



Hoitajia, onko heitä?

Sara Ollikainen

2022 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Hoitajia, onko heitä?

Sara Ollikainen
Liiketalouden koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu 2022

Sara Ollikainen

Hoitajia, onko heitä?

Vuosi 2022 Sivumäärä 89

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella hoitajapulaa Suomessa, miten lainsäädännöllä on pyritty vaikuttamaan tilanteeseen sekä hoitajien kokemuksia sosiaali- ja terveysalalta. Työn tavoitteena oli etsiä vastauksia siihen, voidaanko hoitajapulaan vaikuttaa lainsäädännön keinoin, vai tulisiko ratkaisuja hakea jostain muualta. Opinnäytetyö keskittyi ammattiryhminä sairaanhoitajiin ja lähihoitajiin. Teoreettiselta viitekehiksellään opinnäytetyö oli oikeuspoliittinen ja työvoimapolitiittinen tutkimus, joka pyrki arvioimaan lainsäädännön toteutumista käytännössä ja tarkastelemaan työvoiman kohtaantoa.

Lainsäädännöllä on pyritty vaikuttamaan sosiaali- ja terveysalalla ilmenneisiin ongelmiin, muun muassa kasvattamalla hoitajamitoitusta ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa ja tiukentamalla hoitoon pääsyn aikarajoja. Ammattijärjestöistä Tehy, SuPer ja Sairaanhoidajaliitto ovat teettäneet kyselytutkimuksia, joiden tulosten mukaan niin sairaanhoitajat kuin lähihoitajat kokivat työn itsessään merkitykselliseksi ja tärkeäksi. Erityisesti nuoret hoitajat olivat tyytymättömiä ja moni on pohtinut alan vaihtamista muun muassa siksi, että työkuorma koettiin liian raskaaksi, urakehitysmahdollisuudet nähtiin rajallisina ja palkkaus ei ole vastannut työn vaativuutta. Yleisesti myös vaikutusmahdollisuudet hoitotyössä koettiin vähäisiksi ja johtaminen koettiin hierarkkiseksi. Ministeriöiden selvityksissä ja hallituksen esityksiin annetuissa asiantuntijalausunnoissa on korostettu, että johtamista ja työhyvinvointia tulisi kehittää sosiaali- ja terveysalalla, mutta konkreettiset keinot ovat olleet vähäisiä.

Lainsäädännön keinoin voidaan varmistaa yhdenmukainen toiminta, mutta konkreettisia keinoja tarkasteltaessa lainsäädännön merkitys jää loppujen lopuksi melko pieneen rooliin. Tarve sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamiselle on osoittautunut entistä ilmeisemmäksi vuosien saatossa, jotta väestön ikääntyessä väistämättä kasvavaan palvelutarpeeseen voidaan vastata. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistus on myös mahdollisuus parantaa alan veto- ja pitovoimaa.

Asiasanat: hoitajapula, oikeuspoliittinen tutkimus, terveydenhuollon ammattihenkilö

Sara Ollikainen

Nurses, are there any?

Year	2022	Pages	89
------	------	-------	----

The aim of this Bachelor's thesis was to examine labour shortage of nurses in Finland and how attempts have been made to influence the situation through legislation. The thesis also examined registered nurses' and practical nurses' experiences in health care and social services. The purpose of this thesis was to find out whether the situation can be affected by legislation or is there a need for other actions. The study focused on nurses and practical nurses. The theoretical framework of the thesis was a legal policy study and labour policy-related study, which sought to assess the practical implementation of the legislation.

Through legislation has been tried to solve the problems in social and health care sector, for example, by increasing the number of nurses in the sheltered housing, and by tightening time limits for access to treatment. According to surveys commissioned by trade unions, Tehy, SuPer and Sairaanhoitajaliitto, both registered nurses and practical nurses found the work itself meaningful and important. However, young nurses, in particular, were dissatisfied, and many have considered switching the line of work because the workload was perceived as too heavy, career development opportunities were seen as limited, and the salary did not correspond to the demands of the job. In general, opportunities to influence were also considered limited, management was hierarchical, and employees wanted more participatory leadership. Several ministry reports and expert statements prepared for government proposals emphasize that leadership and well-being of employees should be developed in the social and health sectors. However, the reports have mentioned only few concrete means to improve the situation.

The main conclusion is that legislation can ensure uniform procedures; however, the role of legislation is relatively insignificant. Major changes are needed in the whole social and health care sector to match the increasing need for services in the future. The social welfare and healthcare reform is also an opportunity to make the social and health sector more attractive.

Keywords: labour shortage, legal policy, health care professional

Säädösluettelo

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003)

Valtioneuvoston asetus sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (153/2016)

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY, annettu 7 päivänä syyskuuta 2005, ammattipätevyyden tunnustamisesta

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9 päivänä maaliskuuta 2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU, annettu 20 päivänä marraskuuta 2013, ammattipätevyyden tunnustamisesta annetun direktiivin 2005/36/EY ja hallinnollisesta yhteistyöstä sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmässä annetun asetuksen muuttamisesta

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja teoreettinen viitekehys	8
3	Terveystuollon ammattihenkilö.....	11
3.1	Ulkomailta Suomeen tulevat terveystuollon ammattihenkilöt.....	13
3.2	Avustava henkilökunta	15
4	Täydennyskoulutus ja muuttuvat osaamistarpeet	16
5	Hoidon ja hoivan määritelmät	20
6	Sosiaali- ja terveystalan työvoiman rakenne ja sen muutokset	24
6.1	Koulutus ja sijoittuminen työelämään	24
6.2	Työvoiman kohtaanto	26
7	Hoitoon pääsyn määrääjat.....	29
7.1	Määrääkojen toteutuminen.....	30
7.2	Lakiuudistuksen toteutumisen arviointi.....	32
8	Henkilöstömitoitus	35
8.1	Vanhuspalvelulain uudistus.....	36
8.2	Työvoiman saatavuus henkilöstömäärän lisäämiseksi	38
8.3	Lainsäädännön toteutumisen seuranta.....	41
8.4	Vanhuspalvelulain uudistamisen toinen vaihe	43
9	Hoitajien kokemuksia alan nykytilasta	47
9.1	Työn kuormittavuus	47
9.2	Hoitotyön veto- ja pitovoima	49
9.3	Palkkaus	52
10	Keinot tilanteen ratkaisemiseksi.....	54
10.1	Ministeriöiden näkemyksiä	54
10.2	Yleisesti esitetyt keinot.....	56
10.3	Työhyvinvointi ja johtaminen.....	59
10.4	Sote-uudistus	64
11	Pohdinta.....	67
	Lähteet	72

1 Johdanto

Hoitajapulasta on puhuttu jo vuosia, mutta koronapandemian myötä uutisointi ja julkinen keskustelu aiheesta on ollut entistä vilkkaampaa.¹ Asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita on ilmennyt etenkin iäkkäiden tehostetussa palveluasumisessa ja alkuvuodesta 2019 havaitut epäkohdat nousivat voimakkaasti esille.² Useissa yksikössä puutteita on havaittu henkilöstön riittävydessä, ammattitaidossa ja osaamisessa sekä toimintayksiköiden johtamisessa ja lääkehuollossa. Niin yksityisillä kuin julkisilla palveluntuottajilla on ollut haasteita saada rekrytoitua riittävästi henkilöstöä ja erityisesti sijaisten saaminen on haastavaa.³ Hoitoon pääsyn odotusajat ovat kansainvälisessä vertailussa pitkiä ja hallitus yrittää parhaillaan korjata tilannetta tiukentamalla hoitotakuuta.⁴ Samanaikaisesti niin sairaanhoitajat kuin lähihoitajat ovat kuormittuneita jatkuvasta kiireestä ja henkilöstövajeesta johtuen, jota koronapandemian aikaiset poikkeusolot ovat vain pahentaneet entisestään.⁵

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien ikäjakauma painottuu selkeämmin vanhempiin ikäluokkiin kuin keskimäärin muilla aloilla.⁶ Vuonna 2020 Kuntien eläkevakuutus (KEVA) arvioi, että lähihoitajat ovat suurin ja sairaanhoitajat kolmanneksi suurin kunta -alan eläköityvistä ammattiryhmistä seuraavan kymmenen vuoden aikana.⁷ Lainsäädännön lisäksi tilanteeseen on pyritty vaikuttamaan myös erilaisten työryhmien ja valtakunnallisten ohjelmien keinoin.⁸ Muun muassa ammattijärjestö Tehyn⁹ ja lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin¹⁰ sairaanhoitajille ja lähihoitajille teettämien kyselytutkimusten perusteella hoitajien kokema kuormitus ja tyytymättömyys eivät ole vähentyneet, vaan päinvastoin tilanne on kärjistynyt entisestään.¹¹

Voimassa olevan lainsäädännön, lainvalmisteluasiakirjojen, ministeriöiden julkaisujen ja asiantuntijalausuntojen sekä ammattiliittojen tuottamien kyselytutkimusten tulosten avulla tämä opinnäytetyö pyrkii tarjoamaan keinoja hoitajapulalan ratkaisemiseksi.

¹ Tehy 2021b.

² HE 4/2020 vp, 4-5.

³ Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 11-12.

⁴ Sosiaali- ja terveysministeriö 2021a, 1.

⁵ Aula Research 2020.

⁶ Koponen, Laiho ja Tuomaala 2012, 2-3.

⁷ Sohlman 2020, 3-5.

⁸ Erkkilä & Kangas 2020.

⁹ Tehy ry:hyn kuuluu 160 000 koulutettua jäsentä ja se on Suomen suurin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammattijärjestö.

¹⁰ SuPer on ainoa ammattiliitto, joka on keskittynyt lähi- ja perushoitajien edunvalvontaan.

¹¹ Erkkilä & Kangas 2020; Aula Research 2020.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella hoitajapulaa ja alan työvoiman kohtaantoa Suomessa, miten lainsäädännöllä on pyritty vaikuttamaan tilanteeseen, ja hoitajien kokemuksia alan nykytilasta. Opinnäytetyö keskittyy tarkastelemaan sairaanhoitajien ja lähihoitajien empiirisiä kokemuksia alan nykytilasta, ja syitä alalla pysymiseen kuin alanvaihtoon. Lainsäädännön ja tilastotietojen osalta opinnäytetyö käsittelee sosiaali- ja terveysalaa laajempänä kokonaisuutena. Työssä etsitään vastauksia siihen, että onko ongelma ratkaistavissa lainsäädännön keinoin, vai tulisiko tilanteeseen hakea ratkaisuja muualta.

Lainsäädännön osalta opinnäytetyössä määritellään, että kuka voi lain mukaan toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä, mitä vaatimuksia laki asettaa hoitoon pääsulle ja, mitkä ovat vaatimukset henkilöstömitoituksen osalta. Tämän lisäksi arvioidaan näiden teemojen osalta lainsäädännön toteutumista käytännössä. Sosiaali- ja terveysalan työnvoiman rakennetta ja muutoksia tarkastellaan laajemmin tilastotietojen kautta. Opinnäytetyön lähdeaineistona on käytetty voimassa olevaa lainsäädäntöä, lainvalmisteluasiakirjoja, ministeriöiden julkaisuja, selvityksiä ja tilastoja sekä asiantuntijalausuntoja ja ammattiliittojen ja -järjestöjen tuottamaa empiiristä tutkimustietoa terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista alan nykytilasta.

Työn lopussa kootaan yhteen ministeriöiden näkemyksiä henkilöstön saatavuuden parantamiseksi ja julkisessa keskustelussa yleisesti esitettyjä keinoja sekä arvioidaan niiden vaikutuksia. Kyselytutkimusten tuottaman empiirisen tiedon pohjalta käydään läpi myös työhyvinvoinnin ja johtamisen keinoja sekä tarkastellaan sote-uudistuksen mahdollisuuksia.

Teoreettiselta viitekehykseltään opinnäytetyö on oikeuspoliittinen ja työvoimapolitiittinen tutkimus. Oikeuspoliittinen tutkimus voidaan määritellä tutkimukseksi, jonka pyrkimyksenä on vaikuttaa oikeuspoliittiseen päätöksentekoon, lainvalmisteluun, suunnitteluun ja käytäntöihin.¹² Oikeuspoliittiselle tutkimukselle ominaista on yhteiskunnallisen näkökulman korostaminen.¹³ Oikeuspolitiikka liittyy läheisesti yhteiskunnalliseen tavoitteenasetteluun, joka pääasiallisesti perustuu vaikuttamiseen lainsäädännön keinoin.¹⁴ Käytännössä oikeuspoliittisen tutkimuksen voidaan katoa olevan soveltavaa oikeussosiologista tutkimusta.¹⁵ Tutkimussuuntauksena oikeussosiologia on monitieteinen, jonka voidaan katsoa sijoittuvan oikeustieteen ja yleisen yhteiskuntatieteen välimaastoon.¹⁶ Oikeussosiologia tarkastelee

¹² Ervasti 2007, 382.

¹³ Ervasti 2011, 86.

¹⁴ Husa & Pohjolainen 2014, 38.

¹⁵ Ervasti 2007, 382.

¹⁶ Ervasti 2006, 20.

oikeutta yhteiskunnallisena ilmiönä.¹⁷ Aikaisemmin oikeussosiologian katsottiin tutkivan oikeuden ja yhteiskunnan välisiä vuorovaikutussuhteita. Tätä käsitystä, jonka mukaan oikeus ja yhteiskunta olisivat toisistaan erillään olevia ilmiöitä ja joiden välistä vuorovaikutusta voitaisiin tutkia, on kuitenkin kritisoitu. Nykyään oikeussosiologian katsotaan tutkivan oikeutta yhteiskunnassa tai yhteiskunnallisessa kontekstissa. Tämän näkemyksen mukaan oikeutta ja yhteiskuntaa ei voida aina selkeästi erottaa toisistaan, vaan ne ovat monella tasolla kietoutuneet toisiinsa.¹⁸ Tavoitteena on luoda ja kehittää teorioita, joiden avulla voidaan ymmärtää ja selittää oikeutta osana yhteiskuntaa sekä siihen liittyviä prosesseja.¹⁹ Oikeussosiologiassa hyödynnetään yhteiskuntatieteiden menetelmiä.²⁰ Esimerkiksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, jäljempänä THL, tekemiä tutkimuksia liittyen perheisiin, sosiaalisiin ongelmiin, päihteisiin ja sovitteluun, voidaan luonnehtia oikeussosiologisiksi tutkimuksiksi.²¹

Aulis Aarnion (1983) mukaan oikeuspoliittinen tutkimus voidaan määritellä kolmella eri tavalla. Ensiksi se voidaan määritellä tehtäviensä tai tarkoituksensa perusteella. Tutkimus voidaan katsoa oikeuspoliittiseksi, jos sen tarkoituksena on tuottaa suunnittelussa tarvittavaa tietoa. Toiseksi tutkimuksen tuottamien tutkimustulosten käytön perusteella tutkimus voidaan määritellä oikeuspoliittiseksi. Jos tutkimusta ja sen tuloksia käytetään oikeuspoliittisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa, tutkimus on oikeuspoliittista. Kolmanneksi, jos tutkimusta on mahdollista käyttää yhteiskunnallisessa suunnittelutyössä, se voidaan määritellä oikeuspoliittiseksi tutkimukseksi.²² Tutkimuksen kohteet voivat kuitenkin olla hyvin vaihtelevia. Oikeuspoliittisissa tutkimuksissa on arvioitu esimerkiksi lakiuudistusten vaikutuksia, oikeudellisten instituutioiden toimintaa, lainvalmistelun laatua ja muita oikeudellisia ohjelmia tai kokeiluja.²³

Hyvän lainvalmistelun periaatteita ja uudistusten vaikutuksia arvioidaan sekä etukäteen että jälkikäteen. Lainsäädännön vaikutuksia arvioitaessa yksi keskeinen ongelma on että, miten määritellään kriteerit, joilla vaikutuksia arvioidaan. Useimmiten mittapuuna on käytetty lakiuudistuksille asetettuja tavoitteita, jotka käyvät ilmi lainvalmistelumateriaalista ja suunnitteluasiakirjoista.²⁴ Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöitä, hoitotakuuta ja henkilöstömitoitusta koskevaa lainsäädäntöä ja lainsäädännölle asetettuja tavoitteita.

¹⁷ Hirvonen 2011, 29.

¹⁸ Ervasti 2011, 75.

¹⁹ Ervasti 2017, 18.

²⁰ Hirvonen 2011, 54.

²¹ Ervasti 2011, 94.

²² Aarnio 1983, 233-234.

²³ Ervasti 2011, 87.

²⁴ Ervasti 2011, 92-93.

Todellisuudessa lainsäädännön tavoitteet voivat olla ristiriitaisia, sillä useimmiten ne määräytyvät eri aikaisesti eri tahoilla. Tyypillisesti lainvalmisteluasiakirjoissa asetetut tavoitteet näyttäytyvät abstrakteina ja niiden suhde keinoihin ja vaikutuksiin on kerrottu epäselvästi. Tällöin voi olla jälkikäteen ongelmallista arvioida tavoitteenasettelua ja sitä, että vastaavatko lainsäädännön vaikutukset tai tulokset lainvalmistelun vaiheessa asetettuja tavoitteita. Toisaalta lainsäädännön arviointitutkimuksia on kritisoitu siitä, että tutkimukset keskittyvät yleensä sellaisiin tapauksiin, joissa lainsäädäntö ei toimi, ja perushavaintona on lakien toimimattomuus. Vastaavasti harvemmin tarkastellaan tapauksia, joissa lait ovat vaikuttavia. Tällä hetkellä oikeustieteen piirissä lainsäädännön arviointitutkimusta tehdään suhteellisen vähän ja sitä tarvittaisiin enemmän. Lainsäädäntö on tärkeä yhteiskunnallinen ohjauskeino, jolla vaikutetaan monin tavoin ihmisten elämään ja siksi on tärkeää tietää, kuinka oikeus toteutuu yhteiskunnassa.²⁵

Vastaavasti taas työvoimapolitiisesta näkökulmasta tarkasteltuna työmarkkinoiden epätäydellisyys luo perusteet työvoimapolitiiselle tutkimukselle. Työvoimapolitiikan keskeisimpiä tekijöitä ovat työttömyys ja työnantajien vaikeus löytää sopivaa työvoimaa.²⁶ Työvoiman kohtaanto-ongelmalla tarkoitetaan, että työnantajat eivät joko löydä sopivia työntekijöitä tai työntekijöitä ei ole lainkaan tarjolla.²⁷ Työvoimapolitiikassa on kyse valtion interventtiosta näiden epäkohtien lieventämiseksi ja poistamiseksi.²⁸ Valtion toteuttamat työvoimapolitiiset toimenpiteet voidaan jakaa aktiivisiin ja passiivisiin toimenpiteisiin. Aktiivisen työvoimapolitiikan keinoilla pyritään parantamaan niin työnhakijoiden kuin työnantajien aktiivisuutta työmarkkinoilla, sen päätavoitteena on lisätä työttömien työllistymismahdollisuuksia sekä työpaikkojen ja työnhakijoiden kohtaamista.²⁹ Toimenpiteitä ovat muun muassa oppilaitoksissa ja työpaikoilla tarjottava koulutus, välilliset työllistämiskannustimet, tuettu työ, julkiset työllistämishjelmat ja kannustimet yrityksen perustamiseksi.³⁰ Aktiiviseen työvoimapolitiikkaan voidaan sisällyttää kaikki toiminta, jolla pyritään parantamaan työmarkkinoiden toimintaa.³¹ Kun taas passiivisilla toimenpiteillä tarkoitetaan muun muassa minimitoimeentulon turvaavia työttömyyskorvauksia ja varhaiseläkkeitä.³²

Tutkimusten mukaan aktiivisen työvoimapolitiikan työllisyysvaikutuksiltaan tehokkaimpia työvoimapalveluita ovat ammatillinen työvoimakoulutus, oppisopimuskoulutus ja yksityisen

²⁵ Ervasti 2011, 92-93.

²⁶ Sihto 2004, 51.

²⁷ Koponen, Laiho & Tuomaala 2012, 17.

²⁸ Sihto 2004, 51.

²⁹ Somervuori 1996, 16; Euroopan komissio 2017, 1.

³⁰ Euroopan komissio 2017, 1.

³¹ Alasalmi & Busk 2019, 12.

³² Somervuori 1996, 16.

sektorin palkkatuki. Näiden lisäksi työttömien työnhakijoiden aktivointi, työnetsinnän tukeminen, henkilökohtainen ohjaus ja sanktiot vaikuttaisivat olevan tehokkaita keinoja työttömien työnhakijoiden ja avoimien työpaikkojen kohtaannon parantamiseksi. Vastaavasti taas julkisen ja kolmannen sektorin palkkatuet ja kuntouttava työtoiminta, eli tukityöllistäminen, eivät useinkaan johda työllisyyteen avoimilla työmarkkinoilla.³³

3 Terveysthuollon ammattihenkilö

Terveysthuollon ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisestä, ammatinharjoittamisen oikeuksista ja velvollisuuksista sekä valvonnasta säädetään laissa terveysthuollon ammattihenkilöistä (559/1994), jäljempänä ammattihenkilölaki, ja asetuksessa terveysthuollon ammattihenkilöistä (564/1994), jäljempänä ammattihenkilöasetus.³⁴ Terveysthuoltolain 7 a §:n 1 momentin mukaisesti terveysthuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, tutkimukset sairauden toteamiseksi, taudinmääritys ja sen hoito sekä kuntoutus. Ammattihenkilölain 1 luvun 2 §:n 1 momentissa määritellään terveysthuollon ammattihenkilön seuraavasti: 1) henkilö, joka on lain nojalla saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö), tai on saanut ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö), 2) henkilö, jolla on lain nojalla oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveysthuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). Ammattihenkilölain 1 §:n mukaisesti lain keskeisin tavoite on edistää potilasturvallisuutta ja terveysthuollon palvelujen laatua. Nimikkeiden välillä huomion arvoista on se, että vain kyseiseen ammattiin koulutettu henkilö voi toimia laillistettuna ammattihenkilönä, kun taas henkilö, jonka pätevyys työnantaja arvioi riittäväksi, voi toimia nimikesuojatun ammattihenkilön tehtävissä.³⁵

Ammattihenkilölain 5 §:n 1 momentin mukaisesti sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirasto, jäljempänä Valvira, myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa proviisorin, psykologin, puheterapeutin, ravitsemusterapeutin, farmaseutin, sairaanhoitajan, kättilön, terveysthoitajan, fysioterapeutin, laboratoriohoitajan, röntgenhoitajan, suuhygienistin, toimintaterapeutin, optikon ja hammasteknikon ammattia laillistettuna ammattihenkilönä henkilölle, joka on suorittanut Suomessa kyseiseen ammattiin johtavan koulutuksen. Ammattihenkilöasetuksen 1 §:n säädetään, että laissa tarkoitettuja nimikesuojatun ammattihenkilön ammattinimikkeitä ovat apuvälineteknikko, jalkaterapeutti, koulutettu

³³ Alasalmi & Busk 2019, 16; Räisänen 2019, 9.

³⁴ HE 107/2015 vp, 3.

³⁵ StVM 13/1994 vp, 2.

hieroja, kiropraktikko, naprapaatti, osteopaatti, lähihoitaja, psykoterapeutti, sairaalafyysikko, sairaalageneetikko, sairaalakemisti, sairaalamikrobiologi ja sairaalaselibiologi. Ammattihenkilölain 2 §:n 2 momentin mukaisesti nimikesuojattujen ammattihenkilöiden tehtävissä voi kuitenkin toimia muukin henkilö, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Tällä tarkoitetaan, että henkilö, jolla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito, voi tehdä ammattihenkilön tehtäviä, mutta hän ei saa käyttää asianomaista ammattinimikettä.³⁶ Esimerkiksi työsopimuksessa voi lukea lähihoitaja, vaikka työntekijä ei olisikaan nimikesuojattu lähihoitaja.³⁷ Ammattihenkilölain 2 §:n 2 momentissa myös säädetään, että luvan saaneet ja nimikesuojatut ammattihenkilöt voivat koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimia toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta. Ammattihenkilölakia valmisteltaessa sosiaali- ja terveysvaliokunta piti tärkeänä, että terveydenhuollon ammattihenkilöitä voidaan käyttää joustavasti, jotta taataan potilasturvallisuus ja varmistetaan mahdollisimman tehokas ja osaava hoito.³⁸

Sääntelyä on pidetty epäselvänä nimikesuojattujen ammattihenkilöiden osalta. Käytännössä nimikesuojattu ammattihenkilö voi jatkaa, esimerkiksi lähihoitajan työtehtäviä, vaikka Valviran valvontalautakunta poistaisi nimikesuojauksen. Epäkohtana on myös pidettävä, että lähihoitajat ovat sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ja siten kahdessa rekisterissä. Ammattihenkilölaki ei edellytä lähihoitajilta rekisteröitymistä rekisteriin, kun taas sosiaalihuollon ammattihenkilölaki edellyttää lähihoitajilta rekisteröitymistä.³⁹

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 3 luvussa määriteltyihin sosiaalipalveluihin kuuluvat muun muassa kotihoito, asumispalvelut, laitospalvelut, päihde- ja mielenterveystyö sekä kasvatus- ja perheneuvonta. Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) 3 §:n 2 momentti määrittää, että nimikesuojatun ammattihenkilön tehtävissä voi toimia muukin henkilö, jolla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Nimikesuojatun ammattihenkilön tehtävissä toimivalta muulta henkilöltä vaadittavasta koulutuksesta säädetään valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetus sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (153/2016) 1 § tarkentaa, että lähihoitajan ammattiin johtavalla koulutuksella tarkoitetaan sosiaali- ja terveysalan perustutkintoa, jonka tutkintonimike on lähihoitaja. Tämän lisäksi nimikesuojattuihin ammattihenkilöihin kuuluvat lähihoitajan tutkintoa edeltäneen kouluasteisen tutkinnon suorittaneet kodinhoitajat ja kehitysvammaistenhoitajat.

³⁶ Aitlahti 1999, 8.

³⁷ Valvira 2022.

³⁸ StVM 13/1994, 3.

³⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 51.

3.1 Ulkomailta Suomeen tulevat terveydenhuollon ammattihenkilöt

Euroopan parlamentin ja neuvoston 7.9.2005 antaman direktiivin 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta, jäljempänä ammattipätevyysdirektiivi, pyrkimyksenä on ollut antaa muiden EU-maiden ammattilaisille pääsy työmarkkinoille, helpottaa palvelujen tarjoamista rajojen yli ja yksinkertaistaa hallinnollisia menettelyjä.⁴⁰ Vastaavasti kansanterveyden, yleisen turvallisuuden sekä kuluttajansuojan varmistamiseksi se asettaa yhtenäiset säädökset ja vähimmäisvaatimukset ammatin harjoittamiselle. Ammattipätevyysdirektiivin 1 artiklan mukaisesti direktiivissä vahvistetaan säännöt, jotka koskevat ammattipätevyyskatsastusten vastavuoroista tunnustamista EU:n, ETA/EFTA-maiden ja Sveitsin välillä ja, joka antaa kyseisen pätevyyden haltijalle oikeuden harjoittaa siellä samaa ammattia. ETA on Euroopan talousalueesta tehty kansainvälinen sopimus, joka mahdollistaa EU:n sisämarkkinoiden osien ulottamisen Islantiin, Liechtensteiniin ja Norjaan. Kun taas EFTA tarkoittaa Euroopan vapaakauppaliittoa, joka on Islannin, Liechtensteinin, Norjan ja Sveitsin hallitusten muodostama organisaatio.⁴¹

Direktiivien yleisenä tavoitteena on lähentää EU-jäsenvaltioiden lainsäädäntöä. Direktiivejä ei kuitenkaan sovelleta sellaisenaan, vaan EU-maiden on määräajassa saatettava ne osaksi kansallista lainsäädäntöä. Toimeenpanon keinot ja muodot ovat kansallisessa harkintavallassa.⁴² Esimerkiksi Euroopan parlamentin ja neuvoston antama ammattipätevyysdirektiivin muutosdirektiivi, 2013/55/EU, on Suomessa saatettu täytäntöön säätämällä laki ammattipätevyyden tunnustamisesta (1384/2015) ja valtioneuvoston asetus ammattipätevyyden tunnustamisesta (1459/2015), laki eläinlääkäriammattin harjoittamisesta annetun lain muuttamisesta (1499/2015), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta (1659/2015) sekä sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta (56/2015).⁴³

Ammattipätevyysdirektiivissä määritellään kolme ammattipätevyyden tunnustamisjärjestelmää, joita ovat automaattinen tunnustaminen sellaisten ammattien osalta, joiden koulutuksen vähimmäisvaatimukset on jossain määrin yhdenmukaistettu Euroopassa, automaattinen tunnustaminen tiettyjen ammattien ammattikokemuksen perusteella ja yleinen järjestelmä ammattilaisille, jotka eivät kuulu automaattisen tunnustamisjärjestelmän piiriin.⁴⁴ Terveystieteiden ammattilaisista ammattipätevyysdirektiivin

⁴⁰ HE 56/2020 vp, 3.

⁴¹ Euroopan komissio 2022.

⁴² Ojala 2009, 139.

⁴³ HE 56/2020 vp, 3.

⁴⁴ Ammattipätevyyden tunnustamisjärjestelmä 2020.

automaattisen tunnustamisjärjestelmän piiriin kuuluvat lääkärit, hammaslääkärit, sairaanhoitajat, kättilöt ja proviisorit.⁴⁵ Ammattipätevyysdirektiivin artiklassa 21 säädetään, että automaattisen tunnustamisen periaatteen mukaisesti jäsenvaltioiden on tunnustettava muodollista pätevyyttä osoittavat asiakirjat, jotka antavat oikeuden ryhtyä harjoittamaan ammattitoimintaa muun muassa yleissairaanhoidosta vastaavana sairaanhoitajana, ja jotka täyttävät tarkoitetut koulutuksen vähimmäisvaatimukset kunkin ammatin osalta. Kyseisten asiakirjojen on annettava samat oikeudet ammattitoiminnan harjoittamiseen kuin jäsenvaltion itsensä antamat muodollista pätevyyttä osoittavat asiakirjat.

Ammattipätevyysdirektiivin mukaisesti ammattipätevyuden automaattisessa tunnustamisessa henkilölle ei voida laillistamisen edellytykseksi asettaa muita vaatimuksia ammattipätevyuden osoittamiseksi kuin toisen valtion viranomaisten myöntämät todistukset ja muut asiakirjat.⁴⁶

Ammattipätevyysdirektiivin mukaisesti ammattihenkilölain 7 §:ssä säädetään, että Valvira myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa Suomessa sairaanhoitajan ammattia laillistettuna ammattihenkilönä EU- tai ETA-valtion kansalaiselle, jolle on muussa EU- tai ETA-valtiossa kuin Suomessa saadun koulutuksen perusteella myönnetty muodollista pätevyyttä osoittava asiakirja, joka kyseisessä valtiossa vaaditaan oikeuden saamiseksi sairaanhoitajan ammatin harjoittamiseksi. Jos tutkinnon suorittanut EU- tai ETA-valtion kansalainen ei täytä tunnustamissäännöksissä ammattipätevyuden automaattisen tunnustamisen kriteereitä, sovelletaan hänen kohdallansa yleistä tunnustamisjärjestelmää koskevia säännöksiä ammattipätevyuden tunnustamiseksi. Tällöin Valvira voi määrätä hakijalle sopeutumisaajan tai kelpoisuuskokeen, mikäli koulutuksessa on olennaisia eroja vastaavaan suomalaiseen koulutukseen verrattuna.⁴⁷

Ammattihenkilölain 13 § määrittää, että EU- tai ETA-alueen ulkopuolelta tulevalle henkilölle, joka on suorittanut koulutuksensa EU- tai ETA-alueen ulkopuolella, Valvira voi tietyin ehdoin myöntää ammatinharjoittamisluvan, muun muassa sairaanhoitajan tehtäviin, tai oikeuden toimia laillistettuna ammattihenkilönä Suomessa. Tämä edellyttää, että hakijalla on valtioneuvoston asetuksella säädetty ja tehtävän edellyttämä pätevyys ja riittävä kielitaito. Vastaavasti taas Valvira voi hakemuksesta myöntää EU- tai ETA-alueen ulkopuolelta tulevalle henkilölle, joka on suorittanut koulutuksensa EU- tai ETA-alueen ulkopuolella, oikeuden käyttää Suomessa valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä, esimerkiksi lähihoitajan nimikettä. Tällöinkin edellytetään, että hakijalla on riittävä kielitaito tehtävään. Ulkomailla tutkinnon suorittanut henkilö voi kuitenkin työskennellä lähihoitajan tehtävissä ilman luvan myöntämistä, jos työnantaja arvioi henkilön

⁴⁵ HE 69/2018 vp, 7.

⁴⁶ HE 107/2015 vp, 4.

⁴⁷ HE 107/2015 vp, 4.

koulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon riittävyyden kyseessä olevaan tehtävään. Tällöin työntekijällä ei ole oikeutta käyttää lähihoitajan nimikesuojattua nimikettä.⁴⁸

Ammattipätevyysdirektiivi ja Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9.3.2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävissä terveydenhuollossa eli niin kutsuttu potilasdirektiivi, eivät rajoita jäsenvaltioiden oikeutta ajantasaistaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutusvaatimuksia tai ammatillista täydennys- tai lisäkoulutusta. Lisäksi lääkemääräyksen antamiseen liittyvät menettelyt ovat jäsenvaltioiden kansallisesti päätettävissä.⁴⁹

Kielitaito on myös keskeinen osa potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitaitoa. Ammattihenkilölain 18 a § edellyttää kaikilta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä riittävää suomen tai ruotsin kielen taitoa, joka on välttämätöntä potilaiden ja asiakkaiden kanssa työskentelyn lisäksi asiakas- ja potilastietojen dokumentoinnissa sekä ammattihenkilöiden välisessä yhteistyössä.⁵⁰ Työnantajan vastuulla on varmistaa, että henkilöstöllä on tehtävien hoitamisen kannalta riittävä kielitaito.⁵¹ Ammattihenkilölain 8 b §:n mukaisesti Valvira voi perustellusta syystä vaatia EU- tai ETA-valtion kansalaista osoittamaan riittävän suomen tai ruotsin kielen taidon ennen ammatinharjoittamisoikeuden tai ammattinimikkeen käyttöoikeuden myöntämistä, mutta kielitaidon tarkistamista voi vaatia vasta sitten, kun ammattipätevyys on tunnustettu tai eurooppalainen ammattikortti on myönnetty. Ammattihenkilölaki edellyttää riittävää kielitaitoa ja työnantajan vastuulla on varmistaa työtehtävien kannalta henkilökunnan riittävä kielitaito. Ulkomailta Suomeen tulleiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden suomen tai ruotsin kielen taidossa on kuitenkin havaittu puutteita, jotka ovat riski potilasturvallisuudelle. Työnantajien käytännöt kielitaidon arvioimiseksi vaihtelevat suuresti ja henkilöstöpulan takia on saatettu palkata henkilöitä tietoisena puutteellisesta kielitaidosta.⁵²

3.2 Avustava henkilökunta

Hoiva-avustajan koulutuksen saaneet henkilöt voivat työskennellä esimerkiksi iäkkäille henkilöille suunnatuissa palveluissa. Hoiva-avustajakoulutus ei ole itsenäinen tutkinto, vaan se muodostuu lähihoitajan koulutukseen sisältyvistä opintokokonaisuuksista. Hoiva-avustajan työtehtäviä voivat olla muun muassa asiakkaiden avustaminen ruokailussa, peseytymisessä, pukeutumisessa, liikkumisessa, siivoamisessa, vaatteiden pesemisessä ja asioinneissa. Hoiva-avustajat voivat osallistua myös asiakkaiden toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen

⁴⁸ HE 4/2020 vp, 67.

⁴⁹ HE 69/2018 vp, 7.

⁵⁰ HE 107/2015 vp, 11.

⁵¹ HE 107/2015 vp, 4.

⁵² HE 107/2015 vp, 11.

esimerkiksi ulkoilu- ja keskusteluseurana. Hoiva-avustajat eivät voi olla ainoita työntekijöitä työvuorossa, eivätkä he voi osallistua lääkehoitoon ilman lisäkoulutusta.⁵³

Sosiaali- ja terveystieteiden opiskelija voi toimia hoiva-avustajana tietyn osaamispistemäärän suoritettuaan. Valvontahavaintojen perusteella on arvioitu, että hoiva-avustajan tehtäviin riittäisi 40 osaamispistettä.⁵⁴ Hoiva-avustajien määrä nousee hitaasti, koska kyseessä ei ole itsenäinen koulutus ja koulutusta kyseisiin tehtäviin on tarjolla vähän.⁵⁵ Useimmiten hoiva-avustajan tehtävissä toimivat henkilöt ovat suorittaneet sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnosta yhden tutkinnon osan, kuten 25 osaamispistettä, ja tutkinnon muita osia 30 osaamispistettä.⁵⁶

Monissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä työskentelee myös laitosapulaisia tai -huoltajia. Heidän työtehtäviinsä kuuluvat asiakaskohteen palvelusopimuksessa määritellyt ylläpito- ja siivoustehtävät sekä muut palvelutehtävät, joita voivat olla esimerkiksi ateriapalvelut, erityissiivouspalvelut, huonekasvien hoito, tekstiilihuolto ja ympäristöhuolto.⁵⁷ Hallituksen esityksen (HE 4/2020) mukaisesti laitosapulaisia ei enää lasketa välitöntä asiakastyötä tekevien henkilöstömitoitukseen iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa, vaan heidät luetaan välillistä työtä tekevään henkilöstöön eli tukipalveluihin.⁵⁸

4 Täydenniskoulutus ja muuttuvat osaamistarpeet

Sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisen perusta luodaan tutkintoon johtavassa ammattialakohtaisessa koulutuksessa.⁵⁹ Täydenniskoulutuksella tarkoitetaan ammattitaitoa ylläpitävää ja kehittävästä koulutusta. Täydenniskoulutus voidaan jakaa työllisyyskoulutukseen, avoimeen korkeakouluopetukseen ja ammatilliseen täydennys- ja pätevyyskoulutukseen, mutta se voi olla myös työtehtäviin liittyvää koulutusta.⁶⁰ Vastaavasti taas ammatillisella osaamisella tarkoitetaan rajatumpaa osaamista, jonka sisältö määräytyy työtehtävän ja toimialan mukaisesti.⁶¹ Puutteellinen osaaminen lisää haittatapahtumien määrää, joita ovat esimerkiksi lääkkeiden jako- ja antovirheet sekä kirjaamisvirheet. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden mukaan hoitajien puutteellinen lääkehoidon osaaminen lisää

⁵³ HE 4/2020 vp, 11.

⁵⁴ HE 4/2020 vp, 20.

⁵⁵ HE 4/2020 vp, 24.

⁵⁶ HE 4/2020 vp, 53.

⁵⁷ Opintopolku 2021.

⁵⁸ HE 4/2020 vp, 49.

⁵⁹ Kangasniemi ym. 2018, 17.

⁶⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 20.

⁶¹ Kangasniemi ym. 2018, 17.

haittatapahtumien riskiä.⁶² Sosiaali- ja terveysalan täydenniskoulutuksella voidaan edistää erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyötä, hoidon jatkuvuutta, saumattomia palveluketjuja ja kansallisten hoitosuosittelujen toimeenpanoa. Moniammatillinen koulutus tukee eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä, verkostoitumista ja sitoutumista työyhteisön tavoitteisiin. Moniammatillinen koulutus voi esimerkiksi perustua terveydenhuollon, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelu- ja hoitoketjuihin.⁶³

Ammattipätevyysdirektiivin artiklan 22 ensimmäisen kohdan b alakohdassa vahvistetaan periaate terveydenhuollon säänneltyjen ammattihenkilöiden jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä. Tämän mukaan jäsenvaltioiden on kannustettava ammattihenkilöitä jatkuvaan ammatilliseen kehittämiseen ja siten varmistettava, että ammattihenkilöt, joiden ammattipätevyys kuuluu osaston III soveltamisalaan eli lääkärit, hammaslääkärit, proviisorit, sairaanhoitajat ja kättilöt, voivat ajantasaistaa tietojaan, taitojaan ja pätevyyttään voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja tehokkaasti ammatillista kehitystä seuraten. EU-jäsenvaltioiden tulee tiedottaa komissiota niistä toimista, joilla edistetään edellä mainittujen ammattiryhmien ammatillista kehittämistä, ja sen lisäksi jäsenvaltioiden tulee jakaa keskenään tietoa hyvistä käytännöistä.⁶⁴

Ammattihenkilölain 18 §:n mukaisesti terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään työtehtävien edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaa koskeviin määräyksiin ja säännöksiin. Työnantajan tulee seurata ammatillista kehittämistä ja luoda edellytykset sille, että terveydenhuollon ammattihenkilö voi ammatilliseen täydenniskoulutukseen osallistumalla ja muilla menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojaan ja taitojaan voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti. Vastaavasti terveydenhuoltolain 5 § velvoittaa kuntaa ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymää huolehtimaan siitä, että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydenniskoulutukseen. Tähän luetaan myös yksityisten palveluntuottajien henkilöstö, joilta kunta tai kuntayhtymä ostaa palveluja. Täydenniskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Täydenniskoulutukseen sisältyvistä asioista ja seurannasta voidaan säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa terveydenhuollon henkilöstön täydenniskoulutuksesta 3 §:ssä tarkennetaan, että vuosittaisen täydenniskoulutuksen määrä riippuu työntekijän peruskoulutuksen pituudesta, toimenkuvasta, työn vaativuudesta ja ammatillisista kehittämistarpeista. Asetuksen 4 §:n mukaan terveyskeskus ja

⁶² Vellonen ym. 2019, 191.

⁶³ Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 28.

⁶⁴ HE 107/2015 vp, 10.

sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voivat järjestää täydennyskoulutusta omana toimintanaan tai hankkia sen muulta täydennyskoulutuksen järjestäjältä. Täydennyskoulutuksen järjestämisessä tulisi huomioida kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon toiminnallinen kokonaisuus. Asetuksen 5 §:n mukaisesti terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee seurata täydennyskoulutuksen toteutumista, koulutukseen osallistumista ja koulutuskustannuksia. Kunnallinen työmarkkinalaitos kokoaa toimintayksiköiden seurantatietojen perusteella tilastotietoja, joita seurataan valtakunnallisesti.

Terveydenhuollon täydennyskoulutuksen tarkemmasta määrästä ei siis ole säädetty laissa, vaan määrä riippuu peruskoulutuksesta ja työtehtävien sisällöstä. Vuonna 2018 sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen kansallinen keskiarvo oli 3,9 päivää.⁶⁵ Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) hoitohenkilökunnan osallistuminen täydennyskoulutukseen on lisääntynyt viime vuosina. Vuonna 2015 hoitohenkilöstön täydennyskoulutuksen määrä oli HUSissa keskimäärin 2,8 päivää, kun vuonna 2016 määrä oli 3,6 päivää. HUS:in tarkastuslautakunnan⁶⁶ arviointikertomuksen mukaan muihin sairaanhoitopiireihin vertaaminen on hankalaa, koska raportointi koulutusinvestoinneista on vaihtelevaa.⁶⁷ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstökertomuksen mukaan hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksen keskiarvo oli 3,6 päivää vuonna 2018 ja 3,46 päivää vuonna 2019.⁶⁸

KT Kuntatyönantajan⁶⁹ selvityksen mukaan korona vähensi täydennyskoulutuksen määrää kunta-alalla vuonna 2020. Lähikoulutuksia jouduttiin perumaan ja valtaosa koulutuksesta järjestettiin etänä verkossa. Vuonna 2020 täydennyskoulutukseen osallistui 59 prosenttia kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuollon sekä varhaiskasvatuksen henkilöstöstä, mikä on 11 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuonna 2019. Eniten täydennyskoulutusta annettiin lääkäreille, hammaslääkäreille sekä muulle korkeakoulutetulle sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneilla, kuten sairaanhoitajilla, oli keskimäärin 2,6 koulutuspäivää vuonna 2020. Saman vuonna sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittaneilla, kuten lähihoitajilla, keskimääräinen

⁶⁵ HUS Tarkastuslautakunta 2020, 36.

⁶⁶ HUS tarkastuslautakunnan lakisääteisenä tehtävänä on arvioida valtuuston asettamien tavoitteiden toteutumista. Sen lisäksi tarkastuslautakunta arvioi kuntien ja kuntayhtymien toiminnan tuloksellisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Vuosittain valtuustolle annettavaan arviointikertomukseen on koottu tarkastuslautakunnan arvioinnin tulokset edellisen vuoden osalta ja suositukset toiminnan kehittämiseksi.

⁶⁷ HUS Tarkastuslautakunta 2020, 36-37.

⁶⁸ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallitus 2020, 20.

⁶⁹ Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT on työmarkkinakeskusjärjestö, joka edustaa Manner-Suomen kuntia, kuntayhtymiä ja hyvinvointialueita. KT muun muassa neuvottelee valtakunnalliset virka- ja työehtosopimukset.

koulutuspäivien määrä oli 1,8 päivää. KT Kuntatyönantajan tekemä tiedustelu kattaa 81 prosenttia koko kunta-alan henkilöstöstä.⁷⁰

Vuonna 2019 Tehy toteutti kyselytutkimuksen erikoissairaanhoidossa työskenteleville sairaanhoitajille. Kyselyyn vastasi 497 sairaanhoitajaa, joiden arvion mukaan erikoissairaanhoidossa tarvitaan erityisesti lääkehoidon osaamista, vuorovaikutustaitoja, erikoisalaosaamista ja kokonaisvaltaista osaamista. Tärkeimpänä pidettiin lääkehoidon, peruselintoimintojen tarkkailun ja vuorovaikutustaitojen osaamista. Vastauksissa korostui oman erikoisalan ydinosaamisen tarve. Suurin osa vastaajista arvioi oman osaamisen olevan sopivalla tasolla työn vaatimuksiin nähden. Vastaajista noin puolet kertoi työnantajan kannustavan ammatilliseen kehittymiseen.⁷¹ Myös Tehyn vuonna 2020 lähihoitajille tekemässä kyselytutkimuksessa lähihoitajat arvioivat tarvitsevansa työssään lääkehoidon, perushoidon, saattohoidon ja vuorovaikutustaitojen hallinnan osaamista. Vastaajat toivoivat lisää osaamista lääkehoidon, haavahoidon, kirjaamisen ja asiakkaan kohtaamisen sekä vuorovaikutustaitojen osalta.⁷² Vuonna 2020 Suomen lähi- ja perushoitajaliitto, jäljempänä SuPer, toteutti kyselytutkimuksen, johon vastasi 8175 lähihoitajaa. 72 prosenttia vastaajista raportoi, että työnantaja mahdollisti osallistumisen täydennyskoulutukseen. Kuitenkin 28 prosenttia vastaajista raportoi, että työnantaja ei tarjonnut täydennyskoulutusta.⁷³

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen yhteiskunnalliset odotukset ovat jatkuvassa muutoksessa, mutta yhteiskunnan muuttuneisiin tarpeisiin vastaaminen on myös elinvoimaisen ammatin edellytys. Kun aikaisemmin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten on odotettu vastaavan sairashoidosta, nykyään osaamistarpeet painottuvat enemmänkin ennaltaehkäisyyn, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen sekä ihmisen osallisuuden vahvistamiseen.⁷⁴ Alan osaamistarpeisiin vaikuttavat väestön ikääntyminen, terveyserojen lisääntyminen ja sosiaali- ja terveystalouden suuri alueellinen vaihtelu, mutta myös globalisoituminen ja kiihtyvä maahanmuutto sekä teknologian kehittyminen.⁷⁵ Alueellisista eroista johtuen osaamistarpeet voivat olla hyvin erilaisia lyhyiden välimatkojen kaupungeissa ja pitkien etäisyyksien haja-asutusalueilla. Tulevaisuudessa onkin arvioitava, että miten osaaminen kohdennetaan väestömäärältään pienempien haja-asutusalueiden palveluiden turvaamiseksi.⁷⁶

⁷⁰ Kuntatyönantaja 2021b, 1-2.

⁷¹ Coco 2020, 12.

⁷² Coco & Roos 2020, 20.

⁷³ Erkkilä & Kangas 2020.

⁷⁴ Kangasniemi ym. 2018, 81.

⁷⁵ Kangasniemi ym. 2018, 9; Virtanen ym. 2017, 7-8.

⁷⁶ Kangasniemi ym. 2018, 9.

Lisäksi meneillään oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen on arvioitu vaikuttavan tulevaisuuden osaamistarpeisiin. Alakohtaisen substanssiosaamisen lisäksi osaamistarpeet kohdistuvat asiakaslähtöisyyteen, palvelujärjestelmän tuntemiseen, digitalisaatioon, moniammatilliseen yhteistyöhön, ohjaus- ja neuvontaosaamiseen sekä vaikuttavuus- ja kustannustietoisuusosaamiseen.⁷⁷ Vaikka alan ydinosaamistarpeet pysyvät samana, toimintaympäristön muutoksen myötä alalla joudutaan jatkuvasti kehittämään keinoja ja osaamista muutokseen vastaamiseksi. Vaatimus näyttöön perustuvasta toiminnasta muodostaa myös haasteen vahvalle ammattiosaamiselle.⁷⁸

Opetushallituksen tulevaisuuden osaamistarpeita kartoittavassa raportissa on arvioitu, että tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystieteiden tehtävissä eniten merkitystään kasvattavat kokonaisuuksien hallinta, monikulttuurisuustaidot, yhteistyötaidot, paineen sietokyky ja vuorovaikutus-, viestintä- ja kommunikointitaidot. Digipalvelujen lisääntyminen saattaa haastaa empatia- ja kommunikaatiotaitojen osaamista asiakaskohtauksissa, joita on tärkeä ylläpitää ja kehittää. Alan yleisistä työelämätaidoista eniten merkitystään kasvattavat digitaalisten alustojen ja ratkaisujen hyödyntämisaikataulu, etä- ja virtuaalipalveluiden hallinta ja avoimen innovaatioympäristön kehittämistäidot. Alueellinen sosiaali- ja terveyspalveluiden suunnittelu, innovaatiojohtaminen, verkostojohtaminen ja moniammatillisten työyhteisöjen johtaminen nousevat esille erityisesti ammattikohtaiseen osaamiseen liittyen. Digitalisaation myötä tulevaisuudessa alalla väheneviä työtehtäviä ovat lääkeaineannosten valmistelu, lääkkeiden tilaus- ja ostotehtävät, ruoanvalmistukseen ja siivoukseen liittyvät tehtävät.⁷⁹

5 Hoidon ja hoivan määritelmät

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 3 §:n 2 momentissa määritetään, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Laki velvoittaa, että hoito on järjestettävä ja potilasta on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Lain lisäksi hyvän hoidon määritelmä perustuu terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin ja arvoihin. Hyvän hoidon toteutumisen edellytyksiä ovat myös sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden välinen yhteistyö, sujuvat asiakasprosessit sekä saumattomat hoito- ja palveluketjut.⁸⁰

⁷⁷ Kangasniemi ym. 2018, 18-19.

⁷⁸ Kangasniemi ym. 2018, 81.

⁷⁹ Leveälähti ym. 2019, 71.

⁸⁰ Raivio 2017, 1563.

Terveystieteellisessä hoidossa hoito perustuu lääke- ja hoitotieteelliseen asiantuntemukseen ja hoidolla tarkoitetaan tyypillisesti hoitotoimenpiteitä, terveydentilan ylläpitämistä ja sairauksien lääketieteellistä hoitoa. Hoitoa antavat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Hoitoon liittyy myös ongelman määrittäminen, eli diagnoosin tekeminen, ennen itse hoitoa.⁸¹ Hoitoa tuottavia, niin julkisen kuin yksityisen terveydenhuollon palveluita, ovat muun muassa sairaanhoito, erikoissairaanhoito, kuntoutus, hammashuolto, työterveyshuolto ja mielenterveyspalvelut. Tyypillisesti terveyspalvelut ovat luonteeltaan jaksoittaisia tai kertaluontoisia, joissa keskitytään tietyn akuutin sairauden hoitoon.⁸²

Hoivalla viitataan niin fyysiseen, psyykkiseen kuin emotionaaliseen huolenpitoon, jota ilman apua tarvitseva henkilö ei tulisi toimeen.⁸³ Hoivapalveluilla tarkoitetaan arjessa suoriutumisen tukemista ja tarjotaan apua niissä toiminnoissa, joista henkilö ei esimerkiksi alentuneen toimintakykynsä tai puutteellisen ympäristön takia suoriudu itsenäisesti.⁸⁴ Tyypillisiä hoivapalveluita ovat ikääntyneille tarjottavat tehostettuun palveluasumiseen, kotipalveluihin ja asumiseen liittyvät palvelut.⁸⁵ Myös lasten kunnallinen päivähoito on yksi esimerkki yhteiskunnallisista hoivapalveluista.⁸⁶ Hoiva on muun muassa huolehtimista apua tarvitsevan ravitsemuksesta, hygieniasta ja sosiaalisista suhteista.⁸⁷ Hoivapalvelut ovat usein pitkäkestoisia yhteiskunnan tarjoamia sosiaalisen avun muotoja.⁸⁸

Hoito ja hoiva ovat alkaneet eriytyä toisistaan terveydenhuollon kustannusten noustessa ja sen myötä kysymys termien välisestä erosta on tullut entistä näkyvämmäksi. Aiheen politisoituminen on yksi selitys hoidon ja hoivan välisessä rajanvedossa, sillä ne tulisi organisoida inhimillisellä, mutta taloudellisesti kestäväällä tavalla.⁸⁹ Hoidon ja hoivan tarpeita voi olla kuitenkin vaikea erottaa toisistaan ja erityisesti ikääntyneet saattavat tarvita samanaikaisesti sekä hoito- että hoivapalveluita.⁹⁰ Kotona asuvan runsaasti apua tarvitsevan ikääntyneen arjessa tämä näkyy usein siten, että hänen kodissaan käy useita auttajia, jolloin esimerkiksi yksi huolehtii kodin siivouksesta, toinen auttaa henkilökohtaisen hygienian hoidossa ja kolmas huolehtii haavan hoidosta ja lääkehoidosta.⁹¹

⁸¹ Anttonen & Sointu 2006, 13; Raivio 2017, 1563.

⁸² Kautto ym. 2006, 18.

⁸³ Anttonen & Sointu 2006, 13.

⁸⁴ Terveyskylä 2021; Kautto ym. 2006, 18.

⁸⁵ Kautto ym. 2006, 18.

⁸⁶ Repo & Kröger 2009, 206.

⁸⁷ Anttonen ja Sointu 2006, 13-14.

⁸⁸ Kautto ym. 2006, 18.

⁸⁹ Anttonen & Sointu 2006, 13.

⁹⁰ Kautto ym. 2006, 18-19.

⁹¹ Anttonen ym. 2009, 250.

Hallituksen esityksessä (HE 4/2020 vp) lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), jäljempänä vanhuspalvelulaki, lisättiin määritelmät välittömästä asiakastyöstä ja välillisestä asiakastyöstä.⁹²

Lähtökohtaisesti sosiaalialalla puhutaan asiakkaasta ja terveysalalla potilaasta, mutta hallituksen esityksen mukaisesti tässä kappaleessa käytetään termiä asiakas.

Vanhuspalvelulain 2 § mukaisesti laissa säädetään kunnan velvollisuudesta huolehtia ikääntyneen väestönsä hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemisesta sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta kunnassa, palveluntarpeiden selvittämisestä ja niihin vastaamisesta sekä palvelujen laadun varmistamisesta.

Vanhuspalvelulain 3 § kohdassa 5 välittömällä asiakastyöllä tarkoitetaan hoitoa ja huolenpitoa sekä asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista edistäviä ja ylläpitäviä tehtäviä, asiakasta koskevien tietojen kirjaamista, palvelutarpeen arviointia sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ja päivittämistä. Vastaavasti vanhuspalvelulain 3 § kohdassa 6 välillisellä työllä tarkoitetaan huoneiden ja yhteisten tilojen siivousta, pyykki- ja kiinteistöhuoltoa, ruoan valmistusta ja lämmitystä, yksikön johtajan ja vastuhenkilön esimies- ja hallinnollista työtä sekä muita vastaavia hoitoa ja huolenpitoa mahdollistavia tehtäviä. Termien määrittelyllä ja erottelulla laissa pyritään varmistamaan riittävä henkilöstöresurssi ja osaaminen asiakkaiden välittömiin tarpeisiin vastaamiseen. Samalla turvattaisiin riittävä resurssi välillisten tukipalvelujen toteuttamiseksi, esimerkiksi toimintayksikön hygieniatason ja ravinnon laadun varmistamiseksi. Työtehtävien erottelusta huolimatta tavoitteena on, että toimintayksikön työt hoidetaan joustavasti ja asiakaslähtöisesti.⁹³ Vanhuspalvelulain 3 § kohdassa 3 toimintayksiköllä tarkoitetaan julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista kokonaisuutta, jossa tuotetaan pääasiassa iäkkäille henkilöille sosiaali- tai terveyspalveluja joko palveluntuottajan tiloissa tai henkilön kodissa.

Välitön asiakastyö koostuu asiakkaan jokapäiväisten perustarpeiden tuesta ja se kattaa laajasti asiakkaan hyvinvoinnin tukemisen. Välittömään asiakastyöhön kuuluvat hoitoon, huolenpitoon ja kuntoutukseen liittyvät tehtävät sekä niitä mahdollistavat tehtävät. Päivittäisiä toimia tukevia tehtäviä ovat muun muassa ruokailussa, pukeutumisessa, peseytymisessä, wc-käynneillä ja liikkumisessa avustaminen. Näiden lisäksi myös toiminnan kirjaaminen, palvelutarpeen arviointi, hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen sekä päivittäminen kuuluvat välittömään asiakastyöhön. Asiakkaan hyvinvoinnin tukemiseen lukeutuvat muun muassa liikkumisen, ulkoilun ja sosiaalisten suhteiden tukeminen ja ylläpitäminen omaisten kanssa sekä yhteistyö omaisten ja edunvalvojan kanssa. Välittömään

⁹² HE 4/2020 vp, 88.

⁹³ HE 4/2020 vp, 95.

asiakastyöhön kuuluu myös yllättävissä tilanteissa tehtävä ympäristön siistiminen ja muu asiakkaan elinympäristön viihtyvyydestä huolehtiminen.⁹⁴

Tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa välittömään asiakastyöhön osallistuvat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähi- ja perushoitajat, geronomit, kodinhoitajat, sosiaalialan ohjaajat, sosionomit, soveltuvan ammatti- tai erikoisammattitutkinnon suorittaneet sekä soveltuvan opistoasteisen tutkinnon suorittaneet työntekijät, fysio- ja toimintaterapeutit, kuntoutuksen ohjaajat, kotiavustajat, hoitoapulaiset ja hoiva-avustajat, viriketoiminnan ohjaajat ja muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat työntekijät, sekä toimintayksiköiden johtajat ja vastuuhenkilöt. Koulutusmuodosta riippumatta opiskelijat saavat osallistua välittömään asiakastyöhön silloin, kun heillä on voimassa oleva työsopimus toimintayksikköön ja heillä on riittävä osaaminen suhteessa tutkinnon perusteisiin, ammattihenkilölainsäädännön edellyttämään osaamiseen sekä toimintayksikön tarpeisiin.⁹⁵

Työnantajan on huolehdittava, että jokaisessa työvuorossa on riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä lääkehoidon toteuttamiseksi. Jos asiakas ei pysty itse huolehtimaan oman lääkehoitonsa toteuttamisesta, terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten sairaanhoitajat, terveydenhoitajat tai lähihoitajat, vastaavat lääkehoidon asianmukaisesta toteuttamisesta. Työvuoron henkilöstö ei saisi koostua ainoastaan fysioterapeuteista, toimintaterapeuteista, kuntoutuksen ohjaajista, kotiavustajista, hoitoapulaisista, hoiva-avustajakoulutuksen saaneista työntekijöistä, viriketoiminnan ohjaajista tai muista vastaavista asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvista työntekijöistä, eikä opiskelijoista. Työnantaja on myös velvollinen huolehtimaan siitä, että työntekijöiden osaaminen vastaa työn vaatimuksia ja että työnjako toimintayksikössä vastaa asiakkaiden ja yksikön toiminnan tarpeita kaikkina vuorokauden aikoina. Lähihoitajien ja sairaanhoitajien vastuulla on erityisesti lääkehoidon asianmukainen toteuttaminen ja sen lisäksi saattohoitotilanteissa on huomioitava sairaanhoitajien työpanos. Muilta osin muutkin edellä mainitut ammattiryhmät voivat osallistua välittömään asiakasryhmään.⁹⁶

Vastaavasti välilliseen työhön luetaan yksikön huoneiden ja yhteisten tilojen päivittäinen siivous, pyykki- ja kiinteistöhuolto sekä ruoan valmistus ja sen laajamittainen lämmitys. Välillisen työn toteuttamisesta vastaa pääsääntöisesti tukipalveluhenkilöstö tai jos välillisen työn tehtävä kuuluisi säännönmukaisesti hoitohenkilökunnan työhön, se määriteltäisiin tehtäväkuvassa, eikä sitä otettaisi huomioon henkilöstömitoituksessa. Välillistä työtä on myös toimintayksikön johtajan ja vastuuhenkilön hallinnollinen- ja esimiestyö.

⁹⁴ HE 4/2020 vp, 88.

⁹⁵ HE 4/2020 vp, 89.

⁹⁶ HE 4/2020 vp, 89-90.

Palveluntuottajan on varattava riittävä erillinen resurssi välillistä työtä varten hankkimalla se ostopalveluna tai käyttämällä omaa työvoimaa. Tukipalveluja voitaisiin toteuttaa eri tavoin, esimerkiksi teknologisia ratkaisuja hyödyntäen, mutta toimintayksikkö vastaa siitä, että asianmukainen osaaminen toteutuu myös tukipalveluissa.⁹⁷

6 Sosiaali- ja terveysalan työvoiman rakenne ja sen muutokset

Vuosien 2009-2019 aikana sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden määrän kasvu on ollut toiseksi suurinta eri toimialojen keskinäisessä vertailussa.⁹⁸ Vuoden 2014 lopulla alla työskenteli noin 385 482 henkilöä ja vuonna 2019 vastaava luku oli 422 000 henkilöä.⁹⁹ Vuonna 2018 sosiaali- ja terveysalalla työskenteli 71 514 sairaanhoitajaa ja 75 513 lähihoitajaa.¹⁰⁰

Muihin aloihin verrattuna sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien ikäjakauma painottuu vanhempiin ikäluokkiin. Vuonna 2011 alan työntekijöistä 37 prosenttia oli yli 50-vuotiaita, minkä arvioitiin merkitsevän suurta poistumaa työntekijöiden jäädessä eläkkeelle.¹⁰¹ Vuonna 2020 Kuntien eläkevakuutus (KEVA) arvioi, että seuraavan kymmenen vuoden aikana kunta-alalta jää eläkkeelle yli 170 000 henkilöä eli noin kolmasosa kaikista työeläkevakuutetuista kuntatyöntekijöistä. Lähihoitajat ovat suurin ja sairaanhoitajat kolmanneksi suurin kunta-alan eläköityvistä ammattiryhmistä seuraavan 10 vuoden aikana. Ennusteen mukaan lähihoitajista 18 424 henkilöä eli 32,4 prosenttia ja sairaanhoitajista 12 579 henkilöä eli 25,3 prosenttia jää eläkkeelle vuosina 2020-2029. Kyseessä on yhteenlaskettu määrä vanhuuseläkkeelle, osatyökyvyttömyyseläkkeelle ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvistä henkilöistä.¹⁰²

Työvoimapula on akuutti sosiaali- ja terveysalalla ja sen seurauksena muun muassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, jäljempänä HUS, on joutunut sulkemaan terveydenhuollon yksiköitä. Väestön ikääntyessä terveydenhuollon palvelujen tarve kasvaa ja samanaikaisesti suuri osa henkilöstöä siirtyy eläkkeelle lähivuosina.¹⁰³

6.1 Koulutus ja sijoittuminen työelämään

Laajemmin tarkasteltuna sosiaali-, terveys- ja liikunta-alalla on paljon opiskelijoita. Vuonna 2019 alemman ja ylemmän korkeakouluasteen opiskelijoita oli yhteensä lähes 55 800. Opetushallinnon tilastoissa sosiaali-, terveys- ja liikunta-alaan lasketaan mukaan myös

⁹⁷ HE 4/2020 vp, 88-89.

⁹⁸ Räisänen & Ylikännö 2021a, 15-16.

⁹⁹ Virtanen 2018, 1; Tevameri 2021, 29.

¹⁰⁰ Tevameri 2021, 30.

¹⁰¹ Koponen, Laiho & Tuomaala 2012, 2-3.

¹⁰² Sohlman 2020, 3-5.

¹⁰³ Nieminen & Repo 2021, 20.

estonomit ja eläinlääketieteen opiskelijat. Näissä luvuissa ei ole mukana ammatillisen koulutuksen opiskelijoita, kuten lähihoitajia. Vuonna 2019 sairaanhoitajaopiskelijoita oli 13 413 ja opintonsa aloittaneita oli 4035. Vuonna 2018 lähihoitajaopiskelijoita oli yhteensä noin 38 000.¹⁰⁴ Ammatillisessa koulutuksessa sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ensisijaiset hakijat ovat selkeästi vähentyneet viime vuosina. Vuonna 2017 ensisijaisia hakijoita alalle oli yhteensä 9 162 ja vuonna 2020 ensisijaisia hakijoita oli yhteensä 7 353. Vastaavasti ammattikorkeakoulutuksessa ensisijaiset hakijamäärät sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan koulutukseen kasvoivat vuonna 2020. Ammattikorkeakoulutuksessa sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan aloituspaikkoja ollaan lisäämässä ja esimerkiksi sairaanhoitajien aloituspaikkojen määrää kasvatetaan 665 aloituspaikalla.¹⁰⁵

Vuonna 2018 sosiaali- ja terveysalan ammatillisesta koulutuksesta valmistui 13 398, joista 10 062 eli 75 prosenttia oli päätoimisesti töissä vuosi valmistumisensa jälkeen. Opintojaan jatkoi päätoimisesti 681 henkilöä ja työn ohessa opiskelevia oli 1 257 henkilöä. Valmistuneista työttömänä oli 843 eli noin 6,3 prosenttia. Vuonna 2018 oppisopimuksella alalta valmistui yhteensä 1 548, joista 1 320 henkilöä oli päätoimisesti töissä vuosi valmistumisen jälkeen. Vuonna 2018 sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnosta valmistuneiden työllistymisaste oli myös hyvä. Tuolloin valmistuneiden määrä oli 9 465, joista 8 760 oli työelämässä vuosi tutkinnon suorittamisen jälkeen. Tutkinnon suorittaneista työttömänä oli 270 henkilöä eli vain alle 3 prosenttia. Vuonna 2019 sairaanhoitajaksi valmistui 3372 henkilöä.¹⁰⁶

TE-toimistoissa oli vuoden 2018 aikana työnhakijoina 46 000 lähihoitajan koulutuksen ja noin 12 000 sairaanhoitajan koulutuksen saanutta henkilöä. Tuolloin työttöminä työnhakijoina oli keskimäärin 11 200 lähihoitajan ja 2 700 sairaanhoitajan koulutuksen saanutta henkilöä. Työnhakijoiden suurempi osuus selittyy sillä, että työnhakijoina voi olla TE-toimistossa esimerkiksi osa-aikatyötä tekeviä ja työvoiman ulkopuolella olevia henkilöitä. Ikäryhmään 25-54 vuotta kuului työtä hakevista lähihoitajaksi kouluttautuneista henkilöistä 70 prosenttia ja sairaanhoitajaksi kouluttautuneista 77 prosenttia.¹⁰⁷

Sosiaali- ja terveysalan ammatinvaihtajista on tehty tutkimuksia ja koottu tilastoja, mutta todellisista määristä ei ole tarkkaa tietoa, sillä arviot alaa vaihtaneiden lukumäärästä vaihtelevat useilla tuhansilla.¹⁰⁸ THL:n tilastoraportti vuodelta 2020 antaa hieman suuntaa tilanteesta. Raportin mukaan vuonna 2018 yhteensä 115 988 työikäisellä sairaanhoitajalla oli

¹⁰⁴ Tevameri 2021, 76-78.

¹⁰⁵ Tevameri 2021, 78.

¹⁰⁶ Tevameri 2021, 78-79.

¹⁰⁷ HE 4/2020, 66.

¹⁰⁸ Tevameri 2021, 63.

sairaanhoidajan ammattioikeudet. Vuonna 2018 sairaanhoitajana työskenteli yhteensä 71 514. Tämän perusteella voidaan arvioida, että noin 43 486 työkäistä sairaanhoitajaa olisi kyseisenä vuonna ollut pois sairaanhoitajan tehtävistä.¹⁰⁹ Hallituksen esityksessä (HE 4/2020) on arvioitu, että muissa kuin koulutusta vastaavissa tehtävissä työskenteli 4-5 prosenttia niistä henkilöistä, joilla viimeisin suoritettu tutkinto on hoitajan tutkinto. Tilastosta riippuen lukumäärä vaihtelee 6 800-9 700 henkilön välillä. Hieman yli puolet muilla aloilla työskentelevistä oli 30-49-vuotiaita ja reilu neljännes 50 vuotta täyttäneitä. Muissa töissä olevista suurin osa työskenteli yksityisellä sektorilla, mutta ammateissa oli suurta vaihtelua. Työssäkäyntitilaston mukaan lähes 1900 työskenteli myyjinä ja toimistosiivoojina, kun taas noin 1200 henkilöä työskenteli myyntiedustajina, lääke-esittelijöinä tai yleissihteereinä.¹¹⁰

Vuosina 2006-2013 Suomeen muuttaneiden sairaanhoitajien määrä oli suurempi kuin Suomesta pois muuttavien. Kyseisenä ajanjaksona Suomeen saapui vuosittain keskimäärin 220 sairaanhoitajaa, kun taas Suomesta lähti vuosittain noin 130 sairaanhoitajaa.

Nettomaahanmuutto lähti kuitenkin laskuun vuonna 2015. Vuosina 2015-2017 keskimäärin 140 sairaanhoitajaa saapui Suomeen ja samana ajanjaksona ulkomaille muutti noin 200 sairaanhoitajaa vuodessa. Suomeen muuttaneilla sairaanhoitajilla yleisin lähtömaa on ollut Viro ja vastaavasti Suomesta lähdetään tyypillisimmin Ruotsiin tai Norjaan. Useimmiten työn perässä ulkomaille lähtevät ovat nuoria ja maastamuutto on tilapäistä. Vuosina 2006-2010 Suomesta lähteneistä sairaanhoitajista noin 46 prosenttia on palannut takaisin neljän vuoden sisällä lähdöstään. Toisaalta 42 prosenttia lähteneistä sairaanhoitajista ei palannut Suomeen vuoteen 2019 mennessä. Sairaanhoidajien muuttotietoja on selvitetty hyödyntämällä Tilastokeskuksen työssäkäynti- ja koulutustilaston tietoja ja sen lisäksi sairaanhoitajien liikkumista Suomesta ulkomaille voidaan seurata ammatti-, koulutus- ja muuttotietojen avulla. Nämä tilastot eivät kuitenkaan kerro syytä muutolle tai tietoa muuttaneiden työllistymisestä ulkomailta.¹¹¹

6.2 Työvoiman kohtaanto

Työvoiman kohtaanto-ongelmat ovat varsin yleisiä Suomessa. Työvoiman kohtaanto-ongelmalla tarkoitetaan, että työnantajat eivät joko löydä sopivia työntekijöitä tai työntekijöitä ei ole lainkaan tarjolla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusten mukaan työvoiman saatavuusongelmat ovat olleet keskimääräistä yleisempiä.¹¹² Työ- ja elinkeinoministeriön vuonna 2021 tekemän selvityksen mukaan ongelmat osaavan työvoiman saatavuudessa pysyneet pinnalla koko

¹⁰⁹ Terveystieteiden tutkimuskeskus 2020b, 10-14.

¹¹⁰ HE 4/2020, 65.

¹¹¹ Juuti 2020.

¹¹² Koponen, Laiho & Tuomaala 2012, 17.

korona-ajan. Työvoiman saatavuudessa on ollut ongelmia pitkään ja tilanne on pahentunut koronapandemian myötä.¹¹³

Jo vuonna 2011 lähes 40 prosenttia sosiaali- ja terveysalan toimijoista raportoi, että heillä on ollut vaikeuksia sopivan työvoiman löytämisessä.¹¹⁴ Vuonna 2018 vastaava luku oli 47 prosenttia ja vuonna 2020 sosiaali- ja terveysalan toimijoista 55 prosenttia raportoi rekrytointiongelmista.¹¹⁵ Työvoiman saatavuusongelmia ilmenee joka puolella Suomea. Rekrytointiongelmia on suhteellisesti eniten Kainuussa ja Etelä-Savossa, mutta määrällisesti suurin tarve työntekijöistä on Uudellamaalla. Työvoiman saatavuusongelma ei ole siis ratkaistavissa alueellisen liikkuvuuden keinoin.¹¹⁶ Esimerkiksi HUS tarkastuslautakunnan arviointikertomuksen mukaan hakijamäärät ovat kokonaisuudessaan laskeneet viime vuosina, kun samanaikaisesti HUS:in avoimet työpaikat ovat lisääntyneet. Vuonna 2015 yhtä hoitohenkilökunnan avointa työpaikkaa kohden tuli noin 24 työhakemusta, kun vuonna 2019 työhakemuksia tuli keskimäärin 13 avointa työpaikkaa kohden.¹¹⁷

Työ- ja elinkeinoministeriön vuonna 2021 tekemän analyysin mukaan keskeisimmät rekrytointiongelmiin syyt sosiaali- ja terveysalalla vuosina 2016-2020 olivat työnhakijoiden puutteellinen koulutus ja muut syyt, joista keskeisin lienee hakijoiden puute. Muita rekrytointiongelmiin syyt olivat työnhakijan työkokemuksen puute ja jossain määrin työajat, työpaikan sijainti sekä työstä maksettava palkka.¹¹⁸ Muilla toimialoilla rekrytointiongelmiin yleisimpiä syyt ovat työtehtävän edellyttämä erityisosaaminen, työkokemus ja työnhakijan henkilökohtaiset ominaisuudet. Muihin toimialoihin verrattuna rekrytointiongelmiin syyt painottuvat sosiaali- ja terveysalalla juuri työnhakijoiden puutteelliseen koulutukseen ja tarjottavan työn tilapäisyyteen.¹¹⁹

Työn määräaikaisuus on keskimäärin yleisempää sosiaali- ja terveysalalla kuin muilla toimialoilla.¹²⁰ Esimerkiksi vuonna 2020 alle viikon kestäviin määräaikaisiin työsuhteisiin haettiin kaikilla toimialoilla yhteensä noin 262 700 työntekijää. Lähes 90 prosenttia tästä luvusta koostui terveys- ja sosiaalipalveluiden sijaistarpeesta.¹²¹ Määräaikaisten työsuhteiden yleisyys johtuu osittain naisvaltaisesta alasta, työntekijöistä noin 87 prosenttia on naisia, ja siten yleisemmistä vanhempainvapaista.¹²² Sosiaali- ja terveysalalla on siis yleisempää, että

¹¹³ Nieminen & Repo 2021, 12.

¹¹⁴ Koponen ym. 2012, 17.

¹¹⁵ HE 4/2020, 68; Tevameri 2021, 50.

¹¹⁶ HE 4/2020, 68-69.

¹¹⁷ HUS Tarkastuslautakunta 2020, 29.

¹¹⁸ Räisänen & Ylikännö 2021b, 55.

¹¹⁹ Koponen ym. 2012, 17-18.

¹²⁰ Koponen ym. 2012, 4

¹²¹ Räisänen & Ylikännö 2021b, 64.

¹²² Koponen ym. 2012, 4; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 33.

työntekijä tulee toisen työntekijän tilalle joko vakinaiseen työsuhteeseen tai määräaikaaisesti sijaiseksi.¹²³ Työsuhteiden määräaikaisuus vaikuttaa alan työttömyyteen, sillä alkaneiden ja päättyneiden työttömyyksiä määrä alalla on suuri suhteutettuna keskimääräiseen työttömien määrään.¹²⁴

Vuoden 2019 tilastoissa huomion arvoista on se, että sosiaali- ja terveysalan rekrytointivaikeuksista huolimatta yleisin työsuhdemuoto viimeksi palkatun työntekijän kodalla on ollut määräaikainen työsuhte. Määräaikaisten työsuhteiden osuus on noin 60 prosenttia viimeksi palkattujen työntekijöiden kohdalla. Vuonna 2019 yleisimmät rekrytointisyynä sosiaali- ja terveysalalla olivat työntekijöiden poistuma, yli 40 prosenttia, ja vaihtuvuus, yli 30 prosenttia. Kun taas toimialojen vertailuissa uusia työpaikkoja syntyi vähiten sosiaali- ja terveysalalla, noin 25 prosenttia. Veto- ja pitovoiman kannalta määräaikaisten työsuhteiden määrään ja työntekijöiden suureen vaihtuvuuteen tulisi kiinnittää huomiota sosiaali- ja terveysalalla.¹²⁵

Kuten monilla aloilla, niin myös sosiaali- ja terveysalalla koronapandemialla on ollut vaikutusta työvoiman kysyntään Suomessa. Muutokset työvoiman tarpeessa ovat olleet nopeita ja radikaaleja. Esimerkiksi tehohoidon tarve lisääntyi nopeasti ja hoitoajat ovat olleet tavallista pidempiä. Työvoiman saatavuudessa on ollut haasteita jo ennen pandemiaa, mutta ongelmat ovat vain korostuneet pandemian aikana. Ammattitaitoisen henkilöstön saatavuudelle uusia haasteita ovat aiheuttaneet henkilökunnan sairastumiset ja altistumistapaukset. Valmiuslaki ja sen asetukset ovat myös osaltaan vaikuttaneet työntekijöiden jaksamiseen.¹²⁶ Vuoden 2020 maaliskuussa valtioneuvosto antoi valmiuslain nojalla asetuksen, jolla pystytään reagoimaan epidemiasta aiheutuvaan henkilöstöpulaan yhteiskunnan kriittisissä toiminnoissa. Valmiuslain asetuksen mukaan työnantaja saattoi keskeyttää työntekijän loman tai siirtää sen antamisen ajankohtaa, teettää ylitöitä ilman työntekijän suostumusta sekä poiketa lepoajoista. Lisäksi irtisanomisaikaa voitiin pidentää neljään kuukauteen.¹²⁷ Terveystieteiden tutkimusten mukaan kuormitus aiheuttaa haasteita työntekijöiden jaksamiselle ja saattaa ajaa osaajia pois alalta. Työ- ja elinkeinoministeriö arvioi, että on tärkeää saada tutkittua tietoa siitä, millainen merkitys pandemia-ajalla on sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden veto- ja pitovoimaan sekä työntekijöiden kokemuksiin omasta hyvinvoinnistaan.¹²⁸

¹²³ Räisänen & Ylikännö 2021b, 67.

¹²⁴ Koponen ym. 2012, 4.

¹²⁵ Tevameri 2021, 52.

¹²⁶ Tevameri 2021, 19-20.

¹²⁷ Työ- ja elinkeinoministeriö 2020b.

¹²⁸ Tevameri 2021, 19-20.

7 Hoitoon pääsyn määrääajat

Hoitoon pääsystä ja sen määrääjoista säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Vuonna 2001 valtioneuvoston päätöksellä käynnistetyn hankkeen tuloksena oli terveydenhuollon palvelujen turvaaminen määrääjassa lainsäädännöllä eli niin kutsuttu hoitotakuu, jonka tavoitteena on estää liian pitkät odotusajat tutkimuksiin ja hoitoon kiireettömän hoidon osalta.¹²⁹ Hoitotakuun käyttöönottoon vaikuttivat Suomen silloinen taloustilanne, lainsäädännön painotukset, kansalliset kehityshankkeet, kansainväliset tekijät ja tilastollisesti osoitetut terveydenhuollon ongelmat. Vuonna 2002 Suomi kuului kansainvälisessä tilastovertailussa 12 maan joukkoon, joissa jonotilanne arvioitiin kohtuuttomaksi.¹³⁰ Määrääjoista säädettäessä tavoitteena on ollut turvata hoidon saatavuus, hoitoon pääsy ja samalla tehdä terveydenhuollossa tehtävät valinnat näkyvämmiksi. Määrääajat myös edellyttävät palveluiden tarpeen ennakointia ja alueellista yhteistyötä palvelujärjestelmän toimiseksi.¹³¹ Kiireetöntä hoitoa koskevat määrääajat ovat olleet voimassa vuodesta 2005 lähtien.¹³²

Terveydenhuoltolain 50 § momentissa 1 ja 2 kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, toimintakyvyn alenemisen tai pitkäaikaissairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei ilman vamman vaikeutumista tai sairauden pahenemista voida siirtää. Kiireellinen sairaanhoito, suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava asuinpaikastaan riippumatta sitä tarvitsevalle potilaalle. Kunnan on järjestettävä vastaanotto toiminta kiireellisen hoidon antamista varten siten, että arkipäivisin ilmoitettuna aikana potilas saa välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon lähellä asuinpaikkaansa, ellei palveluiden laadun ja potilasturvallisuuden turvaaminen edellytä toiminnan keskittämistä päivystysyksikköön. Ilta-aikojen ja viikonloppujen osalta kunnan on järjestettävä perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon osalta terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään, että kunnan vastuulla on järjestää toimintansa niin, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystakeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä potilaan yhteydenotosta, jollei terveydenhuollon ammattilainen ole voinut tehdä arviota ensimmäisen yhteydenoton aikana. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tarpeelliseksi

¹²⁹ Kuntaliitto 2017.

¹³⁰ Häikiö 2015, 16.

¹³¹ HE 77/2004 vp, 30.

¹³² Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 14.

todettu lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen hoito on järjestettävä kohtuullisessa ajassa huomioiden potilaan terveydentila ja ennakoitavissa oleva sairauden kehitys, mutta kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää enintään kolmella kuukaudella suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa, jos perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilaa vaarantamatta.

Terveydenhuoltolain 52 §:n mukaisesti erikoissairaanhoidon osalta sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuulla on, että kiireellisen ja lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin perustein. Kiireettömän sairaalahoidon edellytyksenä on lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuva lähete. Kun lähete saapuu erikoissairaanhoitoon, lähete on käsiteltävä kolmen viikon kuluessa, hoidon tarpeen arvio on tehtävä kolmen kuukauden kuluessa ja hoitoon on päästävä viimeistään kuuden kuukauden kuluessa kuitenkin hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioiden.

Terveydenhuoltolain 53 § määrittää, että lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden osalta hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta sairaanhoitopiirin sairaalaan tai erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Arviointi ja tarvittavat tutkimukset on aloitettava kuuden viikon kuluessa lähetteen saapumisesta, jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia, erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia. Arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, mutta hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioiden.

Terveydenhuoltolain 54 §:n mukaisesti kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta, jos se ei voi itse järjestää hoitoa edellä mainituissa määräajoissa. Lisäksi terveydenhuoltolain 55 § 1 momentissa säädetään, että kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on julkaistava tiedot odotusajoista neljän kuukauden välein internetissä. Tämän lisäksi THL kerää tietoa hoitoon pääsystä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa ja julkaisee tiedot sivuillaan.¹³³

7.1 Määräaikojen toteutuminen

HUS tarkastuslautakunnan arviointikertomuksen mukaan vuonna 2019 kiireetöntä hoitoa koskeva kuuden kuukauden määräaika toteutui heikommin kuin vuonna 2018. Vuoden 2019 lopussa yli puoli vuotta odottaneita potilaita oli 1 121, kun vuoden 2018 lopussa heitä oli 497. Vuodesta 2018 vuoteen 2019 erikoissairaanhoitoon saapuneiden läheteiden määrä kasvoi 4,7

¹³³ Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 10.

prosenttia. Läheteiden määrä kasvoi eniten psykiatrian puolella, 13,9 prosenttia.¹³⁴ Vuoden 2020 huhtikuussa 7 702 potilasta oli odottanut yli puoli vuotta pääsyä kiireettömään erikoissairaanhoidon. Vuoden 2019 joulukuun lopulta määrä oli kasvanut yli 4 600 potilaalla. Tilanne on poikkeuksellinen, sillä koronapandemian takia sairaanhoitopiirit ovat joutuneet siirtämään kiireettömiä hoitoja ja myös potilaat ovat itse peruneet sovittuja hoitoaikoja.¹³⁵

Vastaavasti taas THL:n tilastoraportin mukaan keväällä 2020 terveystieteiden avosairaanhoidon kiireettömät käynnit vähenivät huomattavasti johtuen koronavirukseen varautumisesta. Valtioneuvosto antoi 17.3.2020 asetuksen (A 22/2020), että valmiuslain (1552/2011) 88 §:n nojalla kunnilla on väliaikaisesti oikeus olla noudattamatta laissa määriteltyjä kiireettömän hoidon määräaikoja epidemiatilanteen vuoksi.¹³⁶ Terveystieteiden käyntimäärät lisääntyivät elokuusta 2020 lähtien, mutta käyntimäärät eivät saavuttaneet aiempien vuosien tasoa. Vuonna 2020 terveystietokäyntejä oli kaiken kaikkiaan 23,7 miljoonaa, joista lääkärikäyntejä oli noin 7 miljoonaa ja muun terveydenhuollon ammattihenkilön luona käyntejä oli noin 16,8 miljoonaa. Yhteensä asiakkaita oli 4,3 miljoonaa eli noin 77 prosenttia väestöstä. Avosairaanhoidon fyysiset käynnit vähenivät 17,5 prosenttia ja suun terveydenhuollossa 21,3 prosenttia vuodesta 2019 koronapandemian seurauksena.¹³⁷ Vuoden 2021 THL:n tilastoraportin mukaan lokakuussa 2021 suun terveydenhuollon kiireettömien käyntien määrä oli edelleen pienempi kuin vuonna 2019. Lokakuussa 2021 kaikkien aluehallintovirastojen, jäljempänä AVI, alueilla 60 prosenttia pääsi viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista kiireettömille avosairaanhoidon lääkärin vastaanotokäynneille. Kolmen kuukauden määräaika ylittyi Pohjois-Suomen ja Lapin aluehallintoviraston alueella yhden prosentin osalta.¹³⁸

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on kuitenkin nostonut esiin, että THL:n julkaisemissa tilastotiedoissa perusterveydenhuollossa avohoidon hoitoon pääsyn osalta on harhan mahdollisuuksia. THL:n raportointi sisältää tiedot vain uuden ongelman vuoksi yhteyttä ottaneiden asiakkaiden hoitoon pääsystä ja tämä ryhmä muodostaa vain noin 10 prosenttia kaikista perusterveydenhuollon avohoidon hoitotapahtumista. Yksistään raportoitu tulosten pohjalta ei siis voi tehdä luotettavia johtopäätöksiä siitä, miten hoitoon pääsy on kehittynyt viimeisten vuosien aikana.¹³⁹ THL:n tilastoraportissa 11/2021 myös todetaan, että yksityiset palveluntuottajat ovat vasta vuonna 2020 alkaneet tuottaa perusterveydenhuollon hoitoilmoitustietoja, joten määriä ei voi täysin verrata aiempiin vuosiin.¹⁴⁰

¹³⁴ HUS Tarkastuslautakunta 2020, 26.

¹³⁵ Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020a, 1.

¹³⁶ Terveyden ja hyvinvoinnin laitost 2020b, 1.

¹³⁷ Terveyden ja hyvinvoinnin laitost 2021d, 1.

¹³⁸ Terveyden ja hyvinvoinnin laitost 2021a, 1.

¹³⁹ Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2019, 32.

¹⁴⁰ Terveyden ja hyvinvoinnin laitost 2021b, 1.

THL:n selvityksen mukaan lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa yhä suurempi joukko ohjautuu erikoissairaanhoidon, sillä he eivät saa riittäviä palveluita perusterveydenhuollosta. Vuodesta 2011 vuoteen 2015 lasten ohjautuminen erikoissairaanhoidon oli lisääntynyt 22 prosenttia. Tämän seurauksena järjestelmä on monin paikoin ruuhkautunut lähetemäärien kasvaessa vuosi vuodelta.¹⁴¹ Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat sekä rakenteellisesti että toiminnallisesti pirstaleinen kokonaisuus. Lähipalvelut koostuvat muun muassa koulujen terveydenhuollosta, perheneuvoloista, matalan kynnyksen mielenterveyspisteistä, kriisiasemista, nuorisosasemista ja osittain terveyskeskusten palveluista. Monihallinnollinen rakenne on yksi palveluketjun haavoittuvuuskohtista, sillä toimijat ovat erillään toisistaan ja rakenteet yhteistyön tekemiselle ovat puutteelliset. Lähipalveluissa onkin ollut vaikeuksia hahmottaa, että kuka ottaisi vastuun esimerkiksi alkavista tai lievista mielenterveyden oireista kärsivästä nuoresta henkilöstä.¹⁴² Terveysasemilla toimii myös psykiatrisia sairaanhoitajia, mutta esimerkiksi Helsingissä he palvelevat vain täysi-ikäisiä. Psykiatrisia sairaanhoitajia olisi resursoitava myös lähipalveluihin ja oppilaitoksiin.¹⁴³ Perusterveydenhuollon palveluiden heikkous heijastuu kasvavana erikoissairaanhoidon tarpeena ja suurempina kustannuksina.¹⁴⁴

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan nykyiset terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetyt kiireettömän hoitoon pääsyn määräajat ovat potilaan näkökulmasta pitkiä ja myös kansainvälisesti arvioiden Suomessa hoidon odotusajat ovat edelleen pitkiä.¹⁴⁵ Terveydenhuoltolain muutosta valmistellaan parhaillaan Sosiaali- ja terveysministeriössä. Muutoksen myötä hoitotakuu perusterveydenhuollon kiireettömissä tapauksissa tiukentuisi. Uudistuksen toteutuessa potilaan olisi päästävä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa hoitoon seitsemän päivän kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista, tällöin määräaika lyhenisi kolmesta kuukaudesta seitsemään päivään. Suun terveydenhuollossa hoitoon pääsyn määräaika lyhenisi kuudesta kuukaudesta kolmeen kuukauteen. Hoitotakuuta koskeva lakiesitys on lausuntokierroksella 17.11.2021-4.1.2022 välisenä aikana. Valmisteilla olevan lakimuutoksen on tarkoitus tulla voimaan 1.4.2023.¹⁴⁶

7.2 Lakiuudistuksen toteutumisen arviointi

Sosiaali- ja terveysministeriö on todennut, että hoitotakuun tiukentaminen edellyttää riittävän ja osaavan henkilöstön varmistamista perusterveydenhuollossa.¹⁴⁷ Tämä korostuu

¹⁴¹ Huikko ym. 2017, 4.

¹⁴² Hammarberg & Klemetti 2016, 49-50.

¹⁴³ Pääkaupunkiseudun tarkastuslautakunnat 2019, 95.

¹⁴⁴ Hiilamo & Salin 2020, 31.

¹⁴⁵ Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 30-31.

¹⁴⁶ Eduskunta 2021.

¹⁴⁷ Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b.

myös muun muassa kuntien ja ammattiliittojen antamissa lausunnoissa. Työ- ja elinkeinoministeriö on lausunnossaan korostanut, että hoitotakuun aikarajaus seitsemään päivään jää toteutumatta, jos alalle ei saada huomattavasti uusia resursseja. Esimerkiksi suun terveydenhuollossa hoitovelka on merkittävä ja sillä on sidos muuhun terveydenhoitoon.¹⁴⁸ Sosiaali- ja terveysministeriön hoitotakuuta koskevan esityksen henkilöstövaikutukset kohdistuisivat pääsääntöisesti lääkäreihin ja sairaanhoitajiin. Työ- ja elinkeinoministeriö pitää tärkeänä terveyskeskustyön houkuttelevuuden lisäämistä. Keskeisiä tekijöitä ovat työkuormituksen kohtuullisuus, mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön ja selkeä työnjako eri ammattilaisten välillä. Kehittämistoimet eivät kuitenkaan poista henkilöstön lisäämisen tarvetta.¹⁴⁹ Muun muassa Vantaan kaupunki on lausunnossaan tuonut esiin, että kaikille terveysasemille ei ole saatavissa riittävästi sairaanhoitajia ja sijaisia on vaikea löytää.¹⁵⁰

HUS-alueen kansanterveystyön johtajaverkoston näkemyksen mukaan perusterveydenhuollon jonojen purkamiseksi tarvitaan henkilöstölisäystä jo ennen mahdollisen hoitotakuun tiukentumisen voimaantuloa. Jos hoitotakuuta koskeva muutos toteutetaan riittämättömillä henkilöstöresursseilla, riskinä on, että henkilöstöä joudutaan siirtämään muista tärkeistä toiminnoista hoitotakuun noudattamiseksi. Muutoksen voimaantulo riittämättömillä henkilöstöresursseilla voi myös aiheuttaa ikävän kierteen, jossa ostopalveluja tai palvelusetelipalveluja tarjoava yksityinen taho pyrkisi rekrytoimaan henkilökuntaa julkisen yksikön työntekijöistä, mikä taas lisäisi julkisen yksikön henkilöstövajetta entisestään. Tällainen henkilöstöresursseja heikentävä ja kustannuksia nostava noidankehä on ollut nähtävissä jo joillakin erikoissairaanhoidon aloilla.¹⁵¹ Sairaanhoitajaliitto on myös nostanut esiin, että määräraajojen tiukentaminen ei vielä itsessään paranna hoidon vaikuttavuutta, jos henkilöstöpulan takia ei ole riittävä osaamista hoidon tarpeen arviointiin ja hoidon toteuttamiseen.¹⁵²

Henkilöstöresurssien lisäämisen lisäksi Suomen sairaanhoitajaliitto korostaa, että perusterveydenhuoltoon tarvitaan lisää erityisosaamista hoidon laadun varmistamiseksi. Jokaisella alueella tulisi olla konsultoitavissa erikoistuneita sairaanhoitajia, jotka ovat erikoistuneet esimerkiksi haavojen, kivun, astman tai diabeteksen hoitoon.¹⁵³ Vastaavasti taas Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ei kannata hallituksen esitystä siltä osin, että hoidon tarpeen arvioinnin tekijäksi perusterveydenhuollossa määritellään laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Ammattiliitto SuPer nostaa esiin, että rajaamalla

¹⁴⁸ Työ- ja elinkeinoministeriö 2022, 3.

¹⁴⁹ Työ- ja elinkeinoministeriö 2022, 5.

¹⁵⁰ Paavola 2022, 6.

¹⁵¹ Mickos 2022, 26-27.

¹⁵² Hahtela, Karhe ja Suutarla 2021, 4.

¹⁵³ Hahtela ym. 2021, 27.

nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeuksia vaikeutetaan ammattitaitoisen työvoiman saatavuutta ja riittävyyttä.¹⁵⁴ Myös Tehy ehdottaa lausunnossaan ensihoitoasetuksen 11 § 5 momentin mukaista siirtymäajan käyttöönottoa, jolloin hoidon tarpeen arvioinnissa työskentelevien lähi- ja perushoitajien osaamista täydennettäisiin vastaamaan laillistetun ammattihenkilön osaamista.¹⁵⁵

HUS-alueen kansanterveystyön johtajaverkosto on lausunnossaan nostanut esiin, että hoitoon pääsyn parantamisen yhteydessä olisi tärkeä parantaa myös hoidon jatkuvuutta. Tutkimustulokset osoittavat, että perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus hillitsee kustannuksia ja parantaa hoidon laatua ja tehokkuutta.¹⁵⁶ Sen lisäksi jatkuvuudella on myös myönteisiä vaikutuksia hoidon tuloksiin, hoitoon sitoutumiseen ja asiakkaan terveydentilaan.¹⁵⁷ Keskeistä on varmistaa muun muassa pitkäaikaissairaiden ja monia palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoitosuunnitelma ja siihen perustuva hoidon toimivuus. Ennaltaehkäiseviä palveluja ei tule unohtaa, koska ne hillitsevät kustannuksia ja raskaampien palvelujen tarvetta.¹⁵⁸ Myös valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutettujen etujärjestö Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry on lausunnossaan nostanut esiin, että kuntoutuspalvelut tulisi sisällyttää hoitotakuun piiriin. Tällä hetkellä kuntoutuspalvelut ollaan jättämässä seitsemän vuorokauden hoitotakuun ulkopuolelle, sillä kuntoutus nähdään vasta myöhäisemmän vaiheen palveluna. Kuntoutus on kuitenkin keskeinen osa varhaisen vaiheen palveluita, joilla voidaan ennaltaehkäistä raskaampien palveluiden tarvetta ja siten hillitä sosiaali- ja terveysongelmien kasautumista sekä kustannusten kasvua.¹⁵⁹ Samaa on todennut lausunnossaan myös Sairaanhoidotaliitto, jonka arvion mukaan nykyistä aktiivisemmalla kuntoutusotteella voitaisiin saada potilaiden toimintakyky palautumaan nopeammin ja siten lyhentää hoitoaikoja. Aktiiviseen kuntouttamiseen tulisi kuitenkin olla riittävät henkilöstöresurssit. Tällä hetkellä kuntoutustoimenpiteet ovat myös helposti toimia, jotka kärsivät henkilöstöpulan seurauksena.¹⁶⁰

HUS Kuntayhtymä on lausunnossaan arvioinut, että hallituksen esittämällä aikataululla hoitotakuun tiukentaminen tulisi liian pian hyvinvointialueiden aloituksen jälkeen. Heidän näkemyksensä mukaan olisi tärkeää, että hyvinvointialueet ehtisivät lisätä resursseja ennen lakimuutoksen voimaantuloa. Nyt esitetyllä aikataululla perusterveydenhuollossa tapahtuisi

¹⁵⁴ Ottela 2021, 21.

¹⁵⁵ Lindgren 2021, 20.

¹⁵⁶ Mickos 2022, 27.

¹⁵⁷ Raivio 2017, 1563.

¹⁵⁸ Mickos 2022, 27.

¹⁵⁹ Junno 2022, 18.

¹⁶⁰ Hahtela ym. 2021, 6-7.

yhtä aikaa kaksi merkittävää muutosta, mikä kuormittaisi liikaa niin organisaatioita, henkilökuntaa kuin koko terveydenhuoltojärjestelmää.¹⁶¹

8 Henkilöstömitoitus

Vuodesta 2001 alkaen iäkkäille suunnattujen palvelujen henkilöstömitoitusta ohjattiin sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton laatimilla laatusuosituksilla. Laatusuositusta uudistettiin vuonna 2008. Suosituksessa linjattiin, että henkilöstömitoitus on onnistunut silloin, kun asiakkaiden hoito- ja palvelutarpeet on otettu huomioon ja riittävä määrä ammattitaitoista henkilöstöä tuottaa määrältään, laadultaan sekä vaikuttavuudeltaan tarkoituksenmukaisia palveluja asiakkaille inhimillisesti ja kustannustehokkaasti.¹⁶²

Vuonna 2008 uudistettu laatusuositus suositti ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön vähimmäismääräksi 0,5-0,6 työntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. Korkeampaa vaihtoehtoa eli 0,6 suositeltiin, kun asiakkailta on vaikeita somaattisia oireita tai käytösoireita tai kun toimintayksikön puitteet sitä edellyttävät. Hyväksi henkilöstömitoitukseksi ympärivuorokautisessa hoidossa arvioitiin 0,7-0,8.¹⁶³ Ilmoitukset ja valvontaviranomaisten tarkastushavainnot ympärivuorokautisten palvelujen epäkohdista ovat kuitenkin lisääntyneet viime vuosina. Ilmoituksissa ovat korostuneet etenkin osaavan henkilöstön riittämättömyys, lääkehoidon puutteet ja tukipalvelujen riittämättömyys. Laatusuosituksella ei ole pystytty turvaamaan asiakkaiden yhdenvertaisuutta, eikä varmistamaan riittävää henkilöstömäärää kaikissa toimintayksiköissä.¹⁶⁴ Henkilöstömitoitusta laskettaessa ongelmana on ollut, että mitä tulkitaan kuuluvaksi tukipalveluihin. Laatusuosituksen mukaan tukipalvelut eivät sisältyneet välittömään asiakastyöhön eli hoitotyöhön, eikä niitä kuulunut laskea varsinaiseen mitoitukseen. Tämän lisäksi haasteena on myös asiakkaiden toimintakyvyn arviointi. Henkilöstömitoitusta laskettaessa palveluntuottaja on voinut vedota ainoastaan suositusentasoisiin ohjeisiin, joissa vähimmäismitoitus on 0,5, eikä mitoituksessa ole huomioitu asiakkaiden palvelun tarpeita. Tämä on myös johtanut siihen, että palveluntuottajat ja valvontaviranomaiset ovat arvioineet henkilöstömitoitusta erilaisin kriteerein.¹⁶⁵

Epäkohdat johtivat tarpeeseen uudistaa lainsäädäntöä ja sen avulla varmistaa iäkkäiden ympärivuorokautisiin palveluihin riittävä ja osaava henkilöstö. Hallituksen esityksessä (HE

¹⁶¹ Mickos & Ruokonen 2021, 19.

¹⁶² HE 4/2020, 14.

¹⁶³ Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2008, 36.

¹⁶⁴ HE 4/2020 vp, 42.

¹⁶⁵ HE 4/2020 vp, 37-38.

4/2020) esitettiin iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisiin palveluihin henkilöstömitoituksen sääntelyä laintasolla. Tämän lisäksi työnjakoa tukipalvelujen osalta tuli selkeyttää, mitä kuvattiin opinnäytetyön alussa välittömän ja välillisen asiakastyön osalta.¹⁶⁶ Esityksen päätavoitteena on varmistaa iäkkäille perustuslain mukaiset oikeudet välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tavoitteena on myös parantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta varmistamalla riittävä ja osaava henkilöstö sekä turvata laadukkaat palvelut, jotka mahdollistavat arvokkaan ja mielekkään elämän iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon asiakkaille.¹⁶⁷ Laintasoisen sääntelyn etuja ovat vahvempi velvoittavuus muihin ohjauskeinoihin nähden, yhdenvertaisuus ja toimintayksiköiden oman vastuun vahvistaminen. Lain toteutuminen edellyttää kuitenkin riittävää seuranta- ja valvontaa.¹⁶⁸

8.1 Vanhuspalvelulain uudistus

Lakiuudistus tuli voimaan 1.10.2020 siirtymäajalla ja tällä hetkellä henkilöstömitoituksesta iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa säädetään vanhuspalvelulaissa (980/2012).¹⁶⁹ Hallituksen esityksen (HE 4/2020 vp) mukaisesti lakiin lisättiin velvoite, että iäkkäiden henkilöiden tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon yksikössä henkilöstömitoituksen olisi oltava vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohti. Siirtymäajalla lakisääteinen henkilöstömitoitus kasvaa asteittain. Siirtymäajan henkilöstön vähimmäismitoitus on 1.10.2020 alkaen 0,5 työntekijää asiakasta kohti, 1.1.2021 alkaen 0,55 työntekijää asiakasta kohti, 1.1.2022 alkaen 0,6 työntekijää asiakasta kohti ja 1.4.2023 alkaen 0,7 työntekijää asiakasta kohti.¹⁷⁰ Siirtymäajalla toteutunut henkilöstömitoitus saisi alittaa 0,7 edellyttäen, että toimintayksikön tarjoamien palvelujen taso vastaa iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelutarvetta. Henkilöstömitoituksen tulee kuitenkin olla vähintään 0,5 työntekijää asiakasta kohden.

Joissakin tilanteissa toimintayksikön asiakasrakenne ja asiakkaiden kokonaispalvelutarve voi edellyttää korkeampaa henkilöstömitoitusta kuin 0,7 työntekijää asiakasta kohden. Esimerkiksi yksiköissä, jotka on suunnattu vaikeita käytösoireita omaaville asiakkaille, henkilöstömitoituksen tarve voi olla pysyvästi korkeampi kuin 0,7. Valviran ja AVI:n arvioiden mukaan suurimmassa osassa ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä asiakkaiden palvelutarpeisiin voidaan vastata 0,7 henkilöstömitoituksella.¹⁷¹ Valvira on kuitenkin

¹⁶⁶ HE 4/2020 vp, 42.

¹⁶⁷ HE 4/2020 vp, 39-40.

¹⁶⁸ HE 4/2020 vp, 42.

¹⁶⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.

¹⁷⁰ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021c.

¹⁷¹ HE 4/2020 vp, 96.

lausunnossaan korostanut, että henkilöstön määrän ja mitoituksen arvioinnin tulee perustua aina asiakkaiden palveluiden tarpeeseen. Asiakkaiden muuttuvia palveluntarpeita ei voi arvioida ennakkollisesti, esimerkiksi toimintayksikön luvan myöntämisvaiheessa, mutta muuttuviin palvelutarpeisiin tulee reagoida, esimerkiksi saattohoitovaiheessa tai muistisairaana vaikeissa käytösoireissa.¹⁷²

Henkilöstömitoitukseen lasketaan ainoastaan toimintayksikössä paikalla olevien välitöntä asiakastyötä tekevien työntekijöiden työpanos. Mitoitusta laskettaessa ei otettaisi huomioon välillistä työtä eli tukipalveluja. Tarkoituksena on ohjata henkilöstön osaaminen ja aika asiakastyöhön sekä siihen olennaisesti liittyviin tehtäviin.¹⁷³ Tukipalveluille ei kirjattu mitoitusvaatimusta lainsäädäntöön johtuen toimintayksiköiden erilaisesta asiakasrakenteesta, tiloista ja muista olosuhteista. Tukipalvelujen toteutuminen ja asianmukainen osaaminen on toimintayksikön vastuulla.¹⁷⁴ Valvira on arvioinut riittäväksi tukipalvelujen mitoitukseksi 0,1 työntekijää asiakasta kohden. Sen on katsottu olevan minimivaatimus laadukkaiden, asiakasturvallisten ja asianmukaisten palvelujen järjestämiseksi.¹⁷⁵ Toisaalta työtehtävien jaottelua välittömään asiakastyöhön ja välilliseen työhön ei tulisi soveltaa niin mekaanisesti, että se vaikeuttaisi yksikön toimintaa. Jaottelusta huolimatta mahdollisiin asiakkaiden tilannekohtaisiin tai kiireellisiin tarpeisiin olisi vastattava niin asiakaslähtöisyyden kuin turvallisuuden varmistamiseksi. Työtehtävien jaottelulla ei myöskään puututa työsopimuslain (55/2001) mukaiseen työnantajan työnjohto-oikeuteen.¹⁷⁶

Lakiuudistus koskee siis vain iäkkäille henkilöille suunnattua tehostettua palveluasumista ja pitkäaikaista laitoshoidoa.¹⁷⁷ Palvelurakennemuutoksen myötä vanhuspalvelulaki painottaa kuitenkin vanhainkotihoidon ja pitkäaikaishoidon sijasta kotiin annettavia palveluja ensisijaisena vaihtoehtona.¹⁷⁸ Ympäri vuorokautinen hoito on elämän loppuvaiheen hoitoa ja se kohdentuu erityisesti edennyttä muistisairautta sairastaville. Suurin osa palveluja tarvitsevista asiakkaista on siten kotihoidon palvelujen piirissä, jossa asiakasmäärät kasvavat jatkuvasti. Kotihoidon asiakasmäärät kasvoivat 7 500 asiakkaalla vuosien 2014-2018 aikana ja tulevana vuosina kasvun odotetaan kiihtyvän. Vuonna 2018 toteutetussa kuntakyselyssä noin 46 prosenttia vanhuspalveluista vastaavista arvioi, että heidän alueellaan ei ole saatavilla riittävästi kotihoidon palveluja. Kotihoidossa ei ole suositusta tai säännöksiä henkilöstömitoituksesta. Kotihoidon henkilöstömääriä tulisi seurata säännöllisesti, jotta ne vastaisivat asiakasmäärien kasvua. Hallituksen esityksessä (HE 4/2020) todetaan, että

¹⁷² Valvira 2020, 5.

¹⁷³ Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 18.

¹⁷⁴ HE 4/2020 vp, 88-89.

¹⁷⁵ HE 4/2020 vp, 20.

¹⁷⁶ HE 4/2020 vp, 95.

¹⁷⁷ HE 4/2020 vp, 23.

¹⁷⁸ Tervahauta & Santamäki-Vuori 2020, 2.

kotihoidon tilannetta tullaan vielä tarkastelemaan iäkkäiden palvelujen uudistuksen yhteydessä ja mahdollisesti kotihoidon puolelle saadaan myös velvoitteita riittävän henkilöstön turvaamiseksi.¹⁷⁹ Vantaan kaupungin lausunnossa todetaankin, että lakiuudistuksen henki on ristiriidassa aikaisemman vanhuspalvelulain hengen kanssa. Vanhuspalvelulain 14 §:n mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Henkilöstömitoitusta koskeva lakimuutos siirtää palvelun ja henkilöstötarpeen raskaaseen ja viime sijaiseen palveluun. Vanhuspalvelulain hengen toteutuminen edellyttäisi panostamista kotiin vietäviin ja kotona asumista tukeviin palveluihin. Valtakunnallisesti kaikkialla tulisi olla sama laskentakaava, jota käytettäisiin resurssien todentamisessa ja valvonnassa. Tehostetun palveluasumisen myöntämisen perusteet tulisi myös valtakunnallisesti yhdenmukaistaa, jotta pystyttäisiin varmistamaan yhdenvertaiset palvelut niitä tarvitseville asiakkaille.¹⁸⁰

Esimerkiksi Sairaanhoidajaliiton vuonna 2020 teettämässä kyselytutkimuksessa sairaanhoidajien vastauksista nousi esiin, että kotihoidon ja kotisairaanhoidon vaativuus on noussut. Laitospaikkoja on purettu nopeasti, minkä seurauksena kotihoidon asiakasmäärät ovat nousseet jatkuvasti. Resursseja ei kuitenkaan ole lisätty, vaikka asiakkaat ovat entistä monisairaampia ja huonokuntoisempia. Myös sairaaloiden osastoilta kotiutetaan potilaita entistä heikkokuntoisempina.¹⁸¹ Hoiva- ja terveyspalvelualan yritys Esperri Care on lausunnossaan todennut, että ilman kotihoidon henkilöstömitoitusta riskinä on, että ikääntyneitä hoidettaisiin mahdollisimman pitkään kotona kotihoidon palvelujen turvin ja pääsy asumispalveluihin vaikeutuisi. Yrityksen näkemyksen mukaan riskinä on se, että muutoksen myötä kunnat eivät sijoita iäkkäitä henkilöitä tehostettuun palveluasumiseen ennen kuin iäkkään henkilön hoidon tarve ylittää 0,7 mitoituksen. Tällöin iäkkäiden henkilöiden toimintakyky olisi entistä heikompi kuin nykyisillä asumispalvelujen piiriin sijoitettavilla iäkkäillä henkilöillä.¹⁸²

8.2 Työvoiman saatavuus henkilöstömäärän lisäämiseksi

Henkilöstömitoituksen nosto ja väestön ikääntyminen lisäävät tarvittavan henkilöstön määrää. Vuonna 2018 iäkkäille suunnatuissa ympärivuorokautisissa yksiköissä, kotihoidossa ja palveluasumisessa työskenteli yhteensä noin 50 000 hoitajaa. Hallituksen esityksessä (HE 4/2020) on arvioitu, että vuoden 2030 osalta ennakoitu henkilöstötarve tulee olemaan noin 80 000 hoitajaa. Ennuste kuvaa tilannetta nykyisellä palvelurakenteella ja on mahdollista, että

¹⁷⁹ HE 4/2020 vp, 23; HE 4/2020 vp, 63.

¹⁸⁰ Voutilainen & Halonen 2020, 2.

¹⁸¹ Karhe 2019, 1.

¹⁸² Esperri Care 2019, 5.

palvelurakenteessa tapahtuu muutoksia.¹⁸³ Uudistuksen lisäksi henkilöstöä tarvitaan lisää myös asiakasmäärien lisääntymisen ja hoitajien eläköitymisen vuoksi. Kehitys johtaa niin eri alueiden kuin tuottajien välillä entistä kovempaan kilpailuun työntekijöistä, sillä henkilöstöstä on jo nyt pulaa kaikkialla Suomessa.¹⁸⁴ Hallituksen esitysluonnokseen esitetystä eriävissä mielipiteessä nostettiin esiin, että henkilöstömitoituksen vaikutusarviot on tehty staattiseen tilanteeseen. Ikääntyneen väestön määrän kasvusta johtuva palvelutarpeen kasvu vaikuttaa huomattavasti henkilöstömitoituksesta aiheutuvaan resurssitarpeeseen. Tämä voi johtaa siihen, että siirtymäsäännös ei täytä tarkoitustaan, vaan tarve henkilöstölle ja rahoitukselle kasvaa pian lain voimaantulon jälkeen.¹⁸⁵

Ainoastaan koulutusmääriä lisäämällä tätä 30 000 hoitajan lisästarvetta on haasteellista toteuttaa.¹⁸⁶ Hallituksen esityksessä (HE 4/2020) on arvioitu, että uudistuksen johdosta muun muassa sairaanhoitajien määrää tulisi kasvattaa noin 530 sairaanhoitajalla. Sairaanhoitaja (AMK) tutkintoon johtavan koulutuksen aloittajamääriä tulisi hallituksen arvion mukaan kasvattaa yhteensä 700 uudella aloittajalla. Vuonna 2019 opetus- ja kulttuuriministeriö myönsi ammattikorkeakouluille erillisrahoituksen, jonka myötä vuonna 2020 sairaanhoitajaopinnot aloitti 178 sairaanhoitajaopiskelijaa enemmän kuin vuonna 2019. Jotta henkilöstömitoitus toteutuisi sairaanhoitajien osalta, sen on arvioitu edellyttävän vielä 526 uutta aloituspaikkaa vuosina 2020-2023. Kustannusarvio koulutuksen laajentamiselle on 14,7 miljoonaa euroa. Vastaavasti lähihoitajien osalta opetus- ja kulttuuriministeriö on arvioinut, että lakiesityksen myötä lähihoitajien koulutukseen tarvittaisiin noin 148 miljoonan euron määräraikainen lisäpanostus vuosille 2020-2024. Tämä lisämäärärahan tarve on arvioitu siten, että sen myötä saataisiin koulutettua 5 000 lähihoitajaa varantoon ja uusia opiskelijoita otettaisiin noin 1700 vuodessa.¹⁸⁷

Koulutuspaikkojen lisäämisen ohella sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunta (StVM 18/2020) on korostanut, että henkilöstön saatavuuden parantamisessa keskeisessä asemassa on alan houkuttelevuuden lisääminen ja toimintayksiköiden pitkäjänteinen työhyvinvoinnin ja toimintatapojen kehittäminen yhteistyössä henkilöstön kanssa. Huomiota on kiinnitettävä erityisesti johtamiseen ja sen kehittämiseen. Esimerkiksi useisiin valvontaviranomaisten havaitsemiin puutteisiin toimintayksiköissä olisi mahdollista vaikuttaa hyvällä johtamisella. Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan näkemyksen mukaan on tärkeää, että johtamisen opintopolkuja hoitoalalla sujuvoitetaan ja nopeutetaan sekä lisätään mahdollisuuksia

¹⁸³ HE 4/2020 vp, 61.

¹⁸⁴ HE 4/2020 vp, 57.

¹⁸⁵ Kuntaliitto 2020.

¹⁸⁶ HE 4/2020 vp, 61.

¹⁸⁷ HE 4/2020 vp, 53-54.

opiskella työn ohessa.¹⁸⁸ Asiantuntijalausunnossaan Tehy on nostanut esiin, että sosiaali- ja terveysalan esimies- ja johtotehtävissä alan koulutus sekä substanssiosaaminen on tärkeää, sillä jos johdon eri tasoilla ei ole riittävää ymmärrystä hoitotyöstä ja sen merkityksestä laadukkaille palveluille, henkilöstön työhyvinvointi ja potilaiden hoito kärsivät.¹⁸⁹ Tehyn näkemyksen mukaan työvoiman veto- ja pitovoiman parantaminen ikäihmisten hoidossa tarkoittavat palkkatason nostamista, työolosuhteiden parantamista, riittävää henkilömitoitusta, urakehitysmahdollisuuksien lisäämistä ja hyvää johtamista. Tehy arvioi, että vanhuspalvelulain muutokset itsessään lisäävän alan ja työpaikkojen vetovoimaisuutta.¹⁹⁰

Työvoimapulan ratkaisemiseksi on esitetty myös ulkomaalaisten työntekijöiden palkkaamista Suomeen.¹⁹¹ Ulkomailta palkkaaminen ei kuitenkaan ole kovin laajamittainen tai nopea keino työvoimatarpeisiin vastaamiseksi täydennys- ja kieliopintojen sekä niiden aiheuttamien kustannusten takia.¹⁹² Lisäksi sosiaali- ja terveysalan työvoiman saatavuudesta kilpaillaan kansainvälisesti ja pienenä kielialueena Suomi ei ole kovin houkutteleva kohdemaahan monille.¹⁹³ Kantasuomalaisiin sairaanhoitajiin verrattuna ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajat sijoittuvat useammin vanhustenhoiton yksiköihin, mutta tyypillisesti he työskentelevät tehtävissä, jotka eivät vastaa koulutusta, kuten lähihoitajana.¹⁹⁴ Esimerkiksi Attendo uutisoi lokakuussa 2020 palkkaavansa seuraavan neljän vuoden aikana 1 000 hoitajaa Filippiineiltä. Vaikka rekrytoitavat hoitajat ovat Filippiineillä sairaanhoitajakoulutuksen saaneita, tämä ei oikeuta suoraan työskentelemään vastaavissa tehtävissä Suomessa. Käytännössä Filippiineiltä rekrytoitavat hoitajat työskentelevät ensin hoiva-avustajina ja heitä kannustetaan täydentämään tutkintonsa lähihoitajan tai sairaanhoitajan tutkinnon laillistamiseksi Suomessa. Rekrytointiprosessiin valitut henkilöt aloittavat suomen kielen opinnot kotimaassaan ja opinnot kestävät työluvan hankkimisen ajan.¹⁹⁵

Julkisella sektorilla on tehty myös samankaltaisia toimenpiteitä työvoiman turvaamiseksi ja esimerkiksi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä on rekrytoimassa hoitajia ulkomailta yhteistyössä henkilöstöpalveluyritys Silkkien kanssa. Pilottivaiheessa alueen kotiin vietäviin palveluihin ja ikääntyneiden asumispalveluihin rekrytoidaan 50 filippiiniläistä sairaanhoitajaa. Tavoitteena on kouluttaa heidät oppisopimuksella lähihoitajiksi.¹⁹⁶ Johtamisella ja esimiestyöllä on tärkeä rooli koko työyksikön sopeutumisessa kulttuurisesti monimuotoiseen

¹⁸⁸ StVM 18/2020 vp, 6.

¹⁸⁹ Rytönen & Sillanpää 2020, 2.

¹⁹⁰ Rytönen & Sillanpää 2020, 2.

¹⁹¹ Tevameri 2021, 70-71.

¹⁹² HE 4/2020, 68.

¹⁹³ Työ- ja elinkeinoministeriö 2020a, 5.

¹⁹⁴ HE 4/2020, 68.

¹⁹⁵ Attendo 2020.

¹⁹⁶ Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2021.

työympäristöön. Ulkomaalaisten työntekijöiden perehdytyksen resursointiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota, ettei siitä muodostu lisäkuormitusta työyhteisössä. Jos työyksikössä on paljon ulkomaalaistaustaisia työntekijöitä, riskinä voi olla kantasuomalaisten työntekijöiden kuormittuminen.¹⁹⁷ AVI:n mukaan ikääntyneiden palveluissa tehtyjen valvontahavaintojen perusteella yhtenä haasteena on, että äidinkielenään suomea tai ruotsia puhuvat työntekijät kuormittuvat ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden kielitaidon puutteen takia, mikä vaikeuttaa asiakastyötä ja asianmukaisten asiakas- ja potilaskirjausten tekemistä.¹⁹⁸

Suomen Fysioterapeutit ammattiliitto on nostanut esiin, että sosiaali- ja terveydenhuollossa henkilöstöpula ei koske fysioterapeutteja. Työvoiman lisäyksen väylinä tulisikin huomioida fysioterapeutit ja toimintaterapeutit osana henkilöstömitoitusta, mutta heidän työpanoksensa tulisi kohdistaa kuntoutustyöhön. Nykyistä varhaisempi ja runsaampi kuntoutuspalveluiden hyödyntäminen vähentäisi raskaan hoidon tarvetta. Toimintayksiköiden kokoon ja asiakkaiden palvelujen tarpeeseen nähden yksiköihin tulisi taata riittävä määrä kuntoutusalan ammattilaisia.¹⁹⁹

Hallituksen esityksessä (4/2020) on arvioitu, että mikäli suunnitteilla oleva sosiaali- ja terveystalouden rakenneuudistus luo isommat järjestäjät ja tuotantoalueet, se todennäköisesti mahdollistaa paremman henkilöstön kokonaissuunnittelun. Tämä voisi parantaa henkilöstön saatavuutta, kun rekrytointi ja sijaisten hankinta keskitettäisiin, ja mahdollistaisi henkilöstölle enemmän valinnanmahdollisuuksia itselle sopivan tehtävän löytämisessä.²⁰⁰

8.3 Lainsäädännön toteutumisen seuranta

THL seuraa mitoituksen toteutumista yhteistyössä Valviran ja AVI:n kanssa.²⁰¹ THL on vuodesta 2013 lähtien seurannut vanhuspalvelulain toteutumista ja palvelujen saatavuutta. Vanhuspalvelulain uudistuksen toisessa vaiheessa on tavoitteena säätää jatkossa toteutettavasta seurannasta. THL:n esittämässä seurantamallissa henkilöstömitoituksen tiedonkeruun erilliskyselyt korvattaisiin suorilla tietojärjestelmien tietosiiroilla ja samalla tiivistettäisiin henkilöstömitoituksen raportointia tehtäväksi vuosineljänneksittäin.²⁰² Myös Valvira on lausunnossaan todennut, että valvontamenetelmät edellyttäisivät kehittämistä ja sähköisten järjestelmien puuttuminen vaikeuttaa valvontaa. Ideaalitilanne olisi esimerkiksi se, että valvontaviranomaiset, eli kunnat, AVI ja Valvira, saisivat sähköisten järjestelmien

¹⁹⁷ HE 4/2020, 68.

¹⁹⁸ Aluehallintovirasto 2020, 4.

¹⁹⁹ Suomen Fysioterapeutit 2020, 2.

²⁰⁰ HE 4/2020, 70.

²⁰¹ Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021e.

²⁰² Tervahauta & Santamäki-Vuori 2020, 4.

kautta reaaliaikaisesti tietoa toimintayksiköiden henkilöstömitoituksesta. Tällöin valvontaa pystyttäisiin kohdentamaan tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisemmin.²⁰³

THL:n tekemän selvityksen mukaan toukokuussa 2021 lakisääteinen vähimmäismitoitus 0,55 toteutui 90 prosentissa tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon yksiköissä. Kyseisen selvityksen mukaan lähi- ja sairaanhoitajien määrä ei ole kuitenkaan kasvanut, kun taas avustavan hoitohenkilöstön, kuten hoito- ja laitosapulaisten sekä hoiva-avustajien, määrä on kasvanut.²⁰⁴ THL:n kokoaman tilaston mukaan vuoden 2021 toukokuussa lakisääteisen henkilöstömitoituksen alitti yhteensä 182 toimintayksikköä eripuolilla Suomea. Tähän on laskettu mukaan tehostetun ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköt, hybridiyksiköt, joissa on sekä ympärivuorokautisen että ei-ympärivuorokautisen hoidon asiakkaita, vanhainkotihoitoon yksiköt ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon yksiköt.²⁰⁵ Vastaavasti vuoden 2021 marraskuussa lakisääteisen henkilöstömitoituksen alitti 81 toimintayksikköä.²⁰⁶

Henkilöstömitoituksen noston toteutuminen, että lisää hoitohenkilöstöä palkataan vanhuspalveluihin. THL:n arvion mukaan tavoitellun 0,7 mitoituksen toteutumiseksi tarvitaan noin 4400 hoitajan lisätyöpanos. Ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön kokonaismäärä oli vuoden 2021 toukokuussa 38 500 henkilöä. Vuoden 2020 marraskuun tilanteeseen verrattuna henkilöstön kokonaismäärä oli kasvanut 158 henkilöllä, mutta kasvu kohdentui pääosin hoitotyötä avustavaan henkilöstöön. Kun taas lähihoitajien ja sairaanhoitajien määrä oli laskenut 217 henkilöllä. Vanhuspalveluissa lähihoitajat ovat suurin ammattiryhmä.²⁰⁷ THL kartoitti vuoden 2020 marraskuussa toimintayksiköiden rekrytointiongelmia. Kysely lähetettiin 1615 julkiselle ja yksityiselle tehostetun palveluasumisen, vanhainkotihoitoon ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon yksikölle. Kyselyyn vastasi 98 prosenttia yksiköistä. Yksiköistä 97 prosenttia raportoi ainakin ajoittaisista rekrytointiongelmista ja 90 prosenttia raportoi rekrytointivaikeuksista erityisesti ammatillisen henkilöstön osalta. Jos koulutettua henkilöstöä ei ole saatavissa, 86 prosenttia yksiköistä raportoi käyttävänsä opiskelijoita, 30 prosenttia käyttävänsä kouluttamatonta henkilöstöä ja 26 prosenttia tekevänsä töitä vajaalla mitoituksella.²⁰⁸ Vuoden 2022 alusta lakisääteinen vähimmäismitoitus on noussut siten, että yksiköissä tulee olla 0,6 työntekijää asiakasta kohden. THL:n seuranta toteutetaan seuraavan kerran toukokuussa 2022.²⁰⁹ THL:n toukokuussa 2021 tekemän selvityksen mukaan 62

²⁰³ Valvira 2020, 5.

²⁰⁴ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021f.

²⁰⁵ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021b.

²⁰⁶ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021c.

²⁰⁷ Kehusmaa & Alastalo 2021, 2-3.

²⁰⁸ Kehusmaa & Alastalo 2021, 2-4.

²⁰⁹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.

prosenttia tehostetun palveluasumisen yksiköistä täytti jo tuolloin henkilöstömitoituksen 0,6 työntekijää asiakasta kohden.²¹⁰

Keskeinen ongelma on, että lähihoitajien ja sairaanhoitajien määrä ei ole noussut toivotulla tavalla, vaan yksiköt palkkaavat edelleen pääasiassa avustavaa työvoimaa, kuten hoiva-avustajia. Avustavan henkilökunnan lisääminen auttaa hoitohenkilöstön työn kohdentamisessa asiakastyöhön, mutta tällä tavoin henkilöstömitoituksen tavoitteeseen 0,7 ei päästä. Myös kotihoidossa lähihoitajien ja sairaanhoitajien määrä on hieman laskenut, vaikka kotihoidon käyntimäärissä ei ole havaittu muutosta. Syitä liian alhaisella henkilöstömitoituksella toimimiseen voi olla useita, mutta yksi keskeinen ongelma on vaikea tilanne ammattihenkilöstön rekrytoinnissa. Vaikeudet henkilöstön rekrytoinnissa voivat johtaa siihen, että yksiköt toimivat vajaalla henkilöstömäärällä entistä useammin. Pitkittyneiden rekrytointiongelmien vuoksi yksiköt saattavat joutua laskemaan asiakasmääriään henkilöstön minimimitoituksen saavuttamiseksi. Palvelujen järjestämisen näkökulmasta tilanne on huolestuttava, koska tällöin ympärivuorokautista hoitoa pystyttäisiin tarjoamaan yhä harvemmillä. Valtakunnallista asiakaspaikkojen laskua ei kuitenkaan ole vielä havaittu.²¹¹

Kuntaliiton alkuvuodesta 2022 sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnalle antaman lausunnon mukaan lakisääteisen mitoitustavoitteen täyttämiseksi henkilöstöä on jouduttu siirtämään kotihoidosta ympärivuorokautisiin palveluihin. Tämä on aiheuttanut tarvetta kotihoidon asiakaskäyntien lyhentämiseen ja viivettä kotihoidon käyntien aloittamisessa. Tällä taas on ollut vaikutusta koko hoitoketjun toimivuuteen. Kotihoidon käyntien aloittamisen viivästyessä ikäihmisiä ei ole voitu kotiuttaa sairaalasta sairaalahoidon tarpeen päätyttyä, mikä on aiheuttanut sairaalapaikkojen epätarkoituksenmukaista käyttöä ja jonoja. Sen lisäksi Kuntaliiton mukaan kunnissa on jo nyt tunnistettu tarve kriteereiden tiukentamiselle ympärivuorokautisen tehostetun palveluasumisen osalta.²¹²

8.4 Vanhuspalvelulain uudistamisen toinen vaihe

Vanhuspalvelulain uudistamisen toisessa vaiheessa hallituksen tarkoituksena on puuttua erityisesti vanhusten kotihoidossa ilmenneisiin ongelmiin. Esityksessä (HE 231/2021) vanhuspalvelulakiin ja sosiaalihuoltolakiin lisättäisiin säännökset, joilla parannettaisiin kotiin annettavien palvelujen saatavuutta ja laatua sekä edistettäisiin kotihoidon henkilöstön riittävyttä. Iäkkäiden henkilöiden lisäksi säännöksiä sovellettaisiin myös muihin asiakasryhmiin. Kotihoidon ja tukipalvelujen lisäksi uutena kotiin annettavana sosiaalipalveluna olisi turva-avustamispalvelu. Lakiin lisättäisiin säännökset kotihoidon

²¹⁰ Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2021e.

²¹¹ Kehusmaa & Alastalo 2021, 4.

²¹² Haverinen 2022.

henkilöstön riittävyden turvaamisesta ja henkilöstövajaukseen puuttumisen toimenpiteistä sekä kotihoidon käyntien suunnittelusta ja toteuttamisesta teknologiaa hyödyntäen. Esityksen mukaan lakien on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2023.²¹³

Esityksen mukaan sosiaalihuoltolain säännösten rakennetta kotiin annettavien palvelujen osalta ehdotetaan uudistettavaksi siten, että kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyvät kotihoidoksi. Jatkossa kotipalvelun käsite koskisi vain lapsiperheiden palvelua, joka erotettaisiin omaksi pykäläksi. Sen lisäksi tukipalvelut erotettaisiin kotipalvelua koskevasta pykälästä erilliseksi sosiaalipalveluksi. Sosiaalihuoltolakiin lisättäisiin säännökset kotikäyntien suunnittelusta ja kotihoidon toteuttamisesta, jotta varmistettaisiin kotihoidon riittävyys ja laatu. Tavoitteena on, että käyntien hyvällä suunnittelulla asiakas saisi hänelle kuuluvat palvelut ja henkilöstön työaika riittäisi palvelujen toteuttamiseen. Jatkossa myös edellytettäisiin lääkehoidon koulutusta iäkkäiden henkilöiden kotihoidossa. Teknologian hyödyntäminen edistäisi myös osaltaan työajan riittävyyttä kotihoidon toteuttamisessa. Sosiaalihuoltolakiin lisättäisiin säännökset työnantajan tehtävistä toimenpiteistä riittävän henkilöstön turvaamiseksi, jos suunniteltuja kotikäyntejä ei voida toteuttaa henkilöstön vajauksen vuoksi. Johtamista ja omavalvontaa koskevien sosiaalihuoltolain ja vanhuspalvelulain säännösten tarkentamisella vahvistettaisiin kotihoidon palvelujen riittävyyttä ja laatua. Toimivaltansa rajoissa toimintayksikön johtaja vastaisi siitä, että yksikössä on riittävä henkilöstö, ja johtamisen tulisi tukea työntekijöiden työhyvinvointia.²¹⁴

Kotona asumisen tukemiseksi esityksessä ehdotetaan sosiaalihuoltolakiin lisättävän säännös, jonka mukaan hyvinvointialueiden olisi järjestettävä kotihoidon palvelut asiakkaiden tarpeen mukaan vuorokauden kaikkina aikoina. Lisäksi vanhuspalvelulakiin ehdotetaan lisättävän säännökset kunnan ja hyvinvointialueen velvollisuudesta ottaa huomioon ikääntyneen väestön asumistarpeet strategisessa suunnittelussaan. Neuvontapalveluissa tulisi huomioida asumisen ennakointi ja kannustaa ikääntyntä väestöä omatoimisesti hakeutumaan sellaiseen asumismuotoon, jossa on mahdollista asua myös toimintakyvyn heikennyttyä. Iäkkäälle henkilölle nimetyn omatyöntekijän tehtäviä täsmennettäisiin vanhuspalvelulaissa. Täsmennyksen myötä omatyöntekijän tehtäviin kuuluisivat muun muassa asiakkaan neuvominen, toimintakyvyn seuraaminen ja tarvittaessa yhteydenpito palvelujen tuottajaan, jotta asiakkaalle turvataan riittävät ja laadukkaat palvelut.²¹⁵

Esityksessä todetaan, että vähimmäismitoituksen sääntely ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön osalta luo paineita vahvistaa myös kotihoidon henkilöstön riittävyyttä lainsäädännöllä. Kotihoidon henkilöstövaje johtuu pääosin henkilöstön saatavuusongelmista,

²¹³ HE 231/2021 vp, 1.

²¹⁴ HE 231/2021 vp, 35.

²¹⁵ HE 231/2021 vp, 36-37.

joten lainsäädännön vaikutusmahdollisuudet ovat rajalliset. Lainsäädännöllä voidaan kuitenkin vaikuttaa henkilöstön työpanoksen tarkoituksenmukaiseen kohdentumiseen sekä edistää kotihoidon veto- ja pitovoimaa. Siltä osin kuin henkilöstövajaus johtuu palvelun järjestäjän ja tuottajan haluttomuudesta osoittaa taloudellisia resursseja henkilöstön palkkaamiseen, lainsäädännön keinoin voidaan parantaa henkilöstön riittävyyttä. Yhtenä keinona vastata kasvavaan työvoimatarpeeseen on pidetty sosiaalihuollon avustaviin tehtäviin, kuten hoiva-avustaja, suuntautuvan koulutuksen kehittämistä. Esityksen mukaan hoiva-avustajan koulutus lisäisi alaa vaihtavien henkilöiden joustavia koulutus- ja työllistymismahdollisuuksia, mikä saattaisi innostaa myös sosiaalialan ammatillisen tutkinnon suorittamiseen.²¹⁶

Lausuntokierroksella useat tahot kritisoivat luonnosta. Huolta herätti muun muassa esityksen velvoite palvelujen järjestämisestä kaikkina vuorokaudenajasta riippumatta jo ennestään niukoilla henkilöstöresursseilla. SuPerin mukaan pelkona on, että esitetyt lakimuutokset eivät korjaa kotihoidon laatuutteita. Palvelujen jakaminen kolmeen vuoroon saattaakin päinvastoin vaikeuttaa palvelujen järjestämistä ja heikentää laatua, kun nykytilanteessakaan hoitohenkilöstöä ei ole riittävästi palvelujen järjestämiseen kahdessa vuorossa päiväsaikaan. Lakimuutos lisäisi työvoiman tarvetta entisestään.²¹⁷ Kuntaliiton arvion mukaan vuorokauden ajasta riippumattoman kotihoidon järjestäminen on haaste erityisesti harvaan asutuilla alueilla, joilla etäisyydet ovat pitkiä. Käytännössä yöaikaisen kotihoidon järjestäminen muutamalle syrjäseudulla asuvalle asiakkaalle voi sitoa suuren osan kotihoidon henkilöstöresursseista, mikä on taas pois päiväsaikaan järjestettävistä palveluista.²¹⁸ Tehyn arvion mukaan kotihoidon henkilöstöpula tulisi ratkaista valtakunnallisella tasolla, ennen kuin lailla voidaan säätää velvoite ympärivuorokautisesta.²¹⁹ SuPer arvioi myös kolmivuorotyön heikentävän kotihoidon veto- ja pitovoimaa.²²⁰ Valviran havaintojen mukaan yövuorossa työskentelevän henkilöstön koulutus- ja osaamisvaatimuksia on joissain tilanteissa heikennetty. Vaarana on, että yöaikaisen palvelun sisältö voi epätarkoituksenmukaisesti heikentyä, mikäli osaamisen tasoa lasketaan.²²¹ Valvira on tuonut myös esiin, että valvonnalliset haasteet korostuvat kotiin annettavien palvelujen kohdalla, koska työtä tehdään pääosin itsenäisesti. Tällöin on entistä tärkeämpää varmistaa työntekijöiden koulutus ja luotettavuus. Työnantajien on voitava tosiasiallisesti varmistaa työntekijöiden riittävä osaaminen, perehdyttäminen ja työn seuraaminen.²²²

²¹⁶ HE 231/2021, 30.

²¹⁷ Ilonummi 2021, 1.

²¹⁸ Haverinen 2022.

²¹⁹ Rytönen 2021, 1.

²²⁰ Ilonummi 2021, 1.

²²¹ Henriksson & Kauppi 2021, 2.

²²² Henriksson & Kauppi 2021, 11.

Valvira on pitänyt myös rajanvetoa palveluiden välillä ongelmallisena. Esityksessä tulisi tarkentaa, mitä sosiaalihuollon kotipalveluihin sisältyvällä hoidolla tarkoitetaan. Rajanveto terveydenhuollon toteuttamiseen kotipalvelussa on nähty haasteelliseksi, esimerkiksi lääkehoidon toteuttamisen ja henkilöstön osaamisvaatimusten osalta. Esityksessä kotisairaanhoido ja kotipalvelu yhdistyisivät ja muodostaisivat kotihoidon kokonaisuuden, vaikka niitä koskee eri lainsäädäntö. Kotisairaanhoido on osa avoterveydenhuoltoa, jossa asiakkaan tarvitsema hoito toteutetaan hänen kotonaan. Kotisairaanhoidon johtaminen edellyttää vahvaa terveydenhuollon osaamista, joten kotisairaanhoidon tulisi jatkossakin olla laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön eli käytännössä lääkärin tai sairaanhoitajan johtamaa. Valviran näkemyksen mukaan kotisairaanhoidon tulisi säilyttää terveydenhuollon palveluna.²²³

Helsingin kaupungin lausunnossa todetaan, että hallituksen esityksessä ei ole tuotu esiin uusia konkreettisia toimia, jotta riittävä hoitohenkilöstö kotihoidossa voitaisiin turvata. Esimerkiksi esityksessä ehdotetut työpanoksen optimointi ja teknologian hyödyntäminen ovat jo melko laajalti käytössä Helsingin kaupungilla, mutta yksistään ne eivät ratkaise henkilöstön riittävyyteen liittyviä ongelmia. Aktiivisia toimenpiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden parantamiseksi ei ole tuotu esiin lain valmistelussa ja kunta ei voi tätä yksin ratkaista. Hoitohenkilöstön resurssipula ei ratkea asiasta eteenpäin raportoimalla, sillä johto ja toimintayksikön henkilöstöpolitiikasta vastaavat henkilöt ovat jo ennestään tietoisia henkilöstövajeeseen liittyvistä ongelmista ja henkilöstön saatavuuden parantamiseksi on tehty toimia.²²⁴ Myös Tehy arvioi, että ehdotettu lakiluonnos ei tule ratkaisemaan kotihoidon laatuun ja henkilöstön riittävyyteen liittyviä kysymyksiä. Voimassa olevassa vanhuspalvelulain 20 § edellyttää jo nyt riittävää henkilöstömäärää kotihoidon toimintayksiköissä. Sen lisäksi nykyinen lainsäädäntö mahdollistaa teknologian hyödyntämisen sekä johtamisen ja työhyvinvoinnin kehittämisen.²²⁵

Valvira arvioi, että kotona asumisen tukemista on pidettävä kannatettavana vain siinä tapauksessa, että asiakkaan riittävät ja oikea-aikaiset palvelut voidaan turvata. Ikääntyneille tarjottavien palvelujen painopisteen siirtyminen kotiin on aiheuttanut sen, että palvelujen piirissä olevat henkilöt ovat aiempaa huonommassa kunnossa ja tarvitsevat siten enemmän palveluita. Sääntely ei saisi aiheuttaa tilannetta, että tehostetun palveluasumisen kriteerit tiukentuisivat entisestään ja palvelua järjestettäisiin yhä harvemmille.²²⁶ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen lausunnossa Kuntaliitto toteaa, että tilanteessa, jossa henkilöstön saatavuustilanne on kriittinen, uusien lakisääteisten velvoitteiden säätämisestä

²²³ Henriksson & Kauppi 2021, 2.

²²⁴ Salminen 2021, 3.

²²⁵ Rytönen 2021, 7.

²²⁶ Henriksson & Kauppi 2021, 2.

tulisi lähtökohtaisesti pidättäytyä. Riskinä, että lakisääteisiä veloitteita ei pystytä täyttämään.²²⁷

Suomen Fysioterapeutit on lausunnossaan nostanut esiin, että kotiin annettavissa palveluissa ei oteta huomioon kuntoutuspalveluita. Lakiluonnoksessa ei ole huomioitu ikääntyneiden kuntoutuspalveluiden heikkoa tilannetta, eikä kuntoutusta nähdä yhtenä ratkaisuna ikääntyneiden palveluiden ongelmiin. Pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen tarve vähenisi, mikäli ikääntyneiden toimintakykyyn puututtaisiin riittävän varhaisessa vaiheessa asianmukaisilla kuntoutuspalveluilla. Sosiaalihuoltolakiä uudistettaessa kuntoutus tulisi nostaa keskeiseksi osaksi kotipalveluiden kokonaisuutta, sillä nykyinen voimassa oleva sosiaalihuoltolaki ei velvoita hyvinvointialueita riittävästi kuntoutuksen järjestämiseen. Kuntoutusta ei myöskään tulisi nähdä lisä- tai tukipalveluna, vaan keskeisenä keinona kotisairaanhoidon rinnalla. Hoitajapula ja hoitohenkilöstön osaamisvajaus ovat johtaneet siihen, että kuntoutusalan ammattilaisia on alettu käyttää hoitotyön tekijöinä. Tämä ei ole tarkoituksenmukaista, sillä korkeasti koulutettujen kuntoutusalan ammattilaisten osaaminen ei ole hoitotyössä, vaan kuntoutuksessa.²²⁸

9 Hoitajien kokemuksia alan nykytilasta

Lähi- ja sairaanhoitajien empiirisiä kokemuksia tarkasteltaessa lähdeaineistona on käytetty ammattiliitoista SuPerin, Tehyn ja Sairaanhoitajaliiton teettämien kyselytutkimusten tuloksia vuosilta 2016-2021.

9.1 Työn kuormittavuus

Tehyn toimeksiannosta Aula Research Oy toteutti kyselytutkimuksen tehläisten parissa syyskuussa 2020. Kyselyyn vastasi yhteensä 2750 Tehyn jäsentä, joista 2600 työskenteli hoitajana yliopistollisessa sairaalassa tai keskussairaalassa. Puolet vastaajista oli työskennellyt yli 15 vuotta sosiaali- ja terveysalalla. Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa muun muassa Tehyn jäsenten työhyvinvoinnista, työssä koetusta kuormituksesta, hoitotyön vetovoimasta ja hoitajien jaksamisesta työssä sekä koronan vaikutuksista työhön. Kyselyn perusteella kuormittavimmiksi asioiksi työssä koettiin vähäinen henkilökunnan määrä (63 prosenttia), epävarmuus koronatilanteen kehittymisestä (43 prosenttia) ja esihenkilön puutteellinen tuki (35 prosenttia). Joka viides vastaajista raportoi, että työturvallisuus vaarantui viikoittain koronan vuoksi ja yhteensä 65 prosenttia raportoi, että työturvallisuus on vaarantunut korona-aikana. 1430 vastaajaa raportoi, että koronan

²²⁷ Haverinen 2022.

²²⁸ Korpi 2021, 1-5.

vuoksi heihin on kohdistettu erilaisia toimenpiteitä, 34 prosentilla vuosilomia on siirretty, peruttu tai muuteltu niiden kestoja, 23 prosenttia on siirretty toiseen työpisteeseen tai tehtäviin ja 16 prosenttia kertoi, että irtisanomisaikaa on pidennetty. 1430 vastaajasta, joihin oli kohdistettu erilaisia toimenpiteitä, 77 prosenttia raportoi, ettei näitä toimenpiteitä ole korvattu mitenkään.²²⁹

Samankaltaisia havaintoja on noussut esiin myös Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin vuonna 2020 teettämässä kyselytutkimuksessa, johon vastasi 8175 vastaajaa. Kysely tehtiin ennen koronapandemian poikkeustilaa, joten se ei vaikuttanut vastauksiin. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa SuPerin jäsenten kokemuksia työn kuormittavuudesta, työssä viihtymisestä ja työn laadusta, sillä liitto on saanut runsaasti yhteydenottoja näihin teemoihin liittyen. Vastaajista neljäsosa arvioi työmääränsä sopivaksi, 60 prosenttia vastaajista koki työmääränsä raskaaksi ja 13 prosenttia erittäin raskaaksi. Ensihoidossa, koulussa sekä mielenterveys- ja päihdetyössä työskentelevät arvioivat työmääränsä sopivaksi. Vastaavasti työ koettiin raskaaksi vanhustenhoidossa, kotihoidossa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Vastaajista 71 prosenttia oli sitä mieltä, että työyksikössä on liian vähän henkilökuntaa. Kotihoidossa työskentelevistä vastaajista 83 prosenttia koki, että henkilökuntaa on liian vähän ja myös vanhustyössä 81 prosenttia vastaajista koki samoin. Vastausten mukaan työtahti työpaikalla on kiihtynyt eniten kotihoidossa. Vastaajista 83 prosenttia koki työn henkisen kuormittavuuden lisääntyneen vuodesta 2016, eniten kuormituksen koettiin lisääntyneen kotihoidossa ja vastaanottotyössä. Vastaavasti fyysinen kuormitus oli pysynyt lähes ennallaan verrattuna vuoteen 2016. Vastaajista 92 prosenttia oli ajoittain tai jatkuvasti huolissaan hoidon ja työn laadusta. Suurin huoli oli kotihoidossa, vanhustenhoidossa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kotihoidossa ja vanhustenhoidossa 75 prosenttia vastaajista koki joutuvansa tekemään päivittäin tai viikoittain asioita, jotka ovat ristiriidassa omien arvojen kanssa.²³⁰

Myös Sairaanhoidajaliiton vuonna 2020 teettämästä kyselytutkimuksesta korostui työntekijöiden ylikuormitus kotihoidossa. Kyselyyn vastasi 2020 vastaajaa. Kotihoidossa työtahti on kova, eikä asioihin ehdi syventyä kunnolla. Sen lisäksi ylitöitä tehdään lähes päivittäin, eikä taukoja ehdi pitämään. Kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat kokivat, että hoitajien määrä suhteessa asiakasmääriin ja asiakkaiden avun tarpeeseen on kohtuuton, eikä hoitajilla ole mahdollisuutta hoitaa käyntejä niin kuin kuuluisi.²³¹

SuPerin kyselyyn vastanneista puolet ilmoitti olleensa sairaana töissä viimeisen vuoden aikana. Tavallisin syy sairaana työskentelemiseen oli ammattitaitoisten sijaisten saamisen vaikeus ja toiseksi yleisin syy oli tunnollisuus ja huoli työkavereiden kuormittumisesta.

²²⁹ Aula Research 2020.

²³⁰ Erkkilä & Kangas 2020.

²³¹ Karhe 2019, 1.

Erityisesti alle 35-vuotiaat ilmoittivat, etteivät uskalla olla pois töistä sairastumisen vuoksi, sillä nuoremmat työntekijät työskentelivät useammin määräaikaissa työsuhhteessa. Arvio omasta työssä jatkamisesta oli myös heikentynyt. 51-60-vuotiaista vastaajista 62 prosenttia ja 36-50-vuotiaista vastaajista 50 prosenttia epäili, että ei ehkä terveytensä takia pysty työskentelemään alan työtehtävissä kahden vuoden kuluttua. Vastaajista lähes neljäsosa oli harkinnut alanvaihtoa jatkuvasti viimeisen vuoden aikana ja yli puolet vastaajista oli harkinnut alanvaihtoa. 21-35-vuotiaista vastaajista 38 prosenttia harkitsi jatkuvasti alanvaihtoa. Ongelmia on pyritty ratkaisemaan muun muassa organisoimalla työtä, lainsäädännön uudistuksilla, suosituksilla, hankkeilla ja teknologialla. Tämä todettiin jo SuPerin vuonna 2016 tekemässä selvityksessä. Toimia on edelleen jatkettu, mutta niillä ei ole saatu vähennettyä työntekijöiden kuormitusta tai nostettua hoidon ja työn laatua. Itse asiassa tulokset olivat heikentyneet verrattuna neljän vuoden takaisiin tuloksiin.²³²

9.2 Hoitotyön veto- ja pitovoima

Puhuttaessa vetovoimaisista organisaatioista tarkoitetaan organisaatioita, jotka onnistuvat rekrytoimaan ja sitouttamaan henkilökuntaa. Vetovoimaisessa organisaatiossa henkilöstön työtyytyväisyys ja työhön sitoutuminen on suurempaa ja vastaavasti henkilöstön työuupumus ja halu lähteä organisaatiosta on vähäisempää. Vetovoimaiset organisaatiot kykenevät vastaamaan ajankohtaisiin työelämän haasteisiin, joita ovat muun muassa kilpailu nuorista ja osaavista työntekijöistä, ikääntyvien työntekijöiden työssä jaksamisen tukeminen, osaamisen ja kokemuksen siirto työyhteisössä ja keskinäinen arvostus työyhteisössä.²³³ Vetovoiman rinnalle tarvitaan kuitenkin myös pitovoimaa, joka saa työntekijät pysymään alalla. Koulutusmäärien lisääminen ei auta, jos työntekijät eivät jaksa työskennellä alalla eläkeikään asti.²³⁴ Eri työntekijäryhmissä ja eri tilanteissa olevalla henkilöstöllä työn veto- ja pitovoimaan vaikuttavat tekijät ovat kuitenkin erilaisia, ja nämä pitäisikin tunnistaa aiempaa paremmin.²³⁵ HUSin Tarkastuslautakunta on todennut, että HUSia työnantajana suosittlevien osuus on vähentynyt vuodesta 2015 lähtien ja hoitohenkilöstön sitoutuneisuus on laskenut. Lähtökyselyyn vastanneiden työntekijöiden määrä on alhainen. Samalla kun avoimien hoitotyö työpaikkojen määrä on kasvanut, hakijoiden määrä on laskenut.²³⁶

Aula Researchin Tehyn jäsenille toteuttamassa kyselytutkimuksessa yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaaloissa työskentelevistä vastaajista 43 prosenttia eli 1110 vastaaja arvioi, että ei jaksa työskennellä sosiaali- ja terveystalouden työtehtävissä työuransa loppuun asti.

²³² Erkkilä & Kangas 2020.

²³³ Meretoja & Koponen 2008, 10-16.

²³⁴ Rytönen 2019.

²³⁵ Tevameri 2021, 90-91.

²³⁶ HUS Tarkastuslautakunta 2020, 32.

Vastaajista vain 23 prosenttia uskoi jaksavansa työskennellä alalla eläkeikään asti ja 34 prosenttia vastasi, ettei osaa sanoa. Yleisimpiä syitä jaksamisen loppumiseen olivat, että palkka ei vastaa työn vaativuutta ja kuormittavuutta (92 prosenttia), henkilökuntaa on liian vähän (70 prosenttia), kokemus siitä, että työtä ei arvosteta tarpeeksi (67 prosenttia) ja työ on henkisesti liian kuormittavaa (64 prosenttia). Kyselyyn vastanneista alan vaihtoa on suunnitellut aktiivisesti lähes puolet vastaajista. Vastaajista 64 prosenttia ei suuntautuisi sosiaali- ja terveysalalle, jos olisi nyt aloittamassa opiskelua. Yleisimpiä syitä alan vaihdon harkinnan taustalla olivat parempi palkka (83 prosenttia), psyykkinen kuormitus (74 prosenttia) ja sopivammat työajat (48 prosenttia). Vastaavasti tärkeimpiä tekijöitä alalla pysymiselle olivat parempi palkka (89 prosenttia), alhaisempi psyykkinen kuormitus, kuten kiire, (69 prosenttia) ja mahdollisuus jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen (40 prosenttia).²³⁷

Vuonna 2020 Tehy kartoitti kyselytutkimuksella myös lähihoitajien kokemuksia sosiaali- ja terveysalan vetovoimasta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä, kuten työoloista, perehdytyksestä, osaamisesta, työhyvinvoinnista ja kuormituksesta. Kyselytutkimukseen vastasi 82 vastaajaa. Pienen vastausmäärän vuoksi tuloksia voidaan pitää lähinnä suuntaa antavina. Vastaajista 49 prosenttia koki sosiaali- ja terveysalan heikosti vetovoimaiseksi, kun taas vastaajista 38 prosenttia arvioi oman työpaikkansa jonkin verran vetovoimaiseksi. Kaikki kyselyyn vastanneet lähihoitajat olivat sitä mieltä, että nykyinen työ on heille tärkeää ja merkityksellistä ja heistä 78 prosenttia suosittelisi nykyistä työpaikkaa tuttavilleen. Lähihoitajat arvioivat, että sosiaali- ja terveysalan vetovoimaa lisäisivät työn vaativuutta vastaava palkka (95 prosenttia), riittävät henkilöstöressurit (84 prosenttia), mahdollisuus kehittää ammattitaitoa (65 prosenttia), ergonominen työvuorosuunnittelu (55 prosenttia), uralla eteneminen (54 prosenttia), toimiva sijaispankki (50 prosenttia), työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen (48 prosenttia), työaika-autonomia (45 prosenttia) ja laajennetut tehtävien kuvat (17 prosenttia). Kyselytutkimuksen yhteenvedona voidaan todeta, että lähihoitajat pitävät työtään tärkeänä ja merkityksellisenä. Lähihoitajat arvioivat oman osaamisensa riittäväksi nykyisiin työtehtäviin nähden. Moni kuitenkin kokee sosiaali- ja terveysalan vetovoiman heikoksi. Eniten alan vetovoimaa lisäisivät työn vaativuutta vastaava palkka ja riittävät henkilöstöressurit.²³⁸

Sairaanhoitajaliitto on vuodesta 2010 alkaen selvittänyt kuusi kertaa työolobarometrin avulla sairaanhoitajien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon vetovoimaisuudesta sekä keskeisten työhyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista työyhteisöissä. Vuoden 2020 tutkimusaineisto muodostui 2697 Sairaanhoitajaliiton jäsenen vastauksista. Vastaajista 45

²³⁷ Aula Research 2020.

²³⁸ Coco & Roos 2020, 20.

prosenttia työskenteli erikoissairaanhoidossa, 28,8 prosenttia perusterveydenhuollossa ja 9,3 prosenttia sosiaalitoimessa. Kyselyssä hyvän työpaikan kriteereitä tarkasteltiin kuudesta näkökulmasta, joita olivat toimivat käytännöt, osallistava johtaminen, työn palkitsevuus, asiantuntijuuden kehittäminen, korkeatasoinen hoidon laatu sekä työn ja yksityiselämän yhteensovittaminen. Kyselyn perusteella palkkaus sai entistä enemmän kritiikkiä, sillä se ei nouse työn vaatavuuden kasvaessa. Tyytymättömyys palkkauksen kannustavuuteen on lisääntynyt aiempiin vuosiin verrattuna. Palkkauksen lisäksi sairaanhoitajat kokivat työelämän merkittäviksi heikkouksiksi työhyvinvointia tukevan toiminnan ja päätöksen teon läpinäkyvyyden puutteet, vähäiset urakehitysmahdollisuudet ja työnohjausmahdollisuudet sekä sen, että henkilöstömäärä ja ammattirakenne eivät vastaa työn vaatavuutta.²³⁹

Sairaanhoitajaliiton teettämästä kyselystä nousi myös esiin, että eri ikäiset sairaanhoitajat kokevat työelämän eri tavoin. Tyytymättömyys on lisääntynyt etenkin nuorten sairaanhoitajien keskuudessa, kun taas työssä käyvien yli 64-vuotiaiden sairaanhoitajien tyytyväisyys on lisääntynyt. Hyvän työpaikan kriteereille kaikkein heikoimmat arvosanat antoivat 26-35-vuotiaat sairaanhoitajat. Tähän ikäryhmään kuuluvat vastaajat arvioivat, että heikoiten toteutuvat työhyvinvoinnin tukeminen, perehdytys, työnohjaus ja urakehitysmahdollisuudet. 26-35-vuotiaat vastaajat eivät olleet myöskään tyytyväisiä rekrytointiin, henkilöstömäärään tai ammattirakenteeseen, jotka eivät täytä osaamistarpeita ja työn vaatavuutta. Voidaankin ajatella, että yli 64-vuotiaat jatkavat vapaaehtoisesti työntekoa ja heillä on mahdollisuus vaikuttaa työaikoihin ja työmäärään, eikä heillä ole enää urakehityspaineita. Pääsääntöisesti vastaajat kuitenkin pitivät työtään mielekkäänä, vaikka kokivat olevansa ajoittain stressaantuneita ja väsyneitä.²⁴⁰

Sairaanhoitajaliitto on toteuttanut kyselytutkimuksen myös sairaanhoitajaopiskelijoille vuosina 2017 ja 2019. Vuonna 2017 kyselyyn vastanneita oli 650 ja vuonna 2019 vastaajia oli 444. Opiskelijoiden keskuudessa tyytyväisyys alavalintaan oli laskenut. Vuonna 2017 vastaajista 75 prosenttia arvioi aikovansa pysyä alalla, kun vuonna 2019 vastaava luku oli 71 prosenttia. Syitä alanvaihdolle olivat heikko palkkaus työn vaatavuuteen nähden ja kokemus siitä, että työtä ei pysty tekemään niin hyvin kuin haluaisi.²⁴¹

Yhteenvetona voidaan todeta, että pääsääntöisesti sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat kokevat työn itsessään merkitykselliseksi. Kuten Tevameri (2021) toteaa, tämä ei kuitenkaan yksin riitä, sillä työolojen ja työympäristön tulisi mahdollistaa merkityksellisen työn tekeminen.²⁴² Erityisesti nuoremmat pohtivat alan vaihtamista muun muassa siksi, että

²³⁹ Hahtela & Karhe 2021, 3-10.

²⁴⁰ Hahtela & Karhe 2021, 37.

²⁴¹ Sairaanhoitajaliitto 2017; Sairaanhoitajaliitto 2019a.

²⁴² Tevameri 2021, 90-91.

työkuorma koetaan liian raskaaksi, urakehitysmahdollisuudet nähdään rajallisina ja palkkaus ei vastaa työn vaativuutta.

9.3 Palkkaus

Muihin Pohjoismaihin verrattuna suomalainen sairaanhoitaja saa pienintä palkkaa niin vastavalmistuneena kuin myöhemmin työuransa aikana.²⁴³ Tilastokeskuksen vuoden 2020 tilaston mukaan kuntasektorilla sairaanhoitajan keskimääräinen peruspalkka ilman lisiä oli 2585 euroa kuukaudessa.²⁴⁴ Kun tähän lasketaan mukaan mahdolliset vuorotyö- ja kokemuslisät sekä ylityökorvaukset, niin Suomessa sairaanhoitajien keskimääräinen kokonaisansio on 3035 euroa kuukaudessa. Palkkaus ei vaihtelee suuresti työnantajasektorin mukaan. Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Islannissa vastavalmistuneen sairaanhoitajan peruspalkka on reilu 3000 euroa kuukaudessa. Edes työkokemuksen tai täydennyskoulutautumisen myötä sairaanhoitajan palkka ei Suomessa nouse muiden pohjoismaalaisten sairaanhoitajien palkan tasolle. Norjassa, Tanskassa ja Islannissa sairaanhoitajan palkka nousee selvästi työkokemuksen myötä verrattuna vastavalmistuneen palkkatasoon. Norjassa ja Islannissa sairaanhoitajan keskimääräinen kuukauden kokonaisansio voi nousta työkokemuksen myötä yli 5000 euroon.²⁴⁵ Vastaavasti Tilastokeskuksen kokoaman tilaston mukaan vuonna 2020 lähihoitajan keskimääräinen peruspalkka kuntasektorilla ilman lisiä oli 2163 euroa kuukaudessa. Keskimääräisistä kokonaisansioista 17,4 prosenttia eli 465 euroa oli säännöllisiä lisiä ja 1,4 prosenttia eli 37 euroa ei-säännöllisiä lisiä.²⁴⁶

Kilpailu henkilöstön saatavuudesta kiihtyy, joten osa yrityksistä on pyrkinyt erottautumaan palkkauksella. Esimerkiksi vuonna 2019 toimintansa aloittanut henkilöstövuokrausyritys Hyvän Hoidon Palvelut Oy tarjoaa sairaanhoitajille ja lähihoitajille yksityisen sektorin työehtosopimusta parempaa palkkaa. Yritys tarjoaa lääkeluvallisille lähihoitajille 18 euron tuntipalkkaa ja sairaanhoitajille vähintään 23 euron tuntipalkkaa. Yrityksessä vakituisesti työskentelevillä lähihoitajilla kuukausipalkka on noin 3 500 euroa. Työntekijät toimivat yrityksen kautta kevytyrittäjinä, mutta tästä huolimatta yritys on saanut runsaasti työhakemuksia.²⁴⁷ Yritykset ja organisaatiot yrittävät rekrytoida henkilökuntaa myös erilaisilla bonuksilla ja lisillä. Esimerkiksi Siun sote houkuttelee hoitajia Pohjois-Karjalaan määräaikaikaisella palkankorotuksella, sillä organisaatiolla on ollut vaikeuksia saada palkattua hoitajia niin pitkiin kuin lyhyisiin sijaistuksiin. Henkilöstövaje on akuutein ikääntyneiden palveluissa ja yhteispäivystyksessä. Uusille sairaanhoitajille peruspalkan päälle maksettavan

²⁴³ Sairaanhoitajaliitto 2019b.

²⁴⁴ Tilastokeskus 2021.

²⁴⁵ Sairaanhoitajaliitto 2019b.

²⁴⁶ Tilastokeskus 2021.

²⁴⁷ Hyvän Hoidon Palvelut 2022.

lisän suuruus on noin 500 euroa ja lähihoitajille maksettava lisä on noin 400 euroa. Lisää maksetaan kolmesta kuuteen kuukauden ajan. Organisaatioissa jo työskentelevät hoitajat ovat kokeneet uusille työntekijöille maksettavan lisän epäoikeudenmukaisena, sillä heitä ei ole palkittu venymisestä. Henkilöstöjohtajan mukaan määräaikaista palkankorotusta ei kuitenkaan ole taloudellisesti mahdollista tarjota kaikille organisaatioissa työskenteleville hoitajille.²⁴⁸ Myös yksityinen hoivapalveluja tarjoava yritys Attendo on käyttänyt rahabonusta uusien työntekijöiden houkuttelemiseksi Pohjois-Suomeen. Attendon Sallassa sijaitsevaan palvelutaloon rekrytoitiin uusia lähihoitajia 12 000 euron rahabonuksella, joka maksetaan viidessä erässä puolen vuoden välein. Attendo on rekrytoinut lähihoitajia myös Kemijärvelle 2 000 euron suuruisella bonuksella.²⁴⁹

Vuoden 2021 syyskuussa astui voimaan SOTE-sopimus, joka on suurin alakohtainen työehtosopimus Suomessa. Kuntasektorilla työskentelevä hoitohenkilöstö irrotettiin kunnallisesta virka- ja työehtosopimuksesta, jäljempänä KVTES, omaksi sopimusalaksi uuden sopimuksen myötä. Noin 180 000 työntekijää siirtyi sopimuksen piiriin. Kuntasektorin hoitohenkilöstön työehdoista neuvotellaan jatkossa erikseen, mikä helpottaa työehdoista ja palkoista sopimista, kun voidaan keskittyä vain sosiaali- ja terveysalan työehtoihin. Varsinaisia työehtosopimusneuvotteluita palkkauksesta ja muista ehdoista käydään parhaillaan Kunta- ja hyvinvointialue työnantajat KT:n kanssa, sillä kunta-alan työ- ja virkaehtosopimukset päättyvät 28.2.2022.²⁵⁰ Vaikka neuvotteluiden lähtöasetelmat ovat tutut, koronapandemian myötä hoitajien palkkavaatimukset ovat saaneet entistä enemmän tukea niin kansalta kuin poliitikoilta.²⁵¹ Alkuvuodesta 2022 Tehy ja SuPer esittivät sosiaali- ja terveysalalle viiden vuoden palkkaohjelmaa, joka nostaisi peruspalkkatasoa 3,6 prosenttia vuosittain normaalien sopimuskorotusten lisäksi. Ohjelman myötä sairaanhoitajan peruspalkka nousisi noin 492 euroa ja lähihoitajan peruspalkka noin 427 euroa. Ammattijärjestöt ovat arvioineet, että tämä parantaisi alan vetovoimaa pidemmällä aikavälillä.²⁵² Tehy ja SuPer ovat myös esittäneet, että ellei palkkaohjelmasta päästä yhteisymmärrykseen, tehtäisiin kahden vuoden sopimuksen sijasta lyhyempi sopimus.²⁵³

Sote-uudistuksen yhteydessä tapahtuvan uudelleenjärjestelyn yksi keskeisimmistä kysymyksistä on palkkaharmonisaatio, kun vuoden 2023 alussa henkilöstö siirtyy yli sadan eri työnantajayksikön palveluksesta hyvinvointialueiden palvelukseen. Vaikka kaikissa kuntaorganisaatioissa on noudatettu KVTES:n palkkausjärjestelmän periaatteita, niin kunnilla,

²⁴⁸ Yle Uutiset 2021.

²⁴⁹ Helsingin Sanomat 2021b.

²⁵⁰ Tehy 2021a.

²⁵¹ Helsingin Sanomat 2022b.

²⁵² Helsingin Sanomat 2022a.

²⁵³ Helsingin Sanomat 2022b.

kuntayhtymillä ja sairaanhoitopiireillä on kuitenkin ollut oma palkkapolitiikkansa. Muutoksen yhteydessä työntekijät siirtyvät toisen työnantajan palvelukseen entisen palvelussuhteen ehdoilla. Tarve palkkojen harmonisoinnille syntyy, kun saman vaatimustason tehtävästä maksettavan palkan suuruudessa on vaihtelua.²⁵⁴ Eduskuntakäsittelyssä KT Kuntatyönantaja on esittänyt mallin, jossa kenenkään palkkaa ei alennettaisi, vaan sovittaminen tapahtuisi vaativuusryhmittäin keskimmäisen palkan eli mediaanin mukaisesti. Ne palkansaajat, joilla palkka on kyseisen vaativuusryhmän mediaania suurempi, säilyttäisivät saman palkkatasonsa niin kauan kuin tehtävä pysyisi samana. Ammattijärjestöt ovat olleet tästä eri mieltä ja erityisesti laaja-alaisia kuntayhtymiä on vaadittu yhtenäistämään palkat kunkin ammattiryhmän kärkipalkkoihin.²⁵⁵ Oikeuskäytännössä muutostilanteesta ja liikkeenluovutuksista aiheutuneita palkkaeroja on pidetty sinänsä perusteltuina, mutta esimerkiksi korkeimman oikeuden ratkaisussa KKO 2004:13 todetaan, että työnantajalla on velvollisuus pyrkiä korjaamaan palkkaerot.²⁵⁶ Korkeimman oikeuden ratkaisussa KKO 2013:11 todetaan myös, että palkkausjärjestelmässä sovellettavat palkkausperusteet eivät saa muodostua pysyvästi toisistaan poikkeaviksi samaa tai samanarvoista työtä tekevien työntekijöiden osalta. Työnantajan on yhtenäistettävä eriperusteiset palkat kohtuullisessa ajassa.²⁵⁷ Oikeuskäytännössä ei ole kuitenkaan tarkemmin määritelty, mitä on pidettävä kohtuullisena aikana palkkojen kohtuullistamisen osalta.²⁵⁸

10 Keinot tilanteen ratkaisemiseksi

Henkilöstömitoitus itsessään on yhteydessä henkilöstön hyvinvointiin, mutta kuten edellä on kuvattu, kaikkialla Suomessa on pulaa niin lähihoitajista kuin sairaanhoitajista ja rekrytointiongelmien ovat yleisiä. Pääsääntöisesti sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat kokevat työn itsessään merkitykselliseksi. Erityisesti nuoret työntekijät pohtivat alan vaihtamista muun muassa siksi, että työkuorma koetaan liian raskaaksi, urakehitysmahdollisuudet nähdään rajallisina ja palkkaus ei vastaa työn vaativuutta. Tähän kappaleeseen on koottu yhteen eri keinoja tilanteen ratkaisemiseksi.

10.1 Ministeriöiden näkemyksiä

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuoden 2021 marraskuussa poikkihallinnollisen ohjelman sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyden ja saatavuuden turvaamiseksi.

²⁵⁴ Kuntatyönantaja 2021c.

²⁵⁵ Kuntatyönantaja 2021a.

²⁵⁶ TT 2018:18; KKO:2004:103, kohta 6.

²⁵⁷ KKO:2013:11, kohta 26.

²⁵⁸ TT 2018:18.

Keskeiset työmarkkinajärjestöt ja ministeriöt ovat mukana työryhmässä, jonka tavoitteena on löytää sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeeseen kestäviä ratkaisuja niin lyhyellä kuin pitkällä aikavälillä alueelliset erot huomioiden. Ohjelmassa pyritään etsimään ja luomaan konkreettisia ratkaisuja työnantajien ja työnhakijoiden kohtaamisen parantamiseksi muun muassa vaikuttamalla työn vetovoimatekijöihin ja työssä pysymiseen sekä kehittämällä johtamisrakenteita. Pidemmän aikavälin ratkaisuja haetaan erityisesti ammatillista osaamista, sen kehittämistä ja ylläpitämistä sekä ammatillista liikkuvuutta lisäävistä keinoista. Tämän lisäksi luodaan edellytyksiä tehtävärakenteen kehittämiseen ja osaamisen joustavaan hyödyntämiseen. Keinoina ovat myös palveluiden vaikuttavuuden lisääminen sekä työhyvinvoinnin ja sukupuolten tasa-arvon edistäminen. Ryhmän tueksi perustetaan muun muassa sosiaali- ja terveysalan ammattiliittojen edustajista koostuva asiantuntijaverkosto.²⁵⁹

Vuoden 2022 tammikuussa työryhmä julkaisi ensimmäiset ehdotukset alatyöryhmäkohtaisiksi tavoitteiksi ja toimiksi. Työryhmän mukaan tieto henkilöstön riittävydestä ja saatavuudesta on hajanaista ja vaikeasti saatavilla, sillä tilanteesta tulisi saada jatkuvasti lisää tietoa. Työryhmä arvioi, että tilannekuvaa ja ennustetyötä varten tarvitaan pysyvä arviointitoiminto. Työryhmä haluaa panostaa muun muassa koulutukseen, kansainväliseen rekrytointiin ja työhyvinvointiin. Henkilöstön osaamisen kehittämisen ja uralla etenemismahdollisuudet työryhmä näkee tärkeinä motivaatitekijöinä. Henkilöstön mahdollisuus jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen täydennys- ja erikoistumiskoulutuksin tulisi varmistaa. Vastaavasti kansainvälisen työvoiman saatavuutta kehitettäisiin luomalla kansallinen asiakas- ja potilasturvallinen rekrytointimalli. Sen lisäksi arvioidaan uudelleen kielitaitovaatimuksia ja kielikoulutuksen tasoa. Työryhmä haluaa panostaa alalle palaavien nopeaan täydennyskoulutukseen ja koulutusmääriä lisättäisiin tarvittaessa.²⁶⁰

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä ehdottaa käynnistettäväksi valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan hyvän työn edellytysten ohjelman, joka vastaisi muun muassa johtamisen kehittämiseen, psykososiaalisten riskitekijöiden vähentämiseen ja työturvallisuuden lisäämiseen tähtäävästä työstä. Tavoitteena on siten lisätä työhyvinvointia ja alan houkuttelevuutta. Ohjelman aikana seurattaisiin myös työhyvinvoinnin kehittymistä tulevilla hyvinvointialueilla. Työryhmä ei kuitenkaan ota kantaa palkkaukseen, sillä palkkaus on työmarkkinajärjestöille kuuluva aihealue ja on siten rajattu työryhmän vastuualueen ulkopuolelle.²⁶¹

Myös työ- ja elinkeinoministeriö on laatinut listauksen keinoista työvoiman lisäämiseksi sosiaali- ja terveysalalla. Listauksen mukaan nopeimmin työvoiman saatavuuteen voitaisiin

²⁵⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 1-2.

²⁶⁰ Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 1-2.

²⁶¹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2022.

vaikuttaa parantamalla työhyvinvointia ja johtamista, hyödyntämällä eläkkeelle jääneiden, osa-aikaisten ja osatyökykyisten henkilöiden työpanosta esimerkiksi joustavammalla työaikaosuunnittelulla ja käymällä läpi työttömänä olevien tilanteita sekä TE-palveluiden ja työpaikkojen välisellä yhteistyöllä. Työ- ja elinkeinoministeriö on arvioinut, että työhyvinvointia ja johtamista parantamalla voitaisiin vähentää sairauspoissaoloja ja pidentää työuria. Vastaavasti muutaman vuoden viiveellä työvoiman saatavuutta voitaisiin parantaa lisäämällä lähihoitajien ja sairaanhoitajien koulutuksen aloituspaikkojen määrää ja parantamalla tukitoimia koulutuksen suorittamiseksi. Ministeriö on kuitenkin nostonut esiin, että koulutuksen valintamenettelyä tulisi kehittää. Muita pidemmän tähtäimen keinoja ovat alalle palaamisen tukeminen ja helpottaminen, teknologian ja apuvälineiden hyödyntäminen fyysisesti raskaimmissa työtehtävissä, alan vetovoiman parantaminen, johtamisen ja töiden organisoimisen kehittäminen sekä uramahdollisuuksien kehittäminen.²⁶²

10.2 Yleisesti esitetyt keinot

Sairaanhoitajien ja lähihoitajien koulutusmäärien lisäämistä on esitetty keskeiseksi keinoksi henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi.²⁶³ Esimerkiksi työ- ja elinkeinoministeriön arvion mukaan sairaanhoitajien koulutusmäärien lisäykset helpottaisivat tilannetta lähitulevaisuudessa.²⁶⁴ Toisaalta taas lähihoitajakoulutuksessa ongelmana ei ole niinkään aloituspaikkojen lukumäärä, vaan opintonsa keskeyttävien opiskelijoiden määrä. Asiantuntijalausunnossaan SuPer on nostonut esiin, että tällä hetkellä lähihoitajakoulutuksen aloituspaikkoja on riittävästi, mutta ongelmana on korkea keskeyttämisprosentti. Liitto ehdottaakin soveltuvuustestejä lähihoitajakoulutukseen, sillä se olisi tehokkaampi tapa turvata riittävä ja työhön soveltuva hoitohenkilöstön määrä. Opintonsa keskeyttävien opiskelijoiden määrä lisääntyy entisestään, jos aloituspaikkoja lisätään ilman soveltuvuuden arvioimista alalle. Liitto arvioi, että soveltuvuustestit olisivat kustannustehokas ja alan vetovoimaa lisäävä keino.²⁶⁵ Työ- ja elinkeinoministeriö on myös muistiossaan todennut, että opiskelijavalinnoissa olisi osattava valita alalle soveltuvat opiskelijat ja opintojen suorittamista voitaisiin edistää tukitoimien avulla.²⁶⁶ Hallituksen esityksessä (HE 4/2020) on arvioitu työvoiman saatavuusongelma ei ole ratkaistavissa yksistään koulutusmääriä lisäämällä. Koulutuspaikkojen lisääminen helpottaa työvoimapulaa vain, jos vastavalmistuneet saadaan pysymään alalla.²⁶⁷

²⁶² HE 4/2020 vp, 82.

²⁶³ Huhta & Karppanen 2020, 11.

²⁶⁴ Työ- ja elinkeinoministeriö 2022, 5.

²⁶⁵ Paavola & Salo 2020, 3.

²⁶⁶ Työ- ja elinkeinoministeriö 2020a, 5.

²⁶⁷ Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä 2014, 49.

Hoiva-avustajien koulutuksen vakiinnuttaminen on myös nostettu yhdeksi keinoksi, sillä hoiva-avustajien koulutuksen vakiinnuttamisella voitaisiin edistää tarkoituksenmukaisia työnjakoja työpaikoilla.²⁶⁸ Hallituksen mukaan hoiva-avustajan koulutus lisäisi alaa vaihtavien henkilöiden joustavia koulutus- ja työllistymismahdollisuuksia, mikä saattaisi innostaa myös sosiaalialan ammatillisen tutkinnon suorittamiseen.²⁶⁹ Mutta kuten THL:n hoitajamitoitusta koskevassa seurantatutkimuksessa on todettu, keskeinen ongelma on, että yksiköt palkkaavat edelleen pääasiassa avustavaa työvoimaa, kuten hoiva-avustajia. Avustavan henkilökunnan lisääminen auttaa hoitohenkilöstön työn kohdentamisessa asiakastyöhön, mutta tällä tavoin ympärivuorokautisen tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoituksen tavoitteeseen 0,7 ei päästä.²⁷⁰ Valviran arvion mukaan kotihoidossa, jossa henkilöstö työskentelee pääasiassa itsenäisesti, on entistä tärkeämpää varmistaa työntekijöiden koulutus ja luotettavuus. Työnantajien on voitava tosiasiallisesti varmistaa työntekijöiden riittävä osaaminen.²⁷¹

Erilaisia toimia on tehty myös alaa vaihtaneiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien houkuttelemiseksi takaisin alalle. Muun muassa Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä (PHHYKY) hakee rekrytointikoulutuksen avulla hoitoalalta poissaolleita hoitajia erilaisiin kotihoidon, palveluasumisen, sairaalapalvelujen sekä erikoissairaanhoidon työtehtäviin. PHHYKY on toteuttanut hoitotyön rekrytointikoulutuksen keväällä 2021 yhteistyössä Hämeen työ- ja elinkeinotoimiston ja LAB-ammattikorkeakoulun kanssa.²⁷²

Ulkomaalaisten työntekijöiden rekrytoimista Suomeen on myös nostettu entistä enemmän esille. Työntekijöiden palkkaaminen ulkomailta ei kuitenkaan ole kovin laajamittainen tai nopea keino, sillä pääsääntöisesti ulkomailta tulevat hoitajat eivät työskentele Suomessa koulutustaan vastaavissa tehtävissä. Tyypillisesti EU-alueen ulkopuolelta tulevat työntekijät työskentelevät alkuun hoiva-avustajina ja heitä kannustetaan täydentämään tutkintonsa lähihoitajan tai sairaanhoitajan tutkinnon laillistamiseksi Suomessa.²⁷³ Ulkomailta Suomeen tulleiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden suomen tai ruotsin kielen taidossa on havaittu puutteita, jotka ovat riski potilasturvallisuudelle. Työnantajien käytännöt kielitaidon arvioimiseksi vaihtelevat suuresti ja henkilöstöpulan takia on saatettu palkata henkilöitä tietoisena puutteellisesta kielitaidosta.²⁷⁴ Ulkomaalaisten työntekijöiden perehdytyksen resursointiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota, ettei siitä muodostu lisäkuormitusta työyhteisössä. Jos työyksikössä on paljon ulkomaalaistaustaisia työntekijöitä, riskinä voi olla

²⁶⁸ Tossavainen 2020, 4.

²⁶⁹ HE 231/2021, 30.

²⁷⁰ Kehusmaa & Alastalo 2021, 4.

²⁷¹ Henriksson & Kauppi 2021, 11.

²⁷² LAB-ammattikorkeakoulu 2020.

²⁷³ Kehusmaa & Alastalo 2021, 4.

²⁷⁴ HE 107/2015 vp, 11.

kantasuomalaisten työntekijöiden kuormittuminen. Johtamisen ja esimiestyön merkitys korostuukin tässä.²⁷⁵

Henkilöstöpulaan on yritetty vaikuttaa myös lainsäädännön keinoin. Laintasoisen sääntelyn etuja ovat vahvempi velvoittavuus muihin ohjauskeinoihin nähden, yhdenvertaisuus ja toimintayksiköiden oman vastuun vahvistaminen. Toisaalta lain toteutuminen edellyttää riittävää seuranta- ja valvontaa.²⁷⁶ Työ- ja elinkeinoministeriön mukaan julkisen terveydenhuollon saatavuuden ongelmat liittyvät kuitenkin ensisijaisesti toimintatapoihin ja resurssien saatavuuteen, eivätkä lakiuudistukset yksistään poista näitä ongelmia.²⁷⁷ Useinkaan riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdenvertaiseen turvaamiseen liittyvät ongelmat eivät ole ratkaistavissa yksin lainsäädäntöä uudistamalla.²⁷⁸ Hoitotakuuta ja hoitajamitoitusta koskevien lakiuudistusten kohdalla on arvioitu, että jos lakiuudistukset toteutetaan riittämättömällä henkilöstöresursseilla, henkilöstöä joudutaan siirtämään muista tärkeistä toiminnoista säännösten noudattamiseksi.²⁷⁹ Kuntaliiton mukaan lakisääteisen henkilöstömitoitustavoitteen täyttämiseksi tehostetussa palveluasumisessa henkilöstöä on jouduttu siirtämään kotihoidosta ympärivuorokautisiin palveluihin. Tällä taas on ollut vaikutusta koko hoitoketjun toimivuuteen, kun kotihoidon asiakaskäyntejä on jouduttu lyhentämään ja käyntien aloittaminen on viivästynyt. Kotihoidon käyntien aloittamisen viivästyessä ikäihmisiä ei ole voitu kotiuttaa sairaalasta sairaalahoidon tarpeen päätyttyä, mikä on aiheuttanut sairaalapaikkojen epätarkoituksenmukaista käyttöä ja jonoja.²⁸⁰

Tehyn, SuPerin ja Sairaanhoidajaliiton toteuttamissa kyselytutkimuksissa sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastauksissa on korostunut se, että palkkaus ei vastaa työn vaatimuksia, eikä nouse työkokemuksen tai lisäkouluttautumisen myötä. Aula Researchin Tehyn jäsenille vuonna 2020 toteuttamassa kyselytutkimuksessa 2274 vastaajasta 89 prosenttia nosti paremman palkan tärkeimmäksi tekijäksi alalla pysymiseksi.²⁸¹ Koronapandemian myötä niin kansalaiset kuin poliitikot ovat osoittaneet tukea hoitajien palkkavaatimuksille ja uudesta työehtosopimuksesta neuvotellaan parhaillaan. Sosiaali- ja terveysministeriön henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden työryhmä ei kuitenkaan ole ottanut kantaa palkkaukseen vedoten siihen, että palkkaus on työmarkkinajärjestöille kuuluva aihealue ja on siten rajattu työryhmän vastualueen ulkopuolelle. Myös HUS Tarkastuslautakunta on suositellut, että

²⁷⁵ HE 4/2020, 68.

²⁷⁶ HE 4/2020 vp, 42.

²⁷⁷ Työ- ja elinkeinoministeriö 2022, 3.

²⁷⁸ Rautiainen, Taskinen & Rissanen 2020, 34.

²⁷⁹ Mickos 2022, 26-27; Haverinen 2022.

²⁸⁰ Haverinen 2022.

²⁸¹ Aula Research 2020.

tulospalkkiojärjestelmää tulee kehittää siten, että se kannustaa valtuuston asettamien tavoitteiden saavuttamiseen.²⁸²

Kuten SuPerin vuonna 2020 tekemässä kyselytutkimuksessa todetaan, hoitoalan ongelmia on jo aiemmin pyritty ratkaisemaan muun muassa työtä organisoimalla, uudistamalla lainsäädäntöä, teknologialla sekä erilaisilla suosituksilla ja hankkeilla. Näitä toimia on jatkettu, mutta siitä huolimatta työntekijöiden kokemaa kuormitusta ei ole onnistuttu vähentämään, eikä hoidon ja työn laatua ole saatu parannettua. SuPerin lähihoitajille tekemän kyselytutkimuksen mukaan tilanne on itse asiassa pahentunut vuodesta 2016.²⁸³ Loppujen lopuksi vaikuttaakin siltä, että merkittävimmät ja nopeimmat vaikutukset olisivat työyksikkötasolla tehtävällä työolojen parantamisella ja johtamisen kehittämällä.²⁸⁴

10.3 Työhyvinvointi ja johtaminen

Eri ammattiliittojen ja -järjestöjen kuin myös eri ministeriöiden lausunnoissa on korostettu, että hoitohenkilöstön työhyvinvointiin ja johtamiseen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Toisaalta kyseisten tahojen lausunnoissa ei ole juurikaan tuotu esiin konkreettisia keinoja tai näkemyksiä siitä, miten henkilöstön työhyvinvointia ja johtamista voitaisiin kehittää parempaan suuntaan. Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijalausunnon mukaan tarvittavia toimenpiteitä valmistellaan ja käynnistetään yhteistyössä eri ministeriöiden, Työterveyslaitoksen ja THL:n kanssa.²⁸⁵

Hoitotyössä työhyvinvoinnin voidaan katsoa koostuvan työntekijän onnistumisen kokemuksista, hyvän tuottamisesta potilaille, yhteisöllisyydestä, tuen saamisesta ja työn ulkopuolisesta elämästä.²⁸⁶ Sairaanhoidajien ja lähihoitajien työhyvinvointi on yhteydessä päivittäiseen johtamiseen ja potilastyössä onnistumiseen. Organisaatiot kuitenkin panostavat työntekijöiden hyvinvointiin eri tavoin ja, jos työhyvinvointi on ulkoistettu, esimerkiksi henkilöstöhallinnolle tai työterveyshuollolle, se ei ole olennainen osa päivittäistä työtä.²⁸⁷ Tähän kuitenkin kannattaisi panostaa, sillä työntekijöiden vaihtuvuus vie osaamista ja työpanosta pois hoitotyöstä ja sen lisäksi vaihtuvuus on myös kallista organisaatioille. Kansainvälisissä tutkimuksissa on arvioitu, että yhden sairaanhoidajan lähtemisestä ja uuden rekrytoimisesta aiheutuvat kustannukset ovat jopa puolen vuoden sairaanhoidajan palkan verran. Kustannukset muodostuvat pääasiassa rekrytoinnista, perehdyttämisestä ja

²⁸² HUS Tarkastuslautakunta 2020, 33.

²⁸³ Erkkilä & Kangas 2020.

²⁸⁴ HE 4/2020 vp, 82.

²⁸⁵ Huhta & Koponen 2020, 12.

²⁸⁶ Häggman-Laitila 2014, 143.

²⁸⁷ Häggman-Laitila 2014, 143.

perehdytysvaiheen aikaisesta alentuneesta tuottavuudesta.²⁸⁸ Sairaanhoidajaliitto on laatinut ”Hyvän työpaikan kriteerit” terveydenhuollon organisaatioille. Kriteerit muodostuvat kuudesta osasta, joita ovat toimivat käytännöt, osallistava johtaminen, työn palkitsevus, asiantuntijuuden kehittäminen, korkeatasoinen hoidon laatu sekä työn ja yksityiselämän yhteensovittaminen. Nämä kriteerit pohjautuvat tutkimustietoon työhyvinvoinnista ja vetovoimaisista organisaatioista.²⁸⁹

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden toiminnan taustalla on usein vahvaa organisatorista hierarkkisuutta ja johtamisessa korostuvat potilaan hoito, hallinnolliset kysymykset ja laskennalliset resurssit, kun taas organisaatiokulttuurin, työolojen ja ihmisten johtamisen kehittäminen jäävät vähemmälle huomiolle.²⁹⁰ Perinteisessä hierarkkisessa johtamisessa ohjeistukset ja toimintatavat annetaan ylhäältä alaspäin. Vastaavasti osallistavassa johtamisessa on keskiössä vuorovaikutteisuus ja henkilökunnan osallistaminen päätöksentekoon ja kehittämiseen. Työntekijöiden osallistaminen päätöksentekoon edellyttää organisaation tavoitteiden tuntemista ja työntekijöiden on ymmärrettävä, mitä organisaation strategia ja tavoitteet tarkoittavat jokapäiväisessä työssä. Tämä vastaavasti edellyttää avointa tiedottamista ja läpinäkyvää päätöksentekoa.²⁹¹ Johtajuus vaikuttaa muun muassa hoitohenkilöstön työhyvinvointiin, tyytyväisyyteen, asenteisiin, sairauspoissaoloihin sekä haluun pysyä työpaikalla ja sitoutua organisaatioon. Johtamistyyllillä on myös vaikutusta työyksikön yhteistyöhön, toimintaan ja ilmapiiriin. Johtamisen näkökulmasta työntekijöiden hyvinvointia tukee henkilöstötilanteen aktiivinen seuranta niin osaamisen kuin riittävyyden kannalta. Lisäksi ajantasainen ja selkeä viestintä, tavoitettavuus, tasa-arvoinen kohtelu, työntekijöiden kuunteleminen ja osallistaminen, luottamus työntekijöitä kohtaan ja toisaalta tuen saaminen vaikeissa tilanteissa sekä tarvittaessa epäkohtiin puuttuminen tukevat työntekijöiden hyvinvointia. Työuupumukselle ja tyytymättömyydelle altistavat työntekijöiden ja työsuoritusten passiivinen tai toisaalta liiallinen valvonta, päätöksentekoa välttelevä johtajuus ja vastualueiden tai roolien epäselvyydet.²⁹² Hoitoalalla työntekijät kokevat tärkeäksi, että esimies tukee työntekijöitä, tuntee työn käytännöt ja jopa osallistuu tarvittaessa käytännön työhön.²⁹³

Kansainvälisen vertailun perusteella suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointia lisäävät yhteistyösuhteet lääkäreihin, tyytyväisyys koulutusmahdollisuuksiin ja palautteen saamiseen. Sairaanhoidajat ja lähihoitajat pitävät kuitenkin vaikutusmahdollisuuksiaan vähäisinä ja

²⁸⁸ Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä 2014, 50.

²⁸⁹ Sairaanhoidajaliitto 2013.

²⁹⁰ Laaksonen, Sinkkonen & Wallin 2020, 216; Tevameri 2021, 90.

²⁹¹ Laaksonen ym. 2020, 215-216.

²⁹² Häggman-Laitila 2014, 145-149.

²⁹³ Manka 2014, 98.

muihin maihin verrattuna Suomessa toteutuu heikosti työntekijän mahdollisuus vaikuttaa työhönsä ja esimiesten tekemiin päätöksiin.²⁹⁴ Sairaanhoitajat kokevat työelämän merkittävinä heikkouksina puutteet työhyvinvointia tukevan toiminnan suunnitelmallisuudessa, urakehitysmahdollisuuksissa, päätöksen teon läpinäkyvyydessä ja työnohjausmahdollisuuksissa. Kuten edellä on todettu, tyytymättömyys on lisääntynyt eniten 26-35-vuotiaiden sairaanhoitajien keskuudessa.²⁹⁵ Vuonna 2020 Sairaanhoidajaliiton toteuttamassa kyselytutkimuksessa 26-35-vuotiaiden sairaanhoitajien mielestä heikoiten toteutuvat työhyvinvoinnin suunnitelmallinen tukeminen, perehdytys ja työnohjaus sekä urakehitysmahdollisuudet.²⁹⁶ Eri ikäryhmät myös haastavat johtamista. Nuorempi sukupolvi on nopeampi ja toisaalta kärsimättömämpi niin päätöksenteossa kuin uraan liittyvissä liikkeissä, eivätkä he yleensä halua rakentaa työuraa yhden työnantajan varaan. Nuorempi sukupolvi haastaa totuttuja käytäntöjä, johtajuus pitää ansaita ja työnantajalta odotetaan myös joustamista. Esimieheltä odotetaan vuorovaikutteista johtamista, jossa työntekijän mielipide tulee kuulluksi. Nuorempi sukupolvi on tottunut saamaan palautetta jo pienestä pitäen ja palautetta odotetaan myös työpaikalla niin esimieheltä kuin muilta kollegoilta.²⁹⁷ Työpaikkaa valittaessa nuoremmille tärkeitä tekijöitä ovat muun muassa organisaation maine, työilmapiiri, kouluttautumismahdollisuudet sekä työtehtävien mielekkyys ja kiinnostavuus.²⁹⁸

Erityisesti vastavalmistuneiden sairaanhoitajien kohdalla perehdytysohjelmien on todettu olevan yhteydessä työssä pysymiseen ja työtyytyväisyyteen. Parhaimmat tulokset on saatu vähintään 3-6 kuukautta kestävästä perehdytysohjelmista. Vastavalmistuneille tulisi antaa säännöllisesti palautetta ja heille tulisi tarjota mahdollisuus käydä kokemuksiaan läpi kokeneempien kollegojen kanssa. Hyvällä perehdyttäjällä on vankka ammattitaito ja motivaatio oman osaamisen kehittämiseen. Tämän lisäksi perehdyttäjä tarvitsee riittävästi aikaa vastavalmistuneen perehdyttämiseen uusien taitojen opettamiseksi ja sosiaalisen tuen varmistamiseksi.²⁹⁹ Nuorten sairaanhoitajien näkemyksen mukaan myös työyhteisön työnohjaus toteutuu heikosti. Työnohjauksen tavoitteita ovat oman työn ymmärtäminen, kuormittavuuden säätely, ammatillinen kehittyminen ja työyhteisöjen haasteiden kohtaaminen. Ohjattavina voivat olla työyhteisö tai jokin tietty ryhmä tai tiimi. Ohjauksen kesto ja tapaamisväli sovitaan tarpeiden mukaan. Työnohjauksessa keskeisiä tarkastelun kohteita ovat muun muassa perustehtävän tarkastelu, työn rakenteet ja käytännöt sekä ammatillinen vuorovaikutus niin työyhteisön kesken kuin yhteistyökumppaneiden ja potilaiden omaisten kanssa. Hoitotyössä työnohjaus voi keskittyä esimerkiksi työyhteisön tarkasteluun tai

²⁹⁴ Häggman-Laitila 2014, 144.

²⁹⁵ Hahtela 2014, 34.

²⁹⁶ Hahtela & Karhe 2021, 38.

²⁹⁷ Vesterinen 2014, 125-138.

²⁹⁸ Laaksonen ym. 2020, 247.

²⁹⁹ Flinkman ym. 2014, 54-55.

potilastyön aiheuttaman kuorman käsittelyyn. Pohtiva keskustelu on työnohjauksen tavallisin työskentelytapa. Työnohjausta haetaan usein työyhteisön konflikti- tai väsymistilanteessa tai, jos työyhteisössä on tapahtunut suuria muutoksia.³⁰⁰

Sairaanhoitajaliiton vuonna 2020 tekemän kyselytutkimuksen perusteella sairaanhoitajat kokivat erityisen tärkeänä työn ja yksityiselämän yhdistämisen toimivuuden. Säännöllisessä päivätyössä ja yötyössä työskentelevät olivat tyytyväisempiä kuin kaksi- tai kolmevuorotyössä työskentelevät henkilöt. Kaksivuorotyössä työskentelevät olivat tyytymättöimpiä. Työhyvinvoinnin kannalta tärkeää on työvuorojen ennakoitavuus ja joustavuus, mikä vaikuttaa elämänrytmin säilymiseen ja hallintaan. Vastaavasti jatkuva työaikojen venyttäminen heikentää jaksamista.³⁰¹ Yksi keino työaikoihin vaikuttamiseen on työaika-autonomia, joka on yhteisöllistä työvuorosuunnittelua ja mahdollistaa työntekijöiden yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisen. Tällöin työntekijät suunnittelevat työaikansa yhteistyössä toistensa kanssa. Työyksikön tulee kuitenkin sopia yhteiset työvuorosuunnittelun pelisäännöt. Työaika-autonomia on yleistynyt Suomessa viime vuosina. Mahdollisuus vaikuttaa omiin työvuoroihin lisää työn hallintaa ja vaikuttaa siten myönteisesti työhyvinvointiin.³⁰² Työ- ja elinkeinoministeriön arvion mukaan joustavammalla työaikasuunnittelulla voitaisiin myös helpottaa osatyökykyisten tai eläkkeelle jääneiden osa-aikaista työskentelyä. Osa-aikatyötä voi toivoa myös, esimerkiksi perhesyistä, ja hyvällä työaikasuunnittelulla voidaan hyödyntää työpanos tehokkaammin.³⁰³

Huomion arvioista on myös se, että työn määräaikaisuus on keskimäärin yleisempää sosiaali- ja terveysalalla kuin muilla toimialoilla. Työn veto- ja pitovoiman kannalta määräaikaisten työsuhteiden määrään ja työntekijöiden suureen vaihtuvuuteen tulisi kiinnittää huomiota.³⁰⁴ Mielenkiintoinen havainto on, että rekrytointivaikeuksista huolimatta vuonna 2019 yleisin työsuhdemuoto sosiaali- ja terveysalalla viimeksi palkatun työntekijän kodalla on ollut määräaikainen työsuhde. Toimialojen vertailuissa uusia työpaikkoja syntyi vähiten sosiaali- ja terveysalalla, noin 25 prosenttia.³⁰⁵ Sosiaali- ja terveysalalla on siis yleisempää, että työntekijä tulee toisen työntekijän tilalle joko vakinaiseen työsuhteeseen tai määräaikaisesti sijaiseksi.³⁰⁶ Tilastokeskuksen selvityksen mukaan monia rasittaa määräaikaisuuteen liittyvä taloudellinen epävarmuus ja valtaosa määräaikaisista työntekijöistä kaipaisi vakinaisen työsuhteen luomaa turvallisuutta. Nuoremmista 1990-

³⁰⁰ Mäkipää 2014, 180-182.

³⁰¹ Hahtela & Karhe 2021, 37.

³⁰² Häggman-Laitila 2014, 157.

³⁰³ Työ- ja elinkeinoministeriö 2020a, 5.

³⁰⁴ Koponen ym. 2012, 4; Tevameri 2021, 52.

³⁰⁵ Tevameri 2021, 52.

³⁰⁶ Räisänen & Ylikännö 2021b, 67.

luvuilla syntyneistä työntekijöistä kuitenkin aiempaa harvempi kokee määräaikaiseen työsuhteeseen liittyvän epävarmuuden henkisesti tai taloudellisesti rasittavana. Nuoremmista aiempaa useampi olisi pikemminkin valmis vaihtelevaan muutaman vuoden välein työpaikkaa tai työtehtäviä. Naiset kuitenkin kokevat työsuhteen määräaikaaisuuden kuormittavampana kuin miehet. Määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevät naiset ovat keskimäärin vanhempia kuin miehet. Tyypillisesti naisilla määräaikaisuus jatkuu pidempään kuin miehillä ja heidän määräaikaisuuteensa liittyy työsopimusten ketjutuksia.³⁰⁷

Erityisesti hoitotakuuta koskevan lakiuudistuksen yhteydessä monet ammattiliitot ja -järjestöt ovat myös korostaneet täydennyskoulutuksen ja jatkuvan oppimisen tärkeyttä osana työntekijöiden hyvinvointia.³⁰⁸ Kyselytutkimuksissa niin sairaanhoitajien kuin lähihoitajien vastauksissa on korostunut oman erikoisalan ydinosaamisen tarve. Molemmat ammattiryhmät arvioivat tarvitsevänsä työssään erityisesti lääkehoidon ja vuorovaikutustaitojen hallinnan osaamista sekä niihin liittyvää koulutusta.³⁰⁹ Osaamisen johtaminen on keino hallita työyhteisöön kohdistuvia muutoksia ja taata potilaille mahdollisimman hyvä hoito. Osaamisen johtamisessa on tyypillisesti keskitytty yksilöiden osaamiseen, mutta enenevässä määrin on nostettu esiin tiimien johtamista, jolloin osaamista kehitetään yhdessä eri ammattiryhmien kanssa. Spesifien ammattiryhmäkohtaisten koulutusten rinnalla olisikin tärkeä järjestää koko moniammatilliselle hoitotiimille suunnattuja koulutuksia, jossa keskitytään tiimin yhdessä havaitsemiin ongelmakohtiin ja muutostarpeisiin potilastyössä. Esimerkiksi sairaalan osastolla hoitotiimi voi koostua sairaanhoitajista, lähihoitajista, lääkäreistä, fysioterapeuteista, toimintaterapeuteista, psykologeista ja sosiaalityöntekijöistä.³¹⁰ Myös sosiaali- ja terveystieteiden näkökulman mukaan johtamisen tulisi edistää moniammatillista asiantuntemusta niin, että asiakkaiden tarpeisiin voidaan vastata hoito- ja sosiaalityön, lääketieteen, kuntoutuksen ja muuta tarkoituksenmukaista asiantuntemusta hyödyntäen.³¹¹ Tämä haastaa ja muokkaa hoitotyön johtajan roolia tiimityön johtamisessa. Johtaja tukee tiimiä vastuualueiden ja eri jäsenten roolien selkeyttämisessä, yhteistyösuhteiden vahvistamisessa ja luottamuksen rakentamisessa. Selkeä ymmärrys omasta ja toisten rooleista on edellytys osaamisen jakamiselle ja kehittymistarpeiden tunnistamiselle.³¹² Moniammatillisesta ja poikkiallisesta yhteistyöstä on puhuttu jo vuosia, mutta siitä huolimatta yhteistyön toteuttaminen jätetään usein työntekijöiden vastuulle. Uusia yhteistyön malleja kehitetään usein erilaisissa hankkeissa, mutta ongelmana on, että nämä mallit eivät jää elämään, jos johto ja esimiehet eivät alusta alkaen sitoudu tavoitteiden

³⁰⁷ Sutela, Pärnänen & Keyriläinen 2019, 63-69.

³⁰⁸ Lindgren 2021, 21; Hahtela, Karhe & Suutarla 2021, 28; Tuovinen 2021, 22.

³⁰⁹ Coco 2020, 12; Coco & Roos 2020, 20.

³¹⁰ Häggman-Laitila 2014, 154-155.

³¹¹ StVM 18/2020 vp, 6.

³¹² Häggman-Laitila 2014, 154-155.

tukemiseen.³¹³ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus pitää tärkeänä, että hoitoalan johtamisen koulutuksen opintoja sujuvoitetaan ja nopeutetaan valtakunnallisesti sekä lisätään mahdollisuuksia opiskella työn ohessa.³¹⁴

Tehy on asiantuntijalausunnossaan todennut, että hoitotyön johtajien eri organisaatiotasolla on varmistettava henkilöstön saatavuus, pysyvyys ja työhyvinvointi.³¹⁵ Etenkin lähi- ja keskijohdon tehtäväkenttä on laajentunut. Heidän vastuullaan on toimeenpanna johdon asettamia tavoitteita ja osallistu itsekin organisaation kehittämiseen. Heiltä edellytetään yhteistyöhön liittyvää ja sitä edistävää osaamista, eri toimijoiden ja toimialojen tuntemusta, mutta myös viestintä- ja verkostoitumistaitoja.³¹⁶ Perinteinen johtaminen ei enää riitä ja sen takia työyhteisön ja tiimin voimavarat ovat vajaakäytössä. Johtamiskoulutuksen rinnalle olisikin nostettava työyhteisötaitojen valmennusta.³¹⁷

10.4 Sote-uudistus

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta, eli niin kutsutusta sote-uudistuksesta, on puhuttu jo useita vuosia. Uudistuksen kohteina ovat sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen, rahoitus ja tuotanto. Keskeisiä syitä sote-uudistukselle ovat väestön ikääntyminen ja väestön terveyserojen kaventaminen.³¹⁸

Vuoden 1993 valtioneudistuksen myötä kunnille annettiin aiempaa laajempi valta ja vastuu järjestää palvelunsa parhaaksi katsomallaan tavalla, jolloin myös sosiaali- ja terveyspalvelut siirtyivät kuntien itsehallinnon piiriin. Monissa kunnissa talous ajautui kriisiin ja palveluiden kehittämisen sijasta kunnat alkoivatkin karsia palveluitaan. Muutoksen myötä erityissairaanhoidon asema on vahvistunut ja erityisesti 2000-luvulla terveyspalveluiden painopiste on siirtynyt erityissairaanhoidon samalla, kun perusterveydenhuolto on näivettynyt. Tämä perustason palveluiden heikkous on heijastunut edelleen kasvavana erikoissairaanhoidon tarpeena.³¹⁹ Esimerkiksi lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa yhä suurempi joukko ohjautuu erikoissairaanhoidon, sillä he eivät saa riittäviä palveluita perusterveydenhuollosta.³²⁰ FinTerveys 2017- tutkimuksen³²¹ mukaan terveyspalvelujen

³¹³ Hujala ym. 2020, 137

³¹⁴ StVM 18/2020 vp, 6.

³¹⁵ Lindgren 2021, 21.

³¹⁶ Laulainen, Zitting & Niiranen 2020, 165.

³¹⁷ Manka 2014, 101.

³¹⁸ Hiilamo & Salin 2020, 38-39.

³¹⁹ Hiilamo & Salin 2020, 28-31.

³²⁰ Huikko ym. 2017, 4.

³²¹ FinTerveys 2017-tutkimus on laaja kansallinen terveystarkastustutkimus, jonka tarkoituksena on tuottaa luotettavaa tietoa Suomen aikuisväestön terveydestä,

käytössä sosioekonomiset erot ovat merkittäviä. Terveyspalveluja käyttävät eniten ne, joilla on siihen taloudellisia ja sosiaalisia edellytyksiä, kuten enemmän tietoa mahdollisista palveluista sekä enemmän voimia vaatia itselleen tutkimuksia ja jatkohoitoa.³²²

Lukuja tarkasteltaessa Suomen terveydenhuollon menot vuonna 2019 olivat 22,0 miljardia euroa ja asukasta kohden menot olivat 3 983 euroa. Menot kasvoivat reaalisesti 3 prosenttia vuoteen 2018 verrattuna. Terveysdenhuollon menojen yksittäisen suurimman menoerän muodosti erikoissairaanhoido, joka oli määrältään 8 miljardia euroa. Vuonna 2019 Suomen terveydenhuollon menojen suhde bruttokansantuotteeseen oli 9,2 prosenttia. Kansainvälisessä vertailussa luku oli hieman OECD-maiden keskitasoa korkeampi, joka oli tuolloin 8,8 prosenttia. Muihin Pohjoismaihin verrattuna terveydenhuollon menojen bruttokansantuotesuhteet olivat Ruotsissa 10,9 prosenttia, Norjassa 10,5 prosenttia ja Islannissa 8,8 prosenttia.³²³ Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa on järjestetty suhteellisen pienillä kustannuksilla kohtuullisia palveluita.³²⁴ Osittain tämä selittyy suomalaisten hoitajien muita Pohjoismaita matalammalla palkkatasolla.³²⁵ Suomi kuitenkin vanhenee EU-maista kaikkein nopeimmin ja palvelujen tarve kasvaa jatkuvasti.³²⁶

Vastaavasti moniin muihin maihin verrattuna Suomessa työskentelee enemmän sairaanhoitajia suhteutettuna väkilukuun. OECD:n³²⁷ vuoden 2018 tilaston mukaan Suomessa työskenteli 14,3 sairaanhoitajaa tuhatta asukasta kohden. Vain Norjassa ja Islannissa työskenteli enemmän sairaanhoitajia suhteessa väkilukuun, Norjassa sairaanhoitajia oli 17,7 ja Islannissa 14,7 tuhatta asukasta kohden. Kun taas Ruotsissa sairaanhoitajia oli 10,9 ja Tanskassa 10,1 tuhatta asukasta kohden. Vuonna 2018 EU-maiden keskiarvo oli 8,2 sairaanhoitajaa tuhatta asukasta kohden. Muihin EU-maihin verrattuna Suomessa työskenteli eniten sairaanhoitajia suhteutettuna maan väkilukuun. Esimerkiksi Espanjassa sairaanhoitajia oli 5,9 ja Italiassa 5,7 tuhatta asukasta kohden, mutta toisaalta kyseisissä maissa työskentelee paljon hoitotyössä avustavaa henkilökuntaa. Kun verrataan sairaanhoitajien määrää suhteessa lääkäreiden määrään, Suomi on lukujen kärjessä muihin EU-maihin nähden. Suomessa työskentelee keskimäärin 4,4 sairaanhoitajaa lääkäriä kohden, kun EU-maiden keskiarvo on 2,3 sairaanhoitajaa lääkäriä kohden. Kun verrataan muihin Pohjoismaihin, Ruotsissa työskentelee 2,6, Tanskassa 2,4 ja Norjassa 4,1 sairaanhoitajaa lääkäriä kohden. Lääkäripulan seurauksena

terveyskäyttäytymisestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista terveys- ja hyvinvointipolitiikan suunnittelua varten.

³²² Koponen ym. 2018, 142.

³²³ Terveysden ja hyvinvoinnin laitos 2021e, 5.

³²⁴ Hiilamo & Salin 2020, 39.

³²⁵ Tehy 2021b.

³²⁶ Hiilamo & Salin 2020, 47.

³²⁷ OECD on taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö, joka tuottaa kansainvälisesti vertailukelpoisia tilastoja ja tietokantoja sekä antaa politiikkasuosituksia.

osassa maista, kuten Suomessa, sairaanhoitajien toimenkuvia ja vastualueita on laajennettu. Näin voidaan parantaa palveluiden saatavuutta ja lyhentää hoitoon pääsyä sekä alentaa kustannuksia.³²⁸

Palvelurakenteen uudistamista ja tulevaa sosiaali- ja terveystalouden uudistusta on pidetty yhtenä keinona parantaa tilannetta.³²⁹ Tällä hetkellä palveluita johdetaan toimenpide- ja hoitotyölähtöisesti ja terveystaloudet pyörivät hoivan ja hoitajavajeen ympärillä. Henkilöstö on pulassa työmääränsä kanssa, ellei itse toiminnassa tehdä sisällöllisiä muutoksia.³³⁰ Vanhimpien ikäryhmien koko tulee kasvamaan lähivuosina, jolloin myös liikkumisrajoitteisten kuin muistisairaiden määräkin väistämättä kasvaa. Ikääntyneiden palveluiden järjestämisen näkökulmasta kunnan ja maakunnan välillä tulisi olla tiivis ja toimiva yhteistyö, jotta iäkkäät henkilöt pystyisivät asumaan kotonaan toimintakyvyn heikentyessä ja avun tarpeen lisääntyessä. Molemmat vastaisivat osaltaan toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä tukevan kodin edellytysten luomisesta. Maakunnan vastuulla olisi huolehtia kotiin tarvittavista palveluista ja kunnan vastuulla taas olisi asunnoista ja asuinympäristöstä huolehtiminen. Toimintakyvyn haasteet eivät kuitenkaan kosketa ainoastaan ikääntyneitä. FinTerveys 2017-tutkimuksen mukaan aikaisemmin havaittu väestön työkyvyn koheneminen on pysähtynyt ja jopa hieman heikentynyt. Muutosta on ollut erityisesti iäkkäimpien työikäisten naisten kokemassa henkissä työkyvyssä. Ennaltaehkäisyyn täytyisikin panostaa entistä enemmän, jotta palvelutarpeen kasvua voitaisiin hillitä. Ongelmien ja terveystalouden varhainen tunnistaminen, neuvonta sekä tarvittaessa hoitoon ohjaus ovat tässä keskeisiä keinoja.³³¹

Alan vetovoiman, johtamisen ja organisaatiokulttuurien näkökulmasta sosiaali- ja terveystalouden uudistus on sinällään mahdollisuus tehdä asioita toisin. Tämä vaatii kuitenkin panostusta ja laaja-alaista yhteistyötä.³³² Sairaanhoitajaliitto on nostanut esiin, että uudistusta suunniteltaessa korjaavia toimenpiteitä tulisi kohdistaa niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon sairaanhoitajien asiantuntijuuden kehittämis-, ura- ja palkkakehitysmahdollisuuksiin, henkilöstömäärään ja ammattirakenteeseen sekä johtamiseen. Palveluiden kehittyessä ja laajentuessa erityisesti perusterveydenhuollon sairaanhoitajat tarvitsevat entistä laaja-alaisempaa osaamista. Tämä on kuitenkin mahdollisuus, sillä kehittämällä sairaanhoitajien uramahdollisuuksia ja palkkausta voidaan luoda houkuttelevampia ja monipuolisempia tehtäviä sairaanhoitajille samalla, kun vastataan paremmin myös palvelutarpeeseen.³³³ Etenemismahdollisuuksien on todettu vaikuttavan

³²⁸ OECD 2022.

³²⁹ Tevameri 2021, 209.

³³⁰ Palamaa 2022.

³³¹ Koponen ym. 2018, 191-193.

³³² Tevameri 2021, 90.

³³³ Hahtela & Karhe 2021, 37.

olennaisesti hoitajien sitoutumiseen niin ammattiin kuin työpaikkaan.³³⁴ Myös työ- ja elinkeinoministeriön mukaan kehittämällä esimerkiksi sairaanhoitajien uramahdollisuuksia ja laajentamalla heidän toimenkuvaansa, voitaisiin luoda aiempaa kiinnostavampia työtehtäviä. Kehittämiskohteita voisivat olla muun muassa suoravastaanottojen laajempi käyttö ja konsultaatiomahdollisuuksien hyödyntäminen perusterveydenhuollon sisällä sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tällaiset muutokset tuottaisivat itsenäisempiä ja omaan ammattiosaamiseen tiiviimmin kohdentuvia työtapoja.³³⁵

Uudistuksen myötä mahdollisesti laajentuvat ja muuttuvat sairaanhoitajien ja lähihoitajien tehtäväkuvaukset voivat mahdollistaa myös työtehtävien vaativuuden ja sitä kautta palkkauksen uudelleen arvioinnin. Kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen KVTES:n 2. luvun 9 §:n 1 momentin mukaan tehtäväkohtaisen palkan määräytymisperusteena on ensisijaisesti työtehtävien vaativuus. Tehtävien vaativuuden arvioinnin tulee perustua tehtäväkuvaukseen. Tehtäväkuvaus tulee tarkistaa ja päivittää, kun tehtäväkuvauksessa määriteltyä tehtäväkokonaisuutta muutetaan tai se on muuttunut merkittävämmiin. Kokonaisvaativuudessa tapahtuneiden muutosten selvittämiseksi arvioidaan uudelleen myös tehtävän vaativuus, jonka jälkeen arvioidaan muutosten mahdolliset vaikutukset tehtäväkohtaisiin palkkoihin.³³⁶

11 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena on ollut tarkastella, miten lainsäädännön keinoin on yritetty vaikuttaa hoitajapulaan Suomessa ja, miten lain tasoinen sääntely on käytännössä toteutunut. Niin kansallinen kuin EU-tason lainsäädäntö määrittävät tarkasti, kuka saa toimia terveydenhuollon ammattilaisena, ja sen lisäksi terveydenhuollon ammattilaisilta edellytetään jatkuvaa oman osaamisen kehittämistä ja kouluttautumista. Lainsäädännön keinoin on yritetty vaikuttaa sosiaali- ja terveysalalla ilmenneisiin ongelmiin, muun muassa kasvattamalla hoitajamitoitusta ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa ja tiukentamalla hoitoon pääsyn aikarajoja. Hallituksen arvion (HE 4/2020) mukaan kaikkialla Suomessa on raportoitu rekrytointihaasteista niin sairaanhoitajien kuin lähihoitajien osalta ja erityisesti määräaikaisten sijaisten saaminen on haastavaa.³³⁷ Laintasaisen sääntelyn tavoitteena on parantaa tilannetta, mutta ilman osaavaa ja määrällisesti riittävää henkilöstöä, tavoitellut muutokset eivät toteudu. Riittämättömällä henkilöstöresursseilla toteutetut lakiuudistukset saattavat johtaa siihen, että yhä suurempi osa sosiaali- ja

³³⁴ Jokiniemi ym. 2014, 42.

³³⁵ Työ- ja elinkeinoministeriö 2022, 5-6.

³³⁶ KVTES 2020-2021.

³³⁷ HE 4/2020, 68-69.

terveyspalveluista joudutaan toteuttamaan ostopalveluina tai henkilöstöä joudutaan siirtämään muista tärkeistä toiminnoista lakisääteisten velvoitteiden täyttämiseksi. Tämä heikentää hoitoketjun toimivuutta ja nostaa edelleen kustannuksia.³³⁸ Lainsäädännön keinoin voidaan varmistaa yhdenmukainen toiminta, mutta konkreettisia keinoja tarkasteltaessa lainsäädännön merkitys jää melko pieneen rooliin. Tilanteen ratkaisemiseksi tarvitaankin monia samanaikaisia toimia.

Hoitajapulan on nähty vaikuttavan myös muihin sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmiin, sillä pulaa on jo ryhdytty paikkaamaan muun muassa fysioterapeuttien työpanoksella siirtämällä heitä hoitotyöhön. Tämän seurauksena ikääntyneiden hoidossa ja kuntoutuksessa on fysioterapian saralla nähtävillä eräänlainen joukkopako. Suomen Fysioterapeutit ammattiliitto on saanut useampia yhteydenottoja siitä, että ikääntyneiden parissa työskenneltäessä ei pääse tekemään kuntoutustyötä, vaan työpanos valuu hoitotyöhön.³³⁹ Kuntouttava hoitotyö on hoitotyön ammattilasten osaamisalue, eikä sen toteuttamiseen ole tarkoituksenmukaista käyttää kuntoutusalan ammattilaisia.³⁴⁰ Jos fysioterapeuteilta vaaditaan työpanoksen suuntaamista hoito- ja hoivatyöhön, työ ikääntyneiden parissa ei houkuta. Ilmiö luo myös haasteita koulutuksen kehittämiseksi ja sille, miten opiskelijat saataisiin kiinnostumaan ikääntyneiden kuntoutuksesta. Tällä hetkellä liikunta-ala on vetovoimainen fysioterapiaopiskelijoiden ja vastavalmistuneiden keskuudessa, niin palkkauksen kuin työtehtävien suhteen, kun taas vähemmän hakeutuu töihin kuntoutuksen pariin.³⁴¹

Empiirisen tutkimusaineiston perusteella niin sairaanhoitajat kuin lähihoitajat kokevat työn itsessään merkitykselliseksi ja tärkeäksi.³⁴² Vaikutusmahdollisuudet koetaan kuitenkin vähäisiksi, johtaminen on hierakista ja työntekijät toivovat läpinäkyvämpää ja osallistavampaa päätöksentekoa.³⁴³ Useissa ministeriöiden selvityksissä ja hallituksen esityksiin annetuissa asiantuntijalausunnoissa on korostettu, että johtamista ja työhyvinvointia tulisi kehittää sosiaali- ja terveysalalla.³⁴⁴ Työ- ja elinkeinoministeriö on nostanut esiin, että muotoilemalla työtä uudelleen sekä järkevöittämällä työn kulkua ja jakoa voitaisiin lisätä hoitajien työtyytyväisyyttä ja hyvinvointia.³⁴⁵ Muutoin lausunnoissa ei ole tuotu esiin, että miten tai millä keinoin työhyvinvointia tai johtamista tulisi kehittää. Kehittämistarpeet ovat tietysti usein organisaatio- ja yksikkötasolla tehtäviä toimia, ja

³³⁸ Mickos 2022, 26-27; Haverinen 2022.

³³⁹ Suominen 2021, 1; Laine 2021, 23; Mäkinen 2022.

³⁴⁰ Korpi 2021, 5.

³⁴¹ Laine 2021, 23; Mäkinen 2022.

³⁴² Tevameri 2021, 90-91.

³⁴³ Hahtela 2014, 34.

³⁴⁴ StVM 18/2020 vp, 6; HE 4/2020 vp, 82; Työ- ja elinkeinoministeriö. 2020a, 3; Työ- ja elinkeinoministeriö 2022, 5-6.

³⁴⁵ Työ- ja elinkeinoministeriö. 2020a, 3; Työ- ja elinkeinoministeriö 2022, 5-6.

yleispätevää ohjeistusta on siten vaikea antaa. Haasteet ja kehittämistarpeet ovat kuitenkin laajalti tiedostettuja ja tässä opinnäytetyössä muutamia keinoja johtamisen ja työhyvinvoinnin kehittämiseksi on mainittu kyselytutkimuksissa esiin nostettujen teemojen perusteella.

Koulutuspaikkojen lisääminen on yksi yleisimmin ehdotetuista keinoista hoitajapulan helpottamiseksi. Viimeisen parin vuoden aikana ja erityisesti koronapandemian myötä hoitajien kokemasta kuormituksesta ja tyytymättömyydestä on uutisoitu runsaasti, mikä tuskin edistää alan vetovoimaa. Vaikka alalle saataisiin lisää opiskelijoita, koulutuspaikkojen lisääminen ei helpota tilannetta pidemmällä tähtäimellä, jos hoitajat eivät jaksu työssään. Sairaanhoitajaliiton (2021) teettämän kyselytutkimuksen mukaan sairaanhoitajista juuri 26-35-vuotiaat ovat tyytymättömiä.³⁴⁶ Nuoret työntekijät ovat yleensä nopealiikkeisempiä työelämään ja uraan liittyvissä päätöksissä, eivätkä välttämättä jää odottamaan tilanteen parantumista.³⁴⁷ Pula osaavista työntekijöistä pahenee entisestään, jos alan veto- ja pitovoimaan ei kiinnitetä huomiota.³⁴⁸ Sosiaali- ja terveysministeriön loppuvuodesta 2021 käynnistämä poikkihallinnollinen ohjelma sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyden ja saatavuuden turvaamiseksi pyrkii parhaillaan löytämään kestäviä ratkaisuja muun muassa näihin teemoihin. Ensimmäisissä ehdotuksissa työryhmä korostaa työntekijöiden osaamisen kehittämisen ja täydennyskoulutautumisen tärkeyttä sekä uralla etenemismahdollisuuksien laajentamista. Työryhmän mukaan saatavilla olevaa tietoa henkilötilanteesta tulisi myös yhtenäistä, ja sen lisäksi valtakunnallisen ohjelman avulla tulisi kehittää niin johtamista kuin työhyvinvointia sekä seurattaisiin näiden kehittymistä tulevilla hyvinvointialueilla.³⁴⁹ Mahdollisesti lähitulevaisuudessa saamme konkreettisempia ehdotuksia niin johtamisen kuin työhyvinvoinnin kehittämiseksi.

Tehyn, SuPerin ja Sairaanhoitajaliiton teettämässä kyselytutkimuksissa sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastauksissa on myös korostunut se, että palkkaus ei vastaa työn vaatimuksia.³⁵⁰ Pohjoismaisessa vertailussa sairaanhoitajien palkkataso on Suomessa huomattavasti alhaisempi, eikä palkka nouse työkokemuksen tai täydennyskoulutautumisen myötä, kuten naapurimaissa.³⁵¹ Suomessa esimerkiksi sairaanhoitajien toimenkuvia on laajennettu lääkäripulan takia, mutta tämä ei ole näkynyt palkoissa.³⁵² Hoitajien palkoista on viime aikoina uutisoitu paljon ja niihin liittyvä julkinen keskustelu on vilkasta. Niin kansalaiset kuin

³⁴⁶ Hahtela & Karhe 2021, 37.

³⁴⁷ Vesterinen 2014, 125-138.

³⁴⁸ Tevameri 2021, 90-91.

³⁴⁹ Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 1-2.

³⁵⁰ Aula Research 2020; Hahtela & Karhe 2021; Erkkilä & Kangas 2020.

³⁵¹ Sairaanhoitajaliitto 2019b.

³⁵² OECD 2022.

monet poliitikot puoltavat hoitajien palkkojen nostamista.³⁵³ Eri organisaatiot ja hoiva-alan yritykset ovat viime aikoina käyttäneet erilaisia bonuksia hoitajien rekrytoimiseksi.³⁵⁴ Tämä lisänee työn houkuttelevuutta, mutta voi myös samanaikaisesti aiheuttaa epätasa-arvon kokemuksia pidempään työskennelleiden keskuudessa. Vuonna 2021 voimaan tullut SOTE-sopimus voi osaltaan helpottaa työehdoista ja palkoista sopimista, kun voidaan keskittyä vain sosiaali- ja terveystalouden työehtoihin.³⁵⁵ Tehy ja SuPer ovat esittäneet palkkaohjelmaa, joka korottaisi hoitajien palkkoja vuosittain seuraavan viiden vuoden ajan. Järjestöt ovat väläyttäneet pätöksöistä vaihtoehdoksi, jos työehtojen ja palkkauksen osalta ei päästä yhteisymmärrykseen.³⁵⁶ Nähtäväksi jää, miten neuvottelut päättyvät. Palkkaus tuskin yksistään on ratkaisu hoitajapulaan, vaan sen lisäksi on parannettava työoloja.

Tarve sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän uudistamiselle on osoittautunut entistä ilmeisemmäksi vuosien saatossa.³⁵⁷ Uudistus on mahdollisuus tehdä asioita toisin ja parantaa alan vetovoimaa. Onnistuakseen uudistus vaatii kuitenkin panostusta ja laaja-alaista yhteistyötä.³⁵⁸ Erityisesti perusterveydenhuollon palveluiden laajentuminen on mahdollisuus kehittää sairaanhoitajien ja lähihoitajien uramahdollisuuksia sekä luoda monipuolisempia työtehtäviä.³⁵⁹ Tehtäväkuvausten mahdollinen muuttuminen ja laajentuminen voi myös mahdollistaa työtehtävien vaativuuden ja sitä kautta palkkauksen uudelleen arvioinnin työehtosopimuksen mukaisesti.³⁶⁰ Väestön ikääntyessä hoivan ja palvelujen tarve väistämättä kasvaa ja henkilöstö on pulassa työmääränsä kanssa, jos itse toiminnassa ei tehdä sisällöllisiä uudistuksia.³⁶¹ Esimerkiksi hoitotakuuta käsittelevän lakiuudistuksen yhteydessä monet tahot ovat nostaneet esiin, että hoitoon pääsyn parantamisen yhteydessä olisi tärkeä parantaa hoitoketjuja ja hoidon jatkuvuutta. Hoidon jatkuvuus hillitsee kustannuksia ja parantaa hoidon laatua. Lisäksi on korostettu ennaltaehkäisevien palvelujen ja kuntoutuksen tärkeyttä, sillä ne hillitsevät kustannuksia ja raskaampien palvelujen tarvetta.³⁶²

Niin sairaanhoitajat kuin lähihoitajat kokevat työn itsessään merkitykselliseksi. Tämän varaan voidaan rakentaa paljon, mutta alan veto- ja pitovoiman parantaminen on välttämätöntä. Työolojen ja työympäristön tulee olla sellaisia, että työn tekeminen hyvin on aidosti mahdollista.³⁶³ Tämä edellyttää niin työnantajilta kuin ammattiliitoilta jatkuvaa hereillä oloa

³⁵³ Helsingin Sanomat 2021a.

³⁵⁴ Yle Uutiset 2021; Helsingin Sanomat 2021b.

³⁵⁵ Tehy 2021a.

³⁵⁶ Helsingin Sanomat 2022b.

³⁵⁷ Hiilamo & Salin 2020, 38-39.

³⁵⁸ Tevameri 2021, 90.

³⁵⁹ Hahtela & Karhe 2021, 37; Työ- ja elinkeinoministeriö 2022, 5-6.

³⁶⁰ KVTES 2020-2021.

³⁶¹ Palamaa 2022.

³⁶² Mickos 2022, 27; Junno 2022, 18.

³⁶³ Tevameri 2021, 90-91.

ja tilanteen seuraamista sekä muutoksiin reagoimista. Tulevaisuutta ajatellen on myös tärkeä saada tutkittua tietoa siitä, millainen merkitys pandemia-ajalla on ollut sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden veto- ja pitovoimaan.³⁶⁴ Entä mikä on vastaus kysymykseen, hoitajia onko heitä? Kuten tekstissä on aiemmin todettu, väestöluukuun suhteutettuna Suomessa on enemmän sairaanhoitajia kuin muissa EU-maissa. Koko sosiaali- ja terveysalalla tarvitaankin toiminnan sisällöllisiä muutoksia, jotta tulevaisuudessa väistämättä kasvavaan palvelutarpeeseen voidaan vastata.

³⁶⁴ Tevameri 2021, 19-20.

Lähteet

Kirjallisuus ja artikkelit

Aarnio, A. 1983. Philosophical Perspectives in Jurisprudence. Acta Philosophica Fennica. Vol 36. Helsinki.

Ervasti, K. 2007. Oikeuspoliittinen tutkimus ja oikeuspolitiikka. Oikeus 2007 (36); 4: 382-388. Viitattu 26.12.2021. <https://www-edilex-fi.nelli.laurea.fi/oikeus/5093.pdf>

Ervasti, K. 2011. Oikeussosiologia ja oikeuspoliittinen tutkimus osana oikeustiedettä. Viitattu 26.12.2021. <https://www-edilex-fi.nelli.laurea.fi/oikeustiede/103240002.pdf>

Ervasti, K. 2006. Oikeussosiologia tutkimusalana. Viitattu 8.1.2022. <https://www-edilex-fi.nelli.laurea.fi/artikkelit/6087.pdf>

Ervasti, K. 2017. Lakimies, oikeus, yhteiskunta. Keuruu: Edita Publishing.

Hirvonen, A. 2011. Mitkä metodit? Opas oikeustieteen metodologiaan. Yleisen oikeustieteen julkaisuja. E-kirja.

Husa, J. & Pohjolainen, T. 2014. Julkisen vallan oikeudelliset perusteet: johdatus julkisoikeuteen. Talentum. E-kirja.

Ojala, T. 2009. EU-säädösten toimeenpanon oikeudellisia lähtökohtia ja perusteita. Teoksessa Kanninen, H., Koskinen, H., Rosas, A., Sakslin, M. & Tuori, K. (toim.) Puhuri käy. Muuttuva suomalainen ja eurooppalainen valtiosääntömme. Viitattu 15.1.2022. <https://www-edilex-fi.nelli.laurea.fi/kirjat/7019.pdf>

Virallislähteet

HE 77/2004 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidtolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

HE 107/2015 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta.

HE 69/2018 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 23 b §:n muuttamisesta.

HE 4/2020 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta.

HE 56/2020 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle ammattipätevyiden tunnustamista koskevan direktiivin täytäntöönpanon täydentämistä koskevaksi lainsäädännöksi sekä laiksi ulkomailla suoritettujen korkeakouluopintojen tuottamasta virkakelpoisuudesta annetun lain muuttamisesta.

HE 231/2021 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista annetun lain muuttamisesta sekä niihin liittyviksi laeiksi

StVM 13/1994 vp. Sosiaali- ja terveystalvveluokunnan mietintö n:o 13 hallituksen esityksestä terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lainsäädännöksi.

StVM 18/2020 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista annetun lain muuttamisesta.

Oikeustapaukset

KKO:2004:103. Korkein oikeus. 11.10.2004. Työsopimus - Työpalkka - Tasapuolinen kohtelu.

KKO:2013:11. Korkein oikeus. 15.2.2013. Työehtosopimus - Työsopimus - Syrjintä - Tasapuolinen kohtelu.

TT 2018:18. Työtuomioistuin. 12.3.2018. Kanteen tutkiminen - Palkkaus - Virka- ja työehtosopimuksen tulkinta - Työtuomioistuimen toimivalta.

Muut lähteet

Aitlahti, T. 1999. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön kansainvälinen vertailu. Sosiaali- ja terveystalvveluministeriön selvityksiä 1999:12. Viitattu 20.12.2021.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71405/Selv199912.pdf?sequence=1>

Alasalmi, J. & Busk, H. 2019. Katsaus aktiivisen työvoimapolitiikan vaikuttavuuteen.

Työvoimapolitiittinen aikakausikirja 3/2019. Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 6.1.2022.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161854/Tyopoliittinen%20aikakauskirja%203_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Aluehallintovirasto. 2020. Lausunto HE 4/2020 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista

annetun lain muuttamisesta. Viitattu 19.1.2022.

<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-285867.pdf>

Ammattipätevyyden tunnistautumisjärjestelmä. 2020. EUR-Lex. Viitattu 23.12.2021.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11065>

Anttonen, A. & Sointu, L. 2006. Hoivapolitiikka muutoksessa: Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Stakes Hyvinvointivaltion rajat -hanke.

Viitattu 8.1.2022. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77671/M232->

[VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77671/M232-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Anttonen, A., Sointu, L., Valokivi, H. & Zechner, M. 2009. Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Vastapaino. Tampere.

Attendo. 2020. Ratkaisuja hoitajapulaan - Attendo työllistää tuhat uutta filippiiniläistä hoitajaa. Viitattu 29.12.2021.

<https://www.attendo.fi/ajankohtaista/arkisto/uutiset/uutisarkisto/ratkaisuja-hoitajapulaan-attendo-tyollistaa-tuhat-uutta-filippiinilaista-hoitajaa/>

Aula Research Oy. 2020. Tehy ry - Kysely tehyläisille 2020. Tulosesitys 1.10.2020. Viitattu 23.1.2022.

https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/muu_dokumentti/tehyn_kysely_erikoissairaanhoidosta_-_aula_research_id_14936.pdf

Coco, K. 2020. Erikoissairaanhoidossa tarvittava osaaminen. Kysely tehyläisille sairaanhoitajille - sairaanhoitajien näkemyksiä. Tehyn julkaisusarja B. Selvityksiä 1/20.

Viitattu 28.1.2022.

https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2020/2020_b1_erikoissairaanhoidossa_tarvittava_osaaminen_-_kysely_tehylaisille_sairaanhoitajille_id_14898.pdf

Coco, K. & Roos, M. 2020. Sosiaali- ja terveysalan työolot ja vetovoima - lähihoitajien näkemyksiä vetovoimaan vaikuttavista tekijöistä: perehdytys, osaaminen, työolot ja kuormitus. Tehyn julkaisusarja. Selvityksiä 2/2020. Viitattu 22.1.2022.

https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2020/2020_b2_sosiaali-ja_terveysalan_tyoolot_ja_vetovoima_-_lahihoitajien_nakemyksia_id_15982.pdf

Eduskunta. 2021. Kiireettömän hoidon hoitotakuu. Viitattu 9.1.2022.

https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LAT/Sivut/kiireettoman-hoidon-hoitotakuu.aspx#eduskunta

Erkkilä, S. & Kangas, T. 2020. Selvitys Superilaisten kokemasta työkuormasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä 2020. Viitattu 21.1.2022.

<https://www.superliitto.fi/viestinta/selvitykset/selvitys-superilaisten-kokemasta-tyokuormasta-2020/>

Esperi Care. 2019. Esperi Caren lausunto: henkilöstömitoituksen säätäminen iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Viitattu 19.1.2022.

<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-289558.pdf>

Euroopan komissio. 2017. Aktiivinen työvoimapolitiikka. Talouspolitiikan EU-ohjausjakso - Tietokooste. Viitattu 6.1.2022.

https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_active-labour-market-policies_fi.pdf

Euroopan komissio. 2022. Maatalouselintarvikekauppa EFTA- ja ETA-maiden kanssa. Viitattu 21.3.2022. [https://ec.europa.eu/info/food-farming-fisheries/trade/agricultural-international-trade/bilateral-agreements/efta-enp-countries/efta-eea_fi#:~:text=Euroopan%20vapaakauppaliitto%20\(EFTA\)%20on%20Islannin,ulottamisen%20Islantiin%2C%20Liechtensteiniin%20ja%20Norjaan.](https://ec.europa.eu/info/food-farming-fisheries/trade/agricultural-international-trade/bilateral-agreements/efta-enp-countries/efta-eea_fi#:~:text=Euroopan%20vapaakauppaliitto%20(EFTA)%20on%20Islannin,ulottamisen%20Islantiin%2C%20Liechtensteiniin%20ja%20Norjaan.)

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2014. Työyhteisön keinot pitää nuoret sairaanhoitajat työpaikassa ja ammatissa. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Työhyvinvoinnin keinot. Hoitotyön vuosikirja 2014. Suomen Sairaanhoitajaliitto. Bookwell Oy. Porvoo.

Hahtela, N. & Karhe, L. 2021. Sairaanhoitajien työolobarometri 2020. Sairaanhoitajaliiton selvitys sosiaali- ja terveystalouden vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Viitattu 23.1.2022.

https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/03/TYO%CC%88OLOBAROMETRI_2020_la%CC%88hdesivu_poistettu-netti-9.3.2021-uusiksi.pdf

Hahtela, N., Karhe, L. & Suutarla, A. 2021. Lausuntopyyntö hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 16.1.2022.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b4d25320-75e6-476b-b41e-d01768bdf751/a67695bc-1ca7-4923-be41-cbc74ce8ae92/LAUSUNTO_20211229181240.PDF

Hammarberg, L. & Klemetti, R. 2016. Nuorten palvelujen järjestämisen malleja Manner-Suomessa. Puhelinhaastattelujen raportti. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Työpäpaperi 34/2016. Viitattu 16.1.2022.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131367/URN_ISBN_978-952-302-750-3.pdf?sequence=1

Hanhijoki, I. 2020. Koulutus ja työvoiman kysyntä 2035. Osaamisen ennakointifoorumin ennakointituloksia tulevaisuuden koulutustarpeista. Opetushallitus. Raportit ja selvitykset

2020:6. Viitattu 29.12.2021.

https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/koulutus_ja_tyovoiman_kysynta_2035.pdf

Haverinen, A. 2022. Lausunto sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 28.2.2022. HE 231/2021 vp HE eduskunnalle laeiksi sosiaalihoitolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta sekä niihin liittyviksi laeiksi. Kuntaliitto. Viitattu 2.3.2022. <https://www.kuntaliitto.fi/lausunnot/2022/he-2312021-vp-he-eduskunnalle-laeiksi-sosiaalihoitolain-ja-ikaantyneen-vaeston>

Helsingin Sanomat. 2021a. Hoitajien vaatimukset kuumentavat julkisen sektorin palkkaneuvotteluja. Viitattu 4.3.2022. <https://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000008398173.html>

Helsingin Sanomat. 2021b. Katri Vuorisalolle lyötiin 12 500 euroa käteen, jotta hän ottaisi työn vastaan - Kilpailu hoitajista on kiihtymässä ennennäkemättömiin mittasuhteisiin. Viitattu 25.1.2022. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000008422433.html>

Helsingin Sanomat. 2022a. Hoitaja-järjestöt esittävät sote-alalle viiden vuoden pelastus-ohjelmaa, tavoitteena alan vetovoiman lisääminen. Viitattu 11.2.2022. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000008600948.html>

Helsingin Sanomat. 2022b. Tehyn Rytönen: Jos valtiolta ei löydy rahaa hoitajien palkkojen korottamiseen, sopimusta ei tule tai se jää lyhyeksi. Viitattu 29.1.2022. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000008566987.html>

Henriksson, M. & Kauppi, R. 2021. Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi sosiaalihoitolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain sekä eräiden niihin liittyvien lakien muuttamisesta. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Viitattu 2.3.2022. https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b6af02ec-e124-4faa-976b-ba45edde41fe/1b8fa763-cc69-40b3-8e49-4ac56585d84d/LAUSUNTO_20210827111057.PDF

Hiilamo, H. & Salin, S. 2020. Uudistuva palvelujärjestelmä. Teoksessa Laaksonen, H., Laitinen, H. & Hiilamo, H. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Sanoma Pro. Helsinki.

Huhta, J. & Karppanen, S. 2020. Lausuntopyyntö 7.2.2020; HE 4/2020 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriö. 6.2.2022. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-283891.pdf>

Huikko, E., Kovanen, L., Torniainen-Holm, M., Vuori, M., Lämsä, R., Tuulio-Henriksson, A. & Santalahti, P. 2017. Selvitys 5-12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelu- järjestelmästä Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti 14/2017. Viitattu 16.1.2022.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135839/THL_RAPO_14_2017_korj.web.pdf?sequence=1

Hujala, A., Mustonen, E., Klinga, C., Lammintakanen, J., Laulainen, S. & Taskinen, H. 2020. Integroiva johtaminen. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press.

HUS Tarkastuslautakunta. 2020. Tarkastuslautakunnan arviointikertomus Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin valtuustolle. Viitattu 9.1.2022.

<https://arviointikertomushus.fi/wp-content/uploads/2020/04/ARVIINTIKERTOMUS-2019.pdf>

Hyvän Hoidon Palvelut Oy. 2022. Hae meille töihin. Viitattu 28.1.2022.

<https://hyvanhoidonpalvelut.fi/hae-meille-toihin/>

Häggman-Laitila, A. 2014. Sairaanhoidajan työhyvinvointi ja johtaminen. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Työhyvinvoinnin keinot. Hoitotyön vuosikirja 2014. Suomen Sairaanhoidajaliitto. Bookwell Oy. Porvoo.

Häikiö, K. 2015. Potilas ja hoitotakuu terveystieteiden ristiaallokossa. Potilaan asema ja hoitotakuu uudistuksena valtionhallinnon sekä kansanterveysjärjestöjen näkökulmasta 2004-2010. Helsingin yliopiston käyttäytymistieteiden laitos. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia 265. Viitattu 9.1.2022.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/157920/potilasj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ilonummi, S. 2021. Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain sekä eräiden niihin liittyvien lakien muuttamisesta.

VN/13519/2021. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer. Viitattu 2.3.2022.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b6af02ec-e124-4faa-976b-ba45edde41fe/7f33792f-a30f-42e5-9fac-8e868ab732e2/LAUSUNTO_20210729081416.PDF

Jokiniemi, K., Pietilä, A-M., Kangasniemi, M., Haatainen, K. & Meretoja, R. 2014.

Työhyvinvointi ja kliinisen hoitotyön asiantuntijuus. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Työhyvinvoinnin keinot. Hoitotyön vuosikirja 2014. Suomen Sairaanhoidajaliitto. Bookwell Oy. Porvoo.

Junno, A-K. 2022. Lausuntopyyntö hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta. Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry. Viitattu 5.2.2022.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b4d25320-75e6-476b-b41e-d01768bdf751/5eb8ea0a-db94-487e-8968-7613c9e8bc9f/LAUSUNTO_20220104195923.PDF

Juuti, M. 2020. Sairaanhoitajien maastamuutto kasvussa ennen koronaa - muuttaneiden vuosittaiset määrät silti melko pieniä. Tilastokeskus. Asiantuntija-artikkelit ja ajankohtaisblogit. Viitattu 29.12.2021.

<https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2020/sairaanhoitajien-maastamuutto-kavussa-ennen-koronaa-muuttaneiden-vuosittaiset-maarat-silti-melko-pienia/>

Kangasniemi, M., Hipp, K., Häggman-Laitila, A., Kallio, H., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A-M., Saarnio, R., Viinamäki, L., Voutilainen, A. & Waldén, A. 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018. Viitattu 20.1.2022.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Karhe, L. 2019. Kotiin vietävän hoivan ja hoidon tilanne on kriisissä ja sairaanhoitajat ovat palamassa loppuun. Viitattu 23.1.2022. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/kotihoito-ja-kotisairaanhoito-jaksamiskysely-2018-avoin-kysymys_8.10.19.pdf

Kautto, M., Häkkinen, U., Laine, V., Parkkinen, P., Parpo, A., Tuukkanen, J., Vaarama, M., Vihriälä, V. & Volk, R. 2006. Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Arvioita sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä. Stakes. Viitattu 8.1.2022.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77670/M229-VERKKO.pdf?sequence=1>

Kehusmaa, S. & Alastalo, H. 2021. Lähi- ja sairaanhoitajien määrä ei vielä ole noussut vanhuspalveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos - Tutkimuksesta tiiviisti 47/2021. Viitattu 26.1.2022.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142998/TUTI2021_047_k.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Koponen, E-L. 2015. Sosiaali- ja terveysalan työvoiman riittävyys nyt ja tulevaisuudessa. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja TEM raportteja 13/2015. Viitattu 17.11.2021.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75078/TEMraportti_13_2015_web_27022015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koponen, E-L., Laiho, U-M. & Tuomaala, M. 2012. Mistä tekijät sosiaali- ja terveysalalle - työvoimatarpeen ja -tarjonnan kehitys vuoteen 2025. Työ- ja elinkeinoministeriön analyysseja

43/2012. Viitattu 17.11.2021.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162752/Mist%3a4%20teki%3a4t%20sosiaali-%20ja%20terveysalalle%20-%20ty%3b6voimatarpeen%20ja%20-tarjonan%20kehitys%20vuoteen%202025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. 2018. Yhteenveto ja johtopäätökset. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 - tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos raportti 4/2018. Viitattu 28.1.2022.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence

Koponen, P., Sainio, P., Kilpeläinen, K. & Aalto, A-M. 2018. Vastaanottokäynnit ja fysioterapia. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos raportti 4/2018. Viitattu 25.1.2022.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence

Korpi, J. 2021. Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista annetun lain sekä eräiden niihin liittyvien lakien muuttamisesta. VN/13519/2021. Suomen Fysioterapeutit ry. Viitattu 4.3.2022.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b6af02ec-e124-4faa-976b-ba45edde41fe/4175d807-6595-4328-bdc2-2023f3068b93/LAUSUNTO_20210827113754.PDF

Kuntaliitto 2020. Iäkkäiden henkilöiden palvelujen kokonaisuuden uudistamista vaalmisteleva työryhmä. HE luonnos 15.1.2020 laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista annetun lain muuttamisesta.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/9dc0b3e2-d2b8-4802-a024-f8ff12c47bbf/2e6570b5-344d-44f8-8d77-2c7efe311a2c/KIRJE_20200318103758.PDF

Kuntatyönantaja. 2021a. Kallis palkkaharmonisointi vaarantaa soten rahoituksen. Viitattu 8.2.2022. <https://www.ktlehti.fi/2021/3/kallis-palkkaharmonisointi-vaarantaa-soten-rahoituksen>

Kuntatyönantaja. 2021b. Korona vähensi ammatillisen täydennyskoulutuksen määrää kunta-alalla. Koulutusta järjestettiin pääasiassa etänä ja lähiopetuksia jouduttiin perumaan. Viitattu 20.1.2022. <https://www.kt.fi/sites/default/files/media/document/sote-henkiloston-ja-muun-henkiloston-ammattillinen-taydennyskoulutus-2020.pdf>

Kuntatyönantaja. 2021c. Palkkausjärjestelmien kehittäminen, palkkojen harmonisointi ja paikallinen sopiminen ennen liikkeen luovutusta. Viitattu 8.2.2022.

<https://www.kt.fi/muutostuki/palkat-harmonisointi-paikallinen-sopiminen>

Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2020-2021. Viitattu 8.2.2022.

<https://www.kt.fi/sopimukset/kvtes/2020-2021/luku-2-palkkaus/palkkausjarjestelma>

Laaksonen, H., Sinkkonen, M. & Wallin, O. 2020. Palveluiden ja henkilöstön johtaminen. Teoksessa Laaksonen, H., Laitinen, H. & Hiilamo, H. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Sanoma Pro. Helsinki.

LAB-ammattikorkeakoulu. 2020. Uusi hoitotyön rekrytointikoulutus vastaa alan työvoimapulaan Päijät-Hämeessä. Viitattu 19.1.2022. <https://lab.fi/fi/uutiset/uusi-hoitotyön-rekrytointikoulutus-vastaa-alan-työvoimapulaan-paijat-hameessa>

Laine, M. 2021. Kuka meitä jatkossa kouluttaa, ja mitä meille opetetaan? Fysioterapia 6/2021.

Laulainen, S., Zitting, J. & Niiranen, V. 2020. Henkilöstön ja johtajien osaamisvaatimukset integroituvissa palveluissa. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveystyö. Tampere University Press.

Leveälahti, S., Nieminen, J., Nyyssölä, K., Suominen, V. & Kotipelto, S. 2019. Osaamisrakenne 2035. Alakohtaiset tulevaisuuden osaamistarpeet ja koulutuksen kehittämishaasteet - Osaamisen ennakoitifoorumien ennakoitituloksia. Opetushallitus. Raportit ja selvitykset 2019:14. Viitattu 21.1.2022.

https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/osaamisrakenne_2035.pdf

Lindgren, A. 2021. Lausuntopyyntö hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta. Tehy ry. Viitattu 5.2.2022. https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b4d25320-75e6-476b-b41e-d01768bdf751/de2f8365-7b01-4181-9fda-de579a144dac/LAUSUNTO_20220102182009.PDF

Manka, M-L. 2014. Työnilo - pää(n)asia. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Työhyvinvoinnin keinot. Hoitotyön vuosikirja 2014. Suomen Sairaanhoidtajaliitto. Bookwell Oy. Porvoo.

Meretoja, R. & Koponen, L. 2008. Vetovoimainen sairaala. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Suomen Graafiset Palvelut. Helsinki.

Mickos, A. 2022. Lausuntopyyntö hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta. HUS-alueen kansanterveystyön johtajaverkosto. Viitattu 16.1.2022.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b4d25320-75e6-476b-b41e-d01768bdf751/4351efce-8c5c-4666-9614-fb65f344e0c5/LAUSUNTO_20220105190303.PDF

Mickos, A. & Ruokonen, H. 2021. Lausuntopyyntö hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta. HUS Kuntayhtymä. Viitattu 5.2.2022.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b4d25320-75e6-476b-b41e-d01768bdf751/f444462c-eece-4001-998a-287670ec2569/LAUSUNTO_20220102182910.PDF

Mäkinen, T. 2022. Suomen suurin kuntoutusala rämpii palkkakuopassa. Turun Sanomat.

Viitattu 9.2.2022. <https://www.ts.fi/lukijoilta/5559633>

Mäkipää, S. 2014. Työyhteisön kehittämisen keinot. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Työhyvinvoinnin keinot. Hoitotyön vuosikirja 2014. Suomen Sairaanhoitajaliitto. Bookwell Oy. Porvoo.

Nieminen, J. & Repo, J. 2021. Alueelliset kehitysnäkymät syksyllä 2021. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2021:56. Viitattu 29.12.2021.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163567/TEM_2021_56.pdf?sequence=3&isAllowed=y

OECD. 2022. Availability of nurses. Viitattu 23.1.2022. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/85ef89b8-en/index.html?itemId=/content/component/85ef89b8-en>

Opintopolku. 2021. Laitoshuoltajan ammattitutkinto. Laitoshuoltajan työn kuvaus. Viitattu 3.1.2022. <https://eperusteet.opintopolku.fi/#/fi/esitys/1013054/naytto/sisalto/1218814>

Ottela, R. 2021. Lausuntopyyntö hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer. Viitattu 16.1.2022.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b4d25320-75e6-476b-b41e-d01768bdf751/5052adf3-2435-4fb7-9741-552189b992b8/LAUSUNTO_20211228180917.PDF

Paavola, S. & Salo, J. 2020. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin lausunto hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta. Viitattu 6.1.2022.

<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-286105.pdf>

Paavola, T. 2022. Lausuntopyyntö hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta. Vantaan kaupunki. Viitattu 16.1.2022.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b4d25320-75e6-476b-b41e-d01768bdf751/6e04bddf-de52-4266-b04f-10c77eac118c/LAUSUNTO_20220104180552.PDF

Palamaa, S. 2022. Kuntoutuksen pitää olla tärkeä osa sote-palveluja. Helsingin Sanomat.

Lukijan mielipide. Viitattu 28.1.2022. <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000008535456.html>

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallitus. 2020. Henkilöstökertomus 2019.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2021. Hoitajien rekrytointi ulkomailta tuo kaivattuja

käsipareja ikääntyneiden palveluihin. Viitattu 6.1.2022. <https://www.phhyky.fi/fi/hoitajien-rekrytointi-ulkomailta-tuo-kaivattuja-kasipareja-ikaantyneiden-palveluihin/>

Pääkaupunkiseudun tarkastuslautakunnat. 2019. Lasten ja nuorten pääsy

mielenterveyspalvelujen piiriin. Arviointimuistio. Viitattu 16.1.2022.

https://www.arviointikertomus.fi/sites/default/files/pdf/article-memo/2019/lasten_ja_nuorten_paasy_mielenterveyspalvelujen_piiriin.pdf

Raivio, R. 2017. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Duodecim 2017; 133:1563-9.

Viitattu 8.1.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo13890.pdf>

Rautiainen, P., Taskinen, H. & Rissanen, S. 2020. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen

- virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.)

Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press.

Repo, K. & Kröger, T. 2009. Lasten päivähoito - oikeus hoivaan ja varhaiskasvatukseen.

Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki.

Vastapaino. Tampere.

Rytkönen, M. 2019. Pitovoimasta lääke hoitajapulaan. Viitattu 23.1.2022.

<https://www.tehy.fi/fi/blogi/pitovoimasta-laake-hoitajapulaan>

Rytkönen, M. & Sillanpää, K. 2020. Sosiaali- ja terveysvaliokunta asiantuntijapyyntö HE

4/2020 vp. Tehy. Viitattu 6.1.2022.

<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-286104.pdf>

Rytkönen, M. 2021. Tehyn lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi

sosiaalihuoltolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali-

ja terveyspalveluista annetun lain sekä eräiden niihin liittyvien lakien muuttamisesta.

VN/13519/2021. Viitattu 4.3.2022. [https://sairaanhoitajat.fi/wp-](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/09/27.8.2021_tehyn_lausunto_sosiaalihuoltolain_ja_vanhuspalvelulain_muutokset_he_id_17350.pdf)

[content/uploads/2021/09/27.8.2021_tehyn_lausunto_sosiaalihuoltolain_ja_vanhuspalvelulain_muutokset_he_id_17350.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/09/27.8.2021_tehyn_lausunto_sosiaalihuoltolain_ja_vanhuspalvelulain_muutokset_he_id_17350.pdf)

Räisänen, H. & Ylikännö, M. 2021a. Minne uudet työpaikat syntyivät vuonna 2019? TEM-

analyseja 104/2021. Viitattu 3.1.2022.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162692/Minne%20uudet%20ty%C3%B6paikat%20syntyiv%C3%A4t%20vuonna%202019.pdf>

Räisänen, H. & Ylikännö, M. 2021b. Minne uudet työpaikat syntyivät vuonna 2020? TEM-analyseja 108/2021. Viitattu 29.12.2021.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163498/Minne%20uudet%20ty%C3%B6paikat%20syntyiv%C3%A4t%20vuonna%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Räisänen, H. 2019. Vaikuttaako työvoimapolitiikka? Työvoimapolitiittinen aikakausikirja 3/2019. Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 6.1.2022.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161854/Tyopoliittinen%20aikakauskirja%203_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sairaanhoitajaliitto. 2013. Hyvän työpaikan kriteerit. Viitattu 6.2.2022.

https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2019/10/HYVAN_TYOPAIKAN_KRITEERIT_3_12_13.pdf

Sairaanhoitajaliitto. 2017. Kysely sairaanhoitajaopiskelijoille 2017. Viitattu 23.1.2022.

<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/kysely-sairaanhoitajaopiskelijoille-2017.pdf>

Sairaanhoitajaliitto. 2019a. Kysely sairaanhoitajaopiskelijoille 2019. Viitattu 23.1.2022.

https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/02/Opiskelijakyselyn-tulokset_2019.pdf

Sairaanhoitajaliitto. 2019b. Sairaanhoitajan palkka on Suomessa Pohjoismaiden alhaisin.

Viitattu 23.1.2022. <https://www.epressi.com/tiedotteet/terveys/sairaanhoitajan-palkka-on-suomessa-pohjoismaiden-alhaisin.html>

Sihto, M. 2004. Mitä on työvoimapolitiikka? VATT-Julkaisuja 38. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Viitattu 6.1.2022.

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/148661/j38.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salminen, K. 2021. Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista annetun lain sekä eräiden niihin liittyvien lakien muuttamisesta.

VN/13519/2021. Helsingin kaupunki. Viitattu 2.3.2022.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b6af02ec-e124-4faa-976b-ba45edde41fe/892c997b-09dc-4361-8e51-6d64f6483971/LAUSUNTO_20210811082509.PDF

Sohlman, P. 2020. Kunta-alan ja valtion eläköitymisennuste 2020-2039. Keva. Viitattu

1.12.2021. <https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/tama-on-keva--tiedostot/kunta-alan-ja-valtion-elakoitymisennuste-2020-2039.pdf>

Somervuori, E. 1996. Aktiivinen työvoimapolitiikka ja työttömyys OECD-maissa. VATT-Tutkimuksia 34. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Viitattu 6.1.2022.

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/148579/t34.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Viitattu 30.12.2021.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73379/Julkk_2008_3_ikaihmiset_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022. Ensimmäiset ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon

henkilöstön saatavuuden ja riittävyyden varmistamiseksi. Viitattu 29.1.2022. [https://stm.fi/-/ensimmaiset-ehdotukset-sosiaali-ja-terveydenhuollon-henkiloston-saatavuuden-ja-](https://stm.fi/-/ensimmaiset-ehdotukset-sosiaali-ja-terveydenhuollon-henkiloston-saatavuuden-ja-riittavyyden-varmistamiseksi)

[riittavyyden-varmistamiseksi](https://stm.fi/-/ensimmaiset-ehdotukset-sosiaali-ja-terveydenhuollon-henkiloston-saatavuuden-ja-riittavyyden-varmistamiseksi)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021. Terveystuottolain muutos (hoitotakuu). Viitattu

16.1.2022. <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM074:00/2019#>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Hoidon saatavuuden määrääjät ja muutostarpeet.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:3. Viitattu 9.1.2022.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79310/Hoidon%20saatavuus%20alaty%3b6ryhm%3a4n%20muistio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Kohti ikäystävällistä yhteiskuntaa läkkäiden henkilöiden

palvelujen uudistamistyöryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja

muistioita 2020:16. Viitattu 17.11.2021.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162239/STM_2020_16_R.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Terveystuottolain ammattihenkilöistä annetun lain

(559/1994) nykytilaa ja uudistamistarpeita koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön

raportteja ja muistioita 2/2018. Viitattu 29.12.2021.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160729/STM_02_raportti_Terveystuottolain_ammattihenkilot.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveystuottolain täydennyskoulutus. Sosiaali- ja

terveysministeriön oppaita 2004:3. Viitattu 19.1.2022.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74124/Opp200403.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten

hoidon perusteiden työryhmä 2015-2018. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön

raportteja ja muistioita 2019:50. Viitattu 9.1.2022.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161713/Rap_50_2019_Valtakunnallinen%20hoidon%20saatavuuden%20ja%20yhten%c3%a4isten%20hoidon.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021a. Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi terveydenhuoltolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta (perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentaminen). Viitattu 25.2.2022.

https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b4d25320-75e6-476b-b41e-d01768bdf751/70011984-4bcf-461b-87d0-ab0412f56658/LAUSUNTOPYYNTO_20211125100809.PDF

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021b. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden työryhmä. Luonnos asettamispäätökseksi. Viitattu 15.11.2021.

https://stm.fi/documents/1271139/48496181/LUONNOS_Asettamisp%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s+sotehenkil%C3%B6st%C3%B6-11-2021.pdf/67f1a455-7abf-ea72-c934-2538650083e6/LUONNOS_Asettamisp%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s+sotehenkil%C3%B6st%C3%B6-11-2021.pdf?t=1635776303926

Suomen Fysioterapeutit. 2020. Suomen Fysioterapeutit ry:n asiantuntijalausunto. Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle koskien HE 4/2020: hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta. Viitattu 5.2.2022.

<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-289605.pdf>

Suominen, S. 2021. Huutaako tässä pitäisi? Fysioterapia 7/2021.

Sutela, H., Pärnänen, A. & Keyriläinen, M. 2019. Digiajan työelämä - Työolotutkimuksen tuloksia 1977-2018. Tilastokeskus. Viitattu 6.3.2022.

https://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/ytym_1977-2018_2019_21473_net.pdf

Tehy. 2021a. Kysymyksiä ja vastauksia SOTE-sopimuksesta. Viitattu 29.1.2022.

https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/ohje/sote-sopimus_-_usein_kysytty_id_17232.pdf

Tehy. 2021b. Tilastot kertovat kroonisesta hoitajapulasta - Suomi käyttää terveydenhuoltoon muita Pohjoismaita vähemmän rahaa. Viitattu 25.2.2022.

<https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/tilastot-kertovat-kroonisesta-hoitajapulasta-suomi-kayttaa-terveydenhuoltoon-muita>

Tervahauta, M. & Santamäki-Vuori, T. 2020. Lausunto ympärivuorokautisen hoivan henkilöstömitoituksesta sekä hoitoisuuden arvioinnista RAI-järjestelmällä vanhushpalveluissa

(HE 4/2020 vp). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.1.2022.

<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-285828.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020a. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 30.4.2020: Odotusajat erikoissairaanhoidon nousseet kevään aikana. Tilastoraportti 19/2020. Viitattu 15.1.2022. <https://www.julkari.fi/handle/10024/140063>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2020 Terveyskeskuksien kiireettömät sairaanhoidon vastaanottokäynnit puolittuivat kevään aikana. Tilastoraportti 16/2020. Viitattu 9.1.2022.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139994/Hoitoonp%C3%A4%C3%A4sy_perustervydenhuollossa_16_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattioikeudet 2010-2018. Tilastoraportti 2/2020. Viitattu 15.1.2022.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139099/Tr02_20.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021a. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2021. Tilastoraportti 45/2021. Viitattu 9.1.2022.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143541/Tilastoraportti_45_hoitonpaasy_lokakuu_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021b. Lakisääteisen henkilöstömitoituksen alittaneet yksiköt, marraskuu 2021. Viitattu 26.1.2022.

https://thl.fi/documents/10531/7409550/Lakis%C3%A4%C3%A4teisen+henkil%C3%B6st%C3%B6mitoituksen+alittaneet+yksik%C3%B6t_marraskuu_2021.pdf/1a241100-ac5b-f977-0ae5-9701780dbcf2?t=1642678516734

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021c. Lakisääteisen henkilöstömitoituksen alittaneet yksiköt, toukokuu 2021. Viitattu 26.1.2022.

https://thl.fi/documents/10531/7409550/Lakis%C3%A4%C3%A4teisen_henkil%C3%B6st%C3%B6mitoituksen_alittaneet_yksik%C3%B6t_toukokuu_2021.pdf/98d70e41-1c9f-288e-2d8f-ed05d4d27a5a?t=1630677329572

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021d. Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2020. Tilastoraportti 11/2021. Viitattu 9.1.2022.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141561/TR_11_2021_korj.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021e. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2019.

Terveydenhuollon menot kasvoivat kaikissa suurissa toiminnoissa. Tilastoraportti 15/2021.

Viitattu 2.2.2022.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142578/Tr15_21.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021f. Vanhuspalvelujen tila toukokuussa 2021: Ympäri vuorokautisen hoidon, kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen asiakkaat ja henkilöstö. Viitattu 15.11.2021. <https://www.slideshare.net/THLfi/vanhuspalvelujen-tila-toukokuussa-2021-ymprivuorokautisen-hoidon-kotihoidon-ja-tavallisen-palveluasumisen-asiakkaat-ja-henkilst/THLfi/vanhuspalvelujen-tila-toukokuussa-2021-ymprivuorokautisen-hoidon-kotihoidon-ja-tavallisen-palveluasumisen-asiakkaat-ja-henkilst>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022. Henkilöstömitoituksen seuranta. Viitattu 26.1.2022. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/vanhuspalvelujen-tila-vanpal-/henkilostomitoituksen-seuranta>

Terveyskylä. 2021. Hoiva ja huolenpito. Viitattu 8.1.2022.

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/palliativisessa-hoidossa/hoiva-ja-huolenpito>

Tevameri, T. 2021. Katsaus sote-alan työvoimaan. Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua. TEM toimialaraportit 2021:2. Viitattu 29.12.2021.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162852/TEM_2021_02_t.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tilastokeskus. 2021. Kuntasektorilla työskentelevien kuukausipalkkaisten mediaaniansio 2 981 euroa vuonna 2020. Viitattu 25.1.2022. https://www.stat.fi/til/ksp/2020/ksp_2020_2021-04-29_tie_001_fi.html

Tossavainen, M-M. 2020. Lausunto eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle hallituksen esityksestä HE 4/2020. KT Kuntatyönantajat. Viitattu 6.2.2022.

<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-286395.pdf>

Tuovinen, A. 2021. Lausuntopyyntö hallituksen esityksestä perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentamisesta. Akava ry. Viitattu 5.2.2022. https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b4d25320-75e6-476b-b41e-d01768bdf751/e80c745e-6aec-4520-943c-fc6082d83e58/LAUSUNTO_20211223182457.PDF

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2022. Työ- ja elinkeinoministeriön lausunto hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain sekä eräiden muiden lakien

muuttamisesta. Viitattu 16.1.2022. <https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/b4d25320-75e6->

[476b-b41e-d01768bdf751/f35f8d34-4619-43b9-92e8-f3797d245ef9/LAUSUNTO_20220105120340.PDF](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-283922.pdf)

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2020a. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta. Muistio. Viitattu 19.1.2022.

<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-283922.pdf>

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2020b. Valtioneuvoston asetus väliaikaisista poikkeuksista sovellettaessa eräitä vuosilomalain, työaikalain ja työsopimuslain säännöksiä. Viitattu 17.11.2021. <https://tem.fi/paatos?decisionId=0900908f806903bc>

Valvira. 2020. Valviran lausunto hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta (HE 4/2020). Asiantuntijakuuleminen 20.2.2020. Viitattu 19.1.2022.

<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-285835.pdf>

Valvira. 2022. Nimikkeiden käytöstä. Viitattu 5.3.2022.

https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/koulutus_suomessa/nimikkeiden_kaytosta

Vellonen, M., Kaunonen, M. & Suominen, T. 2019. Kotihoidon lääkehoidon vaaratapahtumat - Integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 2019, 31 (3), 191-204. Viitattu 22.1.2022.

https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/118448/Kotihoidon_laakehoidon_vaaratapahtumat_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Vesterinen, P-L. 2014. Nuori sukupolvi työelämässä. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Työhyvinvoinnin keinot. Hoitotyön vuosikirja 2014. Suomen Sairaanhoidtajaliitto. Bookwell Oy. Porvoo.

Virtanen, A. 2018. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö. 2014. THL - Tilastoraportti 1/2018. Viitattu 29.12.2021.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135915/Tr01_18.pdf?sequence=7&isAllowed=y

Virtanen, P., Smedberg, J., Nykänen, P. & Stenvall, J. 2017. Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Viitattu 20.1.2022.

https://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/2_Palvelu-+ja+asiakastietoj%C3%A4rjestelmien+integraation+vaikutukset+sosiaali-+ja+terveyspalveluissa.pdf/bcc5b696-7e81-4121-b496-c9ac78be815e/2_Palvelu-

[+ja+asiakastietoj%C3%A4rjestelmien+integraation+vaikutukset+sosiaali-
+ja+terveyspalveluissa.pdf?t=1484031013000](#)

Voutilainen, M. & Halonen, A. 2020. Lausunto sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnalle. Vantaan kaupunki. Viitattu 5.2.2022.

<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2020-AK-287413.pdf>

Yle Uutiset. 2021. Uusien hoitajien houkuttimena käytetty 500 euron lisäpalkka on nostanut kritiikkitulvan Pohjois-Karjalassa - vanhat työntekijät ärsyyntyneet. Viitattu 25.1.2022.

<https://yle.fi/uutiset/3-12221166>