet

Palvelujen tuottajataholla oli vähäinen tai ei lainkaan yhteyttä toimintakyvyn hiljattaisen laskuun vuoden 2008 palvelurakenteen vallitessa.

Palvelurakenteen muuttuessa STM:n (2008) laatusuosituksen suuntaan, missä terveyskeskusten pitkäaikaishoitoa on tarkoitus purkaa, vanhainkotihoitoa vähentää, palveluasumisen ja vanhainkotien (sekä kotihoidon) asiakasrakenne tulee muuttumaan laajempaa osaamista ja runsaammin sairaanhoitoa edellyttäväksi.

Asumispalvelujen tuottajien henkilöstön laaja-alaisesta osaamisesta huolehtiminen ja lääkäripalveluiden turvaaminen on ensiarvoista siksi, ettei iäkkäiden toimintakyky ennätä laskea viivästyneen diagnostiikan ja -hoidon vuoksi ennen aikojaan ja siksi, ettei sairaalapalvelujen kysyntä kasva tarpeettomasti. Kiireimmin asiasta on huolehdittava palvelutaloissa.

Asumispalveluiden kuten vanhainkotien ja palvelutalojen akuuttihoidon tarpeiden turvaaminen on samalla toiminnanvajauksen ehkäisyä. Painopisteen siirtäminen pois-päin potilassiirroista on edistettävää toimintaa. Asumispalvelujen hoidon sisältöjä ja kustannusvaikuttavuutta ei voi eikä pidä arvioida tai kehittää irrallaan muusta järjestelmästä, erityisesti terveydenhuollosta.

Terveyskeskusten pitkäaikaisosastoja purettaessa ja niitä uudelleen organisoitaessa niiden nykyisen osaamisen talteen saaminen on tärkeää. Samalla on hyvä muistaa ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien asumispalveluiden vähäinen monialainen kuntoutus sekä terveyskeskusosastojen todennäköinen kyky huolehtia muita palveluiden tuottajia paremmin fyysisen toimintakyvyn säilyttämisestä.

Kokonaisvaltainen ja laajaan asiakasrakenteen tarkasteluun pohjaava palvelujen suunnittelu ei välttämättä tule rahassa halvemmaksi, mutta tuolloin hoito voidaan kohdentaa tarkoituksenmukaisemmin. Samalla hinnalla voi olla mahdollista tuottaa enemmän toimintakykyä ja siten estää kustannusten tarpeeton kasvu.

Eroaako hoidon laatu ikäihmisten yksityisissä ja julkisissa palveluissa?

Anja Noro

Suomessa on meneillään ikäihmisten julkisten palveluiden laaja hankkiminen yksityisen sektorin tuottajilta. Huolena on ollut se, että yksityinen palvelutuottaja voi valita kevyemmät asiakkaat hoidettavakseen, ja huolta on kannettu myös palvelun laadusta sekä sen seuraamisesta ja varmistamisesta.

KILPA -hankkeessa (Sinervo ym. 2010) keskeisessä roolissa oli tehostetun palveluasumisen tarkastelu ja vertailu yksityisen ja julkisen palvelutuotannon välillä. Tässä artikkelissa tarkastelua on laajennettu siten, että mukaan on otettu julkinen vanhainkotiasuminen ja pitkäaikainen terveyskeskusten vuodeosastohoito. Asiakasrakennetta, hoidon laatua ja henkilöstömitoituksia koskevaa tietoa on koottu Stakesin/THL:n vertailukehittämishankkeesta vuodesta 2000 alkaen yhteistyössä osallistuvien kuntien ja laitosten kanssa (Noro ym. 2005; Finne-Soveri ym. 2006). Tästä laajasta tutkimusaineistosta on otettu mukaan julkisen palvelutuotannon asiakkaiden arviointitiedot, jotka on yhdistetty KILPA -hankkeesta koottuun tutkimusaineistoon. Analyyseissä on käytetty pääosin yksilötason aineistoa.

Syventävän analyysin tavoitteena on vastata kysymykseen, onko yksityisen ja julkisen palvelutuotannon hoidon laadussa eroa sen jälkeen, kun asiakkaiden fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky ja terveydentilan vakaus on otettu huomioon. Toisena tavoitteena on osastotason aineistoa analysoimalla katsoa, millä tavalla henkilöstömitoitus on yhteydessä hoidon laatuun.

Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Tutkimusaineistot muodostuvat sekä vuoden 2008 kevään laitoshoidon että kotihoidon RAI-arvioinneista (n = 10 258), joista on muodostettu yhdistetty yksilötason aineisto, jossa mukana ovat sellaiset kysymykset, mittarit ja laatuindikaattorit, jotka olivat laskettavissa molempien arviointitietojen perusteella.

Vertailutasot ovat seuraavat: Yksityinen palveluasuminen (n = 397), järjestöjen palveluasuminen (n = 472), julkinen palveluasuminen (n = 1181 eli julkisen osalta ne, jotka osallistuivat KILPA-hankkeeseen), järjestöjen vanhainkotiasuminen (n = 845), julkinen vanhainkotiasuminen (n = 3915) ja terveyskeskusosastot (n = 3448). Kolme

ensin mainittua tasoa perustuvat KILPA-hankkeen aineistoihin ja kaksi viimeksi mainittua RAI-vertailukehittämistoiminnan aineistoihin. Osastotason aineistossa oli käytettävissä tiedot 155 osastosta, joissa eivät ole mukana julkiset vanhainkodit eivätkä terveyskeskusosastot.

Vertailutasoja tarkastellaan jakaumina ja keskiarvoina. Eri palvelutyyppeiden välisiä laadun eroja tarkastellaan asiakasrakenteella vakioituna käyttäen logistista regressiota yksilötason aineistossa. Näissä malleissa selitettävänä tekijänä on se, onko asiakkaalla tietty laadun ongelma vai ei. Kun analyysi tehdään osastotason aineistolla ja tarkastellaan hoidon laadun, asiakasrakenteen ja henkilöstömitoituksen yhteyttä analyysimenetelmänä käytetään lineaarista regressioanalyysiä. Näissä malleissa selitettävä tekijänä on osaston asiakkaiden laadun keskiarvo.

Asiakasrakenteen mittarit

Asiakkaiden kognitiivista suoriutumista kuvaa CPS-mittari (Cognitive Performance Scale, asteikolla 0-6). Mittarissa selvitetään asukkaiden lähimuistia, ymmärretyksi tulemistä, kykyä suoriutua päivittäisen elämän päätöksenteosta, tajunnan tasoa ja kykyä syödä itse (Morris ja Fries 1994). Mitä suurempi luku on, sitä heikompi on asukkaan kognitiivinen suoriutuminen.

Asukkaiden fyysistä toimintakykyä kuvaa hierarkkinen toimintakykymittari (Activities of Daily Living Hierarchy, asteikolla 0-6). Se muodostuu neljästä toiminnosta: liikkuminen osastolla, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia (Morris ym. 1999). Asteikolla suurempi arvo tarkoittaa huonompaa toimintakykyä. Toisin sanoen mitä suurempi arvo on, sitä enemmän asukas tarvitsee hoitajien apua päivittäisissä tomissaan.

Terveydentilan vakautta kuvaa CHES-mittari (Changes in Health, End-stage Disease and Symptoms and Signs, asteikolla 0-5), joka on kehitetty sekä laitosten että kotihoitopotilaiden horjuvan terveydentilan arvioimiseen (Hirdes ym. 2003). Arvo 0 kuvaa vakaata terveydentilaa ja arvo 5 erittäin epävakaa terveydentilaa. Mittari koostuu seuraavista tekijöistä: oksentelu, turvotus, hengenahdistus, tahaton painon lasku, riittämättömät aterioiden saanti, riittämätön nesteiden saanti, päätöksentekokyvyn huononeminen, päivittäisen toimintakyvyn huononeminen, elinennuste 6 kk tai vähemmän.

Asiakkaiden voimavaratarvetta kuvaavat luokitukset RUG-III/22 ja RUG-III/34 ovat laskettavissa sekä laitoshoidosta (Fries ym. 1994; Björkgren ym. 1998; Björkgren 2002) että kotihoidosta (Poss ym. 2009), mutta kustannuspaino, joka kuvaa asiakkaiden suhteellista voimavaratarvetta, on eri tavalla laskettu laitoshoidon ja kotihoitoon. Laitoshoidossa käytössä oleva kustannuspaino perustuu henkilökunnan yhden viikon ajankäytön seurantoihin, jotka on toteutettu Suomessa vuosina 1994 (Björkgren ym. 1998; Björkgren 2002) ja 2000 (Laine 2005). Kotihoidossa vastaavaa aikalaskentaa ei ole suoritettu. Jotta palveluasuminen saatiin verrannolliseksi sekä koti- että laitoshoidon RAI-järjestel-

mää käyttävien osalta, luokitusta muunnettiin ja supistettiin siten, että se on yhteneväinen tietosisällöltään ja sisältää yhteensä 17 luokkaa (RUG-III/17), ja kustannuspainot (CMI_17) laskettiin hyödyntäen vuoden 2000 aikalaskentaa (Gerasin ym. 2010).

Hoidon laadun mittarit

Hoidon laatua voidaan arvioida useasta eri näkökulmasta (Donabedian 1966). Palvelujärjestelmässä hoidon laatu muodostuu toimintaympäristön rakenteiden, hoitoprosessien ja hoidon tulosten vuorovaikutuksesta. Toimintaympäristöä kuvaavat eri palvelutyypit ja tuottajat sekä henkilöstömitoitus, prosesseja hoitokäytännöt ja lopputulosta laadun indikaattorit.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan laatuindikaattoreita, joiden voidaan katsoa luonnehtivan hoitoprosessin laatua (esim. lääkkeiden käyttö). Toisaalta tarkastellaan sellaisia laadun osa-alueita, joiden voidaan sanoa kuvaavan hoidon lopputuloksen laatua (esim. painehaavat). RAI -järjestelmän pohjalta tuotetut laitoshoidon laatuindikaattorit kuvaavat hoidon kliinistä laatua sekä ongelmien esiintyvyytenä että ilmaantuvuutena (Zimmermann ym. 1995). Kotihoitoon kehitettyihin laatuindikaattoreihin sisältyy enemmän riskivakiointia, mutta nekin kuvaavat ongelmien esiintyvyyttä ja ilmaantuvuutta (Hirdes ym. 2004). Koska osa palveluntuottajista käytti kotihoidon RAI-arviointijärjestelmää ja osa laitoshoidon arviointijärjestelmää, aineistosta laskettiin sellaiset laatuindikaattorit, jotka olivat yhdenmukaisesti laskettavissa molemmista (Liite 1). Analyysissä käytettiin vain hoidon laadun ongelmien esiintyvyyttä kuvaavia indikaattoreita.

Laatuindikaattorit kuvaavat yleensä yksikkö-/osastotason hoidon laatua. Laatu-muuttujat kertovat sen, kuinka suuri osuus (%) yksikön asukkaista kärsii mahdollisesta laatuongelmasta. Mitä suurempi osuus on, sitä todennäköisemmin yksikössä on olemassa laatuongelma. Tässä analyysissä laatuindikaattorit on laskettu yksilötason aineiston pohjalta kuvaamaan tietyn palveluntuottajatyypin laaduntasoa, jota selitetään asiakasrakenteella ja asiakkaiden taustatekijöillä.

Asiakasrakenteen tarkastelua

Yritysten palveluasumisen asiakkaat ja terveyskeskuksissa pitkäaikaisessa hoidossa olevat olivat iältään nuorimpia, keskimäärin noin 80-vuotiaita (taulukko 1). Vanhimpia olivat järjestöjen vanhainkotien asiakkaat (85,5 vuotta), ja niissä naisten osuus oli myös suurin. Kertyneet asumis-/hoitoajat olivat pitkiä, pisimmät julkisessa palveluasumisessa 3,7 vuotta ja lyhimät yritysten palveluasumisen asiakkailla 2,3 vuotta ja terveyskeskusten pitkäaikaisasiakkailta 2,2 vuotta.

Melkein kaikissa palvelutyypeissä hoidettiin asiakkaita, joiden kognitio oli keskimääräisesti heikentynyt (taulukko 2). Matalin keskiarvo oli julkisen palveluasumisen

Taulukko 1. Taustatietoa yksityisen ja julkisen palvelutuotannon asiakkaista.

	Yritys, palvelu- asuminen	Järjestö, palvelu- asuminen	Julkinen, palvelu- asuminen	Järjestö, vanhain- koti	Julkinen, vanhain- koti	Terveys- keskus
Asiakasmäärä	397	472	1181	845	3915	3448
Ikä, keskim. vuosia	80,2	81,6	81,7	85,5	82,9	80,3
Naisten osuus	72 %	78 %	75 %	87 %	73 %	69 %
Hoitoaika, keskim. vuosia	2,3	3,1	3,7	2,8	2,9	2,2

asiakkailla ja korkein terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkailla. Fyysisen toimintakyvyn ongelmat painottuivat terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhainkotien asiakkaille, ollen vähäisimpiä julkisessa palveluasumisessa.

Terveydentilan vakauteen liittyvät ongelmat olivat keskimääräisesti korkeammat vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkailla. Asiakkaiden voimavaratarvetta kuvaava kustannuspainoindeksi oli matalin julkisessa palveluasumisessa ja korkein vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkailla. KILPA-hankkeen aineiston perusteella laskettu osastotason henkilöstömitoitus oli korkein järjestöjen ja yritysten palveluasumisessa.

Taulukko 2. Asiakkaiden toimintakyvyn ulottuvuuksien keskiarvot palvelutyypeittäin.

	Yritys, palvelu- asuminen		Järjestö, palvelu- asuminen		Julkinen, palvelu- asuminen		Järjestö, vanhain- koti		Julkinen, vanhain- koti		Terveys- keskus	
	ka ^a	std ^b	ka	std	ka	std	ka	std	ka	std	ka	std
Asiakasmäärä Yksilötaso	397		472		1181		845		3915		3448	
Kognitio (CPS, 0-6)	3,19	1,73	3,32	1,76	2,25	1,74	3,64	1,72	3,43	1,84	3,92	1,94
Fyysinen toimintakyky (ADLH, 0-6)	2,59	1,79	2,55	1,81	1,72	1,74	3,58	1,66	3,68	1,79	4,40	1,72
Terveydentilan vakaus (CHESS, 0-5)	1,05	1,17	1,10	1,19	1,10	1,14	1,55	1,29	1,29	1,24	1,20	1,22
Kustannuspaino, (CMI_17)	0,87	0,26	0,87	0,26	0,79	0,26	1,01	0,22	1,02	0,24	1,10	0,2
Osastotaso Henkilöstömitoitus	0,64	0,1	0,69	0,14	0,52	0,12	0,62	0,09	0,62 ^c	-	0,66 ^c	-

^a ka = keskiarvo.

^b std = keskihajonta.

^c Eri tietolähde, ei aineistossa.

Hoidon laadun tarkastelua

Tarkasteltavat laatumuuttujat voidaan luokitella kolmeen kokonaisuuteen, joista ensimmäinen liittyy lääkityskäytäntöihin, toinen sosiaaliseen elämään ja kolmas klinisiin ongelmiin. Oman palvelutyyppin ulkopuolisen palvelun käyttöä kuvaa yöpyminen sairaalassa tai käynti päivystyspoliklinikalla. Laadun tasossa oli eroa palvelutyypin välillä silloin, kun tarkasteltiin vakioimattomia jakaumia (taulukko 3). Joissakin laatutekijöissä näyttäisi olevan ongelmaa melkein puolella asiakkaista, joissakin vähemmän. Lääkityskäytännöissä oli korkeampia lukuja kuten myös käytösoireissa, liikkumisapuvälineiden puutteessa liikuntakykyisillä, sekä virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyydessä.

Seuraavaksi tarkastellaan, mitkä asiakasrakenteeseen liittyvät tekijät selittävät laadun vaihtelua ja vieläkö tämän vakioimisen jälkeen on eroja eri palveluntuottajatyypin välillä. Kun tarkastellaan eri lääkityskäytäntöjä, niin asiakkailla, joilla oli enemmän heikentynyt kognitio, oli vähäisempi määrä lääkkeitä kuten myös uni- ja rauhoittavia

Taulukko 3. Laatuindikaattoreiden esiintyvyyksien (0-100 %) keskiarvot palvelutyypeittäin.

	Yritys, palveluasuminen		Järjestö, palveluasuminen		Julkinen, palveluasuminen		Järjestö, vanhainkoti		Julkinen, vanhainkoti		Terveyskeskus	
	ka	std	ka	std	ka	std	ka	std	ka	std	ka	std
Asiakasmäärä	397		472		1181		845		3915		3448	
<i>Lääkityskäytännöt</i>												
Vähintään 9 lääkettä, %	36	48	42	49	57	49	41	49	47	50	39	49
Psykoosilääkkeiden käyttö ilman psykoottisia oireita, %	26	44	32	47	28	45	31	46	29	46	30	46
Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö, %	42	49	49	50	45	50	35	48	39	49	41	49
<i>Sosiaalinen tilanne</i>												
Alavireinen mieliala, %	11	32	15	36	20	40	19	39	15	35	11	32
Käytösoire, joka vaikuttaa muihin, %	24	43	32	47	21	41	41	49	36	48	33	47
Ei liikkumisapuvälineitä vaikka vaikeuksia liikkumisessa, %	52	50	50	50	20	40	40	49	53	50	69	46
<i>Kliiniset ongelmat</i>												
Kova päivittäinen kipu, %	4	20	4	16	6	24	4	21	4	19	5	19
Virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyys, %	49	50	50	50	38	49	71	45	70	46	78	41
Painon lasku, %	6	24	5	22	3	18	5	23	7	25	9	28
1-4 asteen painehaavat, %	5	22	5	21	6	23	4	20	8	26	9	29
<i>Muu palvelun käyttö</i>												
Sairaalahoito, %	18	39	21	41	29	45	14	34	16	37	17	38

lääkkeitä, mutta hieman enemmän psykoosilääkitystä (taulukko 4). Suurempi määrä fyysisen toimintakyvyn ongelmia oli yhteydessä vähäisempään lääkitymäärään. Terveystilan ollessa epävakaampi oli kaikkea lääkitystä enemmän. Myös kustannuspaino osoittaa, että enemmän voimavaroja vaativilla asiakkaila oli suurempi määrä lääkkeitä, mutta vähemmän psykoosilääkitystä.

Kun verrataan asiakasrakenteen vakioimisen jälkeen eri palveluntuottajatyyppejä, niin julkisen palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkaila oli useammin 9 lääkettä tai enemmän verrattuna yritysten palveluasumiseen. Psykoosilääkkeiden käyttöä oli enemmän järjestöjen ja julkisen puolen vanhainkotien sekä terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkaila kuin yritysten palveluasumisessa. Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö osuus oli 1,4 kertaa suurempi järjestöjen palveluasumisen asiakkaila ja terveyskeskusten vuodeosastoilla noin 1,3 kertaa suurempaa kuin yritysten palveluasumisessa.

Sosiaalisiiin suhteisiin liittyviä laatuindikaattoreita ovat asiakkaan alavireinen mieliala, muihin vaikuttava käytösoireilu ja liikkumisen apuvälineiden puute vaikka on

Taulukko 4. Lääkityskäytäntöjä kuvaavat laatuindikaattorit selitettävänä yksilötason logistisissa regressioanalyysissä.

n	Vähintään 9 lääkettä			Psykoosilääkkeiden käyttö ilman psykoottisia oireita			Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö		
	4473 vs. 5638			2802 vs. 6755			3855 vs. 5671		
	Odds Ratio	95%	CL	Odds Ratio	95 %	CL	Odds Ratio	95 %	CL
Ikä, vuosia (ka)	1,09	0,99	1,20	0,89	0,80	0,99	0,99	0,90	1,09
Sukupuoli (1=mies, 2=nainen)	1,00	0,99	1,00	0,97	0,96	0,97	0,98	0,98	0,99
Hoitoaika, vuosia (ka)	0,97	0,96	0,99	1,03	1,02	1,05	0,98	0,97	1,00
Kognitio (CPS, 0-6)	0,74	0,72	0,76	1,13	1,09	1,16	0,91	0,88	0,93
Fyysinen toimintakyky (ADLH, 0-6)	0,86	0,83	0,90	0,89	0,85	0,93	0,91	0,88	0,95
Terveystilan vakaus (CHESS, 0-5)	1,29	1,24	1,34	1,06	1,02	1,11	1,06	1,02	1,10
Kustannuspaino, (CMI_17)	3,29	2,47	4,39	0,61	0,45	0,83	0,79	0,59	1,04
Yritys, palveluasuminen	1,00			1,00			1,00		
Järjestö, palveluasuminen	1,32	1,00	1,76	1,33	0,98	1,82	1,40	1,05	1,86
Julkinen, palveluasuminen	1,88	1,47	2,41	1,04	0,80	1,37	0,97	0,76	1,24
Järjestö, vanhainkoti	1,29	1,00	1,68	1,66	1,24	2,20	0,97	0,75	1,26
Julkinen, vanhainkoti	1,61	1,29	2,02	1,47	1,15	1,88	1,06	0,85	1,32
Terveyskeskus	1,31	1,04	1,64	1,50	1,17	1,93	1,29	1,03	1,62

ongelmia liikkumisessa (taulukko 5). Alavireistä mielialaa oli enemmän, jos ikää oli enemmän. Jos fyysinen toimintakyky heikkeni, alavireisyyttä oli vähemmän. Jos terveydentila oli epävaka, alavireisyyttä oli enemmän, kuten myös jos hoidon tarve oli suurempi. Alavireistä mielialaa oli enemmän julkisen palveluasumisen ja järjestöjen vanhainkotien asiakkailta kuin yritysten palveluasumisen asiakkailta.

Käyttösoire, joka vaikuttaa muihin, oli useammin nuoremmilla, miehillä ja pidempään hoidossa olleilla, joilla kognitio ja terveydentila olivat heikentyneet ja kustannuspaino kohonnut. Käyttösoireilua oli 1,5 kertaa enemmän järjestöjen palveluasumisessa, 2,1 kertaa enemmän järjestöjen vanhainkodeissa ja 1,7 kertaa enemmän julkisessa vanhainkotiasumisessa kuin yritysten palveluasumisessa. Liikkumisen apuvälineiden puutetta arvioidaan niillä, joilla oli ongelmia fyysisessä toimintakyvyssä. Liikkumisen apuvälineiden puutetta näyttäisi olevan enemmän miehillä, pitkään hoidossa olleilla, sekä niillä asiakkailta, joilla oli heikentynyt kognitio, fyysinen toimintakyky, mutta vähemmän asiakkailta, joilla oli epävaka terveydentila ja matala kustannuspaino. Julkisen puolen ja järjestöjen palveluasumisen asiakkailta oli vähemmän liikkumisen

Taulukko 5. Sosiaalisuuteen liittyvät laatuindikaattorit selitettävänä yksilötason logistisissa regressioanalyyseissä.

n	Alavireinen mieliala			Käyttösoire, joka vaikuttaa muihin			Ei liikkumisapuvälineitä vaikka vaikeuksia liikkumisessa		
	1465 vs. 8658			3307 vs. 6814			3769 vs. 3305		
	Odds Ratio	95 %	CL	Odds Ratio	95 %	CL	Odds Ratio	95 %	CL
Ikä, vuosia (ka)	1,47	1,27	1,70	0,69	0,62	0,76	1,04	0,92	1,18
Sukupuoli (1=mies, 2=nainen)	1,00	1,00	1,01	0,98	0,98	0,99	0,95	0,95	0,96
Hoitoaika, vuosia (ka)	0,99	0,97	1,01	1,03	1,01	1,04	1,05	1,03	1,07
Kognitio (CPS, 0-6)	1,03	0,99	1,07	1,25	1,21	1,28	1,16	1,12	1,20
Fyysinen toimintakyky (ADLH, 0-6)	0,80	0,76	0,85	0,91	0,87	0,95	1,61	1,52	1,70
Terveydentilan vakaus (CHESS, 0-5)	1,47	1,40	1,54	1,19	1,15	1,24	0,90	0,86	0,95
Kustannuspaino, (CMI_17)	2,52	1,72	3,69	2,55	1,87	3,46	0,44	0,30	0,63
Yritys, palveluasuminen	1,00			1,00			1,00		
Järjestö, palveluasuminen	1,38	0,92	2,07	1,52	1,11	2,08	0,96	0,68	1,37
Julkinen, palveluasuminen	1,85	1,30	2,62	1,01	0,76	1,34	0,27	0,19	0,37
Järjestö, vanhainkoti	1,61	1,11	2,32	2,11	1,59	2,81	0,54	0,40	0,74
Julkinen, vanhainkoti	1,35	0,97	1,88	1,70	1,32	2,18	0,87	0,66	1,15
Terveyskeskus	1,13	0,80	1,58	1,28	0,99	1,64	1,40	1,05	1,86

apuvälineiden puutetta ja terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkailla enemmän kuin yritysten palveluasumisessa.

Asiakkaan sairaanhoidollisiin tarpeisiin liittyviä laatuongelmia ovat kova päivittäinen kipu, virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyys, painon lasku ja painehaavat (taulukko 6). Nämä laadun ulottuvuudet kuvastavat ehkä kaikkein eniten asiakasrakennetta ja ovat yhteydessä epävakaaseen terveydentilaan virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyyttä lukuun ottamatta. Siihen oli suurempi yhteys heikentyneillä kognitiolla ja fyysisellä toimintakyvyllä etenkin pitkään hoidossa olleilla ja suuremmalla voimavaratarpeella. Painehaavoja oli vähemmän, jos kognitio oli kovasti heikentynyt, mutta voimavaratarve oli suuri ja terveydentila epävakaa. Ainoa ero löytyy painehaavojen osalta siten, että niitä oli vähemmän järjestöjen palveluasumisessa verrattuna yritysten palveluasumiseen. Muutoin asiakasrakenne yksinään selittää laadun ongelmia.

Taulukko 6. Kliiniseen hoitoon liittyvät laatuindikaattorit selitettävänä yksilötason logistisissa regressioanalyyseissä.

n	Kova päivittäinen kipu			Virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyys			Painon lasku			1-4 asteen painehaavat		
	419 vs. 9702			6455 vs.3155			691 vs. 9374			743 vs. 9378		
	Odds Ratio	95 %	CL	Odds Ratio	95 %	CL	Odds Ratio	95 %	CL	Odds Ratio	95 %	CL
Ikä, vuosia (ka)	1,20	0,94	1,52	0,81	0,70	0,93	0,70	0,58	0,85	0,75	0,63	0,90
Sukupuoli (1=mies, 2=nainen)	0,98	0,97	1,00	1,01	1,00	1,01	0,98	0,97	0,99	1,01	1,00	1,02
Hoitoaika, vuosia (ka)	0,97	0,94	1,01	1,06	1,04	1,08	1,01	0,98	1,04	0,99	0,96	1,02
Kognitio (CPS, 0-6)	0,84	0,79	0,89	1,31	1,26	1,36	1,01	0,96	1,07	0,90	0,86	0,94
Fyysinen toimintakyky (ADLH, 0-6)	1,04	0,95	1,15	1,95	1,83	2,06	1,14	1,05	1,24	1,00	0,93	1,08
Terveydentilan vakaus (CHESS, 0-5)	1,54	1,43	1,67	0,98	0,93	1,04	2,72	2,53	2,93	1,17	1,10	1,24
Kustannuspaino, (CMI_17)	2,03	1,05	3,91	11,0	7,66	15,9	0,67	0,36	1,23	52,16	29,54	92,09
Yritys, palveluasuminen	1,00			1,00			1,00			1,00		
Järjestö, palveluasuminen	0,76	0,35	1,63	1,04	0,72	1,50	0,89	0,47	1,66	0,95	0,50	1,80
Julkinen, palveluasuminen	1,75	0,98	3,11	1,33	0,97	1,82	0,60	0,34	1,05	1,37	0,81	2,32
Järjestö, vanhainkoti	1,02	0,54	1,90	1,26	0,90	1,76	0,56	0,32	1,00	0,50	0,28	0,90
Julkinen, vanhainkoti	0,86	0,50	1,50	1,22	0,92	1,63	0,96	0,59	1,55	0,95	0,59	1,53
Terveyskeskus	0,84	0,48	1,48	1,05	0,78	1,41	1,27	0,79	2,06	0,96	0,59	1,56

Taulukko 7. Sairaalahoitoon käyttö laatutekijänä yksilötason logistisessa regressio-analyysissä.

n	Sairaalahoito tai päivystyspoliklinikalla käynti viimeisen 90 vrk:n aikana (yksilötaso)		
	1833 vs. 8287		
	Odds Ratio	95 %	CL
Ikä, vuosia (ka)	0,79	0,70	0,90
Sukupuoli (1=mies, 2=nainen)	0,99	0,99	1,00
Hoitoaika, vuosia (ka)	0,88	0,86	0,90
Kognitio (CPS, 0-6)	0,85	0,82	0,88
Fyysinen toimintakyky (ADLH, 0-6)	0,81	0,77	0,85
Terveydentilan vakaus (CHESS, 0-5)	1,55	1,48	1,62
Kustannuspaino, (CMI_17)	2,77	1,97	3,90
Henkilöstömitoitus	-		
Yritys, palveluasuminen	1,00		
Järjestö, palveluasuminen	1,33	0,94	1,89
Julkinen, palveluasuminen	1,71	1,27	2,30
Järjestö, vanhainkoti	0,71	0,51	1,00
Julkinen, vanhainkoti	0,93	0,70	1,23
Terveyskeskus	1,01	0,76	1,34

Asiakkaiden terveydentilasta kertoo sairaalahoidon käyttö. Palveluketjun näkökulmasta tarkasteltuna se voi kertoa myös vallitsevasta hoitokäytännöstä (taulukko 7). Yksilötasolla tarkasteltuna akuuttihoitoon käyttöä oli useammin nuoremmilla, lyhyemmän aikaa hoidossa olleilla, joilla oli parempi kognitio ja fyysinen toimintakyky, mutta epävakampi terveydentila. Akuuttisairaanhoidon käyttöä oli enemmän julkisen palveluasumisen asiakkailta.

Henkilöstömitoitus ja laatu

Henkilöstömitoituksen ja kaikkien hoidon laadun indikaattoreiden yhteyttä tarkasteltiin erikseen osastotason aineistolla, ja analyysimenetelmänä oli lineaarinen regressio-analyysi (taulukko 8). Henkilöstömitoitus ei tullut niissä missään merkitseväksi paitsi laatutekijässä 9 lääkettä tai enemmän, missä suurempi henkilöstömitoitus selitti vähäisempää lääkitysmäärää. Samaisessa mallissa olleet palveluntuottajatyypit (yritysten, järjestöjen ja julkisen tuottajan palveluasuminen sekä järjestöjen vanhankodit) eivät kuitenkaan tilastollisesti eronneet toisistaan. Yksilötason logistisissa malleissa järjestöjen palveluasumisen asiakkailta oli vähemmän painehaavoja. Kun henkilöstömitoitus

lisättiin selittäväksi tekijäksi osastotason malliin, ero palveluntuottajatyypin välillä ei ollut enää tilastollisesti merkitsevä. Malleissa ei ollut mukana julkisia vanhainkoteja eikä terveyskeskusten vuodeosastoja.

Taulukko 8. Hoidon laadun erot osastotason lineaarisessa regressioanalyyssissä (KILPA-aineisto) 1/2.

	Vähintään 9 lääketä		Psykoosi-lääkkeiden käyttö ilman psykoottisia oireita		Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö		Alavireinen mieliala		Käyttöoire, joka vaikuttaa muihin		Ei liikumis-apuvälineitä vaikka vaikeuksia liikkumisessa	
	Beta	p<	Beta	p<	Beta	p<	Beta	p<	Beta	p<	Beta	p<
Vakio	38,46	0,268	174,56	<.0001	150,67	<.0001	53,27	0,028	102,65	0,001	172,50	<.0001
Ikä, vuosia (ka)	-0,06	0,572	-0,18	0,125	-0,08	0,477	-0,09	0,259	0,14	0,134	0,16	0,162
Sukupuoli (1=mies, 2=nainen)	0,37	0,295	-1,72	<.0001	-0,53	0,168	-0,42	0,093	-1,04	0,001	-1,23	0,001
Hoitoaika, vuosia (ka)	-1,27	0,242	-1,22	0,299	-2,71	0,021	-0,59	0,434	0,43	0,650	-1,16	0,300
Kognitio (CPS, 0-6)	-9,48	<.0001	1,19	0,629	-11,76	<.0001	-2,59	0,098	4,98	0,012	6,81	0,004
Fyysinen toimintakyky (ADLH, 0-6)	-0,69	0,876	-3,94	0,413	5,48	0,251	-0,08	0,979	10,00	0,010	12,47	0,007
Terveystilan vakaus (CHESS, 0-5)	10,89	0,004	0,11	0,979	5,34	0,185	11,97	<.0001	8,85	0,007	0,84	0,828
Kustannuspaino, (CMI_17)	14,49	0,635	5,29	0,874	-47,19	0,153	-7,92	0,709	-59,31	0,027	-85,68	0,008
Henkilöstömitoitus	-28,27	0,018	6,86	0,596	1,57	0,902	-0,65	0,937	7,75	0,454	-3,98	0,746
Yksityinen, palveluasuminen (ver)	1,03	0,811	1,14	0,808	9,08	0,051	4,74	0,113	6,80	0,070	3,89	0,381
Järjestö, palveluasuminen	8,01	0,092	4,09	0,427	-5,49	0,282	6,58	0,047	2,47	0,549	-23,00	<.0001
Julkinen, palveluasuminen	0,22	0,965	7,25	0,174	1,81	0,731	4,10	0,227	10,48	0,015	-6,72	0,184

Taulukko 8. Hoidon laadun erot osastotason lineaarisessa regressioanalyysissä (KILPA-aineisto) 2/2.

	Kova päivittäinen kipu		Virtsan/ulos-teen pidätys-kyvyttömyys		Painon lasku		1-4 asteen painehaavat		Sairaalahoito	
	Beta	p<	Beta	p<	Beta	p<	Beta	p<	Beta	p<
Vakio	-14,79	0,235	-93,85	<.0001	19,15	0,119	-4,60	0,709	55,18	0,007
Ikä, vuosia (ka)	0,05	0,230	-0,03	0,664	0,04	0,329	0,03	0,402	0,04	0,523
Sukupuoli (1=mies, 2=nainen)	0,16	0,221	0,79	0,001	-0,19	0,123	0,06	0,650	-0,52	0,014
Hoitoaika, vuosia (ka)	0,22	0,572	1,11	0,115	-0,17	0,663	-0,43	0,264	-0,76	0,227
Kognitio (CPS, 0-6)	-1,85	0,023	2,62	0,075	0,43	0,585	-1,75	0,030	-3,46	0,009
Fyysinen toimintakyky (ADLH, 0-6)	-0,56	0,726	10,54	0,000	0,14	0,928	-1,71	0,278	-3,34	0,198
Terveystilan va-kaus (CHESS, 0-5)	3,28	0,015	-0,32	0,896	4,35	0,001	3,70	0,006	8,62	0,000
Kustannuspaino, (CMI_17)	6,87	0,531	51,10	0,011	-2,93	0,787	18,58	0,089	20,12	0,262
Henkilöstömitoitus	2,99	0,482	-4,06	0,600	-4,42	0,293	-5,65	0,182	-3,94	0,572
Yksityinen, palvelu- asuminen (ver)										
Järjestö, palvelu- asuminen	0,29	0,851	0,06	0,984	0,40	0,793	-0,07	0,963	3,39	0,178
Julkisen, palvelu- asuminen	0,77	0,650	1,39	0,651	-1,33	0,427	-2,10	0,213	7,47	0,008
Järjestö, vanhainkoti	-0,07	0,968	-0,71	0,824	1,02	0,555	-1,96	0,258	-0,80	0,780

Päätulokset ja pohdintaa

Asiakasrakenteen osalta päätulokset olivat seuraavat:

- Julkisen tuottajan palveluasumisen asiakkaat olivat kustannuspainoltaan kevyimpiä ja vanhainkotien ja terveyskeskusten raskaimpia
- Julkisen tuottajan palveluasumisen asukkailla oli pidempi asumisaika kuin muilla palveluntarjoajilla.
- Kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn vajuus oli suurinta vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa
- Julkisessa palveluasumisessa oli matalin henkilöstömitoitus, ja yritysten ja järjestöjen palveluasumisessa oli korkein henkilöstömitoitus
- Yritysten ja järjestöjen palveluasumisessa henkilöstömitoitus oli korkeampi kuin vanhainkodeissa ja järjestöjen palveluasumisessa mitoitus oli korkeampi kuin terveyskeskusten vuodeosastoilla

Hoidon laadun päätulokset olivat seuraavat:

- Julkisen palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkailla oli useammin 9 lääketä tai enemmän verrattuna yritysten palveluasumiseen.

- Psykoosilääkkeiden käyttöä oli enemmän järjestöjen ja julkisten vanhainkotien sekä terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkailta kuin yritysten palveluasumisessa.
- Rauhoittavien ja unilääkkeiden käytön osuus oli järjestöjen palveluasumisen asiakkailta 1,4 kertaa suurempaa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla noin 1,3 kertaa suurempaa kuin yritysten palveluasumisessa.
- Alavireistä mielialaa oli enemmän julkisen palveluasumisen ja järjestöjen vanhainkotien asiakkailta kuin yritysten palveluasumisen asiakkailta.
- Käyttösoireilua oli 1,5 kertaa enemmän järjestöjen palveluasumisessa, 2,1 kertaa enemmän järjestöjen vanhainkodeissa ja 1,7 kertaa enemmän julkisessa vanhainkotiasumisessa kuin yritysten palveluasumisessa.
- Julkisen ja järjestöjen palveluasumisen asiakkailta oli vähemmän liikkumisen apuvälineiden puutetta ja terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkailta enemmän kuin yritysten palveluasumisessa.
- Painehaavoja oli vähemmän järjestöjen palveluasumisessa kuin yritysten palveluasumisessa
- Akuuttisairaanhoidon käyttöä oli eniten julkisen palveluasumisen asiakkailta.
- Hoidon laadun ja henkilöstömitoituksen päätulokset olivat seuraavat:
- Henkilöstömitoitus oli yhteydessä vain laatumuuttujaan yhdeksän lääkettä tai enemmän – mitä enemmän lääkitystä, sitä alempi mitoitus, ja muutoin laadun vaihtelua selitti sekä asiakasrakenne että palveluntuottajatyyppi
- Kun henkilöstömitoitus otettiin huomioon, ero painehaavojen esiintyvyydessä järjestöjen palveluasumisen hyväksi liudentui

Kun tarkastellaan asiakasrakenteen ja laadun yhteyttä, niin useaa laadun ongelmaa selittivät asiakkailta olevat terveydentilan vakauteen ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat eikä niinkään itse palvelutyyppiin palveluntuottajatyyppiin liittyvät tekijät. Asiakkaiden valinta ja sijoittaminen tiettyyn palveluun saattavat vaikuttaa hoidon laatuun enemmän kuin palveluntuottajatyyppi, ja suurelta osin laadun vaihtelua selitti asiakasrakenne ja asiakkaan kunnan muutokset, joihin vain osin voidaan annettulla hoidolla ja palvelulla vaikuttaa. Annetun palvelun sisältöä ei tässä kuitenkaan tutkimuksessa tarkasteltu.

Hoidon laadun tasossa ei ollut suurta eroa yksityisen ja julkisen palveluasumisen ja toisaalta vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa asuvien välillä. Vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa lääkityskäytännöt olivat hieman maltillisempia, mutta asiakkailta oli enemmän kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn ongelmia ja korkeampi kustannuspaino.

Hoitohenkilöstön mitoitus oli yksityisellä puolella korkeampi kuin julkisella puolella. Kilpailu- ja valvontakriteerit selittävät tätä eroa. Kustannuspaino oli korkein vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa, mutta henkilöstömitoitus oli niissä samaa luokkaa kuin yksityisessä palveluasumisessa. Osastotasolla laatua tarkastellessa henkilöstömitoitus ei itse asiassa ollut yhteydessä tarkasteltuihin laatumuuttujiin silloin, kun asiakasrakenne ja palveluntuottajatyyppi otettiin huomioon. Henkilöstömitoitus ei yksinään ole riittävä laadun seurantaindikaattori, sillä myös henkilöstön koulutustasolla ja asenteella sekä johtamisella ja koetulla johtamisen oikeudenmukaisuudella on merkitystä.

Liite 1. Laatuindikaattorit yhdistelmänä koti- ja laitoshoidosta.

	Kotihoidon RAI-arviointi (Hirdes ym. 2004)	Laitoshoidon RAI-arviointi (Zimmerman ym. 1995)
(e) Vähintään 9 lääkettä	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Lääkkeiden määrä enemmän kuin 9
(e) Psykoosilääkkeiden käyttö ilman psykoottisia tai muita oireita	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Psykoottisia lääkkeitä viimeisimmässä arvioinnissa käyttävät asiakkaat poissulkien asiakkaat, joilla yksi tai useampia psykoottisia oireita
(e) Rauhoittavien ja/tai unilääkkeiden käyttö ilman psykoottisia tai muita oireita	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Rauhoittavia ja/tai uni lääkkeitä viimeisimmässä arvioinnissa käyttävät asiakkaat poissulkien asiakkaat, joilla yksi tai useampia psykoottisia oireita
(e) Alavireinen mieliala	Kaikista asiakkaista niiden asiakkaiden osuus (%), jotka ilmaisevat surullisuuden tai masennuksen tunteita JA joilla on vähintään kaksi toiminnallisen masennuksen oiretta (jatkuva omaan itseen tai muihin kohdistuva kiukku, terveyteen liittyvät toistuvat valitukset, murheellinen, kivulias, huolestunut kasvojen ilme, toistuva kyynelehtiminen, vetäytyy aktiviteeteistaan, vähentynyt sosiaalinen kanssakäyminen tai tahaton painonlasku viitenä päivänä viikossa tai päivittäin)	
(e) Käyttöoire, joka vaikuttaa muihin	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Asiakkaat, joilla käytösoireita (verbaalisesti aggressiivinen tai fyysinen pahoinpitely tai sosiaalisesti sopimaton/häiritsevää käyttäytyminen)
(e) Ei liikkumisen apuvälineitä vaikka asiakkaalla vaikeuksia liikkuu	Asiakkaista, joilla on vaikeuksia liikkumisessa ja jotka liikkuvat ainakin kotona (asiakas tarvitsee valvontaa, rajoitettua, laajaa tai täydellistä apua tai on kokonaan riippuvainen liikkumisessa kotiloissa tai kodin ulkopuolella pois lukien ne, jotka eivät liiku ollenkaan sisätiloissa, niiden osuus (%), joilla ei ole liikkumisapuvälinettä	Vaikeuksia liikkumisessa, mutta ei liikkumisen apuvälineitä (HUOM! Niu-kempi kuin kotihoidossa)
(e) Kova päivittäinen kipu	Kaikista asiakkaista niiden osuus (%), joilla on päivittäistä kovaa tai ajoittain sietämätöntä kipua (poistettu päivittäisiä toimintojen häiritsevyyttä)	Laskettu vastaavalla tavalla laitoshoidon arvioinneista
(e) Vähintään 9 lääkettä	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Lääkkeiden määrä enemmän kuin 9
(e) Psykoosilääkkeiden käyttö ilman psykoottisia tai muita oireita	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Psykoottisia lääkkeitä viimeisimmässä arvioinnissa käyttävät asiakkaat poissulkien asiakkaat, joilla yksi tai useampia psykoottisia oireita
(e) Rauhoittavien ja/tai unilääkkeiden käyttö ilman psykoottisia tai muita oireita	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Rauhoittavia ja/tai uni lääkkeitä viimeisimmässä arvioinnissa käyttävät asiakkaat poissulkien asiakkaat, joilla yksi tai useampia psykoottisia oireita

	Kotihoidon RAI-arviointi (Hirdes ym. 2004)	Laitoshoidon RAI-arviointi (Zimmerman ym. 1995)
(e) Alavireinen mieliala	Kaikista asiakkaista niiden asiakkaiden osuus (%), jotka ilmaisevat surullisuuden tai masennuksen tunteita JA joilla on vähintään kaksi toiminnallisen masennuksen oiretta (jatkuva omaan itseen tai muihin kohdistuva kiukku, terveyteen liittyvät toistuvat valitukset, murheellinen, kivulias, huolestunut kasvojen ilme, toistuva kyynelehtiminen, vetäytyy aktiviteeteistaan, vähentynyt sosiaalinen kanssakäyminen tai tahaton painonlasku viitenä päivänä viikossa tai päivittäin)	
(e) Käyttöoire, joka vaikuttaa muihin	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Asiakkaat, joilla käyttöoireita (verbaalisesti aggressiivinen tai fyysinen pahoinpitely tai sosiaalisesti sopimaton/häiritsevä käyttäytyminen)
(e) Ei liikkumisen apuvälineitä vaikka asiakkaalla vaikeuksia liikkuu	Asiakkaista, joilla on vaikeuksia liikkumisessa ja jotka liikkuvat ainakin kotona (asiakas tarvitsee valvontaa, rajoitettua, laajaa tai täydellistä apua tai on kokonaan riippuvainen liikkumisessa kotiloissa tai kodin ulkopuolella pois lukien ne, jotka eivät liiku ollenkaan sisätiloissa, niiden osuus (%), joilla ei ole liikkumisapuvälinettä	Vaikeuksia liikkumisessa, mutta ei liikkumisen apuvälineitä (HUOM! Niukempi kuin kotihoidossa)
(e) Kova päivittäinen kipu	Kaikista asiakkaista niiden osuus (%), joilla on päivittäistä kovaa tai ajoittain sietämätöntä kipua (poistettu päivittäisiä toimintojen häiritsevyyttä)	Laskettu vastaavalla tavalla laitoshoidon arvioinneista
(e) Virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyys	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Asiakkaat, jotka usein tai täysin pidätyskyvyttömiä viimeisimmässä arvioinnissa.
(e) Painon lasku ilman terminaali-prognoosia	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Ne asiakkaat joilla viimeisimmässä arviossa oli 5 %:n painon lasku viimeksi kuluneen 30 vrk aikana tai 10 %:n painon lasku tai enemmän viimeksi kuluneen 10 päivän aikana.
(e) 1-4 asteen painehaavat	Laskettu vastaavalla tavalla kotihoidon arvioinneista	Asiakkaat, joilla painehaavoja (aste 1-4) viimeisimmässä arvioinnissa.
(e) Sairaalahoido/päivystys käynti viimeisen 90vrk:n aikana laitoshoidossa, 30 vrk:n aikana kotihoidossa	Kaikista asiakkaista niiden osuus (%), jotka ovat olleet sairaalahoidossa vähintään yön yli TAI jotka ovat käyneet päivystyspoliklinikalla viipymättä sairaalassa yön yli (poistettu muu äkillinen käynti)	Laskettu vastaavalla tavalla laitoshoidon arvioinneista
(e) = esiintyvyys		

Henkilöstön hyvinvointi ja työyhteisön toimivuus yksityisissä ja kunnallisissa ikäihmisten asumispalveluissa

Timo Sinervo, Tarja Heponiemi, Marko Elovainio, Liina-Kaisa Tynkkynen, Anja Noro, Harriet Finne-Soveri ja Anna-Mari Aalto

Henkilöstön hyvinvoinnin kehitys sosiaali- ja terveystaloudessa on ollut 1990-luvulta alkaen huolestuttavaa ja erityisesti ikäihmisten palveluissa. Valitettavasti alan kuormittavuus on lisääntynyt koko 1990-luvun sekä ainakin 2005 saakka. Viime vuosina kuormittavuus on kuitenkin vähentynyt vanhustaloudessa (Laine ym. 2011) ensimmäistä kertaa 20 vuoteen.

Ikäihmisten pitkäaikaishoidon on useissa tutkimuksissa havaittu olevan henkilöstön kannalta varsin kuormittava ala, ja sitä voidaan pitää sosiaali- ja terveydenhuollon sisälläkin riskialana. Työ vanhustenhuollossa on niin ruumiillisesti kuin henkisestikin raskasta, ja lisääntyneet haasteet sekä voimavarojen niukkuus ovat entisestään korostaneet ongelmia.

Toisaalta tiedetään, että erot yksiköiden välillä ovat suuria niin laadun kuin henkilöstön hyvinvoinninkin suhteen. On organisaatioita, joissa työntekijät viihtyvät, henkilöstö ei vaihdu, kuormitus on kohtuullista ja myös laatu on hyvällä tasolla. Taloudelliset resurssit tai henkilöstömäärä eivät ole riittävä selitys näille eroille. Aivan ilmeisesti on olemassa tapoja järjestää hoito niin, että henkilöstö voi hyvin ja hoito on hyvälaatuisia ja kustannustehokasta (Hannan ym. 2001; Laine 2005; Pekkarinen 2007; Sinervo 2000). Olennainen kysymys kuuluukin: miten henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu saataisiin nostettua kaikissa yksiköissä sille tasolle, millä parhaat yksiköt ovat?

Laitoshoidossa henkilöstön kuormitus on sekä fyysistä että psyykkistä. Asiakkaiden avustaminen, nostaminen ja kääntäminen kuormittavat tuki- ja liikuntaelimiä erityisesti kovaan aikapaineeseen yhdistettyinä (Sinervo 2000). Psyykinen kuormitus syntyy samantyyppisistä tekijöistä kuin muillakin aloilla (kuten kiire ja vähäiset vaikutusmahdollisuudet), mutta asiakkaiden kuntoisuus on vanhustaloudessa erityinen tekijä. Asiakkaat voivat käyttäytyä häiritsevästi ja väkivaltaisesti, ja toisaalta se, että asiakkaat eivät usein enää parane, voi kuormittaa henkilöstöä (Pekkarinen 2007). Suurilla laitospaikoilla kuormitusta voi tuottaa se, että työ koetaan liukuhimnanaiseksi, samojen asioiden toistoksi huoneesta toiseen. Usein tähän yhdistyy se, että työ keskeytyy erilaisten kiireellisten tilanteiden vuoksi (Sinervo 1994).

Hoivapalveluiden kilpailuttamista perustellaan usein sillä, että halutaan parantaa hoidon tuottavuutta. Siksi onkin outoa, että henkilöstön hyvinvointia ja johtamista on tutkittu suhteellisen harvoin kilpailuttamisen ja yksityisten palveluiden käytön lisääntyessä sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysalalla suurin kustannustekijä on henkilöstön palkat, jolloin tuottavuuden parantaminen liittyy varsin usein henkilöstöön, joko pienentämällä henkilöstökuluja tai muuttamalla palveluita tai palveluprosesseja jollakin tavoin.

Henkilöstötekijät ovat niin vanhuspalveluille kuin kansantaloudellekin varsin kriittisiä kysymyksiä. Tehokkaammat tavat tuottaa vanhuspalveluita merkitsevät suuria kustannussäästöjä. Toiseksi vanhuspalvelut kärsivät muiden alojen ohella henkilöstöpulasta, sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyyseläkkeistä (Elovainio ym. 2001; Laine 2005; Vahtera ym. 2002). Varhaisen eläköitymisen vähentäminen onkin yksi keskeisistä tavoitteista pidentää työuria Suomessa. Siksi on tärkeää, että vanhuspalveluihin kohdistuvat muutokset, kuten yksityisten palveluiden lisääntyminen, eivät ainakaan heikennä henkilöstön työoloja. Henkilöstön työssä viihtyminen ja kuormittuminen vaikuttavat näihin tekijöihin merkittävästi (esim. Elovainio ym. 2002, Heponiemi ym. 2008, 2009, Sinervo 2000). Henkilöstömäärän puolestaan tiedetään olevan yhteydessä työn kuormittavuuteen, mutta toisaalta työn kiireisyyteen vaikuttaa myös moni muu seikka henkilöstömäärän lisäksi. Toiseksi tiedetään, että johtaminen, kuormittuminen ja työn ominaisuudet ovat voimakkaasti yhteydessä hoidon laatuun ja työsuoritukseen (Pekkarinen 2007).

Kansainvälisesti on joitakin tuloksia, jotka osoittavat, että yksityiset ja julkiset palvelut eroavat henkilöstötekijöiden suhteen. Ensinnäkin Comondoren ym. (2009) meta-analyysi osoitti, että henkilöstöä on (pääosin amerikkalaisten tutkimusten perusteella) voittoa tavoittelevissa vanhusten hoitolaitoksissa vähemmän. Samoin Stoltin ym. (2010) tutkimus ruotsalaisesta vanhuspalvelusta osoitti, että henkilöstömäärä oli yksityisissä organisaatioissa pienempi. Castlen ja Engbergin (2006) mukaan voittoa tavoittelevissa vanhusten hoitolaitoksissa henkilöstön vaihtuvuus oli suurempaa. On myös todettu loppuun palamisen olevan yleisempää voittoa tavoittelevissa organisaatioissa (Hansen ym. 2009), stressitasot korkeammiksi, työmäärä suuremmaksi ja epävarmuuden kokeminen yleisemmäksi (Milestapping 1992). Erityisesti kilpailuttamistilanteissa epävarmuus lisääntyy.

Toisaalta vaikka on raportoitu, että yksityistäminen on lisännyt tehokkuutta, ei välttämättä työmäärä ole suurempi (D'Souza ja Megginson 1999; Hansen ym. 2009). Edelleen on viitteitä siitä, että yksityisissä organisaatioissa työntekijöiden itsenäisyys on suurempaa, johtamiseen ollaan tyytyväisempiä ja organisaatiot ovat matalampia. Yksityistämisenä on eri henkilöstöryhmiin erilaisia vaikutuksia (Falkenberg ym. 2009). Kun edellä kaikki viitteet osoittivat, että voittoa tavoittelevissa organisaatioissa henkilöstön hyvinvointi olisi matalampaa, näyttää siltä, että yksityisissä sairaaloissa lääkäreillä hyvinvointi on parempaa (Mache ym. 2009). Vastaavasti suomalainen tutkimus osoittaa myös, että yksityissektorilla lääkäreiden hyvinvointi on parempaa (Kuusio ym. 2010, Heponiemi ym. 2011.).

Suomessa henkilöstömäärä on kilpailuttamisten yhteydessä varsin tarkkaan säädelty (ks. Sinervo ym. 2010; Syrjä 2010). Siten on epätodennäköistä, että henkilöstömääriä voitaisiin yksityisissä palveluissa vähentää paremman tuoton saavuttamiseksi. Mikäli halutaan parempaa tuottavuutta, on se löydettävä joitakin toimintatapoja muuttamalla.

Tieto erilaisten hoidon järjestämistapojen vaikutuksista on puutteellisesti todennettua. Esimerkiksi yksikkökoon tai työyksikön erikoistumisen vaikutuksia hoidon laatuun tai kuormittumiseen ei riittävästi tunneta. Useissa vanhusten hoidon laitoksissa osallistutaan erilaisiin kehittämishankkeisiin ja viedään läpi organisaatiouudistuksia, joiden uskotaan vaikuttavan hoidon laatuun ja henkilöstön työssä jaksamiseen. Suuria laitostyöyksiköitä on jaettu pienempiin osiin, erikoistuttu dementiahoitoon, siirretty erilaisiin hoitomalleihin ja lisätty henkilöstön vaikutusmahdollisuuksia (Anderson ja Hughes 1993; Nissen ym. 1997). Lisäksi esimerkiksi laitosten työilmapiiiriä ja johtamista on kehitetty lukuisissa hankkeissa. Tutkimustieto siitä, kuinka erilaiset kehittämishankkeet ja organisaatiouudistukset vaikuttavat hoidon laatuun ja työntekijöiden työssä jaksamiseen, on kuitenkin yhä puutteellista (Elovainio ja Sinervo 1994, Kruzich ym. 1992; Smyer ym. 1991).

Aiemmissä tutkimuksissa on viitteitä, että yksiköiden koolla ja asiakasrakenteella on yhteys henkilöstön kuormittumiseen (Pekkarinen ym. 2006). Pienissä, erikoistuneissa yksiköissä henkilöstö voi paremmin kohdistaa toimintansa asiakkaiden erityistarpeisiin ja työprosessi voi muuttua joustavammaksi, jolloin kiireen tunne vähenee. Suurissa yksiköissä, joissa hoidetaan monentyyppisiä asiakkaita, työn tavoitteet ovat moninaiset ja työ koetaan useammin liukuhihnamaiseksi. Näissä yksiköissä esimerkiksi dementia-potilaiden häiriökäyttäytyminen kuormittaa työntekijöitä enemmän. Kun asiakkaita on paljon, on toiminnan selkeyttämiseksi luotu rutiineja, joilla varmistetaan, että kaikki asiakkaat tulevat hoidetuksi. Näiden rutiinien ongelma on kuitenkin se, että työ koetaan samojen asioiden toistamisena ja asiakkaiden yksilöllisten tapojen huomioiminen on vaikeaa. Lisäksi rutiinia haittaavat keskeytykset, kuten asiakkaiden epäasiallinen käytös, kuormittavat työntekijöitä. Pienemmissä yksiköissä työntekijät kokevat myös, että heillä on enemmän vaikutusmahdollisuuksia työhönsä, minkä on todettu vähentävän työn kuormituksen haitallisia vaikutuksia (Pekkarinen ym. 2006a).

Tehostettua palveluasumista ei aiemmin ole erikseen juurikaan tutkittu, minkä vuoksi myöskään tietoa henkilöstön hyvinvoinnista palveluasumisessa ei juuri ole. Tämän tutkimusaineiston perusteella (Noron ja Finne-Soverin artikkelit tässä kirjassa) näyttää siltä, että suuri osa palveluasumisesta koostuu dementiayksiköistä ja erityisesti ryhmäkodin tyyppisestä asumisesta. Siten toiminta on hyvin samantyyppistä kuin perinteinen laitoshoido asiakasrakenteen osalta, vaikka asiakkaat ovatkin yleensä fyysisesti parempikuntoisia. Näiden pienten dementiayksiköiden voisi edellä mainittujen tulosten perusteella olettaa olevan henkilöstön kannalta vähemmän kuormittavia, vaikka asiakkaiden kognitiossa voikin olla paljon häiriöitä. Toisaalta palveluasumisesta osa on lähempänä ”kevyempää” palveluasumista, ja asiakkaat ovat melko hyväkuntoisia lai-

toshoidon asiakkaisiin verrattuna. Monet näistä yksiköistä ovat kuitenkin varsin suuria. Toimintakulttuurin osalta on kuitenkin vaikea sanoa, missä määrin edellä kuvatut tulokset ovat relevantteja tehostetussa palveluasumisessa.

Ikäihmisten palveluiden rakenne on muuttumassa voimakkaasti. Toisaalta käytetään entistä enemmän yksityisiä palveluita ja toisaalta vähennetään laitoshoidoa, erityisesti terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoitoa. Jälkimmäinen trendi vaikuttaa todennäköisesti niin vanhainkotien kuin palvelutalojenkin asiakasrakenteeseen. Tulevaisuuden kannalta onkin arvioitava sitä, miten palveluasumisessa kyetään vastaamaan entistä huonokuntoisempien asiakkaiden tarpeisiin ja miten tämä vaikuttaa henkilöstöön.

Henkilöstön hyvinvointi ja laatu

Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että merkittävä osa laadun ongelmista liittyy henkilöstön hyvinvointiin, johtamiseen ja työyhteisön toimivuuteen (Grönfors ym. 2001; Pekkarinen ym. 2004, 2006b, 2008).

THL:ssä tehty tutkimus osoitti, että henkilöstötekijöillä on voimakas yhteys hoidon laatuun vanhusten pitkäaikaishoidossa (Pekkarinen 2007). Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että henkilöstömäärällä, työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksilla ja stressillä on selkeimmin osoitetut yhteydet hoidon laatuun (Hannan ym. 2001). Sen sijaan muilla henkilöstöön liittyvillä tekijöillä, kuten johtamisella tai ryhmätyön toimivuudella näitä yhteyksiä on löydetty vain satunnaisesti.

Stressin osalta ajatuksena on, että stressin käsittely ja sen haitalliset terveysvaikutukset heikentävät työsuorituksen laatua. Esimerkiksi keskittymiskyky heikkenee, tiedonkäsittely yksinkertaistuu, työntekijät ovat ahdistuneita ja stressi vaikuttaa sosiaaliin suhteisiin, ja näiden välillisten tekijöiden kautta työsuorituksen laatu heikkenee.

Työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet voivat vaikuttaa useiden mekanismien kautta työsuoritukseen. Ensinnäkin, mikäli työntekijällä on vaikutusmahdollisuuksia suunnitella omaa työtään, hän voi suunnitella itselleen soveltuvat työmenetelmät ja ajoituksen. Toisaalta vaikutusmahdollisuudet vähentävät työntekijöiden stressiä.

Suomalaisessa tutkimuksessa (Pekkarinen 2007; Pekkarinen ym. 2004, 2006, 2008) osoitettiin, että työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksilla ja työn vaatimuksilla oli selkeä yhteys fyysisten rajoitteiden ja psykoosilääkkeiden käyttöön laitoshoidossa. Työyksiköissä, joissa vaikutusmahdollisuudet olivat hyvät ja työn kuormitus kohtuullista, käytettiin fyysisiä rajoitteita puolet harvemmin, psykoosilääkkeitä 25 prosenttia vähemmän (ilman asianmukaista diagnoosia), ja painehaavoja esiintyi 30 prosenttia vähemmän kuin kuormittuneissa yksiköissä. Lisäksi yksiköissä, joissa johtaminen koettiin oikeudenmukaiseksi, rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käyttö oli vähäisempää.

Tässä tutkimuksessa keskeinen kysymys on se, onko eri omistajien työyksiköiden välillä eroja henkilöstön hyvinvoinnin suhteen. Ensimmäisenä kysymyksenä oli se, onko yritysten, järjestöjen ja kunnallisten yksiköiden välillä eroja. Näitä eroja on rapor-

toitu aiemmin hankkeen peruseräraportissa (Sinervo ym. 2010), mutta tässä artikkelissa eroihin pyritään löytämään selityksiä. Yksi mahdollinen selitys voi olla henkilöstömäärä, toinen asiakasrakenteen erilaisuus. Kolmanneksi johtamiskäytännöissä voi olla eroja. Artikkelin toisena tavoitteena on selvittää, miten henkilöstötekijät ja hoidon laatu ovat yhteydessä toisiinsa.

Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineisto

Artikkelin tutkimusaineisto perustuu henkilöstölle lähetettyyn kyselyyn, joka yhdistettiin muihin tämän kirjan artikkeleissa kuvattuihin tutkimusaineistoihin työyksikkötasolla. Osastojen henkilöstötilastat koottiin tammikuussa 2008 ja henkilöstökyselyt lähetettiin suoraan kaikille osastojen tai työyksiköiden työntekijöille tammi-helmikuussa 2008. Täytetyt kyselyt palautettiin THL:een (kyselyjen ajankohtana Stakes) palautuskuussa. Tämän artikkelin tulokset perustuvat 1249 työntekijän vastauksiin yhteensä 179 työyksiköstä, joista 134 oli palveluasumisen yksiköitä. Tarkemmin tutkimusaineistot on kuvattu hankkeen aiemmassa raportissa (Sinervo ym. 2010).

Kyselyn pääalueet olivat työntekijöiden työn hallinta, työn kuormitustekijät, johtaminen, ryhmätyön toimivuus, työssä viihtyminen, työhön ja organisaatioon sitoutuminen, henkilöstön hyvinvointi ja terveys sekä työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen ja epävarmuuden kokeminen.

Työntekijöiden itsenäisyyttä ja kykyjen käyttöä kysyttiin Karasekin (1979) mittareilla, joista työn itsenäisyyttä kysyttiin kolmella osiolla ja kykyjen käyttömahdollisuuksia kuudella osiolla. Asiakkaisiin liittyvää rasitusta mitattiin Suomessa kehitetyllä mittarilla (Elovainio ja Sinervo 1997), jossa selvitettiin, kuinka usein työntekijät kokevat, että asiakkaiden levottomuus, ärtyisyys ja häiriökäyttäytyminen rasittavat heitä. Kiirettä kysyttiin 3 kysymyksellä (Elovainio ja Sinervo 1994), joissa selvitettiin, missä määrin työntekijöitä rasittaa se, että asiakkaille on liian vähän aikaa, työtä ei tehdä kunnolla ja että vain välttämättömät tehtävät ehtii tehdä.

Johtamisen oikeudenmukaisuutta tutkittiin Moormanin (1991) kehittämällä mittarilla, jossa on kuusi osiota. Osioissa selvitetään mm. sitä, missä määrin esimies kuuntelee alaisiaan, tekee johdonmukaisia päätöksiä, tiedottaa ja kohtelee alaisiaan ystävällisesti, kunnioittaa heidän oikeuksiaan ja missä määrin häneen voi luottaa.

Organisaatioon sitoutumista selvitettiin Allenin ja Meyerin (1990) mittarilla, jossa selvitettiin mm. työntekijän tunnesidettä työpaikkaan, hänen kokemaansa ylpeyttä työyhteisöön kuulumisesta ja hänen haluaan panostaa työyhteisöön. Koettu stressiä selvitettiin yhdellä kysymyksellä (Elo ym. 1991) ja psyykkistä hyvinvointia Goldbergin (1972) GHQ-mittarilla, jossa 12 osiolla selvitetään työntekijän hermostuneisuutta, mielialaa ja erilaisia psyykkisiä oireita.

Työn ja perheen yhteensovittamista tutkittiin mittarilla, jossa kahdeksalla kysymyksellä selvitettiin erilaisten työjärjestelyiden sopimisen helppoutta (lomajärjestelyt, tila-

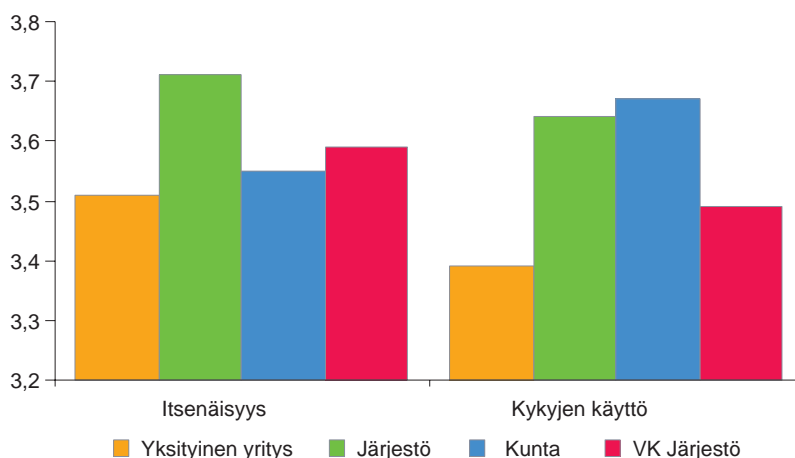
päiset poissaolot, sairaan lapsen hoitaminen ym.). Ryhmätyön toimivuutta selvitettiin toisaalta vuorovaikutuksen turvallisuutena (neljä osiota) ja toisaalta sillä, missä määrin ryhmällä on yhteiset tavoitteet (neljä osiota) (Kivimäki ja Elovainio 1999). Epävarmuutta tutkittiin Työolotutkimuksessa käytetyllä mittarilla, jossa kysyttiin, kuinka todennäköisenä työntekijät pitivät siirtoa toisiin tehtäviin, lomautusta, irtisanomista tai työttömyyttä (Lehto ja Sutela 1999) Lisäksi kysyttiin työntekijöiden ikää, sukupuolta, työsuhteen laatua (vakainainen, sijainen), koulutusta, työsuhteen pituutta ja terveystäytymistä.

Tulokset

Työn itsenäisyys ja kykyjen käyttö

Työn itsenäisyys ja kykyjen käyttö ovat kumpikin keskeisiä tekijöitä työn houkuttelevuuden, sen mielekkyyden, poislähtöhalukkuuden ja stressin kannalta. Työn itsenäisyydessä oli pieniä eroja siten, että järjestöjen palvelutaloissa itsenäisyys oli laajinta (kuvio 1). Kykyjen käyttö puolestaan oli laajinta järjestöjen ja kuntien palvelutaloissa.

Kuvio 1. Työn itsenäisyyden ja kykyjen käytön erot kunnallisissa ja yksityisissä organisaatioissa.



Taulukossa 1 selitetään monitasomallilla työn itsenäisyyden vaihtelua työyksiköiden ja yksittäisten työntekijöiden välillä (kykyjen käytön osalta mallia ei esitetä tässä). Selitysmallit on toteutettu vaiheittain. Ensimmäinen, ns. nollamalli kuvaa sitä, kuinka

suuri osuus vaihtelusta on vaihtelua työyksiköiden ja toisaalta yksittäisten työntekijöiden välillä. Yksiköiden välinen vaihtelu (ICC) on suhteellisen vähäistä työn itsenäisyyden suhteen. Vaihtelusta on vain vajaa kahdeksan prosenttia yksikköjen välistä ja suurin osa (92 prosenttia) työntekijöiden välistä. Tämä tarkoittaa, että yksiköt eivät niinkään eroa toisistaan, vaan kyse on joko ammattiryhmien eroista tai työntekijöiden erilaisista tulkinnoista ja kokemuksista.

Seuraavassa vaiheessa, mallissa 1 työn itsenäisyyden vaihtelua pyritään selittämään työyksiköitä kuvaavilla tekijöillä (palveluntuottaja, asiakasrakenne, henkilöstömitoitus, yksikön koko) ja toisaalta työntekijän taustatekijöillä (sukupuoli, ikä, koulutus, työssäoloaika). Mallissa (malli 1) tuottajien välillä oli vain melkein merkitsevä ero ($p = 0,067$), kun yksikön asiakasrakenne, rakenteelliset tekijät ja työntekijöiden taustatekijät oli huomioitu. Ilman näitä tekijöitä ero tuottajien välillä oli merkitsevä ($p = 0,03$). Eri-tyisesti järjestöjen palvelutaloissa työn itsenäisyys oli korkeimmalla tasolla (estimaatti 0,16, $p = 0,03$). Vaihtelua eivät omistajatahonn lisäksi selittäneet muut rakenteelliset tai yksilötekijät kuin työntekijöiden ikä ja koulutus (taulukko 1). Koulutetummilla työntekijöillä työn itsenäisyys ja mahdollisuus kykyjen käyttöön olivat korkeammalla tasolla ja iäkkäämmillä työntekijöillä myös mahdollisuuden kykyjen käyttöön.

Taulukko 1. Monitasomalli työn itsenäisyyden eroista ja selittävästä tekijöistä. Työsuhteen vakinaisuus tai määräaikaisuus sekä kokoaikaisuus tai osa-aikaisuus on vakioitu.

	Nollamalli		Malli 1		Malli 2	
	Estimaatti	Keski- virhe	Estimaatti	Keski- virhe	Estimaatti	Keski- virhe
Yksiköiden välinen vaihtelu	0,049	0,023	0,033	0,022	0,038	0,026
Yksilöiden välinen vaihtelu	0,573	0,034	0,470	0,034	0,536	0,039
Yritys			-0,144	0,129	0,002	0,115
Järjestö			0,128	0,104	0,070	0,098
Kunta			0		0	
Henkilöstömitoitus			0,337	0,329	0,345	0,312
Case mix			-0,527	0,374	-0,161	0,356
Yksikön koko			0,001	0,004	0,001	0,004
Sukupuoli			-0,237	0,191	-0,317	0,182
Ikä			0,002	0,003	0,002	0,003
Koulutus			0,157	0,046***	0,155	0,043***
Työssäoloaika			0,003	0,006	0,002	0,006
Johtamisen oikeudenmukaisuus					0,313	0,040***
Intercept	3,634	0,035	3,518	0,671	1,829	0,671
ICC	0,079		0,066		0,066	

Huolimatta siitä, että ikä ja koulutus selittävät merkittävän osan vaihtelusta, säilyivät erot tuottajien välillä. Yksi mahdollisuus siihen, miksi tuottajien välillä on eroja, on se, että johtamiskäytännöt ovat erilaisia. Aiemmassa tutkimuksessa (Elovainio ym. 2001) osoitettiin, että johtamisen oikeudenmukaisuus on yhteydessä työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksien kokemuksiin.

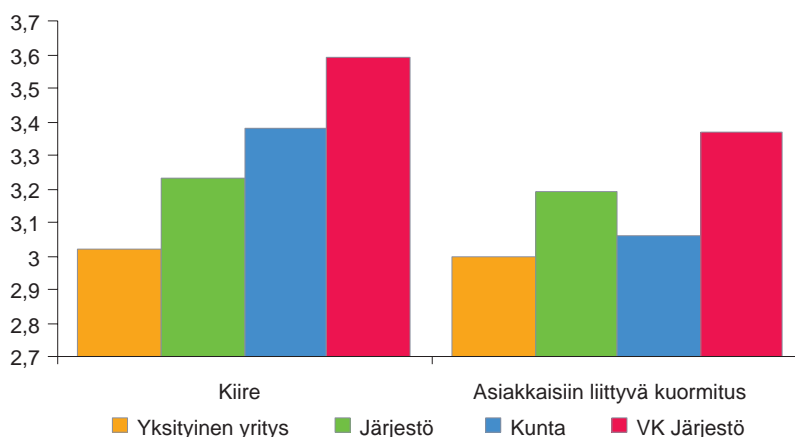
Kun malliin lisättiin esimiehen toiminnan oikeudenmukaisuus (malli 2), hävisivät erot tuottajien väliltä lähes täysin, mutta mallin selitysaste ei kasvanut lainkaan. Siten on todennäköistä, että johtamiskäytännöt selittävät tuottajien välisiä eroja työn itsenäisyydessä. Kykyjen käytön suhteen tulokset ovat samankaltaiset, mutta erot tuottajien välillä eivät häviä kokonaan, kun johtamisen oikeudenmukaisuus lisätään malliin (mallia ei tässä erikseen esitellä). Asiakasrakenteella tai yksikkökoolla ei ollut vaikutusta työn itsenäisyyteen tai kykyjen käyttöön. Mallissa käytettiin case mix –indeksiä, joka kuvaa sitä, kuinka paljon hoitoa asiakas tarvitsee, mutta myös muita asiakasrakenteeseen liittyviä tekijöitä, kuten asiakkaiden kognitiota tai fyysisistä toimintakykyä kokeiltiin malleissa.

Työn kuormittavuus

Kiire on ehkä yleisimmin mainittu stressitekijä. Kiire ei tarkoita pelkästään kiirehtimistä tai kovaa työtahtia. Se voi liittyä myös tunteeseen siitä, että työntekijä ei ehdi tehdä työtään kunnolla, antaa asiakkaille riittävästi aikaa tai hoitoa.

Työn kuormittavuudessa oli selkeät erot tuottajien välillä (kuvio 2). Erityisesti työn kiireisyydessä erot olivat suuret ($p = 0,033$), kun yksilö- ja organisaation rakennetekijöitä ei otettu huomioon. Kunnallisissa palvelutaloissa sekä järjestöjen vanhainkodeissa kuormitus oli suurinta. Myös järjestöjen palvelutaloissa kuormitus oli melko suurta. Kuitenkin vain ero julkisten ja yritysten palvelutalojen välillä oli merkitsevä.

Kuvio 2. Kiire ja työn kuormittavuus kunnallisissa ja yksityisissä organisaatioissa.



Seuraavassa selitetään kiireen vaihtelua monitasomallilla kuten edellä työn itsenäisyyttä (taulukko 2). Kun kiireen eroja selitettiin monitasomallilla, havaittiin, että kiireen kokemus vaihteli organisaatioiden välillä erittäin voimakkaasti. 25 prosenttia vaihtelusta oli organisaatioiden – ei yksilöiden – välistä. Voidaan siis olettaa, että työyksikköön liittyvillä tekijöillä on huomattavasti merkitystä kiireen kokemiseen.

Kun malliin otettiin yksilö- ja organisaatiotekijät mukaan, voitiin tätä organisaatioiden välistä vaihtelua selittää merkittävästi erityisesti asiakkaiden kuntoisuudella (ks. malli 1, case mix) ja henkilöstömitoituksella. Ilman näiden tekijöiden huomioon ottamista yritykset erosivat kuntien palvelutaloista siten, että kuntien palvelutaloissa kiirettä oli selvästi enemmän. Mitä enemmän hoitoa asiakkaat vaativat ja mitä pienempi oli henkilöstömitoitus, sitä suuremmaksi kiire koettiin, mikä on varsin ymmärrettävää.

Taulukon ulkopuolelta voidaan todeta, että henkilöstömitoitus ja asiakkaiden kuntoisuus (sekä muut mallin 1 tekijät) hävittivät tuottajien väliset erot (ilman muiden tekijöiden vaikutusta yritysten osalta estimaatti 0,371, keskivirhe 0,141**). Voitaneen siis todeta, että kunnallisten palvelutalojen kiireen suuri määrä (verrattuna yrityksiin) selittyy suurelta osin henkilöstömitoituksella (suhteessa asiakkaiden määrään ja kuntoisuuteen).

Taulukko 2. Monitasomalli työn kiireisyyden eroista ja selittävästä tekijöistä (työsuhteen vakinaisuus tai määräaikaisuus sekä kokoaikaisuus tai osa-aikaisuus vakioitu).

	Nollamalli		Malli 1		Malli 2	
	Estimaatti	Keskivirhe	Estimaatti	Keskivirhe	Estimaatti	Keskivirhe
Yksiköiden välinen vaihtelu	0,204	0,039	0,149	0,047	0,110	0,041
Yksilöiden välinen vaihtelu	0,626	0,033	0,646	0,048	0,602	0,045
Yritys			-0,283	0,160	-0,409	0,149**
Järjestö			-0,035	0,140	0,041	0,129
Kunta			0		0	
Henkilöstömitoitus			-1,090	0,445*	-1,047	0,409*
Case mix			1,566	0,449**	1,262	0,463**
Yksikön koko			0,006	0,006	0,006	0,005
Sukupuoli			-0,288	0,216	-0,262	0,209
Ikä			-0,002	0,003	-0,001	0,003
Koulutus			0,068	0,052	0,107	0,051
Työssääloaika			0,014	0,007	0,015	0,007
Johtamisen oikeudenmukaisuus					-0,210	0,050***
Työn itsenäisyys					-0,203	0,052***
Intercept	3,247	0,044	2,347	0,819	4,093	0,814
ICC	0,245		0,187		0,154	

Kun malliin lisättiin (malli 2) työn itsenäisyys ja johtamisen oikeudenmukaisuus, voitiin kiireen kokemuksen organisaatioiden välisestä vaihtelusta selittää lähes puolet. Henkilöstömitoitus suhteessa asiakasmäärän ja asiakkaiden kuntoisuuteen selittää siis suuren osan kiireen kokemuksesta, mutta antamalla työntekijöille vaikutusmahdollisuuksia työhön ja soveltamalla oikeudenmukaista johtamista, voidaan kiireen kokemusta vähentää. Sen sijaan tuottajien välisiä eroja ei voitu selittää työn itsenäisyydellä ja johtamisen oikeudenmukaisuudella. Asiakkaisiin liittyvän kuormituksen osalta tulokset olivat hyvin samankaltaiset.

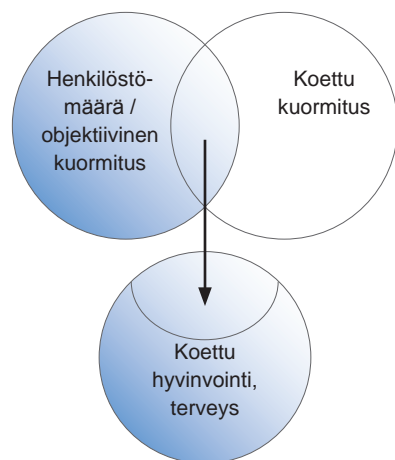
Henkilöstömitoituksen vaikutus työntekijöiden hyvinvointiin

Henkilöstömitoituksella todettiin edellä olevan yhteys kiireeseen ja kuormitukseen. Tarkasteltaessa henkilöstömitoituksen tai hoidon tuottavuuden yhteyttä henkilöstön kokemaan hyvinvointiin tai terveyteen saadaan harvoin selkeitä tuloksia. Erilaisilla kuormitustekijöillä ja erityisesti kiireellä sen sijaan on useissa tutkimuksissa todettu olevan yhteys stressin kokemukseen ja koettuun hyvinvointiin ja mm. mielenterveysongelmiin sekä tuki- ja liikuntaelinten oireisiin (esim. Sinervo 2000).

Miksi sitten henkilöstömäärän tai tuottavuuden yhteys hyvinvointiin ja terveyteen on pystytty osoittamaan varsin heikosti? Tämä todennäköisesti selittyy sillä, että kiireen kokemukseen vaikuttaa moni muukin asia kuin pelkästään henkilöstömäärä tai tuottavuus. Edellä todettiin mm. että työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet ja johtaminen ovat yhteydessä kiireeseen. Kiire voi liittyä myös työjärjestelyihin. Mikäli työ on järjestetty niin, että samaa toimintoa toistetaan kerrasta toiseen, työ koetaan helpommin kiireiseksi. Esimerkiksi vanhusten laitoshoidossa aamutoimet koetaan helposti sarjaksi samankaltaisia tehtäviä, jotka toistuvat huoneesta toiseen. Kehittämissankkeissa on todettu, että järjestämällä työ joustavammaksi niin, että ryhmä työntekijöitä hoitaa pienempää asiakasryhmää ja aamuherääminen on asiakkaiden tarpeiden mukaan joustavaa, työ koetaan vähemmän kiireiseksi, vaikka henkilöstömäärä on sama (Sinervo 1994).

Seuraavassa pyritään erottelemaan kiireen kokemuksesta se osa (ks. kuvio 3), joka selittyy henkilöstömäärällä ja selittämään tällä osalla henkilöstön hyvinvointia. Tulokset on saatu nk. instrumenttimuuttuja-analyysillä, joka on kehitetty erityisesti tähän tarkoitukseen. Mallissa testataan sitä, miten henkilöstömitoitus on yhteydessä koettuun stressiin ja psyykkisiin oireisiin, kun henkilöstömitoituksen vaikutus

Kuvio 3. Instrumentaalianalyysi.



Taulukko 3. Henkilöstömäärän ja työn vaatimusten yhteydet koettuun stressiin regressioanalyyseissä ja instrumentaalianalyysissä.

Analyysityyppi	Selittäjä	Regressiokerroin (keskivirhe)	
		Malli A*	Malli **
Regressioanalyysi	Yksikön henkilöstömitoitus (0,16–1,07)	Koettu stressi -0,52 (0,21)	-0,64 (0,27)
	Merkitsevyys	p=0,011	p=0,015
Regressioanalyysi	Työn vaatimukset (1–5)	0,28 (0,03)	0,26 (0,04)
	Merkitsevyys	p<0,001	p<0,001
Instrumentaalianalyysi	Työn vaatimukset (1–5)	0,59 (0,27)	0,72 (0,29)
	Merkitsevyys	0,029	p=0,035
Regressioanalyysi	Työn vaatimusten ja vaikutusmahdollisuuksien yhteistermi (0,2–5,0)	Koettu stressi 0,56 (0,05)	0,52 (0,07)
	Merkitsevyys	<0,001	<0,001
Instrumentaalianalyysi	Työn vaatimusten ja vaikutusmahdollisuuksien yhteistermi (0,2–5,0)	1,47 (0,71)	1,79 (0,91)
	Merkitsevyys	0,037	0,050

* Painottamaton.

** Painotettu iällä, työsuhteen laadulla ja pituudella, koulutuksella, asiakkaiden hoidon tarpeella, tupakoinnilla, alkoholin käytöllä ja painoindeksillä.

kulkee työn vaatimusten ja toisaalta työn vaatimusten ja työntekijän vaikutusmahdollisuuksien kautta. Alla esitetään tulokset vain koetun stressin kautta, ja tekstissä kommentoidaan vastaavia malleja psyykkisten oireiden osalta.

Instrumentaalianalyysi osoitti, että korkea henkilöstömitoitus on suoraan melko lievästi yhteydessä koettuun stressiin. Samoin työn vaativuus on yhteydessä koettuun stressiin. Näiden tekijöiden kautta henkilöstömitoituksella on voimakas yhteys koettuun stressiin. Kun siis pystytään erottamaan työn vaatimuksista muiden tekijöiden kuin henkilöstömitoituksen eli objektiivisen kuormituksen vaikutus, havaitaan, että yhteys on erittäin selkeä. Kun korkeisiin työn vaatimuksiin yhdistetään heikot vaikutusmahdollisuudet, yhteys koettuun stressiin voimistuu entisestään. Vastaavat tulokset saadaan myös, kun hyvinvoinnin mittarina käytetään psyykkisiä oireita.

Nämä tulokset siis osoittavat, että henkilöstömäärä todellakin on yhteydessä työn vaatimuksiin eli aikapaineeseen ja koettuun kiireeseen ja edelleen koettuun stressiin ja psyykkisiin oireisiin.

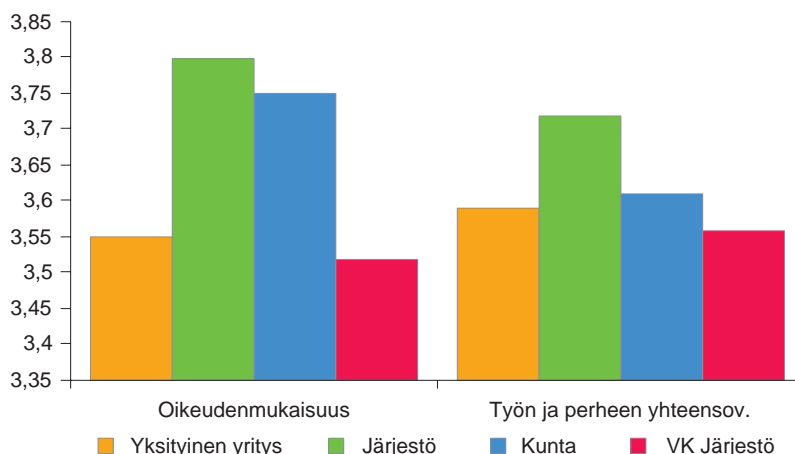
Erot johtamisessa

Johtamisen oikeudenmukaisuudella on todettu olevan erittäin suuri vaikutus työntekijöiden terveyteen, hyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin (Elovainio ym. 2002). Se on myös voimakkaasti yhteydessä työhön ja organisaatioon sitoutumiseen ja työssä viihtymiseen. Samoin oikeudenmukaisuudella on aiemmissa tutkimuksissa todettu olevan yhteys hoidon laatuun (Pekkarinen ym. 2008).

Oikeudenmukaisuuden vaikutukset terveyteen liittyvät todennäköisesti moniin liittäviin tekijöihin. Ensinnäkin oikeudenmukaisuus liittyy ennustettavuuteen, eli siihen, että työntekijä tietää, mikä on toivottavaa käyttäytymistä ja mitä käyttäytymisestä seuraa. Mikäli johtaminen ei ole johdonmukaista ja oikeudenmukaista, työntekijä on epävarma siitä, miten hänen tulisi toimia ja mitä vaikutuksia hänen toiminnallaan on. Toiseksi oikeudenmukainen johtaminen liittyy siihen, miten työntekijä tulkitsee kuuluvansa työyhteisöön. Mikäli häntä ei kohdella oikeudenmukaisesti, hän tulkitsee, että hän ei kuulu yhteisöön. Kolmanneksi kyse on arvostuksesta ja itsetunnosta.

Tarkasteltaessa johtamisen oikeudenmukaisuuden eroja palveluntuottajittain havaittiin, että johtamisen oikeudenmukaisuudessa oli melko selviä eroja tuottajien välillä. Järjestöjen ja kuntien palvelutaloissa johtaminen koettiin oikeudenmukaisemmaksi kuin yritysten palvelutaloissa ja järjestöjen vanhainkodeissa (kuvio 4).

Kuvio 4. Johtamisen oikeudenmukaisuuden sekä työn ja perheen yhteensovittamisen erot palveluntuottajittain.



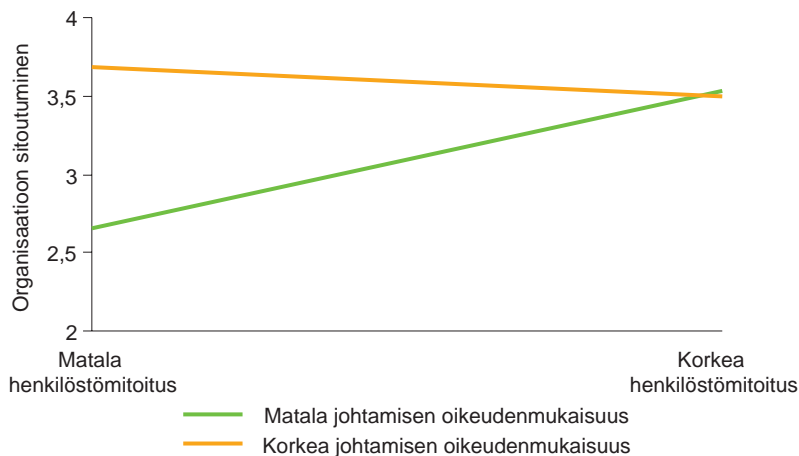
Oikeudenmukaisuuden eroja voitiin selittää suurelta osin kehityskeskustelukäytännöillä, täydennyskoulutuksen määrällä sekä työnohjauksen järjestämisellä (Tynkkynen ym. 2011). Yritysten palvelutaloissa ja järjestöjen vanhainkodeissa kehityskeskusteluja järjestetään harvemmin ja niiden hyödyllisyyteen suhtaudutaan kriittisemmin kuin jär-

jestöjen ja kuntien palvelutaloissa. Samoin täydennyskoulutusta ja työnohjausta järjestetään vähemmän.

Toinen tekijä, joka on voimakkaasti yhteydessä johtamisen oikeudenmukaisuuteen, on työjärjestelyjen sopimisen helppous työnantajan kanssa (ks. kuviossa 4 työn ja perheen yhteensovittaminen). Tässäkin suhteessa järjestöillä tilanne on parempi. Kyse on loma- ja työvuorjärjestelyistä, ylitoiden tekemisestä ja niiden pitämisestä vapaana, tilapäisistä poissaoloista yksityisasioiden hoitamista varten tai sairaan lapsen hoitamista varten sekä osa-aikatyöhön liittyvistä järjestelyistä. Näiden asioista sopiminen oli siis helpointa järjestöjen palvelutaloissa.

Johtamisen oikeudenmukaisuuden on havaittu vaikuttavan myös siihen, missä määrin erilaiset kuormitustekijät vaikuttavat henkilöstön terveyteen, sitoutumiseen, tyytyväisyyteen tai esimerkiksi poislähtöhalukkuuteen. Hyvällä esimiestyöllä voidaan kuormitustekijöiden haitallisuutta vähentää merkittävästi. Seuraavassa kuviossa 5 osoitetaan, että johtamisen oikeudenmukaisuus heikentää matalan henkilöstömäärän yhteyttä organisaatioon sitoutumiseen. Niillä työntekijöillä, jotka kokevat, että johtaminen on epäoikeudenmukaista, on henkilöstömitoituksen yhteys organisaatioon sitoutumiseen voimakas: kun henkilöstömitoitus on matala, myös organisaatioon sitoutuminen on alhainen ja toisinpäin. Sen sijaan niillä työntekijöillä, jotka kokevat johtamisen olevan oikeudenmukaista, organisaatioon sitoutuminen pysyy korkealla tasolla riippumatta henkilöstömitoituksesta (Heponiemi ym. 2011c). Hyvä oikeudenmukaisuus vähentää myös mm. vuorotyön kuormittavuutta (Heponiemi ym. 2011d).

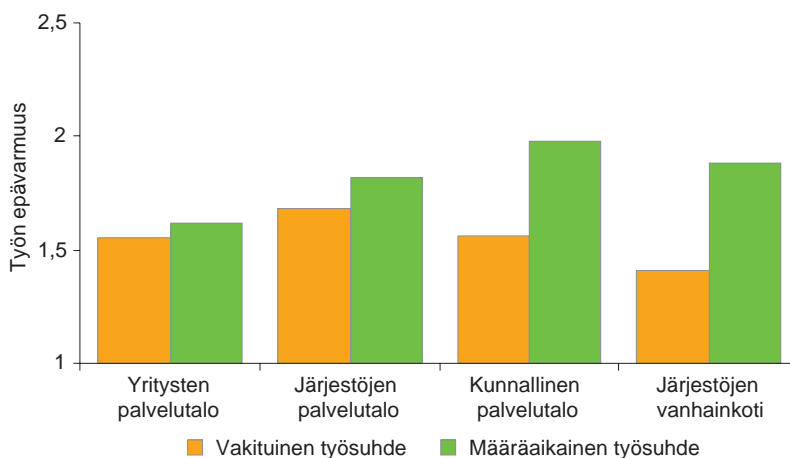
Kuvio 5. Johtamisen oikeudenmukaisuuden ja henkilöstömäärän yhteys organisaatioon sitoutumiseen (interaktiomallin regressioanalyysi: $F = 5.31$, $p = 0.021$).



Epävarmuuden kokeminen

Epävarmuuden lisääntyminen on yksi yleinen kokemus, joka mainitaan kilpailutettaessa palveluita. Alla olevassa kuviossa 6 (Heponiemi ym. 2011a) verrataan epävarmuuden kokemista eri palveluntuottajien välillä sekä työn vakinaisuuden ja määräaikaisuuden mukaan. Kokonaisuudessaan epävarmuus ei ole kovin suurta alalla, mitä selittänee hyvä työtilanne yleensä hoitoalan työmarkkinoilla. On kuitenkin huomattavaa, että nimenomaan yrityksissä – eli juuri niissä organisaatioissa, joissa kilpailutus on yleisintä – niin vakinaiset kuin määräaikaisetkin työntekijät kokevat epävarmuutta varsin vähän. Järjestöjen palvelutaloissa epävarmuus on vakinaisilla suurinta, kun taas kunnallisissa palvelutaloissa määräaikaisilla. Järjestöjen vanhainkodeissa ja kunnallisissa palvelutaloissa vakinaiset työntekijät puolestaan eivät koe erityisen paljon epävarmuutta.

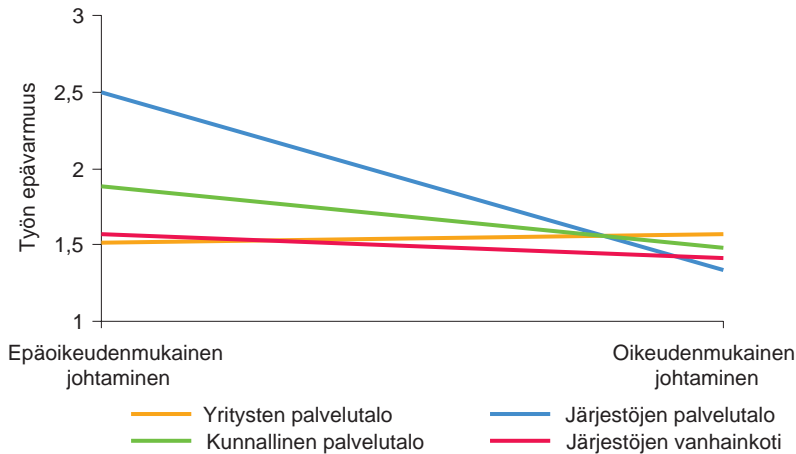
Kuvio 6. Palveluntuottajan ja työsuhteen laadun yhteydet epävarmuuteen.



Miksi juuri nämä ryhmät kokevat epävarmuutta? Järjestöissä syynä voi olla se, että niissä kilpailutuksiin ei vielä ole niin usein osallistuttu kuin yritysten palvelutaloissa. Tähän voi liittyä myös se, että järjestöjä yhtiöitetään Raha-automaatiyhdistykseltä saatujen tukien vuoksi. Sen sijaan se on outoa, että kunnallisissa palvelutaloissa ja järjestöjen vanhainkodeissa määräaikaiset työntekijät kokevat epävarmuutta. Tähän tutkimusaineisto ei anna suoraa vastausta, mutta aineiston ulkopuolelta tiedetään, että hankkeeseen osallistuneissa yksiköissä oli monia muutoksia meneillään.

Työn epävarmuus liittyy voimakkaasti johtamiseen. Kuviossa 7 (Heponiemi ym. 2011a) verrataan sellaisia yksiköitä, joissa johtaminen koetaan oikeudenmukaisiksi, yksiköihin, joissa johtaminen koetaan epäoikeudenmukaiseksi. Kuvio osoittaa, että

Kuvio 7. Johtamisen oikeudenmukaisuuden ja palveluntuottajan yhteydet työn epävarmuuteen (F=7.78, p < 0.001).



oikeudenmukainen johtaminen vähentää epävarmuutta. Palveluntuottajittain tässä on kuitenkin selviä eroja. Yritysten palvelutaloissa ja järjestöjen vanhainkodeissa johtaminen ei kovin voimakkaasti vaikuta epävarmuuden kokemiseen, kun taas järjestöjen palvelutaloissa epävarmuus on erityisen korkealla tasolla, kun johtaminen koetaan epäoikeudenmukaiseksi.

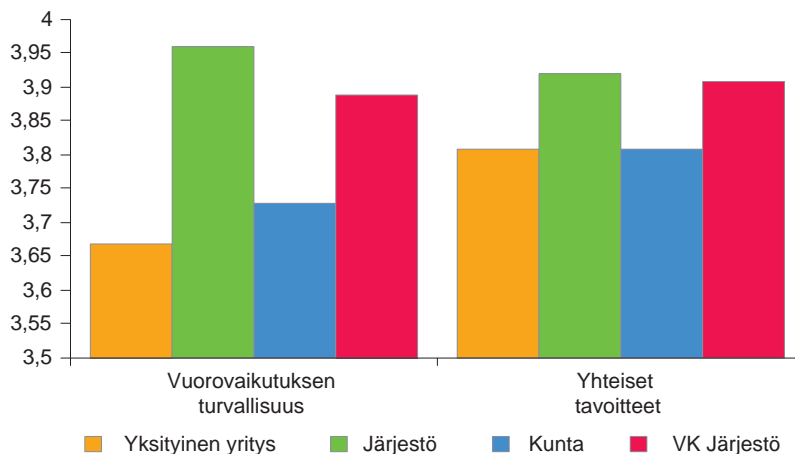
Ryhmätyön toimivuus

Ryhmätyön toimivuutta käsitellään tässä vuorovaikutuksen turvallisuuden ja yhteisten tavoitteiden kautta. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu hyvin toimivan ja innovatiivisen ryhmän edellyttävän sitä, että ryhmässä on vuorovaikutusta ja ryhmän jäsenet uskaltavat esittää omia näkemyksiään esimerkiksi siitä, mitä ongelmia työssä on ja miten työtä pitäisi kehittää. Toisaalta ryhmällä tulee olla yhteiset tavoitteet, jotka tunnetaan, niitä pidetään saavutettavina ja niistä ollaan yksimielisiä.

Ryhmän toiminnassa oli palveluntuottajittain melko selkeitä eroja. Järjestöjen palvelutaloissa ja vanhainkodeissa henkilöstö koki ryhmän toiminnan selkeästi muita palveluntuottajia paremmaksi. Ryhmätyön toimivuudessa havaittuja eroja ei voitu selittää asiakasrakenteen, henkilöstömäärän tai henkilöstön taustatekijöiden avulla.

Sen sijaan työntekijöiden kokemana stressi (kiire, asiakkaisiin liittyvä kuormitus) heikensivät (Heponiemi 2011b) ryhmän toimivuutta yrityksissä ja järjestöissä. Kunnallisissa palvelutaloissa kuormitus ei kuitenkaan ollut yhteydessä ryhmätyöhön.

Kuvio 8. Vuorovaikutus ja yhteiset tavoitteet eri palveluntuottajaorganisaatioissa.



Hoidon laadun ja henkilöstötekijöiden yhteydet

Aiemmat tutkimukset ovat vanhusten laitoshoidossa osoittaneet, että henkilöstön kuormitus, työntekijöiden itsenäisyys ja johtamisen oikeudenmukaisuus ovat yllättävänkin voimakkaasti yhteydessä hoidon laatuun, mm. rajoitteiden käyttöön, painehaavojen esiintymiseen ja lääkkeiden käyttöön. Seuraavassa esitellään tulokset tämän tutkimuksen osalta palvelutaloissa. Kuten Noron ja Finne-Soverin artikkeleissa todettiin, on laitostyyppien välillä joitakin eroja, mutta niihin ei tässä paneuduta.

Seuraavassa taulukossa 4 selitettiin laadun vaihtelua henkilöstön kuormitukseen liittyvillä tekijöillä. Kun laatua selitettiin malleihin, joissa asiakasrakenne ja organisaatiotekijät oli vakioitu (ks. Noron artikkeli tässä kirjassa), lisättiin henkilöstön kokemaa kiireä ja asiakkaiden koettu kuormittavuus, voitiin todeta, että kiire ja asiakkaisiin liittyvä kuormitus selittivät jossakin määrin laatua. Kiire selitti rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä. Asiakkaiden kuntoisuuteen liittyvä kuormitus puolestaan selitti rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä sekä alavireistä mielialaa. Erityisesti asiakkaisiin liittyvä kuormitus lisäsi Noron kuvaamiin malleihin verrattuna selitysosuutta. Tämä on oikeastaan yllättävää, koska malleissa on otettu huomioon henkilöstömäärä ja asiakasrakenne useasta näkökulmasta. Asiakkaiden kuntoisuuden kokeminen kuormittavana liittyy siis johonkin muuhun kuin henkilöstömäärään ja asiakkaiden kuntoisuuteen. Ilmeisesti on niin, että sellaisissa yksiköissä, joissa asiakkaiden tarpeisiin ei pystytä vastaamaan oikealla tavalla tai riittävästi, tilanne kuormittaa myös työntekijöitä. Tässä analyysissä asiakkaisiin liittyvän kuormituksen on oletettu vaikuttavan laatuun, mutta kun kyse on poikkileikkausaineistosta, syy-yhteys voi olla myös toisin päin. Asiakkaisiin liittyvän kuormituksen kokeminen näyttää liittyvän nimenomaan asiakkaiden rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöön sekä asiakkaiden alavireiseen mielialaan.

**Taulukko 4. Henkilöstön kuormituksen ja hoidon laadun yhteydet. Mallissa on vaki-
oitu asiakasrakenne, yksikkökoko ja henkilöstömitoitus.**

	Vähintään 9 lääketä		Rauhoittavien ja uni- lääkkeiden käyttö		Alavireinen mieliala	
	Beta	p-arvo	Beta	p-arvo	Beta	p-arvo
Kiire	4,91	0,087	8,82	0,004	-1,43	0,470
Selitysosuuden lisäys	0,9 %		3,9 %		1,2 %	
Asiakkaiden kuntoisuu- teen liittyvä kuormitus	4,47	0,127	13,86	0,000	6,71	0,001
Selitysosuuden lisäys	1,0 %		9,3 %		6,1 %	

Näyttää siltä, että palvelutaloissa henkilöstöön liittyvillä tekijöillä ei ole yhtä selkeää yhteyttä hoidon laatuun kuin aiemmassa tutkimuksessa (Pekkarinen 2007), jossa ai-
neistosta pääosan muodostivat vanhainkodit ja terveyskeskuksen vuodeosastot. Edellä
kuvattujen tulosten lisäksi ryhmätyön toimivuuteen liittyvillä tekijöillä näyttäisi olevan
yhteys hoidon laatuun, mutta kun malleihin otetaan mukaan asiakkaiden kuntoisuuteen
liittyvät tekijät ja organisaation omistuspohja, yhteydet häviävät.

Pohdinta ja yhteenveto

Artikkelissa tutkittiin henkilöstön hyvinvointiin ja työyhteisön toimivuuteen liittyvien
tekijöiden eroja palveluntuottajittain sekä näitä eroja selittäviä tekijöitä. Toisaalta sel-
vitettiin sitä, miten henkilöstötekijät ovat yhteydessä hoidon laatuun. Kuten aiemmassa
raportissa (Sinervo ym. 2010) todettiin, on yritysten, järjestöjen ja kunnallisten palve-
lutalojen välillä eroja. Työn itsenäisyys ja kykyjen käyttö on parhaalla tasolla järjes-
töissä, yrityksissä matalinta. Myöskään kunnallisissa palvelutaloissa työn itsenäisyys ei
ole erityisen hyvällä tasolla, mutta toisaalta työntekijät pääsevät käyttämään kykyjään
monipuolisesti. Näitä eroja kuitenkin selittää henkilöstön koulutustaso melko selkeäs-
ti. Näyttää siltä, että järjestöissä vastaajat olivat hieman koulutetumpia. Yleensä työn
itsenäisyys on korkeammin koulutetuilla paremmalla tasolla. Tuottajien välisiä eroja
kykyjen käyttömahdollisuuksissa koulutus ei kuitenkaan poistanut. Nämä tekijät ovat
siinä mielessä merkittäviä, että henkilöstön työmotivaatio, työtyytyväisyys, työssä py-
syminen sekä kuormitus ovat voimakkaasti yhteydessä työn itsenäisyyteen ja kykyjen
käyttömahdollisuuksiin.

Johtaminen puolestaan on tekijä, jolla tiedetään olevan voimakas yhteys työn or-
ganisointiin ja siihen, missä määrin työntekijöille annetaan vaikutusmahdollisuuksia
oman työnsä suhteen. Tässä tutkimuksessa erot työn itsenäisyydessä palveluntuottajien
välillä selittyivät johtamisen eroilla suurelta osin.

Aiemmissa tutkimuksissa on voitu osoittaa, että antamalla vastuuta ja vaikutusmah-
dollisuuksia työyksiköihin ja yksittäisille työntekijöille voidaan parantaa hoidon laatua,

työssä viihtymistä ja mm. työssä pysymistä. Ajatuksena on, että vastuun jakamisella saadaan työntekijät sitoutumaan työhön, ottamaan vastuuta työstä sekä panostamaan voimakkaammin työn kehittämiseen. Vastaava ajatus oli jo Hackmanin ja Oldhamin (1976) klassisessa työn piiirremallissa. Ajatuksena oli, että lisäämällä itsenäisyyttä työntekijä pystyy paremmin suunnittelemaan työtään ja hän ottaa siitä enemmän vastuuta. Edelleen kun työsuoritukseen sitoudutaan paremmin, hyvä työsuoritus ja suoraan työstä saatava palaute lisää työssä viihtymistä.

Ehkä laajimmassa tutkimuksessa, jossa Yhdysvalloissa useilla kriteereillä parhaat sairaalat luokiteltiin ns. magneettisairaaloiksi, yksi ”magneettisuutta” selittävistä keskeisistä tekijöistä oli työyksiköiden ja työntekijöiden laaja itsenäisyys (Magnet Hospital Research; Scott ym. 1999). Magneettisuudella viitattiin siihen, että työvoimapulan aikana näihin sairaaloihin saatiin työntekijöitä ilman ongelmia. Työntekijät viihtyivät työssään näissä sairaaloissa, hoidon laatu oli paremmalla tasolla ja jopa potilaiden kuoleisuus oli matalampaa.

Työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet ja kykyjen käyttömahdollisuudet ovat keskeinen tekijä myös ehkä laajimmin tutkitussa teoreettisessa ns. Karasekin (1979) stressimallissa, jossa olennaista on vaikutusmahdollisuuksien ja työn vaatimusten suhde. Mikäli työntekijöillä on riittävästi vaikutusmahdollisuuksia, työn vaatimukset eivät tuota terveydelle haitallista stressiä, vaan ne päinvastoin tuottavat oppimista.

Magnet Hospital –tutkimuksessa korostettiin myös osallistavaa johtamista ja hyvää vuorovaikutusta. Viime vuosina on tutkittu sosiaalista pääomaa organisaatioissa ja sen yhteyttä luottamukseen ja organisaatioiden menestykseen. Sosiaalisen pääomankin tutkimuksessa keskeisiä tekijöitä ovat vaikutusmahdollisuudet ja oikeudenmukainen johtaminen. Lisäksi vuorovaikutuksen toimivuus ja yhteiset, jaetut arvot ovat keskeisiä tekijöitä. Gilson (2003) on käyttänyt ilmaisua luottamukseen perustuva työyhteisö. Hänen mukaansa tällaisissa työyhteisöissä, joissa työntekijällä on paljon valtuuksia päättää työstään, tämä luottamus heijastuu myös asiakkaiden kohteluun.

Noron ja Finne-Soverin artikkelit tässä kirjassa osoittivat, että hoidon laadussa ja asiakkaiden toimintakyvyn muutoksissa palveluntuottajalla ei ole juurikaan vaikutusta. Näyttää kuitenkin siltä, että henkilöstön kuormittumisella on melko voimakas yhteys hoidon laatuun. Keskeisiä tekijöitä olivat tässä tutkimuksessa työntekijöiden kokemaa kiire ja asiakkaiden kuntoisuuteen liittyvä kuormitus. Kiirettä selitti voimakkaasti henkilöstömitoitus ja toisaalta henkilöstömitoituksella oli voimakas yhteys kiireen kautta myös henkilöstön psyykkiseen hyvinvointiin, koettuun stressiin ja unihäiriöihin. Kun kunnallisissa palvelualoissa henkilöstö oli kuormittuneinta, yksi selitys tähän löytyy matalista henkilöstömitoituksista.

Toisaalta merkittävä osa kiireen kokemuksesta selittyy muilla tekijöillä kuin henkilöstömitoituksella. Tässä artikkelissa havaittiin, että johtamisen oikeudenmukaisuus ja työn itsenäisyys ovat voimakkaasti yhteydessä kiireen kokemukseen. Kun työyksiköt voivat toimia itsenäisemmin ja työntekijöille annetaan enemmän vaikutusmahdollisuuksia työhönsä, työtä ei koeta niin kiireisenä. Aiemmissa tutkimuksissa on todet-

tu, että esimerkiksi tiettyyn asiakasryhmään erikoistuneissa, pienissä yksiköissä kiire ja kuormitus ovat vähäisempiä. Toisaalta johtaminen vaikuttaa myös kiireen ja muun kuormituksen kokemiseen. Kun johtaminen on selkeää ja johdonmukaista ja työntekijöillä on selvillä, mitä heiltä odotetaan, koetaan työ vähemmän kiireisenä.

Johtamisen oikeudenmukaisuus voi auttaa kuormittavissa tilanteissa monella eri tavoin. Tässä artikkelissa esiteltiin tulos, jonka mukaan yksiköissä, joiden johtaminen koettiin oikeudenmukaiseksi, matalakaan henkilöstömäärä ei heikentänyt työntekijöiden sitoutumista organisaatioon. Sen sijaan sellaisissa yksiköissä, joiden johtamista ei koettu oikeudenmukaiseksi, sitoutuminen organisaatioon oli selvästi matalammalla, kun henkilöstömitoitutus oli matala.

On ensisijaista työntekijöiden jaksamisen, työssä viihtymisen ja työssä pysymisen kannalta, että henkilöstöä on riittävästi. Näyttää ilmeiseltä, että kunnallisissa palvelutaloissa henkilöstömäärää on lisättävä, etenkin kun asiakkaiden avun tarve on todennäköisesti jatkossa suurempaa. Toinen keskeinen tekijä on edellä mainitut vaikutusmahdollisuudet työssä. Vaikutusmahdollisuudet olivat tässä tutkimuksessa melko matalalla tasolla kaikissa muissa organisaatioissa paitsi järjestöjen palvelutaloissa. Kunnallisten palvelutalojen henkilöstön suureen kuormitukseen voi vaikuttaa myös se, että työyksiköt ovat yksityisiä suurempia ja asiakkaat ovat kuntoisuudeltaan varsin monenlaisia. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että pienissä, suhteellisen homogeenisissa yksiköissä henkilöstön kuormitus on vähäisempää. Järjestöjen ja yritysten palvelutalot näyttäisivät olevan juuri tämänkaltaisia.

Johtaminen on keskeinen tekijä, joka voi suojata työntekijöitä esimerkiksi muutostilanteissa tai muuten kuormittavissa tilanteissa. Joissakin tilanteissa esimiehet joutuvat toimeenpanemaan henkilöstön kannalta kielteisiä päätöksiä tai työskentelemään huonokuntoisten asiakkaiden kanssa vähäisellä henkilöstöllä. Tässä hankkeessa kuvattujen tulosten lisäksi on runsaasti tutkimusta, joka osoittaa, että ikävätkin päätökset siedetään, mikäli päätökset perustellaan, henkilöstö voi luottaa siihen, että päätökset perustuvat oikeaan tietoon ja henkilöstöllä on mahdollisuus ilmaista itseään koskevista asioista näkemyksensä. Päätösten on myös oltava johdonmukaisia niin, että kaikkia kohdellaan samalla tavoin. On myös tärkeää, että henkilöstöä kohdellaan ystävällisesti ja kunnioitetaan työntekijöiden oikeuksia.

Kilpailutettaessa vanhuspalveluita tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita kiinnitetään usein huomiota hintaan ja toisaalta hoidon laatuun. Hoidon laadun osalta kilpailutusvaiheessa pystytään kuitenkin vain ottamaan huomioon lähinnä resurssitekijöitä, kuten henkilöstömäärä. Toteutunut laatu nähdään vasta jälkikäteen. Näyttää ilmeiseltä, että Suomessa – poiketen esimerkiksi Yhdysvalloista – henkilöstömäärä on kilpailutetuissa palveluissa melko hyvällä tasolla. Sen sijaan kuntien omissa palveluissa henkilöstömäärä on jäänyt varsin matalalle tasolle. Kuntien tuottamien palveluiden henkilöstömäärä olisikin saatava paremmalle tasolle. Kilpailutuksissa henkilöstön hyvinvointiin ja johtamiseen liittyvät tekijät olisi näiden ja aiempien tuloksien perusteella nähtävä henkilöstömäärän kaltaisina laadun rakenteellisina tekijöinä. Kilpailutuksissa

voi olla vaikea ottaa huomioon esimerkiksi tuottajien henkilöstökyselyiden tuloksia, mutta samalla tavoin kuin vaaditaan tiettyä henkilöstömäärää ja laadun seurantaa, voitaisiin vaatia myös henkilöstön hyvinvoinnin seurantaa ja hyviä työoloja.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että laatu on kohtuullisella tasolla riippumatta palveluntuottajasta ja kunnallisen sektorin matalasta henkilöstömitoituksesta. Kunnallisella sektorilla henkilöstön kuormitus on kuitenkin hinta tästä matalasta mitoitustasosta. Tämä voi jollakin aikavälillä heikentää laatua tai näkyä sairauspoissaoloina tai työkyvyttömyyseläkkeinä. Laajemmin kyse on myös vanhuspalveluiden imagosta ja alan houkuttelevuudesta, joka konkretisoituu henkilöstön saatavuuden ongelmina. Yrityksissä on syytä kiinnittää huomiota johtamiseen ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksiin sekä ryhmätyön toimivuuteen.

Tutkimuksen perusteella ei voida väittää, että yksityisten palveluiden käyttö olisi heikentänyt henkilöstön työssä jaksamista. Ilmeisesti valvonta ja kilpailuskriteerit turvaavat henkilöstömäärän melko hyvin. Sen sijaan näyttää siltä, että kunnalliset palvelut tuotetaan vähäisellä henkilöstöllä, mikä näkyy henkilöstön kuormittumisena. Julkisella sektorilla kilpailutukset eivät tuo epävarmuutta, mutta ne eivät myöskään takaa tiettyä minimiä henkilöstömäärän suhteen. Julkisen sektorin budjetti on avoin vuosittain, kun taas yksityisellä sektorilla se on turvattu sopimuskauden ajaksi. Julkisen sektorin kuormitusta kuitenkin ilmeisesti helpottavat suhteellisen hyvät kykyjen käyttömahdollisuudet ja johtamisen oikeudenmukaisuus ja yleensä tyytyväisyys johtamiseen. Ryhmätyön toimivuuteen tulisi kuitenkin kunnallisissa palveluissa kiinnittää huomiota.

Sen sijaan yrityksissä johtamiseen, työn itsenäisyyteen ja ryhmätyöhön olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Järjestöjen palvelutaloissa henkilöstön hyvinvointi ja siihen liittyvät tekijät ovat hyvällä lähes kaikilla mittareilla. Epävarmuus on kuitenkin tekijä, joka nousee järjestöissä esiin. Kilpailutukset ovat uusi asia monissa organisaatioissa ja järjestöjä yhtiöitetään, mikä saattaa tuoda henkilöstölle uhkakuvia. Henkilöstö saattaa pohtia, aletaanko tuottavuutta nostaa tai tuleeko aiempaan, ilmeisen myönteiseen organisaatiokulttuuriin jotakin kielteistä.

Henkilöstön saatavuus vanhuspalveluihin sekä työssä jaksaminen ovat jatkossa kriittisiä kysymyksiä. Mikäli palvelurakenne muuttuu suositusten mukaisesti niin, että perinteisen laitoshoidon osuus vähenee, asuu palvelutaloissa entistä huonokuntoisempia asukkaita. Samalla asukkaat erilaistuvat, kun entistä enemmän pyritään siihen, että asukkaan ei tarvitse muuttaa, ja palvelut tulevat asukkaan luokse. Yksityinen palvelutuotanto pystynee melko hyvin sopeutumaan jopa huonokuntoisempiin asukkaisiin, mutta kunnallisten palveluiden henkilöstömäärää on lisättävä tämän tutkimuksen tilanteesta.

Vaikka hoidon laatu ei olekaan vielä heikentynyt olennaisesti, voi kuormittuminen näkyä jollakin aikavälillä myös hoidon laadussa. Tässä tutkimuksessa vähäinen henkilöstömäärä näkyi jo kuormituksessa, eikä vanhuspalveluiden henkilöstö veny loputtomiin. Kuormitus liittyy myös henkilöstön saatavuuteen, mutta saatavuuden ja työssä pysymisen kannalta ehkä olennaisempi kysymys on työn motivoivuus, työyhteisö ja

johtaminen. Näissä kysymyksissä parantamisen varaa on vielä. Järjestöjen palvelut osoittavat, että samalla henkilöstömäärällä ja samankuntoisten asiakkaiden kanssa hoito on mahdollista organisoida niin, että henkilöstö viihtyy, työ on motivoivaa ja johtamiseen ollaan tyytyväisiä. Näiden tekijöiden kehittämisessä kyse ei ole rahasta, vaan osallistavasta, oikeudenmukaisesta johtamisesta ja tiimien kehittämisestä. Tämä edellyttää pitkäjänteistä työtä.

Kilpailuttaminen ja sopimukset tilaajan ja tuottajan näkökulmasta

Vesa Syrjä

Julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välinen suhde on noussut merkittäväksi tutkimuskohteeksi uuden julkisjohtamisen opin (New Public Management, NPM) myötä. Siitä on tullut keskeinen hallinnon uudistamista ohjaava suuntaus (ks. esim. Lähdesmäki 2003), jonka taustalla on käsitys perinteisen, käskyvaltasuhteisiin perustuvan (hierarkkisen) julkisen palvelutuotannon kriisiytymisestä. Uudistuksia on toteutettu omaksumalla julkisten organisaatioiden sisälle yksityiseltä sektorilta lainattuja johtamisoppeja.

Toinen merkittävä uuden julkisjohtamisen oppiin liittyvä muutos on ollut pyrkimys julkisten palveluiden ulkoistamiseen yksityisen sektorin toimijoille. Palveluiden ulkoistaminen toteutetaan tavallisesti luomalla julkisen tilaajan ja yksityisten tuottajien välille kvasi- eli näennäismarkkinat kilpailuttamalla hankittavat palvelut. Kvasimarkkinat poikkeavat avoimista markkinoista, sillä kaikki tuottajat eivät tavoittele voittoa ja julkinen tilaaja pyrkii säilyttämään kontrollivaltaa markkinoihin ja palveluntuotantoon.

Kun tilaaminen ja tuottaminen erotetaan eri organisaatioihin, toimijoiden välisiä suhteita on säänneltävä sopimuksin. Kilpailuttamisympäristössä sopimuksilla pyritään estämään toimijoiden opportunistista käyttäytymistä. Tilaamisen ja tuottamisen eriyttäminen johtaa informaation epätäydelliseen jakautumiseen osapuolten välillä, mikä voi houkuttaa oman edun tavoitteluun toisen sopimusosapuolen kustannuksella. Vastareaktionä uuden julkisjohtamisen opin kielteisesti koetuille seurauksille on syntynyt julkisen tilaajan ja yksityisten palveluntuottajien kumppanuutta ja osapuolten välistä luottamusta korostava relationaalisten sopimussuhteiden koulukunta.

Hankintalainsäädäntö ohjaa kuntia kilpailuttamaan kunnan ulkopuolelta hankittavat palvelut. Suomessa palveluiden kilpailuttaminen alkoi teknisistä ja tukipalveluista 1990-luvulla ja on 2000-luvulla yleistynyt koskemaan myös kunnan ydintoiminnoiksi laskettavia hyvinvointipalveluja. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttaminen on siten edelleen tuore ilmiö, sillä aiemmin kunnat tuottivat palvelut itse tai hankkivat ne pääosin kolmannen sektorin järjestöiltä relationaalsiin sopimussuhteisiin perustuvilla neuvotteluilla.

Tämän artikkeli kuvaa julkisen yksikön järjestämisvastuulla olevan ikäihmisten asumispalvelun kilpailuttamisprosessien ja siihen kuuluvien sopimusneuvotteluprosessien

kulkua Helsingissä, Espoossa, Vantaalla ja Tampereella. Tutkimuskohteena olleet kilpailutukset järjestettiin vuosina 2006–2008. Ajassa tapahtuneiden muutosten havaitsemiseksi työssä tarkasteltiin myös 2000-luvun alkupuolella järjestettyjen kilpailutusten hankinta-asiakirjoja ja sopimuksia. Hankintaprosessia ja prosessin tuloksia arvioidaan Le Grandin ja Bartlettin (1993) kvasimarkkinamallista otettujen, toimiville kvasimarkkinoille asetettujen ehtojen pohjalta. Kvasimarkkinoilla tarkoitetaan tilannetta, jossa julkinen tilaaja ostaa kilpailuttamalla julkisen järjestämisvastuun piirissä olevia palveluja. Palveluntuottajat voivat olla voitontavoitteluun pyrkiviä yrityksiä, voittoa tavoittelemattomia kolmannen sektorin järjestöjä tai julkisia palveluntuotantoyksiköitä.

Tutkimuskysymyksenä on, toteutuvatko toimiville kvasimarkkinoille asetetut ehdot neljän kaupungin kilpailuttamiskokemusten pohjalta. Ehdot liittyvät kilpailun olemassaoloon, toimijoiden motivaatioperustaan, riittävään informaationkulkuun, transaktiokustannusten minimointiin ja kermankuorinnan estämiseen. Kvasimarkkinoilla transaktiokustannuksia ovat esimerkiksi kilpailuttamisen valmisteluun ja toteuttamiseen liittyvät kustannukset. Merkittäviä transaktiokustannuksia voi koitua myös sopimusten valvonnasta ja mahdollisten konfliktitilanteiden hoitamisesta. Kermankuorinnassa jompikumpi osapuoli pyrkii pääsemään eroon raskaampia kustannuksia aiheuttavista asiakkaista.

Toinen tutkimuskysymys on, miten kvasimarkkinat toimivat niille asetettujen arviointikriteerien osalta. Näitä kriteereitä ovat palvelun tehokkuus, responsiivisuus, valinnanvapaus ja oikeudenmukaisuus. Kolmas tutkimuskysymys on, miten sopimukset vaikuttavat osapuolten välisiin suhteisiin ja onko kilpailuttamisesta huolimatta toimijoiden välisistä suhteista löydettävissä relationaaliseen sopimussuhteeseen viittaavia tekijöitä, jotka painottavat markkinasuhteen asemesta kumppanuutta ja luottamuksen rakentamista.

Erridge (1995) tekee eron kilpailuttamiseen perustuvan toimijasuhteen ja kumppanuuteen perustuvan suhteen välille. Kilpailuttamiseen perustuvassa hankinnassa hinnan merkitys korostuu. Osapuolten väliset suhteet rakentuvat päämies-agenttiteorian mukaiseen peliasetelmaan, jossa osapuolet pyrkivät maksimoimaan omaa hyötyään ja suhtautuvat varauksellisesti vastapuoleen. Tuotteen sisältöä ja kustannustehokkuutta ei myöskään juuri pyritä kehittämään yhdessä, vaan laadunvarmistus perustuu tuottajan tekemiin tarkastuksiin.

Kumppanuussuhteessa sitä vastoin tärkeintä on osapuolten välinen jatkuva yhteistyö. Pidempiaikainen yhteistyö synnyttää luottamuspääomaa, joka vähentää osapuolten välistä vastakkainasettelua. Kysymys on tällöin relationaalisesta sopimussuhteesta. Tällaisessa toimijasuhteessa muodolliset sopimukset jäävät taka-alalle ja ongelmat pyritään ratkaisemaan yhteistyössä. Tässä artikkelissa selvitetään, voidaanko tämäntyyppistä kumppanuussuhdetta ylläpitää kilpailuympäristössä.

Kilpailuttamisen onnistumisen arvioinnissa painopiste on tutkimuksessa toisaalta palvelun tilaajan ja toisaalta palvelun tuottajan näkökulmassa. Asumispalveluasiakkaan, palveluyksiköiden työntekijöiden ja palvelun viimekätisen rahoittajan eli kansa-

laisten näkökulma tulee työssä esiin vain välillisesti tilaajien ja tuottajien käsityksinä sekä dokumenttiaineiston kautta.

Julkisista palvelumuodoista tutkimukseen valittiin vanhusten tehostettu eli ympärivuorokautinen palveluasuminen. Ympäriavuorokautisella hoivalla tarkoitetaan yksikköä, jossa on hoitohenkilökuntaa paikalla myös yöllä. Valinnan taustalla oli yksityisen palvelutuotannon merkittävä osuus vanhusten asumispalveluissa. Lisäksi suuressa osassa kuntia on jo kertynyt kokemusta näiden palveluiden kilpailuttamisesta, mikä mahdollistaa ilmiön empiirisen tarkastelun.

Väestön ikääntyessä vanhusten asumispalvelujen volyyymi on kasvussa, joten myös sen aiheuttamat kustannuspaineet kunnille ovat lisääntymässä. Näin ei suinkaan ole yhdentekevää, miten kunnat järjestävät tarvitsemansa asumispalvelut. Kuntien tulee palvelumuodoista päättäessään pyrkiä kustannustehokkuuteen. Lisäksi kuntien on pysyttävä takaamaan palvelun laatu riippumatta siitä, tuotetaanko palvelu kunnan omassa tai yksityisessä palveluyksikössä. Palvelun ostaminen on hankalampaa kuin tavaroiden, koska palvelu on aineetonta ja sen ydinarvo on toimijoiden välisessä vuorovaikutuksessa (Grönroos 1991). Vanhusten asumispalveluita pidetään hankalana palvelumuotona sopimuksenteon kannalta (Sutela 2003).

Tutkimus keskittyy ikäihmisten asumispalveluiden hankintaan neljässä suuressa kaupungissa; Helsingissä, Espoossa, Vantaalla ja Tampereella. Tutkimuskunnista Espoo ja Vantaa ovat kilpailuttaneet yksityisiltä ostetut asumispalvelut useaan otteeseen. Helsingissä ja Tampereella kilpailuttaminen on lisääntynyt vasta viime vuosina. Näissä kaupungeissa on kolmannen sektorin järjestötuottajilla ollut perinteisesti kiinteät yhteydet kaupunkiin, mikä on hidastanut kilpailuttamisen aloittamista. Espoossa ja Tampereella koko vanhusten asumispalvelutuotanto hankitaan yksityiseltä sektorilta. Myös Vantaalla yksityisen palvelutuotannon osuus on selvästi julkista palvelutuotantoa suurempi. Helsingissä sitä vastoin noin puolet asumispalveluista tuotetaan kaupungin omilla yksiköissä.

Tutkimuksessa keskityttiin suuriin kaupunkeihin, koska niissä katsottiin olevan pieniä kuntia enemmän yksityisiä palveluntuottajia ja sitä kautta edellytykset toimiville markkinoille. Kokonaisuudessaan majoituksen sisältävissä ikäihmisten palveluissa julkisella palveluntuotannolla on kuitenkin edelleen merkittävä asema, sillä laitoshoitona annettavat vanhainkoti- ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoitopalvelut ovat enimmäkseen kaupunkien omaa tuotantoa.

Tutkimusmenetelmät ja -aineisto

Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen, ja työtä ohjaavaksi tutkimusstrategiaksi valittiin usean tapauksen tapaustutkimus. Tutkimuksessa on piirteitä myös arviointitutkimuksesta. Tutkimusaihetta lähestytään pääosin deduktiivis-hypoteettisesta näkökulmasta. Tällöin empiiriseen analyysiin lähdetään vasta sen jälkeen, kun on luotu teoreettinen

viitekehys ja sen pohjalta lähtevät hypoteesit. Empiirisessä osassa analysoidaan hypoteesien sopivuutta reaali maailmaan. Toisaalta lähestymistapa antaa kuitenkin mahdollisuuden aineistosta itsestään nousevien teemojen käsittelyyn. Työ on siten luonteeltaan teorialähtöinen, mutta ei teoriasidonnainen.

Tapaustutkimuksessa tutkija pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Ilmiön kuvaaminen on perustana sen selittämiselle. Yin (1994) pitää tapaustutkimusta sopivana strategiana, kun etsitään vastauksia kysymyksiin ”kuinka” ja ”miksi”. Edelleen se sopii tilanteisiin, joissa tutkija ei voi ohjata tapahtumia, ja joissa tutkimuksen painopiste on olemassa olevassa ilmiössä, joka tapahtuu arkitodellisuuden kontekstissa.

Lähes kaikki julkisen hallinnon toimintaa tarkasteleva tutkimus on luonteeltaan josakin määrin arvioivaa (Vuorela 1990). Myös käsillä olevassa tutkimuksessa on arvioiva elementti mukana, sillä siinä arvioidaan julkisen järjestämistä vastuun piirissä olevan palvelun kilpailuttamisen vaikutuksia teoreettisen viitekehysten pohjalta. Arvioinnin tarkoituksena on selvittää, toimivatko teorian asettamat ehdot ja kriteerit tapauskuntien kontekstissa. Arvioinnin voidaan katsoa siten olevan teoriaperusteista.

Tutkimusaineistona käytettiin puolistrukturoituista teemahaastatteluista saatua aineistoa sekä dokumenttiaineistoja, joista ovat hankintayksiköiden laatimat tarjouspyynnöt, päätöksenteon pohjaksi laaditut tarjousvertailut, tilaajalautakunnan pöytäkirjat ja palveluntuotos sopimukset vuosilta 2006–2008. Tausta-aineistona käytettiin myös 2000-luvun alkupuolen kilpailutusten dokumentteja. Tuottajien yksittäiset tarjoukset rajattiin aineiston ulkopuolelle, sillä tarjousten pohjalta tehtyjen tarjousvertailujen katsottiin kuvaavan riittävästi tehtyjä tarjouksia.

Tutkimuksessa haastateltiin yhteensä 32 henkilöä. Kilpailuttamista valmistelleita ja siitä vastuussa olleita virkamiehiä oli haastateltavista kymmenen. Haastateltavien joukossa oli virkamiehiä Helsingistä, Espoosta, Vantaalta ja Tampereelta. Yksityisiä palveluntuottajia oli yhteensä 20. Tuottajat edustivat sekä kolmannen sektorin järjestöjä että yrityksiä. Haastatteluja tehtiin sekä suurten, usean kunnan alueella toimivien tuottajien kanssa, että vain yhdessä kunnassa toimivien pienten tuottajien edustajien kanssa. Haastattelut painoutuivat jonkin verran muita enemmän Espooseen.

Puolistrukturoitu teemahaastattelu sijoittuu formaalin kyselylomakkeen ja strukturoimattoman haastattelun väliin (Hirsjärvi ja Hurme 2001). Se rakentuu tutkimuksen teoreettisesta viitekehystä nousevien teemojen ympärille, mutta teemojen läpivienti haastattelussa voi tapahtua vapaamuotoisessa järjestyksessä. Keskeistä haastattelumenetelmässä on, että se ottaa huomioon ihmisten asioille antamat tulokset ja merkitykset. Myös eri teemoihin käytetty aika vaihtelee haastattelusta toiseen sen mukaan, mihin alueisiin haastateltava itse haluaa erityisesti tarttua. Samalla puolistrukturoitu teemahaastattelurunko antaa haastateltavalle tilaisuuden tuoda esiin aihepiiriin kuuluvia olennaisia asioita, joita tutkija ei haastattelurunkoa tehdessään ole osannut ottaa huomioon.

Kvasimarkkinoiden ehtojen toteutuminen

Bartlettin ja Le Grandin (1993) toimiville kvasimarkkinoille asettamien ehtojen mukaan **markkinoilla tulee olla useita tilaajia ja tuottajia**. Etenkin pääkaupunkiseudulla voidaan sanoa olevan useampia tilaajia, sillä monet yksityiset tuottajat tarjoavat asumispalvelupaikkojaan usealle kuntatilaajalle. Kunnat eivät lisäksi aina ole ainoita palvelujen ostajia, sillä myös palvelunsa kokonaan itse maksavien asiakkaiden osuus on hitaasti kasvamassa. Itse maksavat asiakkaat vähentävät palveluntuottajien riippuvuutta kunnista. Tampereella kaupungilla on selkeämmin monopoli-asema asumispalvelujen ostajana. Toisaalta Tampere on myös muita kaupunkeja sitoutuneempi ostamaan palveluja sopimuksen saaneilta tuottajilta.

Pääkaupunkiseudun kilpailutuksissa, joissa kunnat kilpailuttivat ulkoisilta palveluntuottajilta hankkimansa asumispalvelutuotannon, tarjouksia tuli kuhunkin tarjouspyyntöön useita kymmeniä. Tuottajat myös tarjosivat enemmän hoivapalvelupaikkoja kuin kaupungit olivat valmiita ostamaan. Espoossa ja Vantaalla tarjousten määrä lisääntyi verrattuna 2000-luvun alun kilpailutuksiin. Helsingin osalta arviota ei voitu tehdä, sillä kaupunki kilpailutti palvelutuotantonsa ensimmäisen kerran vasta vuonna 2008. Merkittävä osa kilpailutukseen osallistuneista tuottajista oli kuitenkin uusia palveluntuottajia, joilla ei aiemmin ollut ostopalvelusopimussuhdetta kaupunkiin.

Tampereen kilpailutukset ovat olleet pääkaupunkiseudun kilpailutuksista poiketen yksittäisten palvelutalojen palvelutuotannon kilpailutuksia. Myös Tampereella tarjouksia tuli useilta tuottajilta. Kaupungin järjestämässä käänteisessä kilpailutuksessa osa valtakunnallisista suurista yrityksistä ei kuitenkaan jättänyt tarjousta. Käänteisessä kilpailutuksessa kaupunki itse määrää palvelulle kiinteän hinnan ja tarjoajat kilpailevat vain laatutekijöillä. Käänteinen kilpailutus edellyttää kaupungilta selkeää näkemystä hankittavan palvelun todellisista kustannuksista. Osa yrityksistä saattoi pitää kaupungin asettamaa hintaa liian alhaisena laatuvaatimuksiin nähden. Tampere kuitenkin sai riittävästi tarjouksia ja pystyi valitsemaan palveluntuottajat yksiköihin.

Kaikkien tutkimuskaupunkien strategiana on ylläpitää yksityisessä asumispalvelutuotannossa monituottajamallia. Kilpailutustilanteissa kaupungit ovat laatineet kilpailutuskaiteerit sellaisiksi, että vanhat yhteistyökumppanit, jotka tavallisesti ovat järjestöjä, eivät putoaisi pois kilpailuttamisissa. Etenkin tilavaatimukset on pääosin asetettu siten, että vanhoissa ja epäkäytännöllisissä tiloissa toimivat tuottajat eivät tulisi hylätyiksi tilojensa takia.

Kvasimarkkinaideaalin mukaisessa kilpailuttamisessa kunnan omat yksiköt kilpailevat yksityisten palveluntuottajien kanssa. Tämä ehto ei kuitenkaan Suomessa täyty, sillä kuntien omaa tuotantoa ei joitakin yksityistapauksia lukuun ottamatta ole kilpailutettu yksityisten tuottajien kanssa. Taustalla on hankintalaki, joka ei edellytä julkisen tilaajan itsensä tai toiselta julkiselta tuottajalta hankittavien palveluiden kilpailuttamista (Suoniemi ym. 2005; Kähkönen ja Volk 2008). Yksityisiltä ostetut palvelut hankitaan kuitenkin pääosin kilpailuttamalla markkinamekanismia käyttäen. Voidaankin sanoa,

että tältä osin kaupungit toimivat varsin pitkälle avoimilla markkinoilla. Tutkimuskaupungeista etenkin Espoon voidaan sanoa olevan markkinaohjautuvuudessa varsin pitkällä, sillä kaupungilla ei ole lainkaan omaa palvelutuotantoa ikäihmisten ympärivuorokautisessa asumispalvelussa ja asumispalvelun volyyymi on selvästi suurempi kuin laitoshoidon, joka Espoossa kuten muissakin tutkimuskaupungeissa järjestetään pääosin kaupungin omana tuotantona. Uuden julkisjohtamisen opin mukaisessa ajattelussa kokonaisten palvelutuotantoalueiden ulkoistaminen on merkittävä askel yksityistämisen suuntaan.

Kvasimarkkinoilla toimivien **palveluntuottajien motivaationa tulisi olla taloudellinen tulos**. Voittoa tavoittelevien yritysten lisäksi kaupunkien asumispalvelumarkkinoilla toimii kuitenkin myös voittoa tavoittelemattomia järjestöjä, joiden toiminnan arvoperusta lähtee voitontavoittelun asemesta asiakkaiden eduista käsin. Etenkin Helsingissä ja Tampereella yksityinen palvelutuotanto on perinteisesti ollut Raha-automaattiyhdistyksen investointiavustuksia saaneiden järjestöjen tuottamaa. Kilpailuneutraliteettisyistä Raha-automaattiyhdistys on lopettanut investointiavustusten myöntämisen järjestöille. Tutkimuskunnissa kilpailuttamisen tuloksena on pääosin ollut yritysten suhteellisen osuuden selvä kasvaminen. Yksityisten yritysten määrä on viime vuosina kasvanut nopeasti myös valtakunnallisesti. Samaan aikaan suuret pääomasijoittajien omistamat yritykset ovat kuitenkin entistä aktiivisemmin ostaneet pieniä perheyrittäjiä pois markkinoilta.

Olemassa olevat järjestötuottajat ovat pääosin säilyttäneet asemansa sopimustuottajina, mutta kuntien tarvitsemat uudet asumispalvelupaikat ostetaan pääosin yksityisiltä yrityksiltä. Kilpailutuksissa tarjotuista uusista asiakaspaikoista lähes 90 prosenttia tuli yksityisiltä yrityksiltä. Jako yrityksiin ja järjestöihin on kuitenkin hämärtyneessä, sillä useat järjestöt ovat yhtiöittäneet vanhusten asumispalvelupuolen. Tämä viittaa markkina-ajattelun voimistumiseen toimijoiden motivaatioperustana. Yhtiötetyt järjestöt muistuttavat toiminnaltaan Englannissa kehitetyn yhteiskunnallisen yrityksen konseptia, jossa voitontavoittelu sallitaan, mutta voitto käytetään oman toiminnan kehittämiseen, minkä voi katsoa koituvan viime kädessä palvelun loppukäyttäjän hyväksi (Bland 2010).

Markkinoille tulisi myös päästä kohtuullisin kustannuksin. Suurin kustannustekijä työvoimaintensiivisissä asumispalveluissa ovat palkkakustannukset. Kunnat edellyttävät kilpailuttamisen yhteydessä tuottajilta henkilöstömitoitusta, joka ei tutkimuskuntien tapauksessa poikkea sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen ohjeesta. Palvelutuote on henkilöstömitoituksen osalta siis pitkälle standardisoitu. Yksityiset tuottajat eivät siis voi kilpailutilanteessa alittaa hoivahenkilöstön vähimmäismitoituksia, mikä vähentää yksityisen tuottajan mahdollisuuksia alentaa henkilöstökustannuksiaan muihin tuottajiin nähden. On kuitenkin ilmeistä, että suuret tuottajat voivat käyttää volyymietujaan hyväksi esimerkiksi hallinto- ja tukipalveluissa, ja suurten yritysten mahdollisuudet sietää asumispalvelukilpailutuksille tyypillisiä puitesopimuksia ovat pieniä yrityksiä suuremmat.

Toinen merkittävä kustannustekijä ovat tilat. Tavallisesti kilpailutuksissa edellytetään palveluntuottajilta omaa tai vuokrakiinteistöä. Tilavaatimusten ja yksikkökoon kasvaessa pienten tuottajien asema markkinoilla käy hankalaksi, vaikka toistaiseksi kuntien edellyttämät tilavaatimukset eivät ole olleet pienten tuottajien kannalta kohtuuttomia. Järjestöt toimivat tavallisesti omissa taloissa, jotka ovat saaneet Raha-automaattiyhdistyksen tai Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA) investointiavustusta. Järjestöillä on siten ollut tilojen osalta kustannusetu yrityksiin nähden. Valtion asuntorahaston nykyinen linja on tasapuolisempi, sillä se mahdollistaa yritykselle pääsyn investointitukien piiriin, jos yrityksen yhteistyökumppaniksi tulee yleishyödyllinen järjestö, josta myös tulee rakennettavan kiinteistön omistaja ja investointitukien hakija. Myös osa yrityksistä omistaa tilansa, mutta varsinkin suuret yritykset tuottavat palveluita vuokrakiinteistöissä. Jos kaupunki omistaisi tilat ja kilpailuttaisi hoivatuotannon, tilaaja välttyisi myös tilanteilta, joissa palveluntuottaja yllättäen lopettaa tai muuttaa toiminta-ajatustaan. Kaikista tutkimuskunnista kuitenkin vain Espoossa on yksi yksikkö, jonka tilat omistaa kaupunki, mutta palveluntuottajana on yksityinen yritys.

Tilajaajan motivaation tulisi lähteä asiakkaan hyvinvoinnista. Virkamieshaastattelujen perusteella tämä ehto täyttyy osittain, sillä useimmat virkamiehet painottivat kilpailuttamisen tavoitteena olleen palvelun laadun nostaminen kustannussäästöjen sijaan. Myös luottamusmiehistä koostuvat tilaajalautakunnat ovat olleet ensisijaisesti kiinnostuneita palvelun laatuun liittyvistä asioista. Tosin esimerkiksi henkilöstömitoituksia ei käytännössä tutkimuskaupungeissa nostettu verrattuna edellisiin kilpailutuksiin. Osassa kunnista sairaanhoitajien vähimmäismäärää nostettiin, mutta toisaalta taas vastaava hoitaja saatettiin laskea mitoitukseen aiempaa suuremmalla osuudella.

Päätös kilpailuttamisesta aiheuttaa kuitenkin itsessään epävarmuutta asiakkaille ja myös henkilöstölle. Vanhuspalveluyksiköiden toiminnassa tulisi aina pyrkiä siihen, että asukkaiden perusturvallisuuden tunnetta ei järkytetä. Asiakkaiden siirtäminen tai henkilöstön vaihtuminen kilpailuttamisen takia voi olla suuri stressitekijä sekä asiakkaille että heidän omaisilleen. Tutkimuskunnat ovat pyrkineet lievittämään epävarmuutta antamalla kilpailuttamisen yhteydessä lupauksen, että asiakkaita ei siirretä, vaikka tuottaja häviäisi kilpailutuksen. Käytännössä tuottajan on kuitenkin löydettävä uusia asiakkaita muualta, jotta yksikön toiminta voi jatkua.

Kilpailutuksissa on yleiseksi käytännöksi vakiintunut ehdottomien laatuksien periaate. Tällöin kaupungit edellyttävät palveluntuottajilta tiettyjen minimikriteerien täyttymistä, jotta tarjous pääsee tarjousvertailuun. Tarjousvertailun ulkopuolelle jääneet tarjoajat eivät voi tulla valituksi palveluntuottajiksi. Kaupungit voivat näin entistä tehokkaammin saada tuottajat tarjoamaan vähintään haluamaansa peruslaatua. Ehdottomat laatuksien kriteerit ovat kaikissa kunnissa pääosin samantyyppisiä. Ne liittyvät pääosin tilavaatimukseen, henkilöstön määrään, koulutukseen, laadunhallintaan ja johtamiseen. Myös itse palveluprosessin sisältöä pyritään määrittämään etukäteen entistä tarkemmin. Kunnat eivät kuitenkaan tavallisesti edellytä tuottajilta ehdottomissa laatuksien kriteereissä ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen yli menevää laatutasoa. Tuottajien järjestys

itse tarjousvertailussa riippuu enimmäkseen hinnasta, mutta myös tuottajan saamista lisäpalvelupisteistä. Ne eivät kuitenkaan aina liity suoraan palvelun laatutekijöihin.

Sekä palvelun **tilaajalla että tuottajalla tulisi olla riittävästi informaatiota** tuotettavan palvelun sisällöstä ja kustannuksista. Epätäydellinen informaatio voi johtaa opportunistiseen käyttäytymiseen joko tilaajan tai tuottajan puolelta.

Tuottajat olivat pääosin tyytyväisiä kaupunkien tapaan tiedottaa asioista. Tilaajat eivät voi päätöksenteonsa tueksi suoraan verrata omaa ja yksityistä tuotantoa joko siksi, että omaa tuotantoa ei ole tai siksi, että kustannuslaskentatapojen erilaisuus estää yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailun. Tätä voidaan pitää arvioinnin kannalta merkittävänä puutteena. Kunnat ovat kuitenkin havahtuneet valvonnan vähäisyyteen ja ovat kilpailuttamisen myötä pyrkineet kehittämään myös valvontamekanismeja riittävän tiedon saamiseksi. Esimerkiksi Espoo laati kilpailutuksen yhteydessä systemaattisen valvontajärjestelmän ja tekee auditointikäyntejä yksiköihin. Nykyiset tiedonkeruumenetelmät keskittyvät kuitenkin kaikissa tutkimuskunnissa palvelun rakennetekijöihin, joita voidaan pitää *ex ante* -tekijöinä. Itse palveluprosessin onnistumista ja tuloksia mittaavia *ex post* -tekijät eivät painotu toiminnan arvioinnissa.

Asiakaspalautteet ja asiakastytyväisyyskyselyt ovat yksi kaupunkien jonkin verran käyttämä menetelmä, mutta asiakkaiden huonokuntoisuuden takia niiden informaatioarvo on rajattu. Toteutunutta hoidon laatua voitaisiin seurata esimerkiksi asiakkaan systemaattiseen puolivuositain tapahtuvaan arviointiin perustuva RAI-järjestelmän avulla (ks. esim. Noro ym. 2005.) Asiakasarviointijärjestelmien avulla voitaisiin seurata erityisten laatuindikaattoreiden kautta asiakkaiden saaman palvelun laatua. Tällaisia hoivan onnistumiseen perustuvia tekijöitä ovat esimerkiksi kaatumiset ja unilääkkeiden käyttö.

Kilpailutusten laatuksiteereihin on kaikissa kaupungeissa pyritty lisäämään edellytys RAI-järjestelmän tai muiden laadunhallintajärjestelmien käyttämisestä. Asiakasarviointijärjestelmät eivät kuitenkaan välttämättä ole vapaita opportunisteilta, koska arvioinnin tekevät tavallisesti palveluyksikön omat työntekijät. Tämä ongelma voitaisiin kiertää kaupungin edustajan tekemillä asiakasarvioinneilla, mutta tällöinkin jouduttaisiin arvioinnissa käyttämään palveluyksikön henkilökuntaa, koska ulkopuolisella arvioijalla ei voi olla täsmällistä tietoa asiakkaan tilasta.

Kilpailuttamisesta aiheutuvat hallintokustannukset ja yksityisten tuottajien toiminnan valvomisesta ja tarkastamisesta aiheutuvat kustannukset eli **transaktiokustannukset eivät saa ylittää kilpailuttamisesta aiheutuneita kustannussäästöjä**. Kvalitatiiviseen haastattelututkimukseen perustuvalla tutkimusmenetelmällä transaktiokustannusten suuruutta on vaikea arvioida. Kaupungit eivät myöskään itse seuraa kilpailuttamisesta aiheutuneita kustannuksia. Kilpailuttamisprosessit ovat kuitenkin sekä tilaajan että tuottajan kannalta työläitä prosesseja. Myös kaupunkien tavoite ylläpitää monituottajamallia synnyttää kustannuksia, sillä palveluntuottajien suuri määrä lisää myös valvontakustannuksia. Toisaalta kunnat voivat pyrkiä pitkiin sopimusaikoihin, mikä pienentää sopimusaikaisia transaktiokustannuksia. Vuonna 2007 voimaan tullut

hankintalaki asettaa kuitenkin rajoituksia pitkille sopimuskausille. Puitekilpailutuksissa pisin mahdollinen sopimusaika on neljä vuotta.

Merkittäviä kustannuksia kilpailuttamisen yhteydessä voi syntyä, jos hävinneet tuottajat valittavat kilpailuttamisen tuloksesta markkinaoikeuteen. Espoossa ja Helsingissä kilpailuttamisprosessit ratkaistiin kuitenkin siten, että tuottajien mahdollisuudet valittaa markkinaoikeuteen jäivät vähäisiksi. Näissä kaupungeissa lautakunnat valitsivat kaikki tai lähes kaikki hyväksytyyn tarjouksen tehneet tuottajat palveluntuottajiksi, mutta itse päätös palvelujen hankinnasta jätettiin virkamiehille neuvotteluihin. Kysymyksessä on tällöin puitekilpailutus, jolloin kaupunki voi koska tahansa lopettaa ostot halutessaan. Puitesopimusten taustalla on kaupunkien käsitys palvelutarpeiden ennakoimattomuudesta, minkä takia ei haluta sitoa käsiä sopimuksiin useaksi vuodeksi. Lisäksi kaupungit voivat puitesopimuksilla kontrolloida tuottajien toimintaa, jotta tilaaja ei törmäisi päämies-agenttiteorian mukaiseen käänteisen valikoitumisen ongelmaan. Puitesopimusten yhtenä ongelmana on päätöksenteon läpinäkyvyyden puute. Osa tuottajista koki kilpailuttamisen tuloksen jäävän epäselväksi puitekilpailutuksissa.

Kermankuorinnan estäminen on yksi kvasimarkkina-ajattelun mukainen ehto markkinoiden onnistumiselle. Tuottaja voi opportunistisesti pyrkiä sysäämään kustannuksiltaan raskaammat asiakkaat sopimussuhteen toiselle osapuolelle Tuottajien kermankuorintamahdollisuudet ovat kuitenkin kaikissa kaupungeissa suhteellisen vähäiset, sillä kaupunki päättää sopimuksen mukaan palveluysiköihin sijoitettavista asiakkaista. Tuottajien mielipidettä kuullaan ennen päätöksentekoa, mutta päätösvalta pysyy kaupungilla. Asiakkaiden itsensä päätösvalta jää ostopalvelusopimuksissa tosiasiallisesti toissijaiseksi, sillä vaihtoehtona on usein jääminen hoitojonoon. Kermankuorinnan estämisenä voidaan pitää myös kilpailuttamiskriteereihin viime aikoina lisättyä vaatimusta asiakkaiden loppuun asti hoitamisesta. Tilaajien mukaan osa tuottajista on aiemmin halunnut liian helposti päästä eroon asiakkaista, jotka ovat joutumassa vuodepotilaiksi tai muuten muuttumassa raskashoitaisemmiksi.

Kvasimarkkinoiden arviointikriteerien toimivuus

Bartlettin ja Le Grandin (1993) esittämien kvasimarkkinoiden ehtojen lisäksi tutkimuksessa arvioitiin kvasimarkkinoille asetettujen arviointikriteerien toimivuutta.

Tehokkuuden kriteeri on keskeinen uuden julkisjohtamisen opissa. Kvasimarkkinoilla palvelutuotanto katsotaan tehokkaaksi, jos palvelu tuotetaan kullakin laatutasolla mahdollisimman edullisesti. Kaupunkien palvelutuotannon tehokkuutta arvioitiin tutkimuksessa vertailemalla hoitovuorokauden hintaa muiden suurten kaupunkien ostopalveluihin. Kuntien välisiin vertailuihin on suhtauduttava varauksella, mutta Kumpulaisen (2009) selvityksen mukaan Espoossa, jossa kilpailuttaminen on viety pisimmälle, asumispalvelujen hinta oli muita suuria kaupunkeja korkeampi vuonna 2008. Tässä mielessä kilpailuttaminen ei automaattisesti laske hintaa. Vaikka kunnat eivät aseta omaa palvelu-

tuotantoon suoraan kilpailutilanteeseen yksityisten tuottajien kanssa, osa kuntatilaajista koki kunnan oman palvelutuotannon hillitsevän kustannusnousua yksityisellä puolella.

Pääkaupunkiseudun laajoissa koko yksityistä palveluntuotantoa koskevissa kilpailutuksissa hinnat nousivat edelliseen vuoteen nähden yli 10 prosenttia. Osa kuntatilaajista piti hintatason nousua yllättävän suurena, sillä hintatasoa oli tarkastettu hintaneuvotteluilla vuosittain jo kilpailutuksia edeltävinä vuosina. Osa tuottajista etenkin Helsingissä piti kaupungin toteuttamaa ensimmäistä kilpailutusta hyvänä tilaisuutena hinnoitella palvelu uudestaan sen oikealla hinnalla.

Perinteinen tapa palvelun hinnasta sopimisessa on ollut vuosittainen hintaneuvottelu. Tuottajat ovat kokeneet hintaneuvottelut enemmänkin kunnan saneluna kuin aito-
na neuvottelutilanteena. Kilpailuttamisen yhteydessä kunta ei voi sanella hintaa, ellei kilpailuttamistavaksi valita käänteistä kilpailuttamista, jolloin kunta määrää hinnan. Käänteinen kilpailutus on yleistymässä, ja sen sovelluksista saattaa jatkossa tulla keskeinen kilpailuttamismuoto. Käänteinen kilpailuttaminen on ilmiönä vielä uusi, joten sen vaikutuksista ei voi vielä vetää johtopäätöksiä.

Kaupunkien tapa valita tuottajat epäselvällä valintaprosessilla hankaloittaa tehokkuuden arviointia. Laatuksiteerit oli määritelty siten, että tuottajien oli täytettävä ehdottomat laatuksiteerit, ja sen lisäksi oli mahdollisuus saada lisäpisteitä joistakin laatuksielementeistä. Tuottajien on täytettävä kaikki ehdottomat kriteerit tullakseen otetuksi mukaan tarjousvertailuun. Tuottajien saamien lisäpisteiden avulla pystyttiin arvioimaan palvelun laatua tarjottuun hintaan nähden. Kaupungit ovat kuitenkin laatineet tarjouspyynnöt siten, että lisäpisteitä saattoi saada tekijöistä, joilla ei ole suoraan tekemistä palvelun laadun kanssa. Tarjoushinnan ja saatujen lisäpisteiden välisessä vertailussa ei löydetty selvää yhteyttä näiden tekijöiden välillä; palvelun hinnan noustessa lisäpalvelupisteet eivät nousseet vastaavasti, vaan korkeita lisäpalvelupisteitä saivat myös halvimpia tarjouksia tehneet tuottajat. Toisaalta palveluntuottajiksi valittiin myös kaikkein korkeimpia tarjouksia tehneitä tuottajia, millä saattaa olla negatiivinen vaikutus kustannustehokkuuteen.

Kilpailuttaminen ei toistaiseksi siis ole laskenut hintatasoa tutkimuskaupungeissa. Koska suurin osa palvelun hinnasta on palkkakustannuksia, voidaan myös olettaa, että kilpailuttamisella ei suoraan ole ollut negatiivista vaikutusta hoitohenkilöstön palkkatasoon. Myös tiukat henkilöstömitoitustvaatimukset vähentävät tuottajan mahdollisuuksia alentaa palkkakustannuksia.

Myös palvelukentän hallinta aiheuttaa kustannuksia. Tilaajavirkamiesten mukaan kilpailuttaminen selkeyttää ja tehostaa palvelutuotteen hallintaa. Esimerkiksi Helsingillä oli ennen vuoden 2008 kilpailutusta eri tuottajien kanssa erilaisia ostopalvelu- ja puitesopimuksia, ja niiden lisäksi kaupunki osti merkittävän osan ikäihmisten asumis- palveluista maksusitoumusmenettelyllä. Maksusitoumusasiakkaiden asemasta ja osapuolten välisistä suhteista ei käytännössä ollut selkeitä ohjeita. Kilpailuttamalla kaupunki saa yksityiset tuottajat samalle viivalle.

Responsiivisuuden lisäämisellä tarkoitetaan kvasimarkkinateoriassa kunnan kykyä kuunnella ja reagoida asiakkaiden ja kansalaisten tarpeisiin. Valtakunnallisissa lin-

jauksissa on tavoitteeksi asetettu laitoksissa annettavan hoivan vähentäminen. Myös tutkimuskuntien tavoitteena on lisätä kotiin annettavia palveluita ja asumispalveluita, mutta vastaavasti vähentää laitospalveluita. Avohoitoon laskettavia asumispalveluita pidetään etenkin sairaaloiden pitkäaikaisosastoja inhimillisempänä palvelumuotona. Responsiivisuudeksi voidaan katsoa myös kaupungin entistä tarkemmat laatukriteerit ja palvelutuotannon valvonta, jolla yritetään ennalta ehkäistä asiakkaiden kaltoinkohtelua. Toisaalta asumispalveluun on kaikissa kunnissa hoitojono eli palveluun oikeutetut asiakkaat joutuvat odottamaan hoitopaikkaa sairaalassa tai kotona. Koska hoitopaikan saaminen edellyttää ympärivuorokautisen hoivan tarvetta, asiakkaiden jättäminen kaupungin kotihoidon varaan jonotusajaksi ei ole merkki responsiivisuudesta. Kysymys on tietenkin tällöin poliittisen päätöksentekokoneiston responsiivisuuden puutteesta, eikä sinällään kvasimarkkinoista johtuva ongelma, koska kilpailutuksissa on tarjontaa ollut enemmän kuin kaupungit ovat olleet valmiita hankkimaan.

Asiakkaiden **valinnanmahdollisuuksien** lisääminen on keskeinen toimivien kvasimarkkinoiden arviointikriteeri. Nykymuotoisessa kilpailuttamisessa asiakkaiden valinnanmahdollisuuksiin ei juuri kiinnitetä huomiota. Asiakkaat valitaan hoitopaikkaan sen mukaan, missä ensimmäiseksi on paikka vapautumassa, mikä ei lisää asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia. Kaupunkien linjana on kysyä asiakkaan ja omaisten mielipidettä tarjotusta hoitopaikasta, mutta tarjotun paikan vaihtoehtona on hoitojonoon jääminen. Toisaalta kaupunkien valitsema monituottajamalliin perustuva hankintatapa merkitsee valinnanvapautta periaatteellisella tasolla. Kaupungeilla on sopimuskumppaneina sekä yrityksiä että järjestöjä, suuria ja pieniä tuottajia. Palveluntuottajien määrä on myös lisääntynyt kilpailuttamisten myötä.

Sekä tilaajan edustajat että tuottajat suhtautuivat positiivisesti asiakasvalinnan lisäämiseen, mutta valinnanmahdollisuuksien todellinen lisääminen näyttäisi edellyttävän siirtymistä palvelusetelimalliin. Hankintalainsäädännön mukainen kilpailuttaminen johtaa myös palvelutuotteen standardoitumiseen, mikä voi vähentää asiakkaiden mahdollisuuksia saada omien erityistarpeidensa mukaista palvelua. Palvelusetelimallissa standardointia ei tarvitse viedä yhtä pitkälle. Sen ongelmana kuitenkin on, että huonokuntoiset asiakkaat eivät välttämättä kykene itse valitsemaan, joten he tarvitsevat omaisten tai kunnan apua valinnan tekemisessä. Palveluseteli ei poista kunnan valvontavastuuta. Asiakkaita ei myöskään voi velvoittaa ottamaan palveluseteliä.

Oikeudenmukaisuuden kriteerillä tarkoitettiin tässä tutkimuksessa kansalaisten tasavertaista kohtelua palvelun saajina. Kaikissa kaupungeissa asumispalveluun pääsy edellyttää asiakkaan arvioinnin pohjalta tehtävää päätöstä. Asumispalvelupaikka myönnetään asiakkaan terveydentilan ja kunnan perusteella. Tutkimuksessa ei selvitetty asiakasvalinnan oikeudenmukaisuusperiaatteen onnistumista. Toimijahaastatteluissa nousi kuitenkin esiin tuottajien taholta etenkin yhdessä kaupungissa palvelun tuotteistamiseen liittyvä ongelma. Kaupungit tuotteistivat palvelun kilpailuttamisasiakirjoissa ja määrittelivät henkilökunnan vähimmäismitoituksen, joka ei juuri poikennut ikäihmisten palvelujen laatusuosituksista ja toimintaa valvovan viranomaisen eli lää-

ninhallitusten määräyksistä. Itse kilpailutuksessa lisähenkilöstöstä annettiin lisäpisteitä osassa tutkimuskunnista. Osa tuottajista oli sitä mieltä, että tällöin myös tuote muuttuu, jos kaupunki hyväksyy tuottajia, joiden henkilöstömitoitus ja palvelun hinta ovat selvästi muita korkeampi. Oikeudenmukaisuusperiaatteen mukaista olisi, että kaupunki sijoittaisi tällöin kaikkein raskaimmat asiakkaat korkeamman henkilöstömitoituksen hoivakoteihin. Periaate kuitenkin on, että asiakkaat pääsevät hoitopaikkaan hoitojonon kautta, jolloin asiakkaiden kuntoisuus jää sekundaariseksi.

Kvasimarkkinoiden oikeudenmukaisuus- ja responsiivisuuskriteerit ovat joiltakin osin ristiriitaisia. Oikeudenmukaisuusperiaate edellyttää, että samantyyppiset asiakkaat saavat samanlaatuista palvelua. Responsiivisuus taas edellyttää kunnalta asiakkaiden yksilöllisten toiveiden huomioon ottamista. Pitkälle standardoitu palvelu voi olla oikeudenmukaista mutta ei välttämättä responsiivista. Se ei myöskään lisää asiakkaan valinnanvapautta. Kilpailuttamiset ovat johtamassa palvelutuotteiden entistä suurempaan standardointiin, mikä taas antaa suurille yrityksille volyyमितuja, jolloin ne voivat vallata helpommin markkinoita. Näin kuntien tavoittelema monituottajamalli saattaa rapautua ja johtaa tilaajan kannalta epäedulliseen tilanteeseen.

Kuntien tulisi kilpailutuksen yhteydessä laatia kriteerit sellaisiksi, että esimerkiksi muista tuottajista poikkeava arvopohja tai toimintatapa voitaisiin tarvittaessa hyväksyä laatutekijäksi. Keskeinen perustelu yksityiselle palvelutuotannolle on sen tarjoama vaihtoehto julkiselle standardoidulle palvelulle. Julkisen standardipalvelun korvaaminen yksityisellä standardipalvelulla voi olla perusteltua, jos yksityinen osoittautuu halvemmaksi, mutta asiakasnäkökulmasta tilanne ei muutu. Myös tuottajien kiinnostus palvelutuotteen kehittämiseen voi heikentyä.

Sopimussuhteet kilpailuympäristössä

Kvasimarkkinoiden ehtojen ja arviointikriteerien toteutumisen rinnalla tutkimuksessa perehdyttiin kirjallisuudessa esille nousseeseen relationaalisten sopimussuhteiden olemassaoloon kilpailuttamiskontekstissa. Etenkin Espoossa ja Vantaalla kilpailuttamismenetaiteetti on vahva, sillä näissä kaupungeissa ei ole suunnitelmia lähteä hankkimaan palveluita hankintalainsäädännön tarjoamilla muilla menetelmillä, esimerkiksi neuvottelumenettelyllä tai suorahankinnalla, joka mahdollistaisi joustavamman hankintatavan. Sitä vastoin Tampere ja Helsinki käyttävät neuvottelumenettelyä osassa ostopalvelutuotantoaan.

Tutkimuskaupungit pyrkivät palvelukonsepteissaan tuotteistamaan palvelun sisällön entistä tarkemmin, sillä asumispalvelujen tarkka määrittäminen on onnistuneen kilpailuttamisen edellytys. Lisäksi kaupungit kehittävät systemaattista auditointijärjestelmää ja edellyttävät kilpailuttamisen yhteydessä palveluun liittyvien toimintojen kirjaamista. Kaupunkien yksityisten tuottajien kanssa tekemien sopimusten ehdot ja sanktiot palvelun toimittamatta jättämisestä ja laatutason poikkeamista ovat myös tiukentuneet

aiempaan nähden. Nämä viittaavat selkeään uuden julkisjohtamisen opin mukaiseen ajatteluun toimijoiden välisestä päämies-agenttisuhteesta, jossa uhkakuvina ovat käänteinen valikoituminen (adverse selection) ja moraalikato (moral hazard). Käänteisessä valikoitumisessa palvelun tilaaja valitsee epätäydellisen informaation oloissa tuottajan, jolla on palvelun laatuun haitallisesti vaikuttavia ominaisuuksia. Moraalikadon ongelmat taas liittyvät tilanteisiin, joissa tuottaja käyttää resursseja palvelun tuottamiseen lupaamaansa vähemmän. Näitä uhkia voidaan torjua pyrkimällä mahdollisimman täydellisiin sopimuksiin. Samalla kuitenkin vahvistuu yksityisten tuottajien alisteinen rooli suhteessa kuntaan. Tällaisessa hankintamallissa on vaikea luoda tasaveroisten toimijoiden yhteistyömallia.

Hintaneuvottelujen osalta suuri osa tuottajista oli turhautunut kaupunkien yksipuoliseen saneluun. Tuottajat suhtautuivat kilpailuttamiseen pääosin positiivisesti osin siksi, että se mahdollisti hintatason korjaamisen tuottajien näkökulmasta oikealle tasolle. Kuntatalouden kiristymisen myötä osa kunnista on kuitenkin pyrkinyt alentamaan palvelun hintaa kesken sopimuskauden, mitä tuottajat pitivät kyseenalaisena ja osapuolten välistä luottamusta heikentävänä. Tuottajat kritisoivat kuntia myös yhteistyön puutteesta sopimuksia laadittaessa, sillä tarjouspyynnön mukana olevaa sopimusluonnosta ei enää voi muuttaa. Kuntien tulisikin kilpailuttamista suunniteltaessa antaa tuottajille mahdollisuus lausua mielipiteensä tarjousasiakirjaluonnoksista.

Kunnat ovat kuitenkin osittain onnistuneet yhdistämään kilpailuttamismalliin piirteitä relationaalisista sopimussuhteista. Kaupunkien voimakkaasta kilpailuttamismentaliteetista huolimatta osa tuottajista kuvasi suhdetta kaupunkiinsa kumppanuussuhteeksi ja useimmat näkivät kunnan ja yksityisten välillä vallitsevan luottamussuhteen. Tuottajat kuvasivat kaupungin yksiköihin tekemiä valvontakäyntejä hyödyllisiksi ja luottamusta rakentaviksi. Lähes kaikki tuottajat toivoivat kunnan edustajien käyvän useammin palveluyksiköissä keskustelemassa palvelun laadusta, kehittämiskohteista ja kunnan tulevaisuudensuunnitelmista. Kunnat järjestävät tuottajille myös informaatio- ja koulutustilaisuuksia. Kunnilla on lakisääteinen valvontavastuu, mutta kuntien ei tulisi rajoittaa yhteydenpitoa sopimuskuppaneihinsa vain lakisääteisiin tehtäviin, vaan niiden pitäisi pyrkiä aktiivisesti luomaan myös relationaalista sopimussuhdetta. Luottamuksen rakentamisella kaupunki voi edesauttaa myös toimivien kvasimarkkinoiden ehtona olevaa molemminpuolista riittävää tiedonkulkua sekä transaktiokustannusten ja kermankuorinnan minimointia.

Yhteenveto

Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttamiseen osallistuneet kuntatilaajat ja tuottajat suhtautuivat kilpailuttamiseen pääosin myönteisesti etenkin pääkaupunkiseudulla. Tampereella järjestötuottajien suhtautuminen on varauksellisempaa, sillä Tampereella kilpailutuksen kohteena ovat olleet pääkaupunkiseudusta poiketen yksittäisten järjestö-

jen tilat, ja kilpailuttamisen tuloksena osa järjestöistä on menettänyt palvelutuotantonsa yksityisille yrityksille. Järjestöjen suhteellinen osuus asumispalveluista on valtakunnallisesti laskemassa. Samalla järjestöt ovat entistä enemmän yhtiöittäneet toimintojaan, mikä hälventää yritysten ja järjestöjen välistä vastakkainasettelua. Järjestöt kuitenkin kokevat yritysten lailla, että kilpailuttaminen selkiyttää omaa tuotantoa ja hyvin toteutettuna kilpailuttamisella saadaan laatutekijät paremmin näkyviin. Myös kuntatilaajat pitivät kilpailuttamista hyvänä keinona lisätä palvelutuotteen hallittavuutta, sillä kilpailuttaminen tuo tuottajat samalle viivalle toiminnan sisältö- ja laatuvaatimusten osalta.

Kilpailuttamisen tulosta kuitenkin hämärtävät yleisesti käytössä oleva puitesopimus-käytännöt, joissa kunta ei sitoudu ostamaan tiettyä määrää palvelua. Tuottajien toiminnan suunnittelun kannalta puitesopimukset ovat ongelmallisia, vaikka pääosin tuottajat luottavatkin kuntiin luotettavina ostajina. Kuntien kannalta puitesopimukset ovat perusteltavissa, koska ne mahdollistavat joustavan reagoinnin palvelutarpeen muutoksiin. Niiden käyttö on osoitus myös siitä, että kaupungit eivät usko kilpailuttamisprosessin välttämättä karsivan opportunistisia tuottajia pois.

Palvelutuotantouudistusten keskeisenä tavoitteena oleva kustannustehokkuuden lisääminen ja kustannusten alentaminen ei näytä toteutuvan tutkituissa kilpailutuksissa. Tilaajien mielestä kilpailuttaminen saattaa jopa nostaa palvelun hintaa. Toisaalta kustannussäästöt eivät ole kunnille olleetkaan keskeisenä tavoitteena. Palvelun laatutasoon kilpailuttamisella voidaan vaikuttaa, jos laatukriteerit asetetaan riittävän tiukoiksi ja kunnat myös seuraavat palvelun laatua systemaattisesti. Kunnat ovat kilpailuttamisten myötä kehittämässä omia auditointijärjestelmiään. Näyttää siltä, että seuranta- ja valvontaresurssija ei kuitenkaan ole juuri lisätty kunnissa. Myös osapuolten luottamusta rakentavien yhteistyötapojen kehittäminen olisi keskeistä, jotta tuottajien kuntia kohtaan tuntema luottamus säilyisi myös kilpailuttamisympäristössä.

Yhteenvedo ja johtopäätökset

Harriet Finne-Soveri, Anja Noro, Jukka Pirttilä, Timo Sinervo,
Vesa Syrjä ja Heikki Taimio

Tässä kirjassa on käsitelty iäkkäille henkilöille tarkoitettujen asumispalveluiden julkisten ja yksityisten tuottajien välisiä eroja kustannusten, laadun ja henkilöstön hyvinvoinnin suhteen. Vertailtavia tuottajatyyppejä olivat kunta, yritys ja voittoa tavoittelematon yhteisö (järjestö tai säätiö). Julkisten ja yksityisten palvelutalojen lisäksi mukana oli kuntien ja voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen ylläpitämiä vanhainkoteja sekä terveyskeskusten pitkäaikaisosastoja. Kirjassa on tarkasteltu myös tilaajien ja tuottajien kokemuksia palvelutuotannon kilpailuttamisesta.

Tässä kirjassa on käytetty KILPA-hankkeessa (2007–2010) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Palkansaajien tutkimuslaitoksen (PT) yhteistyönä koottua aineistoa sekä THL:n RAI-tietokantaa samalta ajalta. KILPA-aineistossa oli mukana kuntien, yritysten ja voittoa tuottamattomien yhteisöjen ylläpitämiä palvelutaloja sekä viimeksi mainittujen ylläpitämiä vanhainkoteja. Laajempaan aineistoon kuului myös kuntien palvelutaloja ja terveyskeskusten vuodeosastoja.

Kaikkiaan kirjassa on käytetty yhteensä 618 osastolta koottuja RAI-arviointeja, joihin asiakasrakenteesta ja ammatillisesta hoidon laadusta saatu tieto pohjautuu. Eri artikkeleissa on käytetty erilaisia palasia tästä kokonaisaineistosta. Kustannuksia ja työhyvinvointia koskevaa tietoa oli saatavissa vain KILPA-hankkeeseen osallistuneista 179 yksiköstä, joiden kaikille (1545) työntekijöille työhyvinvointikysely lähetettiin. Kilpailutuksista saatujen kokemusten arvioimiseksi haastateltiin 32 kuntatilaajien ja yksityisten palveluntuottajien edustajaa.

Tuloksia tulkittaessa on huomioitava, että palveluasumista kuvaava KILPA-aineisto ei ole satunnaistettu eikä alueellisesti edustava. Sekä iäkkäitä asiakkaita että henkilöstön hyvinvointia kuvaavat yksilötason aineistot ovat kuitenkin kooltaan riittäviä yhteysien luotettavaan testaukseen.

Kirjan tarkoituksena on tuottaa käyttökelpoista tietoa kustannusten ja laadun suhteista siten, että henkilöstön hyvinvointi ja johtaminen on huomioitu käytännön toimenpiteistä päätettäessä. Tähän lukuun on koottu eri artikkeleiden päätulokset ja niiden yhteiset johtopäätökset.

Tutkimuksen päätulokset

Hoidon tuloksellisuus, asiakasrakenne ja laatu

- Hoidon tulokset (toimintakyvyn lasku) olivat samankaltaisia ja -tasoisia eri palveluntuottajien kesken, kun asiakasrakenne oli huomioitu.
 - Toimintakyvyn hiljattainen lasku oli yleistä, monitahoista ja liittyi tiivisti sairaalapalvelujen käyttöön. Sairaalapalveluiden käyttö liittyi epävakaan terveydentilan lisäksi myös hoidon vaativuuteen, nuoreen ikään sekä jäljellä oleviin kognitiivisiin ja fyysisiin voimavaroihin.
- Asumispalveluiden asiakasrakenteessa oli saman- ja erikaltaisia piirteitä eri palveluntuottajatyyppeiden kesken:
 - Samankaltaista olivat ympärivuorokautiseen hoitoon johtavat sairaudet, suuri perushoidettavien joukko sekä monialaisen kuntoutuksen pieni osuus verrattuna niiden määrään, joiden toimintakyky oli hiljattain heikentynyt.
 - Erikaltaista oli työn vaativuus ja sen suhde henkilöstömitoitukseen. Eniten osaamista ja henkilöstön aikaa edellyttävät asukkaat löytyivät kuntien ylläpitämistä vanhainkodeista ja terveyskeskusosastoilta. Alhaisin henkilöstömitoitus oli kuntien palvelutaloissa. Vain kaikkein korkein ja matalin mitoitus olivat oikeassa suhteessa asiakasrakenteen vaativuuteen.
- Hoidon laadussa eri palveluntuottajatyyppeiden välillä oli eroa lääkityskäytännöissä, mutta ei systemaattisesti, kun asiakasrakenne oli vakioitu:
 - Kuntien tuottaman palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkailla oli useammin 9 lääkettä tai enemmän verrattuna yritysten palveluasumiseen.
 - Psykoosilääkkeiden käyttöä oli enemmän järjestöjen ja säätiöiden sekä kuntien vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkailla kuin yritysten tuottamassa palveluasumisessa.
 - Rauhoittavien ja unilääkkeiden käytön osuus oli järjestöjen ja säätiöiden tuottaman palveluasumisen asiakkailla 1,4 kertaa suurempaa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla noin 1,3 kertaa suurempaa kuin yritysten tuottamassa palveluasumisessa.
 - Painehaavoja oli vähemmän järjestöjen ja säätiöiden palvelutaloissa kuin yritysten palvelutaloissa.
 - Akuuttisairaanhoidon käyttöä oli eniten kuntien palvelutalojen asiakkaila.
- Hoidon laadulla ja henkilöstömitoituksella ei ollut selkeää yhteyttä:
 - Henkilöstömitoitus oli yhteydessä vain laatumuuttuun ”yhdeksän lääkettä tai enemmän” - mitä enemmän lääkitystä, sitä alempi mitoitus, ja

muutoin laadun vaihtelua selitti sekä asiakasrakenne että palveluntuottajatyyppejä.

- Kun henkilöstömitoitus otettiin huomioon, ero painehaavojen esiintyvyydessä järjestöjen ja säätiöiden tuottaman palveluasumisen hyväksi liudentui.

Henkilöstön hyvinvointi ja johtaminen

- Henkilöstön kuormituksessa, työn itsenäisyydessä ja johtamisessa oli eroja palveluntuottajien välillä:
 - Työntekijöiden kuormitus oli suurinta kunnallisissa palvelutaloissa ja järjestöjen vanhainkodeissa, mikä selittyi pitkälti matalalla henkilöstömitoituksella ja asiakkaiden kuntoisuudella. Myös johtaminen ja työn itsenäisyys olivat merkittäviä kiireeseen vaikuttavia tekijöitä.
 - Johtaminen koettiin epäoikeudenmukaisimmaksi yritysten palvelutaloissa ja järjestöjen vanhainkodeissa. Johtamisen oikeudenmukaisuudella oli voimakas yhteys kuormittumiseen.
- Henkilöstömitoitus selitti voimakkaasti työntekijöiden kokemaa stressiä, psyykkistä hyvinvointia ja unihäiriöitä.
- Oikeudenmukaisesti johdetuissa työyksiköissä työntekijöiden kannalta kielteiset tekijät eivät heikentäneet henkilöstön sitoutumista tai lisänneet kuormitusta yhtä voimakkaasti kuin epäoikeudenmukaisesti johdetuissa yksiköissä.
- Työn kuormitus (kiire ja asiakkaisiin liittyvä rasitus) oli yhteydessä hoidon laadun ongelmiin.

Kustannukset ja tuottavuus

- Hoidon vaatimaa aikaa ja osaamista mittaava kustannuspaino oli alhaisin kuntien palvelutaloissa ja korkein järjestöjen ja säätiöiden vanhainkodeissa.
- Hoitopäivän kustannukset olivat matalimmat kuntien palvelutaloissa, myös kun kustannuspaino otettiin huomioon. Henkilöstö- ja toimintakulut olivat korkeimmat järjestöjen ja säätiöiden vanhainkodeissa, mutta kun hoidon vaatavuus otettiin huomioon kustannuspainolla, yritysten palvelutaloissa oli korkein kustannustaso.
- Kun kustannuspaino ja henkilöstömitoitus otettiin huomioon, palveluasumisen tuottajatyypin vaikutus henkilöstökuluihin hävisi kokonaan. Laajennettaessa kustannusmittaria toiminta- ja pääomakuluilla eroja palveluntuottajatyypien välille jäi, mutta ne pienenevät.
- Yksikön koko osoittautui toiseksi keskeiseksi muuttujaksi; kun se huomioitiin, palveluasumisen tuottajatyypillä ei näyttänyt olevan tilastollista merkitystä pelk-

kien henkilöstökulujen osalta. Kun mukaan otettiin myös toimintakulut, saatiin näyttöä siitä, että nimenomaan kuntatuottajat pääsivät palvelutaloissaan matalampaan kustannustasoon kuin muut tuottajatyypit, mutta tilastollisesti tämä yhteys jäi melko heikoksi.

- Kilpailuttamiseen osallistumisella ei ollut vaikutusta palveluntuottajien välisiin kustannuseroihin.

Kilpailuttamiskokemukset

- Tilaajat ja tuottajat näkivät kilpailuttamisen pääosin selkeyttävän palveluiden ostamista, joskin järjestöt olivat varauksellisempia.
- Järjestöt ja säätiöt olivat entistä enemmän yhtiöittäneet toimintaansa.
- Puitekilpailutukset hämärsivät kilpailuttamista, mutta toisaalta niillä katsottiin voivan välttää valitukset markkinaoikeuteen.
- Puitekilpailutuksissa valittiin lähes kaikki tuottajat, mutta tilaukset tehtiin erikseen sopien, jolloin ostettujen paikkojen määrä selvisi vasta vähitellen.
- Kilpailuttaminen ei näyttänyt alentavan kustannuksia. Sen sijaan laatutasoon oli koettu voitavan vaikuttaa ja tämä oli ollut julkilausuttu tavoite.
- Kilpailuttamisessa oli määritelty tietty laatutaso melko tarkasti, mutta toteutuneen laadun valvonta oli ongelmallista.
- Tuottajat toivovat enemmän yhteydenpitoa tilaajan taholta.
- Asiakkaiden valinnanvapaus ei toteutunut kilpailutuksissa kunnan omaa toimintaa paremmin, oikeudenmukaisuudessa saattoi olla ongelmia, koska henkilöstömäärä tai palvelutaso ei vastannut asiakkaiden hoidon tarvetta
- Asiakkaiden hoidon tarvetta ei otettu hinnoittelussa huomioon.
- Kilpailuttaminen standardisoi palvelua, mikä voi vaikuttaa heikentävästi tuottajien kiinnostukseen kehittää palvelun sisältöä. Samalla mahdollisuudet tuottaa palvelua vaihtoehtoisilla tavoilla heikkenevät.

Pohdintaa

Yhdistettäessä tutkimuksen päätulokset useita merkittäviä kokonaisuuksia nousee pohdittavaksi palvelurakenteen uudistamisen näkökulmasta. Tulokset osoittivat, että yritysten sekä järjestöjen ja säätiöiden palvelutaloissa oli korkeampi henkilöstömitoitus. Eikö niiden olisi pitänyt tuottaa parempaa hoidon laatua kuin kuntien omat palvelutalot? Tarjoutuvia syitä siihen, että yksityisten palveluntuottajien ammatillinen hoidon laatu ei huolimatta korkeammasta mitoituksesta ollut kuntien omien yksikköjen tuottamaa laatua korkeampaa, voisivat olla erot henkilöstön osaamisessa ja ammattirakenteessa. Toinen syy voisi olla se, että henkilöstömitoituksen erot saattoivat olla liian pieniä hei-

jastuakseen käytäntöön ja sitä kautta laatuun tai tuloksellisuuteen (vrt. Laine 2005). Myös henkilöstömitoituksen ja asiakasrakenteen välillä voi olla epäsuhta: on mahdollista, että tarvittaisiin tuntuvasti korkeammat panokset ammatillisen hoidon laadun kohottamiseksi.

Kunnallisissa palveluissa oli myös tapahtunut muutos kevyemmästä palveluasumisesta ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Koska mitoitus ei vielä ollut ehtinyt muuttua, matala henkilöstömitoitus näkyi henkilöstön kuormituksessa, mutta ei vielä juurikaan hoidon laadussa, koska kuormitus ei ollut ehtinyt olla pitkäaikaista.

Iäkkäiden henkilöiden hoidon laatuun ovat yhteydessä myös asiakasrakenteeseen liittyvät tekijät, kuten vääjäämättömästi etenevät sairaudet tai ongelmat, jotka eivät ole helposti ratkaistavissa. Palveluasumisen tuottajasta riippuen toiminnallisia hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä voivat olla akuuttihoidon ja kuntoutuksen vähäisyys, toiminnan heikompi johtaminen, työn organisointi, osaaminen tai työn hallinta.

Jos samantasoista ammatillisen hoidon laatua kyetään tuottamaan halvemmalla (pienemmällä mitoituksella), pitäisikö yritysten ja järjestöjen palvelutalojen mitoitussuosituksista jopa laskea?

Etuna tällöin olisi tehokkuuden ja kustannusvaikuttavuuden kasvu, mutta myös paremmat mahdollisuudet selviytyä suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen aiheuttamasta työvoimapulasta. Haittoina olisi työn kuormituksen lisääntyminen samalle tasolle kuin julkisissa vanhainkodeissa tai suuremmaksi kuin näillä on nykyisin johtuen terveyskeskusten vuodeosastohoidon purkamisesta. Jo nykyään kunnallisissa palvelutaloissa kuormitus on samalla tasolla kuin vanhainkodeissa. Mitoitussuositusten laskeamisen seuraus voisi olla kielteinen heijastuminen työvoiman saatavuuteen, koska työ voidaan kokea liian vaativaksi ja sairauspoissaolot sekä työkyvyttömyyseläkkeille siirtyminen voivat lisääntyä. Hoidon ammatillinen laatu saattaa kääntyä huonoon suuntaan ja näkyä epäasianmukaisena psyykenlääkkeiden käytön lisääntymisenä, jos kuormitus kasvaa ennakoitua suuremmaksi tai kestää pitkään.

Tarkasteltaessa laadun yhteyksiä mitoitukseen tai tuottavuuteen kannattaa muistaa, että tässä kirjassa laatua on tarkasteltu vain ammatillisen hoidon laadun näkökulmasta. Laadun rakenteista osa on tässä artikkelissa jätetty huomiotta. Näitä ovat mm. oma huone/koti, oma wc, esteettömyys, ruokailujen väliin jäävä aika, avun saapumiseen kuluva aika sekä erilaiset virkistys- ja viihdetoiminnot.

Koettua hoidon laatua ei tässä kirjassa ole tutkittu lainkaan. Useissa muissa tutkimuksissa hoitajan läheisyyden ja asiakkaalle kiireettömästi allokoiman ajan on todettu liittyvän koettuun hoidon laatuun. Tämän näkökulman korostaminen on, paitsi eettisesti edistettävää, merkittävää myös sen vuoksi, että asiakkaan valinnan vapaus on laajenemassa ja vaikuttanee tulevaisuudessa nykyistä enemmän palveluiden kysyntään. Ruotsalainen tutkimus (Stolt ym. 2010) antaa viitteitä siihen, että yksityisissä palveluissa palvelutasoa pyritään pitämään korkeampana. Sen sijaan amerikkalainen tutkimus (ks. Comondoren ym. 2009 katsaus) viittaa siihen, hoidon lopputulokset ovat voittoa tavoittelevissa organisaatioissa heikommat.

Suomessa valvonta ja kilpailutusmekanismit ilmeisesti ovat saaneet aikaan sen, että yksityisissä palveluissa henkilöstömitoitus on hyvällä tasolla. Näyttää siltä, että kilpailutustavat ovat kehittyneet siten, että ehdottomien laatukriteerien avulla etukäteen määritettävissä oleva laatu on saatu korkealle tasolle.

Ympärivuorokautista hoitoa tullaan seuraavien vuosikymmenien aikana tarvitsemaan nykyistä runsaammin, tapahtuipa tämä hoito kotona tai jossakin asumispalveluyksikössä. Koska hoidon piiriin tullaan aina paremmassa kunnossa kuin ollaan hoidon päättyessä, asiakasrakenne raihnautuu syklisesti. Se heijastuu vääjäämättä myös tietyksi ajaksi (esim. viideksi vuodeksi) määritettyyn sopimuskauteen, minä aikana esimerkiksi muistisairauksien vuoksi palvelutaloon muuttaneet ehtivät muuttua omatoimisesti kävelevistä kahden autettaviksi. Kauan toimineissa yksiköissä asiakasrakenne voi tasaantua: tulijoiden ja kauan asuneiden suhteet vakiintuvat.

Vastaperustettujen yksikköjen palveluntuottajat joutuvat varautumaan asiakaskunnan tarpeiden kolmin- tai nelinkertaistumiseen tarjouskilpailussa sovittuna ajanjaksona. Tämä kannattaa pitää mielessä, mikäli nykyisen kaltaista kilpailutusjärjestelmää jatketaan. Tämä ilmiö saattaa osittain selittää tämän tutkimuksen tuloksia kustannusten osalta. Viimeaikaisissa kilpailutuksissa on yleistynyt asiakkaiden hoitaminen ”loppuun saakka” samassa yksikössä. Siten yksityiset palvelutalot ovat joutuneet ottamaan asiakkaiden kunnan heikentymisen huomioon hinnoittelussaan. Sen sijaan kuntien palveluntuottajien tilanne on ollut epävarmempi.

Entä kestääkö asumispalvelujen kenttä terveyskeskuksen vuodeosastojen pitkäaikaishoidon purkamisen? Sosiaali- ja terveysministeriö suositti vuoden 2008 alussa erityisesti terveyskeskusten pitkäaikaishoidon mutta myös osin vanhainkotihoitoa nopeatahtista vähentämistä seuraavien viiden vuoden kuluessa. Samalla kannustettiin vahvistamaan avohoitoa (STM 2008). Myös STM:n vuonna 2011 julkaisema yksiportaisen ympärivuorokautisen hoidon malli edellyttää terveyskeskus- ja vanhainkotihoitoa vähentämistä. Tämän kirjan artikkelit osoittavat, että terveyskeskusten pitkäaikaishoidosten toimintaa voidaan ja sitä kannattaa kehittää pois päin pitkäaikaishoidosta, enemmän akuutti- ja kuntoutustehtävien suuntaan.

Kaiken kaikkiaan palveluntuottajilla vaikuttaa olevan muutoksen edellyttämää osaamista perushoidon ja muistisairauksien osalta. Mitoitukset ovat keskimäärin (julkista palveluasumista lukuun ottamatta) riittävät vaikka asiakasrakenne raihnautuisi tuntuvasti. Suuret rakenteelliset muutokset ikäihmisten asumispalveluiden järjestämisessä edellyttävät kuitenkin ikäihmisten palvelujen koko kentän (kotihoito, välimuotoiset palvelut asumispalvelut) sairaanhoidon ja kuntoutuksen aiempaa tehokkaampaa ja paremmin kohdennettua järjestämistä - mihin osa terveyskeskusten aiempien pitkäaikaishoidosten kapasiteetista kannattaa kohdentaa. Kilpailuttamisessa on jatkossa otettava huomioon asiakkaiden kuntoisuus, koska yksiköissä tulee olemaan hyvin eritasoista hoitoa vaativia asiakkaita eikä hinnoittelu enää voi perustua jakoon vanhainkoteihin tai palveluasumiseen.

Miten kilpailuttamisessa sitten on onnistuttu tämän tutkimuksen tulosten perusteella? Jos tarkastellaan kilpailuttamista puhtaasti kilpailullisesta näkökulmasta, voidaan löytää joitakin siihen kuulumattomia piirteitä. Kilpailunäkökulmasta on outoa, että kustannukset ovat nousseet. Toisaalta tämä liittyy ilmeisesti siihen, että aiemmin ostettaessa palveluita jatkuvalla neuvottelulla tuottajien asema oli heikompi. Tässä mielessä kilpailuttaminen on selkeyttänyt tilannetta. Näyttää siltä, että kilpailuttamisessa on onnistuttu laadun näkökulmasta. Kilpailutuksia on aiemmin kritisoitu laajasti kustannusten suurella painoarvolla laadun sijaan. Viimeisissä kilpailutuksissa – jotka toteutettiin ennen lamaa – asetettiin ehdottomia laatuksiteerejä, joilla mm. henkilöstömäärät rajattiin varsin tarkasti.

Kilpailunäkökulmasta puitekilpailutuksia voidaan pitää jossakin määrin hankintaa hämärtävänä. Tilaajat voivat kohdistaa hankinnat kulloisenkin tilanteen mukaan. Tuottajat eivät siis kilpailutuksen jälkeen tiedä, kuinka paljon hoitopaikkoja heiltä ostetaan. Toisaalta eri palveluntuottajien hinnat saattavat vaihdella voimakkaastikin, eikä tällä ole välttämättä vaikutusta siihen, miltä tuottajilta palveluita ostetaan. Kun kilpailuasikirjoilla voidaan määrittää hoidon laatua vain etukäteen määritettävien tekijöiden suhteen, on laadun valvonta todettu ongelmaksi ja laatuongelmiin puuttuminen hankalaksi. Näyttää siltä, että puitekilpailutus on keino hallita tätä ongelmaa. Jos jossakin on ongelmia, voidaan ostoja vähentää.

Kilpailuttamisen kuitenkin koetaan selkeyttäneen palveluiden hankintaa niin tilaajan kuin tuottajankin näkökulmasta. Asiakkaalle kilpailutus ei ole tuonut lisää valinnanvaraakaan, mutta näyttää siltä, että toteutunutkin laatu on saatu hyvälle tasolle, mikä on tietysti asiakkaan näkökulmasta myönteistä. Tässä tutkimuksessa kilpailutuskokemuksia selvitettiin pääasiassa suurissa kunnissa, joissa markkinat näyttävät toimivan suhteellisen hyvin. Sen sijaan pienemmissä kunnissa voi markkinoille pääsy muodostua ongelmaksi, etenkin jos tilat eivät ole kunnan hallinnassa. Pienille markkinoille on riskialtista rakentaa uusia tiloja. Joissakin kilpailutuksissa on kilpailutettukin vain palvelut, kun tilaaja on voinut määrätä tilojen käytöstä.

Johtopäätökset

1. Eri palveluntuottajat tuottavat lähes samantasoista hoidon laatua eri panoksin (hinnalla) ja laadun erot riippuvat tarkasteltavasta tekijästä sekä osin asiakasrakteesta.
2. Iäkkäiden henkilöiden sairaan- ja erityisesti akuuttihoito sekä jälkihoidosta huolehtiminen tarvitsee kohennusta koko kentällä.
3. Asiakkaiden hoitaminen loppuun asti samassa paikassa on mahdollista nykyisen mitoituksen turvin säätiöiden ja yritysten palvelutaloissa, mutta tämä edellyttää kuntien tuottaman palveluasumisen henkilöstömitoituksen nostamista tässä tutkimuksessa mukana olleiden palvelutalojen osalta.

4. Kunnallisen palveluasumisen matala henkilöstömitoitus ei juurikaan näy hoidon laadussa, mutta se näkyy henkilöstön kuormituksessa ja hyvinvoinnissa: kunnallisten palvelutalojen mitoitusta on nostettava.
5. Johtamiseen ja osaamisen johtamiseen sekä työn motivaatiotekijöihin (työn itseenäisyys, kykyjen käyttö) on syytä panostaa erityisesti yritysten palvelutaloissa
6. Henkilöstöön liittyvien tekijöiden osalta järjestöjen ja säätiöiden palvelutaloissa ollaan hyvällä tasolla.
7. Tulokset tukevat palvelurakenteen muutospyrkimyksiä. Terveyskeskusten pitkäaikaishoito voidaan purkaa turvallisesti lähes kokonaan, mikäli akuuttihoidosta ja palveluketjuista huolehditaan nykyistä paremmin. Vapautuvien voimavarojen kohdentaminen ikäihmisten palveluiden piirissä olevien akuuttihoitoa tueksi saattaa vähentää sairaalapalvelujen käyttöä. Tällöin tavoitteena on priorisoida moniammatillisen toiminnan lisäämistä ja osaamisen jalkauttamista iäkkäiden luo potilassiirtojen ehkäisemiseksi.
8. Tulosten perusteella näyttää siltä, että STM:n ikähoivatyöryhmän suosittama yksiportaisen palvelurakenteen suunnitelma on toteuttamiskelpoinen.
9. Yksiportainen palvelurakenne edellyttää kilpailuttamiselta uusia menetelmiä. Asiakkaan kuntoisuus on voitava ottaa jotenkin huomioon hinnoittelussa, kun perinteinen hoidon porrastus hoitopaikan mukaan ei enää toimi ja asiakkaan kuntoisuus väijäämättä muuttuu hoidon aikana.
10. Kokemukset kilpailuttamisesta ovat olleet myönteisiä, vaikka hoidon laadun valvonta on ollut hankalaa eikä iäkkään valinnanvapaus ole (vielä) lisääntynyt.

Kirjallisuus

- Acemoglu, D. & Kremer, M. & Mian, A. (2003), Incentives in Markets, Firms and Governments, *Journal of Law, Economics, and Organization*, 24, 273-306.
- Alchian, A. & Demsetz, H. (1972), Production, Information Costs, and Economic Organization, *American Economic Review*, 62, 777-795.
- 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.
- Almqvist, R. & Högborg, O. (2008), 15 år med konkurrensutsättning - vad säger erfarenheterna? *Ekonomistyrning, uppdatering 1*, Bonnier Business Publishing AB.
- Anderson, C.L. & Hughes, E. (1993), Implementing Modular Nursing in a Long-term Care Facility, *Journal of Nursing Administration*, 23:6, 29-35.
- Andersson, F. (2002), Konkurrens på kommunala villkor. Om konkurrensutsättning och gränsen mellan marknad och byråkrati, *ÅJOUR*, en serie kunskapsöversikter från Svenska Kommunförbundet, nr. 7.
- Arrow, K.J. (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, 53, 941-973.
- Benabou, R. & Tirole, J. (2006), Incentives and Prosocial Behaviour, *American Economic Review*, 96, 1652-1678.
- Bennett, J. & Iossa, E. (2005), Contracting Out Public Service Provision to Not-For-Profit Firms, University of Bristol, Department of Economics, Centre for Market and Public Organisation, CMPO Working Paper Series No. 05/124.
- Besley, T. & Ghatak, M. (2003), Incentives, Choice and Accountability in the Provision of Public Services, *Oxford Review of Economic Policy*, 19:2, 235-249.
- Besley, T. & Ghatak, M. (2005), Competition and Incentives with Motivated Agents, *American Economic Review*, 95, 616-636.
- Bilodeau, M. & Slivinski, A. (1998), Rational Nonprofit Entrepreneurship, *Journal of Economics and Management Strategy*, 7, 551-571.
- Björkgren, M. & Häkkinen, U. & Finne-Soveri, H. & Fries, B.E. (1999), Validity and Reliability of Resource Utilization Groups (RUG III) in Finnish Long-Term Care Facilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 228-234
- Björkgren, M. & Häkkinen, U. & Finne-Soveri, H. (1998), Pitkääikaishoitilaiden voimavaratarve RUG-luokituksella. *Stakes, Aiheita 1*.
- Björkgren, M. (2002), Case-mix Classification and Efficiency Measurement in Long-term Care of the Elderly. *Stakes, Research Report 124*.
- Bland, J. (2010), Yhteiskunnallinen yritys - ratkaisu 2000-luvun ongelmiin. Ison-Britannian malli ja sen kokemukset. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. *Strategiset hankkeet*, 22.
- Boyne, G.A. (1998), Competitive Tendering in Local Government: A Review of Theory and Evidence, *Public Administration*, 76, 695-712.
- Caplan, G.A. & Williams, A.J. & Daly, B. & Abraham, K. (2004), Randomized, Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from the Emergency Department The DEED II Study. *Journal of the American Geriatric Society*, 52, 1417-1423.
- Castle, N.G. & Engberg, J. (2006), Organizational Characteristics Associated With Staff Turnover in Nursing Homes, *The Gerontologist*, 46:1, 62-73.
- Chen, L.-W. & Shea, D.G. (2004), The Economies of Scale for Nursing Home Care, *Medical Care Research and Review*, 61, 38-63.
- Chou, S.Y. (2002), Asymmetric Information, Ownership and Quality of Care: an Empirical Analysis of Nursing Homes, *Journal of Health Economics*, 21, 293-311.
- Coase, R.H. (1937), The Nature of the Firm, *Economica*, 4, 386-405.
- Comondore, V.R. & Devereaux, P.J. & Zhou Q. & Stone, S.B. & Busse, J.W. & Ravindran, N.C. & Burns, K.E. & Haines, T. & Stringer, B. & Cook, D.J. & Walter, S.D. & Sullivan, T. & Berwanger, O. & Bhandari, M. & Banglawala, S. & Lavis J.N. & Petrisor, B. & Schünemann, H. & Walsh, K. & Bhatnagar, N. & Guyatt, G.H. (2009), Quality of Care in For-profit and Not-for-profit Nursing Homes: Systematic Review and Meta-analysis. *British Medical Journal* 339:b27-32.

- Comodore, V.R. et al. (2009), Quality of Care in For-profit and Not-for-profit Nursing Homes: Systematic Review and Meta-analysis, *British Medical Journal*, BMJ2009;339:b2732.
www.bmj.com/content/339/bmj.b2732.full.pdf+html
- Crewson, P.E. (1997), Public Service Motivation: Building Empirical Evidence of Incidence and Effect, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7, 499-518.
- Cunliffe, A.L. & Gladman, J.R.F. (2004), Husbands, S.L. & Miller, P. & Dewey, M.E. & Harwood, R. (2004), Sooner and Healthier: a Randomised Controlled Trial and Interview Study of an Early Discharge Rehabilitation Service for Older People, *Age and Ageing*, 33, 246-252.
- Dahlgren, J. (2003), Effekter av konkurrensutsättning - en kunskapsöversikt, Linköpings universitet, Ekonomiska institutionen, Rapport.
- www.iei.liu.se/extern/com/rapporter/rapporter/1.112542/Effekteravkonkurrensutstning.pdf
- Delfgaauw, J. & Dur, R. (2008), Incentives and Workers' Motivation in the Public Sector, *Economic Journal*, 118, 171-191.
- Dixit, A. (2002), Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative View, *Journal of Human Resources*, 37, 696-727.
- Domberger, S. & Hall, C. & Li, E.A.L. (1995), The Determinants of Price and Quality in Competitively Tendered Contracts, *Economic Journal*, 105, 1454-1470.
- Domberger, Simon (1998), *The Contracting Organization*, New York: Oxford University Press.
- Donabedian, A. (1966), Evaluating the Quality of Medical Care. *The Millbank Memorial Fund Quarterly*, 44:3, 166-203.
- Downs, A. (1967), *Inside Bureaucracy*, Boston: Little Brown.
- D'Souza, J. & Megginson, W.L. (1999), The Financial and Operating Performance of Privatized Firms during the 1990s, *Journal of Finance*, 54, 1397-1438.
- Easley, D. & O'Hara, M. (1983), The Economic Role of the Nonprofit Firm, *Bell Journal of Economics*, 14, 531-538.
- Einiö, E. (2010), Determinants of Institutional Care at Older Ages in Finland. University of Helsinki, Faculty of Social Sciences, Department of Sociology, väestöntutkimuksen yksikkö.
- 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. & Forma, P. & Kivimäki, M. & Sinervo, T. & Wickström, G. (2001) Työn psykososiaaliset tekijät ja eläkeajatukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 38, 186-194.
- Elovainio, M. & Kivimäki, M. & Vahtera, J. (2002), Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health, *American Journal of Public Health*, 92, 105-108.
- Elovainio, M. & Sinervo, T. (1994), Vanhainkotien kehittämisen seurantar tutkimus. *Stakes, Tutkimuksia* 44.
- Elovainio, M. & Sinervo, T. (1997), Psychosocial Stressors at Work, Psychological Stress and Musculoskeletal Symptoms in the Care for the Elderly, *Work & Stress*, 114, 351-361.
- Elovainio, M. & Kivimäki, M. & Helkama, K. (2001), Organizational Justice Evaluations, Job control and Occupational Strain, *Journal of Applied Psychology*, 86, 418-424.
- Erridge, A. (1995), *Managing Purchasing. Sourcing and Contracting*. Butterworth-Heinemann.
- Falkenberg, H. & Näswall, K. & Sverke, M. & Sjöber, A. (2009), How Are Employees at Different Levels Affected by Privatization? A Longitudinal Study of Two Swedish Hospitals. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82, 45-65.
- Feiock, R. & Jang, H.-S. (2003), The Role of Nonprofits in the Delivery of Local Services, Paper presented at the National Public Management Research Association Meeting, Washington D.C., October 9-10 2003. <http://www.pmrnet.org/conferences/georgetownpapers/Feiock.pdf>
- Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. & Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) (2006), Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Stakes.
- Finne-Soveri, H. & Noro, A. & Heimonen, S.-L. & Voutilainen, P. (2008), Toimintakyvyn kognitiivisen ulottuvuuden arvioiminen osana tuen ja palveluiden tarpeen arviointia, *Gerontologia*, 4, 1-10.
- Francois, P. (2000), "Public Service Motivation" as an Argument for Government Provision, *Journal of Public Economics*, 78, 275-299.

- Frech, H.E.III & Ginsburg, P.B. (1981), The Cost of Nursing Home Care in the United States: Government Financing, Ownership, and Efficiency, teoksessa van der Gaag, J. & Perlman, M. (Eds.): Health, Economics, and Health Economics, Amsterdam: North-Holland, 67-81.
- Fries, B.E. & Schneider, D.P. & Foley, W.J. & Gavazzi, M. & Burke, R. & Cornelius, E. (1994), Refining a Case Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical Care*, 327, 668-685.
- Georgellis, Y. & Iossa, E. & Tabvuma, V. (2009), Crowding out Public Service Motivation, Paper presented at the conference "Public services and worker motivation", Centre for Market and Public Organisation, University of Bristol, 1 July, 2009. www.bristol.ac.uk/cmpo/events/2009/motivation/iossa.pdf
- Gerasin, A. & Noro, A. & Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. (2010), Pohdintoja koti- ja laitoshoidon voimavaratarveluokituksen yhdistämisestä: RUG-III/18. Käsikirjoitus.
- Ghatak, M. & Mueller, H.F. (2010), Thanks for Nothing? Not-for-Profits and Motivated Agents, *Journal of Public Economics*, 95, 94-105.
- Gilson, L. (2003), Trust and Development of Health Care as a Social Institution, *Social Science & Medicine*, 56, 1453-1468.
- Glaeser, E. & Shleifer, A. (2001), Not-For-Profit Entrepreneurs, *Journal of Public Economics*, 81, 99-115.
- Goldberg, D.P. (1972), The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Maudsley Monograph No 22. Oxford: Oxford University Press.
- Grabowski, D.C. & Hirth, R.A. (2003), Competitive Spillovers Across Non-Profit and For-Profit Nursing Homes, *Journal of Health Economics*, 22, 1-22.
- Grossman, S. & Hart, O. (1986), The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration, *Journal of Political Economy*, 94, 691-719.
- Gruening, G. (2001), Origin and Theoretical Basis of New Public Management, *International Public Management Journal*, 4:1, 1-25.
- Grönfors, S. & Sinervo, T. & Elovainio, M. (2001), Työtyytyväisyys, työ- ja organisaatiotekijät sekä hoidon laatu, *Hoitotiede*, 13:4, 227-237.
- Grönroos, C. (1991), Nyt kilpaillaan palveluilla. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Hackman, J.R. & Oldham, G. R. (1976), Motivation through the Development of Work: Test a Theory, *Organizational Behaviour and Human Performance*, 16, 250-279.
- Hannan, S. & Norman, I.J. & Redfern, S.J. (2001), Care Work and Quality of Care for Older People: a Review of the Research Literature, *Reviews in Clinical Gerontology*, 11:2, 189-203.
- Hansen, N. & Sverke, M. & Näswall, K. (2008), Predicting Nurse Burnout from Demands and Resources in Three Acute Care Hospitals under Different Forms of Ownership: A Cross-sectional Questionnaire Study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 96-107.
- Hansmann, H.B. (1980), The Role of Nonprofit Enterprises, *The Yale Law Journal*, 89, 835-98. Myös teoksessa Rose-Ackerman, S. (Ed.): *The Economics of Nonprofit Institutions: Studies in Structure and Policy*, New York: Oxford University Press, 57-84.
- Hart, O. & Moore, J. (1990), Property Rights and the Nature of the Firm, *Journal of Political Economy*, 98, 1119-1158.
- Hart, O. & Shleifer, A. & Vishny, R.W. (1997), The Proper Scope of Government: Theory and Application to Prisons, *Quarterly Journal of Economics*, 112, 1127-1161.
- Hart, O. (1995), *Firms, Contracts, and Financial Structure*, Oxford: Oxford University Press.
- Hawes, C. & Morris, J. & Phillips, C.D. & Fries, B.E. & Murphy, K. & Mor, V. (1997), Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26:2, 19-25.
- Heponiemi, T. & Elovainio, M. & Kouvonen, A. & Noro A. & Finne-Soveri, H. & Sinervo, T. (2011a), The Association of Ownership Type with Job Insecurity and Worry: The Moderating Effects of Leadership and Employment Type, Manuscript.
- Heponiemi, T. & Elovainio, M. & Kouvonen, A. & Noro A. & Kuusio, H. & Finne-Soveri, H. & Sinervo, T. (2011c), The Effects of Ownership, Staffing Level and Organizational Justice on Nurse Commitment, Involvement and Satisfaction: a Questionnaire Study. (Manuscript)
- Heponiemi, T. & Elovainio, M. & Kouvonen, A. & Noro, A. & Finne-Soveri, H. & Sinervo, T. (2011), Can Organizational Justice Mitigate the Negative Effects of Shift Work and Temporary Employment? Manuscript.

- Heponiemi, T. & Elovainio, M. & Kouvonen, A. & Noro, A. & Finne-Soveri, H. & Sinervo, T. (2011b), Ownership Type and Team Climate in Elderly Care Facilities: The Moderating Effect of Stress Factors. Manuscript.
- Heponiemi, T. & Kouvonen, A. & Sinervo, T. & Elovainio, M. (2010), Do Psychosocial Factors Moderate the Association of Fixed-term Employment with Work Interference with Family and Sleeping Problems in Registered Nurses: a Cross-sectional Questionnaire Survey, *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1096-1104.
- Heponiemi, T. & Kouvonen, A. & Vänska, J. & Halila, H. & Sinervo, T. & Kivimäki, M. & Elovainio, M. (2009), The Association of Distress and Sleeping Problems with Physicians' Intentions to Change Profession: The Moderating Effect of Job Control, *Journal of Occupational Health Psychology*, 14, 365-73.
- Heponiemi, T. & Kuusio, H. & Sinervo, T. & Elovainio, M. (2011e) (In Press), Job Attitudes and Well-being Among Public vs. Private physicians: Organisational Justice and Job Control as Mediators, *European Journal of Public Health*.
- Heponiemi, T. & Kouvonen, A. & Vänska, J. & Halila, H. & Sinervo, T. & Kivimäki, M. & Elovainio, M. (2008), Health, Psychosocial Factors and Retirement Intentions Among Finnish Physicians, *Occupational Medicine*, 58, 406-412.
- Hirdes, J.P. & Fries, B.E. & Morris, J.N. & Ikegami, N. & Zimmerman, D. & Dalby, D.M. & Aliaga, P. & Hammer, S. & Jones, R. (2004), Home Care Quality Indicators (HCQIs) Based on the MDS-HC, *Gerontologist*, 44, 665-679.
- Hirdes, J.P. & Frijters, D.H. & Teare, G.F. (2003), The MDS-CHESS Scale: A New Measure to Predict Mortality in Institutionalised Older People, *Journal of American Geriatric Society*, 51, 96-100.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001), Tutkimushaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirth, R.A. (1999), Consumer Information and Competition between Nonprofit and For-Profit Nursing Homes, *Journal of Health Economics*, 18, 219-240.
- Holmström, B. & Milgrom, P. (1991), Multitask Principal Agent Analysis: Incentive Contracts, Asset Ownership and Job Design, *Journal of Law, Economics and Organisation*, 7, Special Issue, 24-51.
- Hood, C. (1991), A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, 69:1, 3-19.
- Jang, H.-S. & Feiock, R. (2003), Fiscal Implications of Contracting Out Local Services: A Heckman Selection Model Approach, Paper presented at the New Public Management Research Association Meeting, Washington D.C., October 9-10 2003. www.pmrnet.org/conferences/georgetownpapers/Jang.pdf
- Jensen, P.H. & Stonecash, R.E. (2005), Incentives and the Efficiency of Public Sector Outsourcing Contracts, *Journal of Economic Surveys*, 19, 767-787.
- Kangasharju, A. & Mikkola, T. & Mänttari, T. & Tyni, T. & Valta, M. (2010), Vaikuttavuuden huomioon ottava tuottavuus vanhuspalveluissa, VATT Tutkimuksia 160.
- Karasek, R.A. (1979), Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Design, *Administrative Science Quarterly*, 24, 258-350.
- Kendall, J. & Knapp, M. & Forder, J. (2006), Social Care and the Nonprofit Sector in the Western Developed World, teoksessa Powell, W.W. & Steinberg, R. (Eds.): *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*, 2nd edition, New Haven, CT: Yale University Press, 415-431.
- Kendall, J. & Knapp, M.R.J. (2000), Measuring the Performance of Voluntary Organisations, *Public Management*, 2, 105-132.
- Kissam, S. (2004), The Impact of Privatization on the Social Welfare State, *Michigan Journal of Public Affairs*, 1, 1-18. www.mjpa.umich.edu/articles/Archive/2004/Sweden.pdf
- Kittilä, R. (2003), Sosiaali- ja terveystieteiden kilpailuttamiskokemukset, Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöyhdistys YTY, Moniste. <http://www.sosteryty.fi/filebank/110-Soskok.pdf>
- 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.
- Klein, B. & Crawford, R. & Alchian, A. (1978), Vertical Integration, Appropriate Rents, and the Competitive Contracting Process, *Journal of Law and Economics*, 21, 297-326.
- Knabe, A. & Sørensen, P.B. (2006), Outsourcing of Public Service Provision: When Is It More Efficient? *Finnish Economic Papers*, 19, 3-15.
- Kovalainen, A. & Österberg-Högstedt, J. (2008), Sopimisen mekanismit sosiaali- ja terveystieteiden kunnallissalan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu-sarjan julkaisu nro 3.

- Kruzich, J.M. & Clinton, J.F. & Kelber, S.T. (1992), Personal and Environmental Influences on Nursing Home Satisfaction, *The Gerontologist*, 32, 342-350.
- Kumpulainen, A. (2009), Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalvelujen ja kustannusten vertailu 2008. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja. Helsinki: Edita.
- Kuusio, H. & Heponiemi, T. & Sinervo, T. & Elovainio, M. (2010), Organizational Commitment Among General Practitioners: a Cross-sectional Study of the Role of Psychosocial Factors, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28:2, 108-14.
- Kähkönen, L. & Volk, R. (2008), Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia, Kunnallissalan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu-sarjan julkaisu nro 4.
- Laffont, J.-J. & Tirole, J. (1993), *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Laine, J. (2005), Laatumaa tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. *Stakes, Tutkimuksia* 151.
- Laine, M. & Kokkinen, L. & Kaarlela-Tuomaala, A. & Valvanen, E. & Elovainio, M. & Keinänen, M. & Suomi, R. (2011), *Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku*. Tampere: Työterveyslaitos.
- Le Grand, J. & Bartlett, W. (Eds.) (1993), *Quasi-Markets and Social Policy*. Hongkong: MacMillan Press.
- Lehto, A.-M., & Sutela, H. (1999), Efficient, More Efficient, Exhausted, Findings of Finnish Quality of Work Life Surveys 1977-1997. Helsinki: Statistics Finland.
- Lehto, E. (2006), The Choice Between the In-House Provision and the Competitive Out-House Provision of Public Services, *Palkansaajien tutkimuslaitos, Työpapereita* 216.
- Lähdesmäki, K. (2003), New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. *Acta Wasaensia* 113. Hallintotiede 7. Vaasan yliopisto.
- Mache, S. & Vitzthum K. & Nienhaus, A. & Klapp, B.F. & Groneberg, D.A. (2009), Physicians' Working Conditions and Job Satisfaction: Does Hospital Ownership in Germany Make a Difference? *BMC Health Services Research*, 9, 148.
- Meier, S. (2007), A Survey on Economic Theories and Field Evidence on Pro-social Behavior, teoksessa Frey, B.S. & Stutzer, A. (Eds.): *Economics and Psychology: A Promising New Cross-Disciplinary Field*, 51-88, Cambridge: MIT Press. www.bos.frb.org/economic/wp/wp2006/wp0606.pdf
- Meiners, M.R. (1982), An Econometric Analysis of the Major Determinants of Nursing Home Costs in the United States, *Social science and Medicine*, 16, 887-898.
- Milestapping, C. (1992), Caring for Profit: Alienation and Work Stress in Nursing Assistants in Canada, *Work & Stress*, 6:1, 3-12.
- Moorman, R.H. (1991), Relationship Between Organizational Justice and Organizational Citizenship Behaviors: Do Fairness Perceptions Influence Employee Citizenship? *Journal of Applied Psychology*, 76, 845-855.
- Morris J.N. & Fries, B.E. & Morris, S.A. (1999), Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54A, M546-M553.
- Morris, J.N. & Fries, B.E. (1994), MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 49:4, M174-M182.
- Myers, J. (2008), 'Public Service Motivation' and Performance Incentives: a Literature Review, mimeo, Oxford Policy Institute. www.publicservices.ac.uk/wp-content/uploads/publicservicemotivationandperformanceincentives_myersjune2008.pdf
- Naylor, M.D. & Broton, D. & Campbell, R. & Jacobsen, B. & Mezey, M. & Pauly, M. & Schwartz, J.S. (1999), Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 613-620.
- Niskanen, W.A. (1971), *Bureaucracy and Representative Government*, Chicago: Aldien-Atherton.
- 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. & Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) (2005), *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Helsinki: Stakes.

- Noro, A. & Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. & Häkkinen, U. & Laine, J. & Vähäkangas, P. & Kerppilä, S. & Storbacka, R. (2001), RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Stakes, Aiheita 17/2001.
- Nurmis, P. (1997), Transaktions- och övertaglighetskostnader som följd av konkurrensutsättningen - En studie av äldreomsorgen, Stockholms universitet, IKE, Research Report 1997:57.
- Ozcan, Y.A. & Wogen, S.E. & mau, L.W. (1998), Efficiency Evaluation of Skilled Nursing Facilities, *Journal of Medical Systems*, 22, 211-224.
- 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, 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, 633-643.
- Pekkarinen, L. (2007), The Relationships between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents, Academic Dissertation, Stakes Research Report 171.
- Perry, J.L. & Hondeghem, A. & Wise, L.R. (2009), Revisiting the Motivational Bases of Public Service: Twenty Years of Research and an Agenda for the Future, Paper prepared for presentation at the International Public Service Motivation Research Conference, co-sponsored by the School of Public and Environmental Affairs, Indiana University, Bloomington and the Public Management Institute, Katholieke Universiteit Leuven, Bloomington, Indiana, June 7-9, 2009.
www.indiana.edu/~ipsm2009/Perry_Hondeghem_Wise.pdf
- Perry, J.L. (1996), Measuring Public Service Motivation: An Assessment of Construct Reliability and Validity, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 6:1, 5-22.
- Poss, J.W. & Hirdes, J.P. & Fries, B.E. & McKillop, I. & Chase, M. (2009), Validation of Resource Utilization Groups, version III for home care (RUGIII/HC): Evidence from a Canadian Home Care Jurisdiction. *Medical Care*, 46, 380-387.
- Rose-Ackerman, S. (1996), Altruism, Nonprofits, and Economic Theory, *Journal of Economic Literature*, 34, 701-728.
- Rushton, M. (2005), Government Contracting with Faith-Based Providers: An Economic Perspective, Georgia State University, Andrew Young School of Policy Studies, Working Paper 05-04.
<http://aysps.gsu.edu/nonprofit/working/NSPwp0504.pdf>
- Saarela, T. & Finne-Soveri, H. & Liedenpohja, A.-M. & Noro, A. (2008), Comparing Psychogeriatric Units to Ordinary Long Term Care Units - Are There Differences in Case-mix or Clinical Symptoms? *Nordic Journal of Psychiatry*, 62:1, 32-38.
- Schlesinger, M. & Gray, B.H. (2006), Nonprofit Organizations and Health Care: Some Paradoxes of Persistent Scrutiny, teoksessa Powell, W.W. & Steinberg, R. (Eds.): *The Nonprofit Sector. A Research Handbook*, 2nd Edition, New Haven & London: Yale University Press, 378-414.
- Scott, J.G. & Sochalski, J. & Aiken, L. (1999), Review of Magnet Hospital Research: Findings and Implications for Professional Nursing Practice, *Journal of Nursing Administration*, 29:1, 9-19.
- Shepperd, S. & Doll, H. & Angus, R.M. & Clarke, M.J. & Iliffe, S. & Kalra, L. & Ricauda, N.A. & Wilson, A.D. (2008), Admission Avoidance Hospital at Home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab007491.html>
- 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. *THL raportteja* 34/2010.
- Sinervo, T. (1994), Vanhainkotiön organisaatiokulttuurin muutos - teoreettinen osa ja ensimmäisen tutkimusvaiheen tulokset, teoksessa Elovainio, M. & Sinervo, T.: *Vanhainkotien kehittämisen seurantaratkaisu*, s. 1-175. Stakes, Tutkimuksia 44.
- Sinervo, T. (2000), *Work in Care for the Elderly: Combining Theories of Job Design, Stress, Information Processing and Organizational Cultures*, Academic Dissertation, Stakes, Research Reports 109.

- Smyer, M. & Brannon, D. & Cohn, M. (1991), Improving Nursing Home Care through Training and Job Redesign, *The Gerontologist*, 32, 327-333.
- Socialstyrelsen (2004), Konkurrensetsättningen inom äldreomsorgen, Stockholm: Socialstyrelsen, Artikel 2004-131-25.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto (2008), Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. STM Julkaisuja 2008: 3. www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/_julkaisu/1063089#fi
- Spector, W.D. & Selden, T.M. & Cohen, J.W. (1998), The Impact of Ownership Type on Nursing Home Outcomes, *Health Economics*, 7, 639-653.
- Stenvall, M. & Olofsson, B. & Lundström, M. & Englund, U. & Borssén, B. & Svensson, O. & Nyberg, L. & Gustafson, Y. (2007), A Multidisciplinary, Multifactorial Intervention Program Reduces Postoperative Falls and Injuries after Femoral Neck Fracture, *Osteoporosis International*, 18, 167-175.
- Stenvall, M. & Olofsson, B. & Nyberg, L. & Lundström, M. & Gustafson, Y. (2007), Improved Performance in Activities of Daily Living and Mobility After a Multidisciplinary Postoperative Rehabilitation in Older People with Femoral Neck Fracture: a Randomized Controlled Trial with 1-year Follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39:3, 232-238.
- STM (2010), Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva -työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf
- Stolt, R. & Blomqvist, P. & Winblad, U. (2010), Privatization of Social Services: Quality Differences in Swedish Elderly Care. *Social Science and Medicine* (in press).
- Stott, D.J. & Buttery, A.K. & Bowman, A. & Agnew, R. & Burrow, K. & Mitchell, S.L. & Ramsay, S. & Knight, P.W. (2006), Comprehensive Geriatric Assessment and Home-based Rehabilitation for Elderly People with a History of Recurrent Non-elective Hospital Admissions. *Age and Ageing*, 35, 487-491.
- Suoniemi, I. & Syrjä, V. & Taimio, H. (2005), Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttaminen. Palkansaajien tutkimuslaitos, Tutkimuksia 97.
- Sutela, M. (2003), Sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistaminen. Oikeudelliset reunaehdot. Helsinki: Edita.
- Svensson, M. & Edebalk, P.G. (1997), Privata entreprenörer inom svensk äldreomsorg, *Aldring och Eldre*, 4, 24-31.
- Syrjä, V. (2010), Vanhusten asumispalveluiden kilpailuttamiskokemukset. THL raportteja 35/2010.
- Sørensen, P.B. (2004), Outsourcing of Public Service Provision: When Is It More Efficient? University of Copenhagen, Institute of Economics, Economic Policy Research Unit, EPRU Working Paper Series 2004-6.
- Tullock, G. (1965), *The Politics of Bureaucracy*, Washington, D.C.: Public Affairs Press.
- Tynkkyne, L.-K. & Elovainio, M. & Koivisto, A.-M. & Lehto, J. & Noro A. & Finne-Soveri, H. & Sinervo T. (2011), Organizational Ownership - Does It Matter for Organizational Justice, Job Demands and Job Control? Käsikirjoitus.
- Vahtera J. & Kivimäki, M. & Virtanen, P. (2002), Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Valkama, P. & Kallio, O. & Kankaanpää, J. (2008), Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset, II osa. Kunnallissalan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu-sarjan julkaisu nro 12.
- Vuorela, T. (1990), Toiminnan arvioinnin tutkimusotteiden kehitys. Helsinki: Valtionhallinnon kehittämiskeskus.
- Weech-Maldonado, R. & Mor, V. & Oluwole, A. (2004), Nursing Home Costs and Quality of Care: Is There a Tradeoff? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 4:1, 99-110. www.expert-reviews.com/doi/pdf/10.1586/14737167.4.1.99
- Weech-Maldonado, R. & Shea, D. & Mor, V. (2006), The Relationship between Quality of Care and Costs in Nursing Homes, *American Journal of Medical Quality*, 21, 40-48
- Weisbrod, B. & Schlesinger, M. (1986), Public, Private, Nonprofit Ownership and the Response to Asymmetric Information: the Case of Nursing Homes, teoksessa Rose-Ackerman, S. (Ed.): *The Economics of Nonprofit Institutions: Studies in Structure and Policy*, New York: Oxford University Press, 133-151.
- Weisbrod, B. (1998), *The Nonprofit Economy*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- WHO (2005), ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä: WHO.

- Williamson, O.E. (1975), *Markets and Hierarchies: Analysis and Anti-Trust Implications*, New York: Free Press.
- Williamson, O.E. (1979), Transaction Cost Economics: The Governance of Contractual Relations, *Journal of Law and Economics*, 22, 233-261.
- Yin, R.K. (1994), *Case Study Research. Design and Methods*. Second Edition. Applied Social Research Methods Series. Volume 5. Sage Publications.
- Zimmerman, D. & Karon, S. & Arling, G. & Ryther, B. & Collins, T. & Ross R. & Sainfort, F. (1995), Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators, *Health Care Financing Review*, 16:4, 107-128.