

Luonnos hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain 15 ja 20 §:n muuttamisesta sekä 20 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄSIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annettua lakia. Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi iäkkään henkilön palvelutarpeen selvittämisessä ja arvioinnissa käytettävästä yhtenäisestä kansallisesta arviointi- ja seurantamittaristosta. Lisäksi esityksessä ehdotetaan säädettäväksi iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksiköissä noudatettavasta henkilöstömitoituksesta, siihen laskettavasta henkilöstöstä, mitoituksen laskentamallista sekä mitoituksen vaiheittaisesta voimaantulosta.

Esitys liittyy valtion vuoden 2020 I lisätalousarvioesitykseen.

Laki on tarkoitettu tulemaan voimaan 1 päivänä elokuuta 2020.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄSIALLINEN SISÄLTÖ	1
SISÄLLYS.....	2
YLEISPERUSTELUT	4
1 JOHDANTO	4
1.1 Iäkkäiden palvelujen toteuttamisen lähtökohdat	4
1.2 Tilannekuva kevät 2019	4
1.3 Iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamisen työryhmä	6
1.4 Antti Rinteen hallitusohjelman kirjaukset.....	6
2 NYKYTILA	7
2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö.....	7
Perustuslain säännökset.....	7
Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.....	7
Sosiaalihuoltolaki.....	9
Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä palvelun tuottamista koskeva lainsäädäntö.....	10
Asiakkaan ja potilaan oikeudet	12
Laatusuosituksia.....	13
Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta	16
Valvonnan keinot.....	17
Palveluntuottajan omavalvonta	18
2.2 Ympäri vuorokautisen hoidon ja kotihoidon asiakkaat ja henkilöstö	18
2.3 Palvelutarpeen, toimintakyvyn ja hoitoisuuden arviointimenetelmiä.....	20
2.4 Nykytilan arvio	22
2.4.1 Palvelutarpeiden selvittäminen ja arviointi	22
2.4.2 Palvelujen laatu ja henkilöstön riittävyys.....	23
2.4.3 Valvonta.....	24
2.4.4 Asiakkaiden kokemus hoidon laatu	26
3 ESITYKSEN TAVOITTEET JA EHDOTETUT MUUTOKSET.....	26
3.1 Tavoitteet	26
3.2 Toteuttamisvaihtoehdot.....	27
3.2.1 Palvelutarpeiden arviointi- ja seurantamittaristo.....	27
3.2.2 Henkilöstömitoitus	28
3.3 Ehdotetut muutokset	28
3.4 Uudistuksen toimeenpanon tuki	28
4 ESITYKSEN VAIKUTUKSET.....	29
4.1 Taloudelliset vaikutukset	29
4.1.1 Vaikutukset kuntien ja valtion kustannuksiin	29
4.1.2 Yhteenveto taloudellisista vaikutuksista ja henkilöstön lisäyksestä	39
4.1.3 Työllisyysvaikutukset	41
4.1.4 Vaikutus tuottavuuteen.....	52
4.1.5 Yritysvaikutukset	52
4.1.6 Vaikutukset kotitalouksien taloudelliseen asemaan	54
4.1.7 Vaikutukset verotukseen	54
4.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan.....	55
4.2.1 Vaikutukset kuntien toimintaan	55

4.2.2	Vaikutukset valvontaan.....	55
4.3	Ympäristövaikutukset.....	55
4.4	Muut yhteiskunnalliset vaikutukset.....	55
4.4.1	Vaikutukset asiakkaisiin.....	55
4.4.2	Vaikutukset omaisiin.....	56
4.4.3	Vaikutukset henkilöstön työhyvinvointiin.....	57
4.4.4	Vaikutukset muiden palvelujen saatavuuteen.....	57
4.4.5	Vaikutukset sukupuolten tasa-arvoon.....	58
4.4.6	Vaikutukset kielellisiin oikeuksiin.....	58
4.4.7	Yhteenvedo riskeistä.....	58
4.4.8	Yhteenvedo työvoiman lisäyksen väylistä.....	60
5	ASIAN VALMISTELU.....	60
5.1	Valmisteluvaiheet ja -aineisto.....	60
5.2	Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen.....	61
6	RIIPPUVUUS MUISTA ESITYKSISTÄ.....	61
	YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT.....	62
1	LAKIEHDOTUKSEN PERUSTELUT.....	62
2	VOIMAANTULO.....	71
3	SUHDE PERUSTUSLAKIIN JA SÄÄTÄMISJÄRJESTYS.....	72
3.1	Yleistä.....	72
3.2	Ehdotuksen kannalta keskeiset perusoikeudet.....	73
	<i>LAKIEHDOTUS</i>	78
	ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain 15 ja 20 §:n muuttamisesta sekä 20 §:n väliaikaisesta muuttamisesta	78
	<i>LIITE</i> 80.....	
	<i>RINNAKKAISTEKSTI</i>	80
	ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain 15 ja 20 §:n muuttamisesta sekä 20 §:n väliaikaisesta muuttamisesta	80

YLEISPERUSTELUT

1 Johdanto

1.1 Iäkkäiden palvelujen toteuttamisen lähtökohdat

Väestön ikärakenteen muutoksesta seuraa, että yhteiskunnan on mukauduttava laajasti entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. On edistettävä mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä tukemalla ikääntyvää väestöä esimerkiksi terveellisessä ravitsemuksessa ja liikuntatottumuksissa sekä luomalla esteettömiä ja turvallisia asuin- ja elinympäristöjä. Tarvitaan myös mahdollisuuksia asiointiin, mielekkäaseen tekemiseen, kuten elinikäiseen oppimiseen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon sekä niitä tukevia toimivia liikenne ratkaisuja.

Palvelujärjestelmän on tarjottava monialaiseen tuen ja palvelujen tarpeen arviointiin perustuvia, yksilöllisesti räätälöityjä palveluita, jotka mahdollistavat ja tukevat iäkkään henkilön omaa toimijuutta. Palvelujen pitää olla oikea-aikaisia ja lähellä asiakkaita, ellei keskittäminen ole perusteltua palvelujen laadun ja turvallisuuden vuoksi.

Iäkkäillä henkilöillä on iästä ja toimintakyvystä riippumatta oltava mahdollisuus elää omanlaistaan hyvää elämää omassa yhteisöissään sekä toteuttaa omia valintojaan. Tarvittavat palvelut on ensisijaisesti toteutettava siten, että ne tukevat iäkkään ihmisen mahdollisuutta asua omassa kodissaan niin pitkään kuin se on turvallista ja iäkäs henkilö voi tuntea elämänsä merkitykselliseksi ja arvokkaaksi.

1.2 Tilannekuva kevät 2019

Suurelta osalta iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon palveluissa toimitaan vanhuspalvelulain, muun sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön sekä iäkkäiden palveluja koskevan laatusuosituksen tavoitteiden ja hengen mukaisesti. Kuitenkin palveluissa on valvonnan ja asiakaspalautteen pohjalta myös epäkohtia.

Havaitut epäkohdat nousivat voimakkaasti esille alkuvuodesta 2019. Valvontaviranomaisten ja omaisten iäkkäiden henkilöiden palveluissa havaitsemien puutteiden ja epäkohtien arvioitiin vaarantavan heidän oikeuttaan hyvään hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun. Epäkohtia havaittiin etenkin tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoituksen riittävydessä, henkilöstön ammattitaidossa ja osaamisessa sekä toimintayksiköiden johtamisessa. Erityisesti lääkehuollossa esiin tulleiden puutteiden nähtiin vaarantavan asiakas- ja potilasturvallisuutta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaiset Valvira ja aluehallintovirastot ovat jo muutamana vuoden ajan käynnistäneet lisääntyneiden valvontailmoitusten ja omassa valvontatoiminnassaan esille tulleiden epäkohtien johdosta merkittävän määrän iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisiin palveluihin kohdistuneita toimenpiteitä. Vuosina 2017-2019 yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain mukaisten lupahakemusten ja myönnettyjen lupien määrät jatkoivat kasvuaan. Samaan aikaan kun toimintayksiköitä perustettiin, kävi valvonnasta saatujen havaintojen perusteella ilmi, etteivät palvelujen tuottajat tosiasiaassa saaneet rekrytoitua riittävästi henkilöstöä toimintayksiköihinsä. Myös julkisilla yksiköillä oli haasteita saada henkilöstöä.

Joissakin toimintayksiköissä asiakasturvallisuus vaarantui valvontaviranomaisten arvion mukaan niin, että toiminta jouduttiin keskeyttämään. Toiminnan keskeyttämispäätöksiä tehtiin keväen 2019 aikana kaikkiaan kolmen toimintayksikön osalta. Keskeyttämispäätösten yhteisenä

tekijänä oli muun muassa se, että toimintayksiköt olivat vastikään luvan saaneita uusia yksiköitä. Palvelujen tuottaja ei valvontaviranomaisten vahvasta ohjauksesta huolimatta kyennyt omavalvonnallisin keinoin palauttamaan toimintaa asianmukaiseksi.

Toiminnan keskeyttämispäätösten ja niistä seuranneen julkisuuden vuoksi vuoden 2019 aikana iäkkäiden henkilöiden palveluiden epäkohtailmoitusten määrä kasvoi merkittävästi. Ilmoitusten johdosta valvontaviranomaiset sekä kunnat ja kuntayhtymät tehostivat vanhuspalveluidensa valvontaa. Joissakin tilanteissa kunnat joutuivat osoittamaan asukkaalleen hoivapaikkoja toisista alueensa asumisyksiköistä ja joutuivat käyttämään myös sopimussakkoa palvelujen tuottajaan.

Tarkastuksissa useassa toimintayksikössä havaittiin edelleen vakavia asiakasturvallisuutta vaarantavia epäkohtia. Havaitut puutteet liittyivät muun muassa henkilöstön vähyteen suhteessa asiakkaiden palvelujen tarpeeseen, vastuuhenkilöiden ja muun henkilöstön nopeaan vaihtumiseen, lääkitysturvallisuuden asianmukaisuuteen, puutteellisiin omavalvontasuunnitelmiin ja omavalvonnan toimeenpanoon, asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämiseen, asiakkaiden toimintakyvyn, hoitoisuuden ja palvelutarpeen arviointiin, terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen ja henkilökunnan tehtävien organisointiin. Yleisesti voidaan todeta, että valvonnassa hoivakodeissa havaitut puutteet hoivan ja hoidon laadussa ja sisällössä ovat olleet vahvasti sidoksissa liian vähäiseen osaavan henkilöstön määrään.

Julkisuuteen vahvasti noussut keskustelu iäkkäiden ja muiden haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden hoivan laadusta johti talvella eduskunnan opposition tekemään iäkkäiden henkilöiden palveluja koskevan välikysymykseen. Siinä kysyttiin muun muassa, onko hallitus valmis viemään riittävän hoitajamitoituksen lakiin, lisäämään palvelujen valvonnan resursseja sekä muutoinkin turvaamaan iäkkäiden henkilöiden hoivan laatua ja valvontaa.

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen vastauksessa kiinnitettiin huomiota muun muassa siihen, että toteutunut iäkkäiden palvelujen laatusuosituksen mukainen henkilöstömitoitus on keskimäärin 0,65 eli korkeampi kuin suosituksen edellyttämä 0,5. Suosituksen alittavia yksiköitä todettiin kuitenkin olevan niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Hallitus viittasi vastauksessaan vanhustenhuollon kokonaisuuden kehittämistavoitteisiin ja etenkin iäkkäiden henkilöiden kotona asumisen turvaamisen vahvistamiseen. Vastauksessa todettiin esillä olleen mitoitussuosituksen asettamisen 0,7:ään hoitajaan yhtä asiakasta kohden merkitsevän arviolta 4200 uutta työntekijää ja lisäksi ympärivuorokautisen hoidon menoja arviolta 190 miljoonaa euroa. Hallitus ei pitänyt mahdollisena edetä välikysymyksessä vaaditun korkeamman henkilöstömitoituksen säätämiseen hallituskauden lopulla.

Palvelujen laadussa ilmenneiden epäkohtien ja valvonnan tarpeiden kasvun seurauksena valvontaviranomaisten ja sosiaali- ja terveysministeriön toimintaresurssit eivät olleet riittäviä toteuttamaan toimijoiden kansallista ohjausta sekä valvomaan iäkkäiden saamaa hoitoa ja hoivaa toimintayksiköissä ja toiminnan muuta lainmukaisuutta. Iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden palvelujen ohjauksen ja valvonnan voimavaroja aluehallintovirastoissa, Valvirassa ja sosiaali- ja terveysministeriössä vahvistettiin kevään 2019 lisätalousarviossa yhteensä 720 000 euron määrärahalta, mikä vastaa laskennallisesti 9 henkilötyövuotta.

Iäkkäiden oikeuksien turvaamiseksi eduskunta myönsi keväällä 2019 ikäihmisten oikeuksien vahvistamiseen lisämäärärahan, joka on kohdennettu eduskunnan oikeusasiamiehen kansliaan/Ihmisoikeuskeskukseen, jotta sinne voitiin palkata kolme uutta työntekijää. Valtiovarainvaliokunta perusteli lisämäärärahan myöntämistä siten, että ikäihmisten oikeuksien toteutumisen valvontaa ja edistämistä on tehostettava, jotta jokainen ikääntyvä henkilö saa perustuslaissa turvatut välttämättömän hoivan ja huolenpidon sekä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Eduskunnan oikeusasiamiehellä on laaja toimivalta ja tiedonsaantioikeus, monipuoliset toimintatavat

ja tehokkaat mahdollisuudet puuttua lainvastaiseen tai virheelliseen menettelyyn. Oikeusasiamiehen toiminnassa on jo aiemmin pyritty painottamaan vanhusten oikeuksien ja kohtelun valvontaa. Uusilla resursseilla voidaan laillisuusvalvonnan tehostamiseksi oikeusasiamiehen omien aloitteiden ja tarkastusten määrää lisätä. Myös laajakantoisten vanhusten perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen kannalta merkittävien rakenteellisten kysymysten oma-aloitteista laillisuusvalvontaa on mahdollista lisätä.

1.3 Iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamisen työryhmä

Hallituksen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ministeriryhmä linjasi keväällä 2019 iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamisen aloittamista laajapohjaisessa työryhmässä. Keskeiseksi tavoitteeksi uudistukselle asetettiin iäkkäiden henkilöiden palvelujen laadun vahvistaminen ja asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen. Sipilän hallituksen erottua sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö asetti iäkkäiden palvelujen uudistamisen laajapohjaisen asiantuntijatyöryhmän toukokuussa 2019. Työryhmän tavoitteena on turvata iäkkäille henkilöille laadukkaat, yhdenvertaiset ja kustannustehokkaat palvelut, vahvistaa palvelujen laatua sekä niiden tarpeenmukaista ja yhdenvertaista saatavuutta.

Tavoitteena on myös ohjata väestön ikääntymiseen pitkällä aikavälillä liittyviä toimenpiteitä koskevan ikäohjelman laatimista, jotta ikääntymiseen liittyvät tekijät otetaan huomioon sosiaali- ja terveyspalveluja laajemmin. Palvelujen laatua koskevien velvoitteiden vahvistamiseksi lainsäädännössä työryhmän on arvioitava, mitä iäkkäiden henkilöiden palvelujen laatusuosituksista olisi tarpeen nostaa lain tasolle. Palvelun järjestämistä koskevan velvoittavuuden lisäksi tavoitteena on tukea valvontatehtävän toteuttamista. Työryhmän tehtäväksi annettiin valmistella esitykset lainsäädäntöön tarvittavista muutoksista vaikutusarvioineen. Työryhmä ja sille nimetyt valmistelujaostot aloittivat työnsä toukokuussa 2019.

1.4 Antti Rinteen hallitusohjelman kirjaukset

Pääministeri Antti Rinteen hallitusohjelma sisältää kohdassa Ikäystävällisyyden edistäminen useita kirjauksia väestön ikääntymiseen ja sen tuomaan yhteiskunnalliseen muutokseen varautumiseksi. Tavoitteena on, että terveiden elinvuosien määrä lisääntyy, toimintakyky paranee ja palvelut toimivat oikea-aikaisesti ja tehokkaasti. Keinoina hallitusohjelman tavoitteiden toteutumiseksi ovat hyvinvoinnin ja toimintakyvyn vahvistamiseen liittyvät toimet kuten poikkihallinnollisen ikäohjelman laatiminen sekä palvelujen parantaminen muun muassa lainsäädännön päivittämisellä sekä vanhuspalvelujen laadun ja vaikuttavuuden lisäämisellä ja vanhusasiavaltuutetun viran perustamisella. Konkreettisena keinona palvelujen parantamiseksi hallitusohjelma linjaa lainsäädännön hoivahenkilöstön sitovasta 0,7 vähimmäismitoituksesta ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä. Mitoituksen toteutuksessa otetaan huomioon aina ensisijaisesti asiakkaiden hoitoisuus. Lisäksi selkiytetään henkilöstön työnjakoa muun muassa tukipalvelujen osalta. Hallitusohjelman mukaan henkilöstömäärän lisäys toteutetaan asteittain käynnistämällä tavoitteellinen kehittämisohjelma, jotta rahoituksella voidaan saada aikaan uskottava ja vanhus-ten riittävän hoivan turvaava mitoitus.

Hallitus on kesällä 2019 täsmentänyt hallitusohjelman kirjausta siten, että iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistaminen toteutetaan kahdessa osassa niin, että palvelutarpeen arvioinnissa käytettävää yhtenäistä kansallista toimintakyvyn arviointi- ja seurantamittaristoa sekä henkilöstömitoitusta koskevat uudistukset valmistellaan nopealla aikataululla syksyn 2019 aikana. Perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru täsmensi elokuun lopussa 2019 iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamistyöryhmän toimeksiantoja ja kokoonpanoa. Uuden asettamispäätöksen mukaan työryhmän on muiden tehtäviensä lisäksi arvioitava henkilöstömitoituksen nos-

tamista vähintään 0,7 ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä sekä siihen liittyen työnjaon selkiyttämistä. Mitoitusta ja siihen liittyviä tekijöitä koskevan hallituksen esityksen valmistelamista varten asetettiin mitoitusjaosto, jonka tehtäväksi annettiin vuoden 2019 syyskuun loppuun mennessä tehdä ehdotus hallituksen esitykseksi henkilöstömitoituksesta ja yhtenäisestä toimintakyvyn arvioinnissa käytettävästä mittaristosta.

Iäkkäiden palvelujen uudistamisen työryhmän toimikausi kestää vuoden 2019 loppuun. Muut työryhmän toimeksiantoon sisältyvät kokonaisuudet valmistellaan työryhmän antamien ehdotusten pohjalta vuonna 2020.

Iäkkäiden henkilöiden palvelujen järjestämiseen sekä iäkkäiden henkilöiden asemaan vaikuttavat myös valmisteltavana olevat lait sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden asemasta ja oikeuksista sekä asiakasmaksuista.

2 Nykytila

2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö

Perustuslain säännökset

Oikeus välttämättömään huolenpitoon on turvattu perusoikeutena suoraan perustuslain 19 §:n 1 momentin nojalla jokaiselle, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa. Tämä on suoraan perustuslaissa säädetty subjektiivinen oikeus yksilölle kaikissa elämäntilanteissa kuuluvasta vähimmäisturvasta (PeVM 25/1994 vp). Välttämättömällä toimeentulolla ja huolenpidolla tarkoitetaan sellaista tulotasoa ja palveluja, joilla turvataan ihmisarvoisen elämän edellytykset. Perusoikeusuudistukseen johtaneen hallituksen esityksen (HE 309/1993 vp) mukaan ihmisarvoisen elämän perusedellytyksiä turvaavat erityisesti oikeus kii-reelliseen sairaanhoitoon sekä eräät lasten, vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten henkilöiden huoltoon kuuluvat tukitoimet. Perustuslain 19 §:n 3 momentti velvoittaa julkisen vallan on turvaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, sekä edistämään väestön terveyttä.

Muut perustuslain säännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Tässä suhteessa merkityksellisiä ovat esimerkiksi perustuslain 6 §:ssä säädetty yhdenvertaisuus ja syrjinnänkielto, 7 §:ssä säädetty oikeus elämään, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen, 10 §:ssä säädetty yksityiselämän suoja sekä 14 §:n 3 momentissa säädetty julkisen vallan velvollisuus edistää yksilön mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon.

Julkiselle vallalle on perustuslain 22 §:ssä säädetty velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Julkisella vallalla tarkoitetaan sekä valtiota että kuntia. Perusoikeuksien toteuttaminen edellyttää julkisen vallan aktiivisia toimenpiteitä tosiasiallisten edellytysten luomista perusoikeuksien toteuttamiseksi. Keskeisiin keinoihin kuuluvat perusoikeuksien käyttöä turvaavan ja täsmentävän lainsäädännön säätäminen sekä taloudellisten voimavarojen kohdentaminen.

Perustuslain 121 §:ssä on vahvistettu kunnille itsehallinto. Itsehallinnon toteuttaminen merkitsee, että kunnille annettavista tehtävistä ja velvoitteista on säädettävä lailla.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista

Iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveystalveluista säädetään ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista annetussa laissa (980/2012, jäljempänä *vanhuspalvelulaki*), joka tuli voimaan 1.7.2013. Laki täydentää sosiaali- ja terveydenhuollon yleis- ja erityislainsäädäntöä. Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia sekä parantaa sen mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja palvelujen kehittämiseen kunnassa. Lisäksi lain tarkoituksena on parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluja sekä vahvistaa hänen mahdollisuuttaan vaikuttaa hänelle järjestettävien palvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan. Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevia. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. Laissa asetetaan kunnalle velvollisuuksia huolehtia ikääntyneen väestönsä hyvinvoinnin tukemisen ja iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveystalvelujen saannin edellytyksistä. Kunnan käytettävissä on oltava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä iäkkäiden tarvitsemien sosiaali- ja terveystalvelujen laadukasta järjestämistä varten riittävästi monipuolista asiantuntemusta.

Laissa määritellään iäkkään henkilön palvelutarpeisiin vastaamisessa noudatettavat yleiset periaatteet sekä pitkäaikaisen hoidon toteuttamisen periaatteet. Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalvelujen on oltava laadukkaita sekä hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä. Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään, itsenäistä suoriutumistaan ja osallisuuttaan sekä ehkäisevät ennalta muuta palvelutarvetta. Hoito ja huolenpito toteutetaan ensisijaisesti iäkkään henkilön kotona. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa pitkäaikaisena laitoshoidona vain lääketieteellisin perustein tai asiakas- tai potilasturvallisuuteen liittyvillä perusteilla.

Laissa säädetään iäkkään henkilön palvelutarpeiden viivytyksettömästä ja monipuolisesta selvittämisestä sekä hänen yksilöllisiä tarpeitaan vastaavan palvelukokonaisuuden suunnittelusta. Vaihtoehtoista on neuvoteltava iäkkään henkilön kanssa ja hänen näkemyksensä on kirjattava. Kiireellisessä tapauksessa sosiaalipalvelut on järjestettävä viipymättä ja muissa tapauksissa viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksenteosta.

Vanhuspalvelulaki ei sisällä säännöksiä iäkkäälle henkilölle järjestettävistä palveluista lukuun ottamatta lain 12 §:ssä tarkoitettuja hyvinvointia edistäviä ja ennaltaehkäiseviä palveluja. Iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään ensisijaisesti ja pääosin yleislakien eli sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain nojalla.

Palvelujen laadun varmistamisesta säädetään vanhuspalvelulain 4 luvussa. Säännökset koskevat sekä kunnan että yksityisten palvelutuottajien toimintayksiköjä. Iäkkäälle henkilölle tarjottavien palvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito. Keskeisiä palvelujen laadun osatekijöitä ovat riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö, osaava johtaminen ja asianmukaiset toimitilat. Toimintayksikön henkilöstön määrän, koulutuksen ja tehtävärakenteen on vastattava yksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää sekä heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta. Henkilöstö on mitoitettava niin, että iäkkään henkilön laadukkaat palvelut tulevat turvatuiksi.

Koulutukseltaan ja rakenteeltaan monipuolinen ja riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon osaava henkilöstö on keskeinen laatutekijä vanhusten tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä. Valvira ja aluehallintovirastot käyttävät toimintayksiköiden henkilöstövoimavarojen arviointiin yhteistä arviointityövälinettä (taulukko toimintakyvyn arvioinnista). Taulukon tehtävänä on toimia viitteellisenä ja suuntaa antavana työvälineenä, kun lupa- ja valvontaviranomaiset arvioivat

erityisesti vanhusten tehostetun palveluasumisen toimintayksikköjen hoito- ja hoivahenkilöstön riittävyttä. Tämä työväline on yksi apukeino toimintayksiköiden kokonaisvaltaisessa arvioinnissa. Arviointityövälineen käytössä lähtökohtana on se, että vanhusten tehostetun palveluasumisen toimintayksikön asiakkaiden toimintakykyä koskeva mittaritieto on aina viitteellinen ja suuntaa antava. Toimintayksikön henkilöstön määrän, mitoituksen ja rakenteen riittävyden arviointi perustuu aina tapauskohtaiseen kokonaisharkintaan. Kokonaisharkinnassa huomioidaan asiakkaiden toimintakykyä arvioivan mittaritiedon lisäksi muut toimintayksikön toimintaan liittyvät tekijät, kuten esimerkiksi toimitilat, asiakkaiden määrä sekä toiminnan päivittäiseen organisointiin liittyvät ratkaisut. Työväline auttaa arvioimaan toimintayksikön hoito- ja hoivahenkilöstön määrän ja rakenteen riittävyttä vanhuspalvelulain sekä yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain mukaisesti.

Sosiaalihuoltolaki

Sosiaalihuollon palveluissa yleislakina sovellettava sosiaalihuoltolaki (1301/2014) tuli voimaan 1.4.2015. Sosiaalihuoltolaki on sosiaalihuollon keskeinen yleislaki, jossa säädetään kaikkia palvelujen käyttäjiä koskevista asioista kuten toimintaperiaatteista ja menettelytavoista.

Sosiaalihuoltolain 4 §:ssä määritellään asiakkaan edun arvioimisessa huomioitavia seikkoja. Pykälän mukaan asiakkaan edun arvioimisessa tulee ottaa huomioon muun muassa asiakkaan ja hänen läheistensä hyvinvoinnin turvaaminen, asiakkaan itsenäisen suoriutumisen ja omaoimisuuden vahvistuminen sekä läheiset ja jatkuvat ihmissuhteet, tarpeisiin nähden oikea-aikaisen, oikeanlaisen ja riittävän tuen järjestäminen sekä mahdollisuus osallistumiseen ja vaikuttamiseen omissa asioissaan.

Sosiaalihuoltolain nojalla järjestettäviä palveluja iäkkäille henkilöille ovat muun muassa kotihoito, kotipalvelu sekä iäkkäille suunnatut kuntouttavat palvelut ja asumispalvelut. Sosiaalihuoltolain mukaista palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista. Mainitun säännöksen mukaisesti järjestetään valtaosa iäkkäiden henkilöiden tarvitsemista asumispalveluista. Pitkäaikainen laitoshoidon on palvelurakenteen muutokselle asetettujen tavoitteiden mukaisesti vähentynyt. Iäkäs henkilö voi tulla myös erityislainsäädännön mukaisten palvelujen piiriin, jos hän täyttää niiden saamisen edellytykset.

Sosiaalihuoltolain 4 luvussa on kattavat säännökset sosiaalipalvelujen toteuttamisesta. Keskeisiä asiakkaan oikeuksien ja tarpeen mukaisen palvelujen kannalta ovat lain 36, 37 ja 38 §:n säännökset palvelutarpeen arvioinnista, sen sisällöstä sekä palvelujen järjestämisestä arvioinnin mukaisesti. Palvelutarpeen arviointia on täydennettävä lain 39 §:n mukaisella asiakassuunnitelmalla.

Myös iäkkäiden henkilöiden palvelujen osalta keskeisiä ovat sosiaalihuoltolain 41 §:n säännös monialaisen yhteistyön tekemisestä, sekä 42 §:n säännös omatyöntekijästä. Palvelutarpeen arvioimiseksi, päätösten tekemiseksi ja sosiaalihuollon toteuttamiseksi toimenpiteestä vastaavan sosiaalihuollon viranomaisen on huolehdittava siitä, että käytettävissä on henkilön yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista. Jos henkilön tarpeiden arviointi ja niihin vastaaminen edellyttävät sosiaalitoimen tai muiden viranomaisten palveluja tai tukitoimia, on näiden tahojen osallistuttava toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä henkilön palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen.

Sosiaalihuoltolain 42 §:n mukaan sosiaalihuollon asiakkaalle on asiakkuuden ajaksi nimettävä omatyöntekijä. Omatyöntekijän on oltava sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa

tarkoitettu ammattihenkilö mutta omatyöntekijänä voi toimia edellä mainitun sijaan myös terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 2 §:ssä tarkoitettu ammattihenkilö, kun se on asiakkaan palvelukokonaisuuden kannalta perusteltua.

Sosiaalihuoltolain 49 a §:n mukaan sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan käytettävissä tulee olla riittävästi sosiaalihuollon ammattihenkilöitä sekä muuta asiakastyöhön osallistuvaa henkilöstöä. Jokaisen kunnan käytettävissä tulee myös olla asiakastyöhön osallistuvan virkasuhteisen sosiaalityöntekijän palveluja. Lain 46 a §:n mukaan sosiaalihuollon tai sosiaali- ja terveydenhuollon pääasiassa hallinnollisissa johtotehtävissä voi toimia sosiaalityöntekijä tai henkilö, jolla on tehtävään soveltuva ylempi korkeakoulututkinto ja alan tuntemus sekä niiden lisäksi riittävä johtamistaito.

Sosiaalihuoltolain 48 §:n mukaan sosiaalihuollon henkilöstöön kuuluvan tai vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai itsenäisenä ammatinharjoittajina toimivien henkilöiden on ilmoitettava viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta kunnan sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Valvontahavaintojen mukaan ammattihenkilöt jättävät epäkohtailmoituksia tekemättä heihin kohdistuvien vastatoimien pelossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä palvelun tuottamista koskeva lainsäädäntö

Sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetussa lain (815/2015, jäljempänä sosiaalihuollon ammattihenkilölaki) tarkoituksena on edistää asiakasturvallisuutta sekä sosiaalihuollon asiakkaan oikeutta laadultaan hyvään sosiaalihooltoon ja hyvään kohteluun edellyttämällä, että sosiaalihuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet. Laissa säädetään sosiaalihuollon keskeisten ammattiryhmien ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisestä, ammatinharjoittamisoikeuden rekisteröinnistä, ammattihenkilöiden ohjauksesta ja valvonnasta, ammattieettisistä velvollisuuksista sekä valvontaviranomaisten tehtävistä ja työnjaosta. Lain mukaan sosiaalihuollon ammattihenkilöitä ovat ammatinharjoittamisoikeuden saaneet (laillistettu ammattihenkilö) ja ne, joilla lain nojalla on oikeus käyttää sosiaalihuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö).

Laillistettu ammattihenkilö (sosiaalityöntekijä, sosionomi, geronomi, kuntoutuksen ohjaaja) on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun valtioneuvoston asetuksen (153/2016) mukaan nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ovat lähihoitaja ja lähihoitajan tutkintoa edeltäneen koulusteisen tutkinnon suorittaneet kodinhoitaja ja kehitysvammaistenhoitaja. Nimikesuojatun ammattihenkilön tehtävissä voi toimia muukin henkilö, jolla on riittävä koulutus, kokemus ja ammatitaito.

Sosiaalihuollon ammattihenkilö on lain mukaan velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammatitaitoaan sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Sosiaalihuollon ammattihenkilön työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö saa työssään tarvittavan perehdytyksen ja että hän voi osallistua ammatitaitonsa kehittämiseksi tarpeelliseen täydennyskoulutukseen.

Sosiaalihuollon ammattihenkilölain 9 §:n mukaan sosiaalityöntekijä vastaa sosiaalityön ammatillisesta johtamisesta. Sosiaalihuoltolain 46 a §:n mukaan muissa asiakastyön ohjausta sisältävissä sosiaalihuollon johtotehtävissä voi toimia henkilö, jolla on tehtävään soveltuva korkeakoulututkinto, alan tuntemus sekä riittävä johtamistaito.

Edellä esitetyn lisäksi iäkkäiden henkilöiden palveluissa voi työskennellä myös *hoiva-avustajan koulutuksen* saaneita henkilöitä. Hoiva-avustajakoulutus muodostuu osasta lähihoitajan koulutukseen sisältyvistä opintokokonaisuuksista eikä se ole itsenäinen tutkinto. Hoiva-avustajan työtehtäviä voivat olla esimerkiksi asiakkaiden avustaminen ruokailussa, peseytymisessä, pukeutumisessa, liikkumisessa, siivoamisessa, vaatteiden pesemisessä ja asioinneissa. Hoiva-avustajat voivat osallistua myös asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen ja virikkeiden antamiseen toimimalla esimerkiksi ulkoilu- ja keskusteluseurana. Hoiva-avustajat eivät voi ilman lisäkoulutusta osallistua lääkehoitoon, eivätkä olla yksin työvuorossa.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 4 §:n mukaan kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Lain 57 §:n mukaan kunnassa ja kuntayhtymässä on oltava tarpeenmukainen henkilöstö terveydenhuollon toimintayksikölle kuuluvia julkisia tehtäviä varten.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994, jäljempänä terveydenhuollon ammattihenkilölaki) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat lain nojalla ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö) saaneet ja henkilöt, joilla mainitun lain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella (564/1994) säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). Lain mukaan ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee seurata terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että terveydenhuollon ammattihenkilö voi osallistumalla tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojaan ja taitojaan voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on terveydenhuoltolain mukaan huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö, mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja, osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaatavuus ja tehtävien sisältö.

Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain (922/2011) 4 §:n mukaan toimintayksikön henkilöstön lukumäärän tulee olla riittävä palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden lukumäärään nähden. Sosiaalihuollon ammattihenkilöiden ammatissa toimimisesta säädetään sosiaalihuollon ammattihenkilölaissa. Muulla henkilöstöllä tulee olla soveltuva alan koulutus. Sosiaalipalvelujen johtamista ohjaa sosiaalihuoltolain 46 a § sekä iäkkäiden palveluissa myös vanhuspalvelulain johtamista koskeva säännös. Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain mukaan toimintayksiköllä tulee olla vastuuhenkilö, joka vastaa siitä, että toimintayksikössä toteutettavat palvelut täyttävät niille asetetut vaatimukset.

Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain mukaan sellaisen yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajan, joka jatkuvasti tuottaa ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja, on saatava lupa palvelujen tuottamiseen ennen toiminnan aloittamista ja olennaista muuttamista. Luvan myöntää se aluehallintovirasto, jonka toimialueella palveluja tuotetaan. Silloin kun palveluja tuotetaan useamman kuin yhden aluehallintoviraston toimialueella, luvan myöntää Valvira. Tuotettaessa muita kuin ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja, on palvelujen tuottajan tehtävä kirjallinen ilmoitus. Lain mukaan valvontaviranomaisen on toteutettava yksityisten sosiaalipalvelujen valvontaa ensisijaisesti antamalla palvelujen tuottamisessa tarpeellista ohjausta ja neuvontaa palvelujen tuottajalle sekä seuraamalla toiminnan kehitystä yhteistyössä palvelujen tuottajan kanssa. Laissa painotetaan ohjauksen ja neuvonnan antamista ensisijaisena etukäteisvalvonnan muotona.

Omavalvonta voidaan jäsentää kolmelle tasolle: ammattihenkilöiden henkilökohtainen itseensä kohdentuva omavalvonta, palvelutuottajien omavalvonta ja järjestämisvastuussa olevien kuntien omavalvonta (järjestämisvastuuseen liittyvä valvonta). Omavalvonnan tavoitteena on, että toimintayksiköissä toteutetaan suunnitelmallista oman toiminnan arviointia ja valvontaa, jolla varmistetaan asiakas- ja potilasturvallisuus ja palveluiden laatu. Omavalvonnalla ehkäistään epäkohtia ja puututaan niihin viiveettä. Tuottajilla ja järjestäjillä on mahdollisuus johtaa, seurata ja arvioida toimintaansa reaaliaikaisesti ja puuttua havaittuihin epäkohtiin ja vaaratekijöihin heti.

Omavalvonta tarkoittaa käytännössä samaa asiaa kuin sosiaalihuollon asiakasturvallisuustyö (terveydenhuollossa potilasturvallisuustyö). Omavalvonta on välttämätöntä ja ratkaisevaa palveluiden asianmukaisuudelle, laadulle ja turvallisuudelle. Tästä seuraa, että viranomaisvalvonnan ensisijainen tehtävä on edistää ja varmistaa omavalvontaa, koska näin saavutetaan viranomaisvalvonnassa paras ennakoiva vaikuttavuus. Valvontaviranomaisen on kuitenkin puuttettava toimintayksikön toimintaan mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti, kun ilmenee, että omavalvonta ei toimi. Valvontaviranomaisen jälkikäteinen (esimerkiksi epäkohtailmoituksella tai tarkastustoiminnassa vireille tullut) interventio sisältää aina ohjausta tai valvontaseuraamuksia, joiden tavoitteena on saattaa omavalvonta kuntoon.

Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain (152/1990) mukaan palvelujen tuottajalla tulee olla toiminnan edellyttämä, asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta ja lupaviranomaisen hyväksymä terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja. Terveydenhuollon palveluista vastaavan johtajan tulee yksityistä terveydenhuoltoa koskevan asetuksen mukaan (744/1990) olla terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla, ottaen huomioon toiminnan laajuus ja siinä tarjottavat palvelut, on tehtävän menestykselliseen hoitamiseen soveltuva koulutus ja riittävä käytännön kokemus. Vastaavasti kuin yksityisellä sosiaalipalvelujen tuottajalla myös yksityisellä terveydenhuollon palvelujen tuottajalla on oltava aluehallintoviraston tai Valviran myöntämä lupa terveydenhuollon palvelujen antamiseen.

Asiakkaan ja potilaan oikeudet

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000), jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), jäljempänä potilaslaki, säädetään muun muassa asiakkaan ja potilaan oikeudesta hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä hyvään kohteluun niitä toteutettaessa. Lakeja sovelletaan pääsääntöisesti sekä julkiseen että yksityisesti järjestettyyn sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Samankaltaiset perussäännökset asiakkaan ja potilaan oikeuksista ja hyvästä kohtelusta ovat asiakaslain 4 §:ssä ja potilaslain 3 §:ssä. Asiakkaalla ja potilaalla on oikeus laadultaan hyvään sosiaali-

lihuoltoon sekä terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänellä on oikeus hyvään kohteluun ilman syrjintää. Asiakasta ja potilasta on kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään on kunnioitettava. Hänen yksilölliset tarpeensa, äidinkielsä ja kulttuuritaustansa on otettava huomioon.

Laatusuositukset

lääkäiden henkilöiden palvelujen henkilöstön mitoitusta on vuodesta 2001 alkaen ohjattu sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton laatimilla laatusuosituksilla. Vanhuspalvelulain valmistelun aikaan oli voimassa vuonna 2008 annettu laatusuositus. Suosituksessa lähtökohdaksi henkilöstömitoitukselle linjattiin, että mitoitus 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. Laatusuosituksen mukaan henkilöstömitoitusta suunniteltaessa ja arvioitaessa oli otettava huomioon muun muassa seuraavat tekijät:

- asiakkaiden avun tarve, josta saadaan tieto kattavan palvelutarpeen arvioinnin avulla,
- erityisosaamista edellyttävien asiakkaiden määrä, kuten käytösoireiset muistisairaat ja vanhuspsykiatriset asiakkaat,
- yksikön tarjoamien erilaisten palvelujen, kuten kuntouttavan lyhytaikaishoidon tai päivätoiminnan, vaikutukset,
- ympäristötekijät, kuten toimintayksikön koko, rakenteellinen toimivuus ja turvallisuus (ympäri vuorokautinen hoito) ja välimatkat kunnan sisällä (kotihoito),
- asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön koulutus rakenne sekä osaaminen ja osaamisen täysi hyödyntäminen,
- toiminnan organisointi ja toteutus, kuten asiakkaiden avun tarpeen huomioon ottaminen työvuorosunnittelussa ja henkilöstön yhteiskäytön mahdollisuus,
- henkilöstön riittävyys erityistilanteissa, esimerkiksi saattohoidossa, sekä
- henkilöstön työhyvinvointia kuvaavat tunnusluvut, kuten lyhyt- ja pitkäaikaiset sairauspoissaolot ja vaihtuvuus.

Vuoden 2008 laatusuositus sisälsi lisäksi yksityiskohtaisempia suosituksia ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarjoavien toimintayksikköjen henkilöstömitoituksista.

Vanhuspalvelulain valmistelun yhteydessä esillä oli myös vaihtoehto säätää henkilöstömitoituksesta laissa. Valmistelussa päädyttiin kuitenkin siihen, että numeerisista mitoituksista ei säädettä laissa vaan mitoitukset määritellään jatkossakin laatusuosituksessa. Laatusuositukset uudistettiin vanhuspalvelulain voimaantuloon 1.7.2013 mennessä muun muassa siten, että ympärivuorokautisen hoidon laadun parantamiseksi tuli varmistaa hoitajamitoitus vähintään 0,5 tasolla. Eduskunta edellytti vanhuspalvelulakiin liittyvässä vastauksessaan hallitukselle joulukuussa 2012 (EV 162/2012), että *”hallitus arvioi henkilöstömitoituksen toteutumisen vanhuspalvelulaissa tarkoitettulla tavalla vuoden 2014 aikana ja mikäli ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä ei ole saavutettu suosituksen mukaista henkilöstömitoitusta (vähintään 0,5), antaa eduskunnalle esityksen lain täsmentämisestä”*. Lisäksi eduskunta edellytti, että *”hallitus*

seuraa ja arvioi lain tavoitteiden toteutumista ja vaikutusta erityisesti ikääntyneen väestön hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn sosiaali- ja terveystalouden saatuun saavutukseen sekä kunnille aiheutuviin kustannuksiin”

Vuonna 2017 sosiaali- ja terveysministeriön yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa julkaisema laatusuositus vuosille 2017-2019 korvasi edellisen vuonna 2013 annetun suosituksen. Laatusuosituksen rooli on vanhuspalvelulain toimeenpanoa tukeva ja täsmentävä. Laatusuosituksessa huomioitiin ohjaus- ja toimintaympäristössä tuolloin meneillään olleet muutokset sekä hallitusohjelman ja julkisen talouden suunnitelman tavoitteet. Hallitus evästi valmistelua siten, että henkilöstön mitoittamista koskevia suosituksia on yhdenmukaistettava niin, että julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla on samat vaateet. Samoin edellytettiin, että henkilöstömitoitukseen tulee laskea mukaan aiempaa joustavammin perustein iäkkäiden hoitoon ja huolenpitoon osallistuvaa henkilökuntaa. Laatusuosituksessa määriteltiin tehostettuun palveluasumiseen henkilöstön toteutuneeksi vähimmäismitoitustasoksi edelleen vähintään 0,50. Hallitusohjelman kirjauksen pohjalta kehysriihessä keväällä 2017 täsmennettiin, että laatusuosituksella haetaan julkiseen talouteen noin 33,5 miljoonan euron säästöjä vuoden 2019 loppuun mennessä. Hyvän ikääntymisen sekä sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä iäkkäiden palvelujärjestelmän turvaamiseksi suositus rakennettiin viiden teema-alueen varaan:

1. Turvataan yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä
2. Asiakas- ja palveluohjaus keskiöön
3. Laadulla on tekijänsä
4. Ikäystävällinen palvelujen rakenne
5. Teknologiasta kaikki irti.

Laadulla on tekijänsä -osio sisältää iäkkäiden palveluissa työskentelevää henkilöstöä koskevia suosituksia. Laatusuosituksessa korostetaan riittävän osaavan henkilöstön merkitystä turvallisen ja laadukkaan palvelun toteuttamisessa. Tässä yhteydessä on nostettu esiin myös muissa kuin iäkkäille suunnatuissa sosiaali- ja terveystalouksissa työskentelevän henkilöstön riittävän geriatrisen osaamisen merkitystä, koska iäkkäät henkilöt käyttävät paljon erilaisia sosiaali- ja terveystalouksia.

Laatusuosituksessa todetaan, että henkilöstömäärää suunniteltaessa on varmistettava mitoituksen joustavuus, kuten se, miten henkilöstön lyhyt- ja pidempiaikaista poissaoloa pystytään korvaamaan sijaisilla. Joustavuutta on myös se, että henkilöstöä voidaan tilapäisesti siirtää eri toimipisteisiin silloin, kun asiakkaiden palvelutarpeen muutokset sitä edellyttävät, kuten saattohoitotilanteissa.

Henkilöstöä koskeva teema-alue sisältää viisi suositusta.

Suositus 1.

Henkilöstön määrää ja osaamista arvioidaan ja kohdennetaan asiakasrakenteen mukaan joustavasti huomioon ottaen

- asiakkaiden palvelujen tarpeessa tapahtuvat muutokset, kuten äkilliset muutokset terveydentilassa, toimintakyvyn muutokset, lähestyvä kuolema

- toiminnan laadulle ja turvallisuudelle omavalvontasuunnitelmassa asetetut tavoitteet
- asiakkaiden ja läheisten kokemukset palvelun laadusta
- henkilöstön hyvinvointia, kuten työtyytyväisyys ja sairauspoissaolot, kuvaavat tunnusluvut sekä
- mahdollisuus hyödyntää mm. asukkaiden turvallisuutta, toimintakykyisyyttä ja toiminnan sujuvuutta parantavaa teknologiaa.

Suositus 2.

Kotihoidon henkilöstön vähimmäistarve määräytyy iäkkäille myönnettyjen palvelujen (tunteina) toteuttamiseen tarvittavana henkilöstön välittömään asiakastyöhön käytettävissä olevana työaikana (tunteina).

Henkilöstön toteutunut vähimmäismitoitustaso tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä tulee olla vähintään 0,50.

Henkilöstömitoitukseen lasketaan mukaan välittömään asiakastyöhön osallistuvat sairaan- ja terveydenhoitajat, geronomit, fysio- ja toimintaterapeutit, lähi- ja perushoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat, sosionomi AMK:t, kotiavustajat ja kodinhoitajat, hoiva-avustajat, virike-toiminnan ohjaajat ja muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat ammattilaiset, toimintayksiköiden vastuuhenkilöt, kuten osastonhoitajat, seuraavin rajauksin:

- toimintayksiköiden vastuuhenkilöt siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön;
- fysio- ja toimintaterapeutit sillä osuudella, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön toimintayksikössä; he eivät voi olla yksin työvuorossa eivätkä vastata lääkityksistä;
- hoito- ja laitosapulaiset siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön; he eivät voi olla yksin työvuorossa eivätkä vastata lääkityksistä;
- viriketoiminnan ohjaajat ja muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat ammattilaiset siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön toimintayksikössä; he eivät voi olla yksin työvuorossa eivätkä vastata lääkityksistä;
- oppisopimuskoulutettavat, kun opinnoista suoritettuna 2/3 ja muut sosiaali- ja terveysalan opiskelijat (jotka ovat työsuhteessa, ei työharjoittelussa), kun opintojen kautta on riittävästi hankittua osaamista alan tehtäviin;
- hoiva-avustajat eivät voi olla yksin työvuorossa eivätkä vastata lääkityksistä.

Suositus 3.

Koti- ja tehostetun palveluasumisen toimintayksikköjen henkilöstön välitöntä asiakasaikaa ja -työtä lisätään toimintatapoja uudistamalla.

Suositus 4.

Henkilöstön työtä johdettaessa toimitaan

- asiakaslähtöisyyden edistämiseksi niin, että asiakkaiden ja läheisten kokemukset palvelujen laadusta paranevat;
- asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämiseksi niin, että erityisesti
 - lääkehoitovirheet vähenevät
 - turvallisuus paranee turvateknologian käyttöä järjestelmällisesti lisäämällä;
- moniammatillisen asiantuntemuksen edistämiseksi niin, että asiakkaiden tarpeisiin voidaan vastata tarkoituksenmukaista hoito- ja sosiaalityön, lääketieteen, kuntoutuksen ja muuta tarkoituksenmukaista asiantuntemusta hyödyntäen;
- henkilöstön työtyytyväisyyden, sitoutumisen, motivaation ja hyvinvoinnin edistämiseksi niin, että erityisesti työntekijöiden sairauspoissaolot ja vaihtuvuus vähenevät;
- henkilöstön osaamisen varmistamiseksi niin, henkilöstö kehittää jatkuvasti osaamistaan ja käyttää vaikuttaviksi osoitettuja menetelmiä työssään;
- omavalvonnan järjestelmälliseksi toteuttamiseksi sekä
- työn tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi.

Suositus 5.

Henkilöstön mitoittamisen osalta julkisia ja yksityisiä palveluntuottajia ohjataan, valvotaan ja seurataan samoin perustein. Vanhuspalvelulain ja laatusuositusten toimeenpanon seuranta

THL on seurannut vanhuspalvelulain toimeenpanoa ennen ja jälkeen lain voimaantulon vuosina 2013, 2014, 2016 ja 2018 sekä samalla laatusuositusten toteutumista (nk. Vanhuspalvelujentila tutkimus). Seuranta on toteutettu erillisrahoituksilla. Erityisen tarkassa seurannassa on ollut henkilöstömitoitus. Ympäri vuorokautisen hoidon henkilöstömitoitus parantui vuodesta 2016 vuoteen 2018 ja entistä useampi yksikkö kuului ylimpään mitoitusluokkaan. Yksikköjen, joissa henkilöstömitoitus oli yli 0,7, osuus oli 22 prosenttia ja yksikköjä, joissa mitoitus alittaa 0,5:n oli viisi prosenttia.

Kaikkiaan laatusuosituksen 2017 mukaisen mitoituksen alittavia yksikköjä oli THL:n viimeisimmän, vuonna 2018 toteutetun Vanhuspalvelujen tila -tutkimuksen perusteella laskettuna 92 yksikköä (sisältää tehostetun palveluasumisen, vanhainkodit ja terveyskeskusten pitkäaikais-hoidon). Henkilöstömitoituksen nostaminen 0,5:een olisi edellyttänyt näihin yksiköihin arvioita 107 työntekijän lisäystä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta

Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Sosiaali- ja terveydenhuollon ylimpinä laillisuusvalvojina toimivat eduskunnan oikeusasiamies ja valtioneuvoston oikeuskansleri. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisina toimivat aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira, jotka ohjaavat ja valvovat sekä yksityistä että julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattihenkilöitä.

Aluehallintovirastojen ja Valviran tehtävänä on edistää ohjauksen ja valvonnan keinoin oikeusturvan toteutumista ja palvelujen laatua sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aluehallintovirastot edistävät alueellista yhdenvertaisuutta hoitamalla lainsäädännön toimeenpano-, ohjaus- ja valvontatehtäviä toimialueillaan. Valvira ohjaa ja valvoo sosiaalihuoltoa ja kansanterveystyötä erityisesti silloin, kun kysymyksessä on periaatteellisesti tärkeä tai laajakantoinen asia, usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskeva asia, asia joka liittyy Valvirassa käsiteltävään muuhun valvonta-asiaan tai asia, jota aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään.

Valvontaviranomaisten suorittama valvonta on laillisuusvalvontaa ja sen ensisijainen tarkoitus on turvata, että toiminta täyttää lainsäädännössä asetetut vaatimukset. Laillisuusvalvonta kohdistuu muun muassa palvelujen saatavuuden ja kunnan järjestämisvelvoitteen toteutumisen valvontaan sekä laissa säädettyjen menettelysäännösten noudattamisen valvontaan.

Valvontaviranomaisten suorittama valvonta on luonteeltaan organisaatioiden oman valvonnan toteutumista varmistavaa ja sitä edistävää. Organisaatiolla on ensisijainen vastuu seurata ja valvoa vastuullaan olevaa toimintaa. Valvonnalla ja siihen liittyvällä ohjauksella turvataan ja edistetään palvelujen laatua sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriö tulosohjaa aluehallintovirastojen sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaa sekä Valviraa. Valvira ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena keskusvirastona aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi.

Valvonnan keinot

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan keinoja voidaan kuvata ennakkollisen, jälkikäteisen ja suunnitelmallisen valvonnan käsitteillä. Ilmoitus- ja lupamenettelyssä on kysymys ennakkollisesta valvonnasta. Ennakollisen valvonnan tavoitteita toteuttaa myös ohjaus, joka lainsäädännössä mainitaan valvontaviranomaisen tehtäväksi valvonnan rinnalla. Ennakollista valvontaa ja ohjausta toteuttavat myös viestintä, resurssiohjaus, informaatio-ohjaus, ohjaus- ja tarkastuskäynnit ja neuvonta.

Yksityiselle sosiaalipalvelun tai terveydenhuollon palvelun tuottajalle myönnetty lupa voidaan peruuttaa osittain tai kokonaan, jos toiminnassa on olennaisesti rikottu lakia. Valvira tai aluehallintovirasto voi lievemmissä tapauksissa antaa toteamansa virheellisen menettelyn tai laiminlyönnin johdosta huomautuksen toiminnan järjestäjä- tai toteuttajaorganisaatiolle tai toiminnasta vastuussa olevalle henkilölle taikka kiinnittää valvottavan huomiota toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen ja hyvän hallintotavan noudattamiseen.

Jälkikäteisvalvonnan voi käynnistää viranomaisen tietoon kantelun tai ilmoituksen kautta tai muussa yhteydessä tuleva tieto tai epäily epäkohdasta. Valvontaviranomaiset valvovat myös oma-aloitteisesti tarkastuksia ja erilaisia selvityksiä tekemällä.

Valvira ja aluehallintovirastot voivat tehdä tarkastuksia sosiaalipalvelun tuottajan ja terveydenhuollon itsenäisten ammatinharjoittajien ja toimintayksiköiden tiloihin silloin, kun tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Valvira voi lisäksi perustellusta syystä määrätä aluehallintoviraston tekemään tarkastuksen. Silloin kun toiminnan järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on sitä koskevan lainsäädännön vastaista, Valvira tai aluehallintovirasto voi antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta. Tällaisen määräyksen noudattamiseksi voidaan asettaa sakon uhka tai uhka, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään. Toiminta voidaan myös määrätä keskeytettäväksi välittömästi

taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kieltää välittömästi, jos asiakas- tai potilas-turvallisuus sitä edellyttää.

Suunnitelmallista valvontaa varten aluehallintovirastot ja Valvira laativat riskien arviointiin perustuen yhteisen valvontaohjelman, jossa määritellään valvonnan kohteet, menettelytavat, kriteerit ja valvonnan toteuttamisen työnjako. Riskinarvioinnin perusteena on mm. asiakas- ja potilasturvallisuus. Tavoitteena on, että valvonta olisi mahdollisimman yhdenmukaista valtakunnallisesti.

Kanteluiden ja varsinaisten valvonta-asioiden käsittelyn yhteydessä voidaan tehdä havaintoja myös sellaisista epäkohdista tai toiminnan riskeistä, joiden johdosta valvontaviranomainen ryhtyy laajempaan, joko alueelliseen tai valtakunnalliseen, ohjauksen antamiseen ennaltaehkäisevässä tarkoituksessa.

Palveluntuottajan omavalvonta

Sosiaalihuollon toimintayksikön tai muun toimintakokonaisuudesta vastaavan tahon on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Suunnitelma on pidettävä julkisesti nähtävänä, sen toteutumista on seurattava säännöllisesti ja toimintaa on kehitettävä asiakkailta sekä toimintayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella. Omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatimisesta ja seurannasta voidaan säätää tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

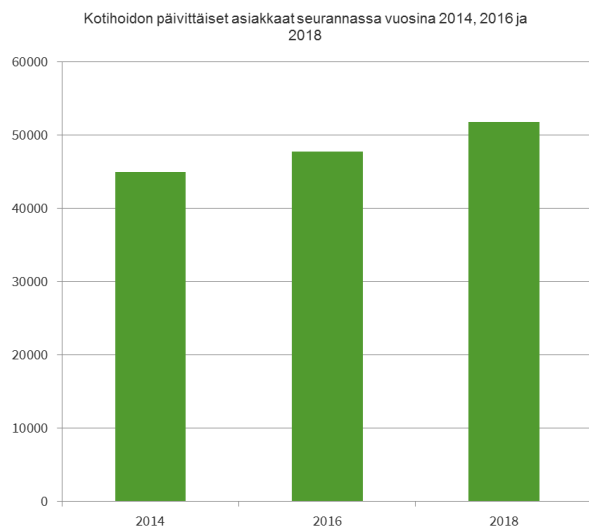
Vanhuspalvelulain mukaan suunnitelmaan perustuva omavalvonta on järjestettävä kaikissa vanhuspalveluja tarjoavissa yksiköissä. Laissa Valviralle on annettu valtuutus antaa määräykset omavalvonnasta.

2.2 Ympäri vuorokautisen hoidon ja kotihoidon asiakkaat ja henkilöstö

THL:n Vanhuspalvelujen tilaa koskevan seurannan mukaan vanhuspalveluissa oli yhteensä 93 000 asiakasta seurantaviikolla toukokuussa 2018. Heistä 57 prosenttia sai palvelunsa kotihoidosta ja 43 prosenttia ympärivuorokautisesta hoidosta. Asiakasmäärät kasvoivat voimakkaasti kotihoidossa. Neljän vuoden aikana kotihoidon asiakasmäärä kasvoi 6000 asiakkaalla. Ympäri vuorokautisessa hoidossa oli seurantaviikolla 41 000 asiakasta. Asiakasmäärä oli laskenut neljän vuoden aikana 3 000 asiakkaalla. Palvelurakennemuutoksen seurauksena vanhainkotihoitoa on korvannut tehostettu palveluasuminen ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoito on vähentynyt.

Ympäri vuorokautinen hoito on elämän loppuvaiheen hoitoa. Hoito kohdentuu erityisesti edennyttä muistisairautta sairastaville. Asiakkaista 95 prosentilla on muistisairaus tai muistioireita. Hoito pyritään entistä useammin toteuttamaan siten, että asiakkaan on mahdollista saada myös palliatiivinen ja saattohoito omassa hoitoyksikössään.

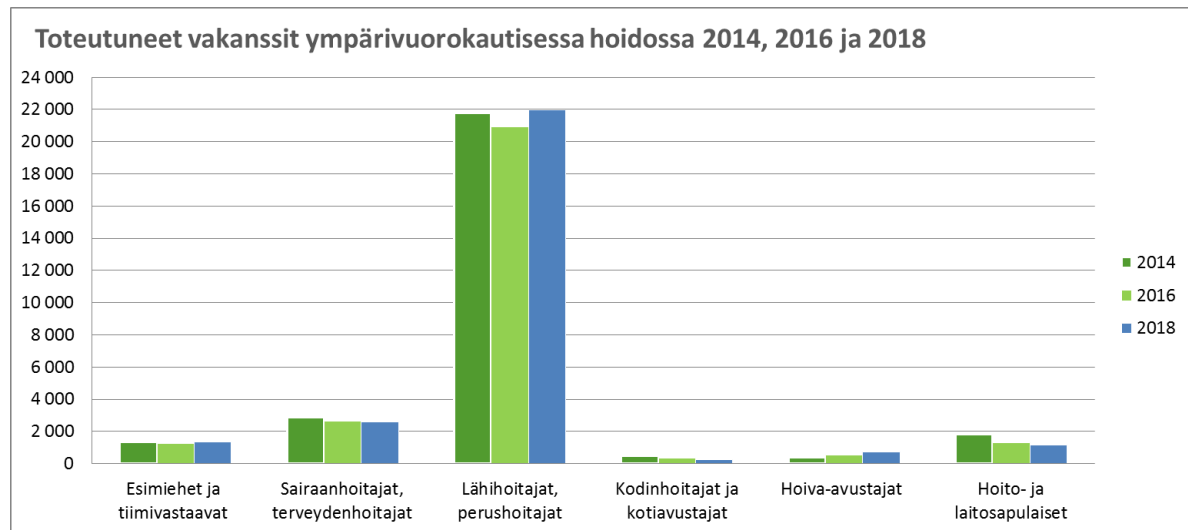
Kuvio X. Asiakkaat vanhuspalveluissa 2014, 2016 ja 2018.



Vanhuspalvelujen henkilöstöstä kaksi kolmasosaa työskentelee ympärivuorokautisessa hoidossa. Lähihoitajat ovat suurin ammattiryhmä. Vuonna 2018 heitä työskenteli tehostetussa palveluasumisessa noin 20 000 henkilöä ja heistä 11 000 julkisen palvelujärjestäjän toimintayksiköissä. Vanhainkodeissa lähihoitajia työskenteli 2 000, lähes yksinomaan julkisella sektorilla. Lähihoitajien määrässä havaittiin pieni väheneminen vuonna 2016, mutta tämän jälkeen kahdessa vuodessa heidän määränsä oli noussut 1 000 hoitajalla.

Sairaanhoitajia työskentelee ympärivuorokautisessa hoidossa 2 600. Heidän määränsä on ollut samalla tasolla vuodesta 2014 asti. Sairaanhoitajia työskentelee lisäksi esimiestehtävissä toimintayksiköissä. Kodinhoitajien ja kotiavustajien sekä hoito- ja laitospulaisien määrä on pienentynyt ajanjaksolla 2014–2018. Vuonna 2018 heitä työskenteli ympärivuorokautisessa hoidossa enää 1 450. Erityisesti kodinhoitajat ja kotiavustajat ovat poistumassa työelämästä eläköitymisen vuoksi. Näillä nimikkeillä ei enää järjestetä koulutusta. Hoiva-avustajien määrä nousee hitaasti, koska koulutusta tehtävään on vähän tarjolla. Heidän määränsä oli ympärivuorokautisessa hoidossa noin 700 henkilöä.

Kuvio X. Ympäri vuorokautisen hoidon henkilöstörakenne vuosina 2014, 2016 ja 2018.



Vanhuspalveluiden kokonaishenkilöstöön kuuluvat ympärivuorokautisen hoidon lisäksi koti-hoidon ja tavallisen ei-ympärivuorokautisen palveluasumisen henkilöstö. Kotihoidossa ja taval-lisessa palveluasumisessa työskentelee 12 000 lähihoitajaa ja 1 800 sairaanhoitajaa sekä yh-teensä 850 kodinhoitajaa ja kotiavustajaa. Muiden henkilöstöryhmien määrä on pieni. Kotihoi-don työntekijämäärissä on ympärivuorokautista hoitoa enemmän vaihtelua ja vuonna 2016 työntekijämäärä laski, vaikka asiakasmäärät nousivat. Viimeisessä seurannassa suunta oli kään-tynt ja erityisesti lähihoitajien määrä kasvoi, heidän määränsä suureni yli 1 800 hoitajalla.

2.3 Palvelutarpeen, toimintakyvyn ja hoitoisuuden arviointimenetelmiä

Suomessa laajimmin käytössä olevat palvelutarpeen, toimintakyvyn ja hoitoisuuden arviointi-menetelmät ovat RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument, Morris et al. 1990) RAVA™ (Rajala & Vaissi) sekä RAFAELA™ (Rajala & Fagerström). Noin neljässä viidestä ympärivuorokautisen hoidon yksikössä asiakkaiden toimintakykyä arvioidaan säännöllisesti yh-dellä tai useammalla mittarilla tai arviointimenetelmällä. Yleisimmin arvioidaan kognitiivista, fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä sekä arkisuoriutumista (Vanhuspalvelujen tila -tutkimus, 2018, THL).

RAVA™-mittarilla (kehittäjä Rajala ja Vaissi) selvitetään päivittäisistä perustoimista selviyty-mistä ja tulosta käytetään arvioimaan mm. asiakkaan pääsyä tiettyyn palveluun. Mittarin käyttö hoidonsuunnittelussa, vertailussa ja johtamisessa on rajallinen, koska se tuottaa vähän tietoa ja arviointi on herkkä manipuloinnille. RAVA™-mittari ei perustu kansainväliseen avoimeen tie-teelliseen testaukseen. RAVA™ on arvioitu THL:n TOIMIA-tietokannassa seuraavasti: ”Pal-velutarpeen arvioinnissa RAVA™-mittari soveltuu huonokuntoisten ikääntyvien henkilöiden päivittäisten perustoimintojen (BADL) arviointiin, mutta ei muiden toimintakyvyn ulottuvuuk-sien arviointiin, jotka palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä tulisi arvioida. Toistettavuus on mahdollisesti riittävä, mutta sitä heikentää tuloksen manipulointiriski. Lisenssin maksullisuus rajoittaa mittarin käytettävyyttä.” RAVA™:n omistaa Kuntaliitto ja sitä kehittää FCG.

RAFAELA™ -järjestelmä on alun perin kehitetty mittaamaan toteutunutta hoitotyötä suhteessa resursseihin sairaaloissa (kehittäjä Rajala, Fagerström). Mittaukset tehdään osastoilla päivittäin

ja luokituksesta saadun tiedon perusteella suunnitellaan henkilöstötarvetta. RAFAELA™-järjestelmä on kehitetty hoitotieteellisistä lähtökohdista. Mittarin käyttöön liittyy kustannuksia. RAFAELA® -mittaria ei ole arvioitu TOIMIA-verkostossa. RAFAELA®-järjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto ja sitä kehittää FCG.

RAI- järjestelmä on tarkoitettu asiakkaan palvelun, hoidon, hoivan ja kuntoutustarpeiden selvittämiseen. Arviointitieto toimii yksilöllisen palvelu- hoito- ja kuntoutussuunnitelman perustana. RAI:n käyttökohteita ovat koti- ja tehostetun palveluasumisen ohella mielenterveys- ja vammaispalvelut sekä akuuttihoito. RAI- järjestelmän on kehittänyt kansainvälinen tutkijaorganisaatio interRAI (www.interrai.org).

RAI-järjestelmä on kansallisesti käytössä ikäihmisten ympärivuorokautisessa hoidossa mm. Yhdysvalloissa, suurimmassa osassa Kanadan provinseja, Islannissa (lakiperusteinen), Belgiassa, ja Uudessa Seelannissa. RAI-välineitä ei ole toistaiseksi arvioitu TOIMIA-tietokantaan.

Tutkijaorganisaatio interRAIn kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti THL ylläpitää ja vastaa suomalaiseseen ympäristöön sovitetuista RAI-välineistä. RAI-välineet perustuvat kansainväliseen tieteelliseen tutkimukseen ja kehittämistyöhön. RAI-järjestelmän käyttö edellyttää sopimusta THL:n kanssa mutta sekä lisenssi että käyttö ovat maksutonta. RAI-arviointien tekemiseen ja tiedon hyödyntämiseen tarvitaan osaamista. RAI-koulutus voidaan toteuttaa organisaation sisäisenä koulutuksena tai hankkia kouluttajatahoilta, joita on Suomessa useita.

RAI-arviointijärjestelmää käytetään asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnissa ja arvioinnin perusteella tuotetaan hoitosuunnitelmat ja hoidon tarpeen hälyttimet, palvelutarvetta ja toimintakykyä kuvaavat mittarit sekä hoidon lopputulosta kuvaavat kliiniset laatuindikaattorit. Asiakkaiden hoidon laadusta tuotetaan indikaattorit, jotka kuvaavat laadun tasoa tietyllä hetkellä kuten painehaavat, lääkkeiden määrät ja toimintakyvyn taso. Lisäksi niille asiakkaille, jotka ovat yksikössä vähintään kahden mittauksen ajan, voidaan laskea myös uusien ilmaantuvien ongelmien kuten uudet painehaavat ja toimintakyvyn heikkeneminen indikaattorit. Tämä useiden eri mittaristojen tuottama indikaattoritieto mahdollistaa yksiköiden laadun kehittämisen ja varmistamisen sekä voimavarojen kohdentamisen seurannan. Henkilöstölle on välineet suunnitella ja seurata asiakkaiden hoitoa ja yksiköiden johtajilla on käytössään todelliset asiakkaiden toimintakyvyn perusteella tuotetut tiedot, joiden pohjalta toimintaa voidaan ohjata.

RAI-järjestelmään sisältyy myös maksujärjestelmien ja voimavarojen kohdentamisen pohjaksi luotu voimavaratarveluokitus (RUG eli Resource Utilization Groups), jossa asiakkaat luokitellaan palvelutarpeidensa mukaan eri luokkiin, joille kaikille on laskettu henkilöstön kyseiselle asiakasryhmälle kohdentama aika. Keväällä 2020 on tarkoitus tehdä uudet aikamittaukset koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa, jolloin päivitetään kustannuspainot vastaamaan nykyisiä hoitokäytäntöjä ja henkilöstön kohdentamaa aikaa asiakkaille. Henkilöstön ajankäyttömittauksen tulosten perusteella on mahdollista kohdentaa henkilöstöä asiakkaiden palvelutarpeen mukaan, mutta myös arvioida annetun palvelun sisältöä. Lisäksi toimintayksiköiden henkilöstömitoitukset voidaan määrittää aikaperusteisesti asiakkaiden systemaattisesti arvioidun palvelutarpeen mukaan.

RAI-arvioinnin kirjaamiseen ja tiedon käyttöön tarvitaan tietojärjestelmäsovellus, joita Suomessa tuottaa ja myy tällä hetkellä useampi tietojärjestelmätoimittaja. RAI:n käytön laajentuessa on mahdollista luoda myös kansallinen tallennuspohja, joihin toimintayksiköillä olisi mahdollisuus kirjata ja tallentaa.

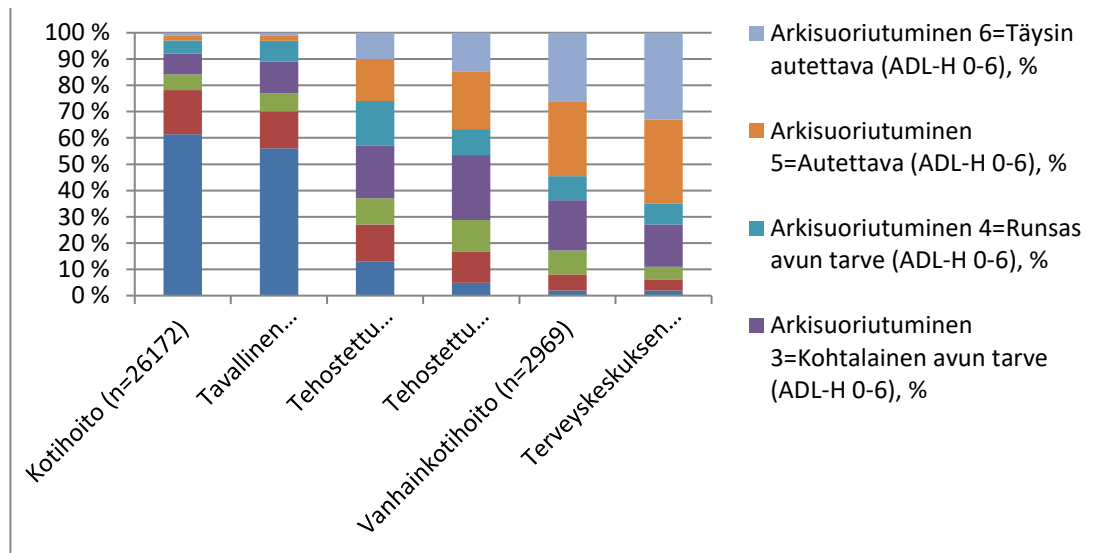
RAI-käyttäjät voivat osallistua THL:n koordinoimaan vapaaehtoiseen, yhteisrahoitteiseen vertailukehittämiseen. Osana vertailukehittämistä THL tuottaa vertailutietokantoja, joista saatavalla tiedolla organisaatioita voi verrata, seurata ja kehittää omaa toimintaansa ja sen laatua. RAI-järjestelmällä arvioitiin vuonna 2018 noin 35 prosenttia kotihoidon ja noin 40 prosenttia ympärivuorokautisen hoidon asiakkaita.

2.4 Nykytilan arvio

2.4.1 Palvelutarpeiden selvittäminen ja arviointi

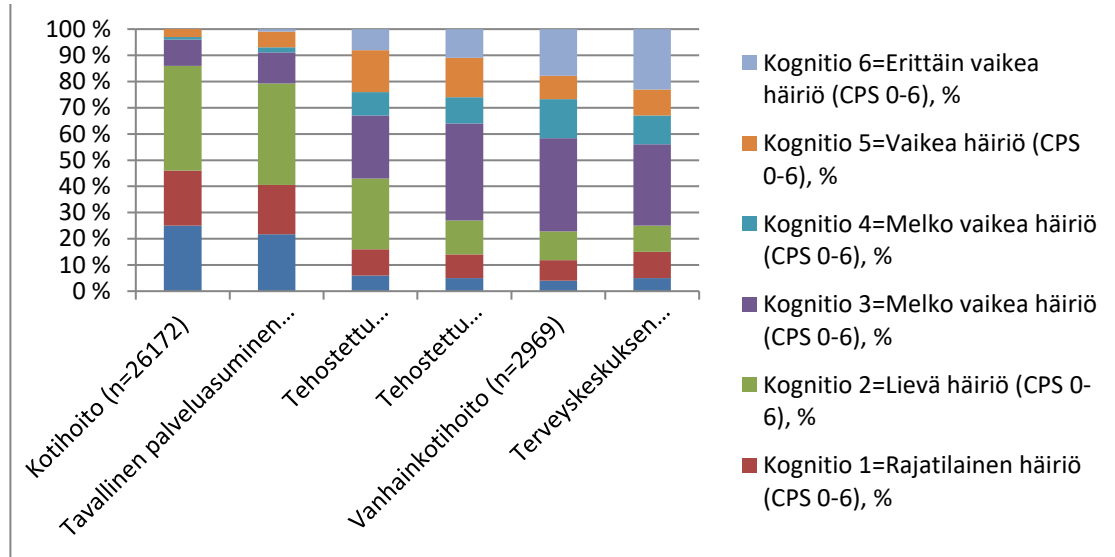
Sosiaalihuollossa lähtökohtana on, että palvelujen toteuttamista ohjaa aina asiakkaan yksilöllinen palvelutarve. Sosiaalihuoltolaki sisältää kattavat ja yksityiskohtaiset säännökset palvelutarpeiden arvioinnista ja vanhuspävelulain säännökset tarkentavat niitä iäkkäiden henkilöiden palvelutarvetta selvitetäessä. Palvelutarpeen selvittämisessä ja arvioinnissa laajemminkin ongelmana on, että palvelutarpeiden arvioinnille ei ole kansallisesti vakiintunutta rakennetta ja muotoa, vaan sitä toteutetaan eri asiakastilanteissa kulloisenkin arvioijan tai organisaation omilla välineillä, joskus hyvinkin vaihtelevasti. Näin ollen on vaikeaa muodostaa yhtenäisiä päätöksentekokriteereitä, hoito- ja palvelupolkuja tai prosessin ohjausjärjestelmiä, ja arviointeihin liittyvän asiakastiedon käyttö toisessa vaiheessa asiakkaan hoito- ja palveluprosessia on mahdollonta. Tehtävää vaikeuttaa se, että toimintakykytiedolle ei vielä ole Kanta-palveluissa sellaista yhtenäistä rakennetta, joka mahdollistaisi tiedon käytön integroidussa hoito- ja palveluprosessissa sekä sosiaalihuollossa että terveydenhuollossa.

Palveluiden piirissä olevien asiakkaiden palvelutarpeissa on suuria eroja, joita voidaan arvioida vertailukelpoisesti eri yksiköissä ja palvelutyypeissä. Arkitöiminnöistä suoriutumisessa on suurin avun tarve perinteisen laitoshoidon asiakkailta ja kevyin avun tarve kotihoidon asiakkailta.



Muistihäiriöt ovat hyvin yleisiä tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkailta, mutta myös kotihoidossa on asiakkaita, joilla on vaikea muistihäiriö. Muistihäiriöisten asiakkaiden

kohtaaminen ja avustaminen edellyttää osaamista, sillä asiakkailla on myös vaeltelua, aggressiivista ja hoidon vastustelua etenkin sairauden edetessä.

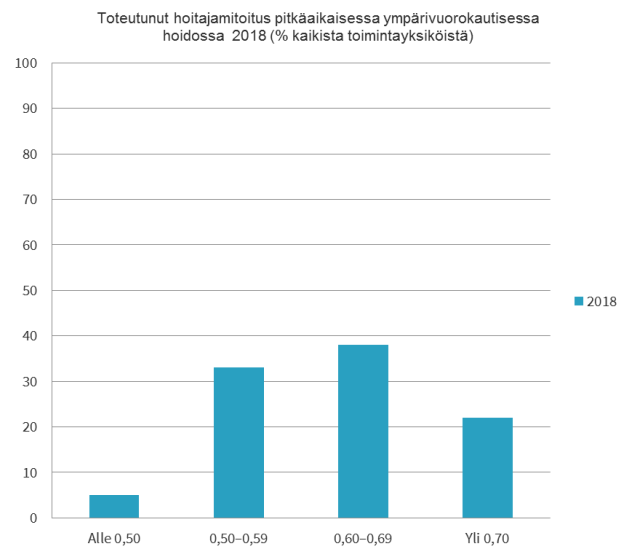
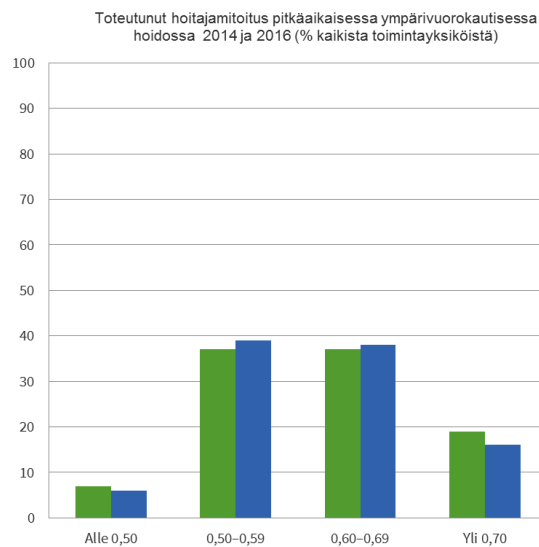


2.4.2 Palvelujen laatu ja henkilöstön riittävyys

Ympäri vuorokautisen hoidon henkilöstön riittävyyttä suhteessa asiakasmäärään on seurattu henkilöstömitoituksella. THL laskee mitoituksen yksikön seuranta viikolla toteutuneista työtunneista. Alle 0,5 henkilöstömitoituksen yksiköiden osuus on pienentynyt seurannassa. Vuonna 2018 niiden osuus oli 5 prosenttia kaikista pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköistä. Vastaavasti yli 0,7 mitoituksen yksikköjen osuus on seurannassa noussut ollen 22 prosenttia toimintayksiköistä vuonna 2018. Suurin osa yksiköistä on mitoitukseluokissa 0,5-0,59 ja 0,6-0,69. Myös näissä ryhmissä on tapahtunut siirtymää mitoitukseluokan ylärajaa kohti. Kokonaisuutena tarkastellen muutokset mitoituksessa ovat kuitenkin pieniä, merkittävää mitoitusten heikkenemistä tai paranemista ei neljän vuoden seuranta-aikana ole havaittavissa.

Mitoituksen laskutapaa on määritellyt laatusuositus. Vuosina 2014 ja 2016 mitoituksen laskentatapa oli yhtenevä, mutta vuonna 2018 laatusuosituksen laskentatapa päivitettiin. Tämän vuoksi mitoituksen vuosittaiset seurantatiedot eivät ole täysin vertailukelpoiset.

Kuvio X. Toteutunut henkilöstömitoitus 2014, 2016 ja 2018.



Henkilöstörakenteeseen liittyviä ongelmia on raportoitu erityisesti yöajan ja viikonloppujen osalta, jolloin muun muassa sairaanhoitajatyövoimaa ei ole yksiköissä riittävästi käytössä. Ympärivuorokautisessa hoidossa on keskimäärin arkipäivisin töissä 429 sairaanhoitajaa, kun taas viikonloppuisin vain 231 sairaanhoitajaa. Kevään 2018 selvityksessä löytyi 171 sellaista tehostetun palveluasumisen yksikköä, jossa ei raportoitu lainkaan sairaanhoitajan nimikkeellä tehtyä työpanosta seurantaviikolla ja 414 yksikköä, joissa oli käytävissä alle yhden sairaanhoitajan työpanos. On kuitenkin mahdollista, että yksikön esimies on sairaanhoitaja ja hänen työajastaan osa kohdentuu välittömään asiakastyöhön. Tämä ei käy ilmi selvityksen tuloksista. Arkipäivänä kotihoidossa työskenteli keskimäärin 342 sairaanhoitajaa ja viikonloppuisin vain 42 sairaanhoitajaa. Riittämätön sairaanhoitajien määrä vaikeuttaa esimerkiksi saattohoidon toteutumista yksiköissä.

Sen sijaan lähihoitajien määrät arkena ja viikonloppuina ovat melko samanlaisia. Kotihoidossa ero arkipäivien ja viikonloppujen sairaanhoitajatyön määrässä on suhteessa vielä suurempi.

2.4.3 Valvonta

Tässä esityksessä ei arvioida palvelujen valvonnan tai omavalvonnan toimivuutta ja kehittämistarpeita. Tätä kokonaisuutta selvitetään ja arvioidaan osana iäkkäiden palveluiden työryhmän jatkotyöskentelyä sekä myöhempiä ehdotuksia.

Henkilöstömitoituksen laskemisessa ongelmana on, mitä tulkitaan kuuluvaksi niin sanottuihin tukipalveluihin, jotka eivät laatusuosituksen mukaan sisälly välittömään asiakastyöhön (hoito- ja hoivatyöhön) eivätkä siten varsinaisen mitoituksen laskentaan. Haasteena on myös asiakkaiden toimintakyvyn arviointi. Valvontahavaintojen perusteella palveluntuottaja on voinut nojautua henkilöstömitoitustalaskennassa ainoastaan suosituksentasoisiin ohjeisiin (vähimmäismitoitus 0,5), eikä mitoitusta ole nostettu asiakkaiden palvelujen tarpeita vastaavaksi. Nykyinen tilanne ilman riittävän velvoittavaa sääntelyä laissa on voinut aiheuttaa muun muassa sen, että palveluntuottaja ei ole myöskään omavalvonnassaan arvioinut henkilöstömitoitusta samoin kriteerein kuin valvontaviranomainen.

Vuosina 2017-2019 yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain mukaisten lupahakemusten ja myönnettyjen lupien määrät kasvoivat edelleen. Samaan aikaan kävi valvonnasta saatujen havaintojen perusteella ilmi, etteivät palvelujen tuottajat tosiasiaassa saaneet rekrytoitua riittävästi henkilöstöä toimintayksiköihinsä. Sama ongelma kohdattiin myös julkisella sektorilla.

Valvontaviranomaisten tarkastuksilla todettu niukka henkilöstömäärä ilmeni niin, että hoitajat eivät ehtineet huolehtia asiakkaiden hoidosta ja huolenpidosta asiakkaiden palvelutarpeita vastaavasti. Hoitajille kuului säännönmukaisesti ja runsaasti tuki- ja muita tehtäviä, kuten ruoka- ja pyykinhuoltoon kuuluvia tehtäviä, erityisesti ilta- ja yöaikaan sekä viikonloppuisin. Asiakkaita ei oltu ehditty käyttää vessassa tai ylipäättään avustaa ylös vuoteesta päivän aikana. Ravitsemuksesta ei aina ollut huolehdittu riittävästi. Viriketoiminta oli vähäistä tai sitä ei ollut ollenkaan, eikä asiakkaiden kanssa ollut ehditty ulkoilla. Lisäksi joissakin yksiköissä on ollut puutteita tilojen hygieniassa ja yleisessä siisteydessä.

Tarkastushavaintojen mukaan asiakkaiden palvelujen tarvetta ei ollut arvioitu systemaattisesti luotettavilla toimintakyvyn arviointimenetelmillä eikä hoito- ja palvelusuunnitelmia ollut tehty tai päivitetty. Hoitajilla ei ollut tietoa asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöstä eikä yksiköllisiä tarpeita ollut huomioitu. Hoitajat eivät myöskään tunteneet asiakkaita, sijaisten käyttö oli suurta, ja henkilöstömitoitusta ylipäänsä oli arvioitu ainoastaan asiakkaiden määrän perusteella, ei palvelutarpeiden.

Lääkehoidon toteuttamisessa tuli esiin useita asiakasturvallisuutta vaarantavia epäkohtia, jotka korreloivat vahvasti ammatillisen henkilökunnan vähyyteen ja vaihtuvuuteen. Henkilökunnan lääkeluvissa ja lääkelupamenettelyissä oli puutteita, kirjallisia lääkelupia puuttui, eikä osamista ollut varmistettu. Useissa yksiköissä myös lääkkeiden säilytys oli epäasianmukaista ja asiakkaiden päiväkohtaisia lääkeannoksia ja muita lääkkeitä mukaan lukien PKV-lääkkeitä säilytettiin lukottomissa kaapeissa.

Samoin sairaanhoidollisten palveluiden varmistamisessa havaittiin puutteita. Yksiköiden henkilökunnassa ei ole ollut riittävästi sairaanhoitajia suhteessa asiakkaiden palvelutarpeeseen. Lääkäripalveluiden saatavuus eri toimintayksiköiden osalta vaihteli suuresti. Saattohoitoa ei oltu huomioitu henkilöstön määrässä asianmukaisesti. Lisäksi henkilöstön saattohoidon osamista ei aina oltu varmistettu koulutuksin. Lääkäripalveluiden puutteet voivat kuitenkin johtua myös muusta kuin palveluntarjoajasta johtuvasta syystä, esimerkiksi kunnan antamasta ohjeistuksesta tai kunnan tekemästä lääkäripalveluja koskevasta sopimuksesta.

Yksiköiden johtamisessa oli puutteita muun muassa vastuuhenkilön puuttuessa tai niin, että työpanos oli hankittu toisesta yksiköstä. Tarkastetuissa yksiköissä oli usein tapahtunut paljon lyhyellä aikavälillä vastuuhenkilön vaihdoksia. Vastuuhenkilöillä ei välttämättä ollut tietoa siitä, mitkä ovat hänen lainmukaiset vastuunsa yksikön toiminnasta ja sen asianmukaisuudesta. Toisaalta on käynyt ilmi, ettei vastuuhenkilöille ollut aina annettu käytännössä mahdollisuutta perehtyä tehtäväänsä riittävästi, eivätkä he olleet saaneet palvelujen tuottajalta riittävästi tukea tehtävänsä hoitamiseen.

Työvuorotaulukoista saatiin tarkastuskäynneillä ristiriitaista tietoa. Työvuorolistoihin merkityt henkilöt eivät välttämättä työskennelleet yksikössä tai työvuorot itsessään olivat erilaiset, kuin mitä listalle oli merkitty. Työvuorolistoista kävi ilmi, että esimerkiksi iltaisin ja viikonloppuisin henkilöstön määrä oli suunniteltu ja toteutettu alhaisemmaksi kuin muina vuorokauden ja viikonpäivien aikana.

Vaikka osaavan ja riittävän henkilöstön vajeet ovat tärkein ja keskeisin juurisyy ongelmille, niin ne ei tyhjentävästi selitä kaikkia havaittuja vakavia ongelmia. Asiakasturvallisuuden varmistamiseen tarvitaan muutakin kuin riittävä määrällinen mitoitus. Henkilöstön sosiaali- ja terveydenhuollollista osaamista on tarpeen vahvistaa ja omavalvonnan toimeenpanoa on tuettava täsmällisemmällä lainsäädännöllä. Näitä lainsäädännön ja toimintakäytäntöjen kehittämistarpeita arvioidaan vanhuspalvelulain uudistamisen jatkotyössä sekä muiden meneillään olevien sosiaali- ja terveydenhuollon lakien uudistamisen yhteydessä.

Julkiset palveluntuottajat eivät kuulu ennakkollisen valvonnan piiriin, mistä voi seurata, että palvelut eivät toteudu yhdenmukaisesti ja asiakkaiden näkökulmasta yhdenvertaisesti. Jatkossa yksityisen ja julkisen sektorin ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon lupa- ja valvontakäytännöt on tarkoitus yhtenäistää valmisteltavana olevan sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamista koskevan lain mukaisesti. Tarkoituksena on, että henkilöstömitoitukseen liittyvät veloitteet sekä muut palvelun tuottamiselle asetettavat vaatimukset mukaan lukien palvelutuotannon aloittamisen edellytykset määräytyisivät jatkossa molemmilla sektoreilla yhdenmukaisesti.

2.4.4 Asiakkaiden kokema hoidon laatu

THL on tutkinut asiakkaiden kokemusta hoidon laadusta kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa (ASLA –tutkimus). Asiakkaan kannalta hoidon laatu koostuu mm. seuraavista tekijöistä: paljonko asiakas on yksin, millaisia ovat kokemukset ihmissuhteista, turvallisuudesta, mukavuudesta, ruoasta ja osallisuudesta, päivittäisestä päätöksenteosta, vastaako hoito asiakkaan tarpeisiin ja onko hänen päivänsä aktiivinen.

Tutkimukseen osallistuneen ympärivuorokautisessa hoidossa olevat lievästi muistisairaajat iäkkäät ihmiset kokivat olevansa yksin harvemmin kuin kotihoidossa olevat. Varsinaista yksinäisyyttä tunsivat 22 prosenttia tutkimukseen osallistuneista. Muistioireiden lisääntyessä etenkin kotihoidon asiakkaiden kokemus yksinäisyydestä lisääntyi.

Lievästi muistisairaajat asiakkaat kokevat hoitonsa turvalliseksi sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa, mutta muistioireiden vaikeutuessa turvattomuuden kokemus lisääntyi. Avunsaantiin luotettiin, asiakkaiden mielestä kotihoidossa sai apua nopeasti yhtä usein kuin ympärivuorokautisessa hoidossa.

Itsemääräämisoikeuden kannalta on tärkeää, että myös kaikki asiakkaat voivat osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Kotihoidon lievästi muistioireilevat asiakkaat osallistuivat useammin hoidon suunnitteluun kuin ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat (60 vrs. 80 %). Silti kotihoidossakin asiakkaan osallistuminen hoitonsa suunnitteluun väheni muistioireiden lisääntyessä.

Asiakkaan turvallisuuden tunnetta lisää, jos häntä hoitavat tutut hoitajat. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön vaihtuvuus rasitti erityisesti kotihoidon asiakkaita.

3 Esityksen tavoitteet ja ehdotetut muutokset

3.1 Tavoitteet

Esityksen päätavoitteena on toteuttaa iäkkäiden henkilöiden perustuslain mukaista oikeutta välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tavoitteena on turvata

iäkkäiden pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkaille laadukkaat palvelut, jotka mahdollistavat arvokkaan ja mielekkään elämän. Tavoitteena on myös parantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta varmistamalla riittävä hoidosta ja huolenpidosta vastaava henkilöstö tehtävien huolelliseen toteuttamiseen.

Esityksen tavoitteena on parantaa iäkkäiden henkilöiden palveluja koskevaa tietopohjaa. Tämä mahdollistaisi hoidon paremman suunnittelun, seurannan, arvioinnin ja kehittämisen sekä työn tuloksellisuuden seurannan toimintayksikkötasolla, alueellisesti ja kansallisesti. Ottamalla käyttöön yhteinen koko maassa käytössä oleva arviointi- ja suunnitteluväline mahdollistetaan palvelutarpeiden yhtenäinen ja kokonaisvaltainen arviointi ja saadaan vertailukelpoista tietoa iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeista ja palveluista. Samalla vahvistetaan asiakkaiden yhdenvertaisuutta palveluissa.

Tavoitteena on myös vahvistaa ja lisätä henkilöstömitoituksen ja palvelujen laadun seurantaan, jotta saadaan vertailukelpoista ja valvontaa tukevaa tietoa ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon henkilöstörakenteesta ja -mitoituksesta sekä niiden suhteesta hoidon laatuun.

Esityksen tavoitteena on myös tehostaa välineitä valvonnan toteuttamiseen. Laissa toimijoille säädetyt velvoitteet vähimmäismitoituksesta ja yhtenäisen arviointi- ja seurantamittariston käytöstä helpottavat, selkeyttävät ja yhdenmukaistavat iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisten palvelujen valvontaa.

3.2 Toteuttamisvaihtoehdot

3.2.1 Palvelutarpeiden arviointi- ja seurantamittaristo

Suomessa käytössä olevia erilaisia palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnin mittareita on kuvattu edellä. Arvioitaessa, millaisin keinoin on parhaiten saavutettavissa iäkkäiden henkilöiden tarpeisiin vastaamisen kannalta parhaita tuloksia, on otettava huomioon useita tekijöitä. Palvelujen piirissä olevat iäkkäät henkilöt ovat usein monisairaita ja tarvitsevat runsaasti apua ja tukea. Palvelukokonaisuuksien suunnittelua helpottaa se, että iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeesta, toimintakyvystä ja terveydentilasta on saatavissa kattava kuva. Kun sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä on käytettävissä asiakasta koskevaa ajantasaista ja vertailtavaa tietoa sekä ymmärrys tiedon merkityksestä asiakkaan palvelujen toteuttamisessa, voidaan palvelujen ja hoidon laatua parantaa. Kansainvälisen vertailtavuuden ja muiden maiden käytäntöjen hyödyntämiseksi on tärkeää, että Suomessa kehitetyt ja käytössä olevat järjestelmät nojaavat myös kansainvälisiin kokemuksiin.

Kaikki hoitoisuuden arviointimittaristot edellyttävät copyright -oikeutta ja sopimusta mittaristoa hallitsevan tahon kanssa, henkilöstön kouluttamista, tiedonkeruujärjestelmää ja johdon tukea. Kaikista vaihtoehdoista koituu myös kustannuksia palvelujen järjestäjälle.

Tällä hetkellä vain RAI -arviointijärjestelmä vastaa vanhuspalvelulain ja etenkin siinä olevien pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavien periaatteiden käytännön toteuttamisen haasteisiin laajasti. TOIMIA -verkoston asiantuntijoiden laatimat suositukset asettavat edellytyksiä valittaville mittareille ja luokituksille. Niissäkin edellytetään, vastaavasti kuin vanhuspalvelulaissa, että palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen.

RAI-arviointijärjestelmän hyödyistä on tieteellinen näyttö, paljon käyttökokemusta ja vertailukelpoisuus yli erilaisten palvelujärjestelmien niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. RAI-arviointijärjestelmä on jo varsin laajasti käytössä Suomessa sekä ympärivuorokautisessa hoidossa että kotihoidossa

3.2.2 Henkilöstömitoitus

Suomessa on jo ennen vanhuspalvelulain säätämistä nojaututtu suosituserusteiseen iäkkäiden palvelujen henkilöstömitoitukseen. Vanhuspalvelulakia säädettäessä oli arvioitavana myös laissa säädetty mitoitus mutta mitoitusta ei kuitenkaan viety lain tasolle. THL on seurannut henkilöstön riittävyyttä säännöllisesti vanhuspalvelulain voimassa ollessa. Iäkkäiden palvelujen epäkohtia ja puutteita muun muassa henkilöstön riittävyydessä nostettu laajaan keskusteluun. Etenkin muutaman viime vuoden aikana lisääntyneet epäkohtailmoitukset, valvontaviranomaisten tarkastushavainnot ja muut erityisesti ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon ongelmat osoittavat, että laatusuositusperusteinen ohjaus ei ole muuttuneessa toimintaympäristössä enää riittävä. Tämän vuoksi hallitus on päätenyt esittämään iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon palveluihin laintasoista henkilöstömitoituksen sääntelyä.

3.3 Ehdotetut muutokset

Esityksessä ehdotetaan, että vanhuspalvelulakiin lisätään säännös palvelutarpeen selvittämisessä ja arvioinnissa käytettävästä kansallisesti yhtenäisestä seuranta- ja arviointimittaristosta. RAI -järjestelmän voidaan arvioida olevan parhaiten yhtenäistä palvelutarpeiden arviointia ja palvelujen laadun kehittämistä tukeva arviointiväline.

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi vanhuspalvelulain henkilöstöä koskevaa säännöstä. Säännökseen lisättäisiin velvoite vähintään 0,7 työntekijän toteutuneesta henkilöstömitoituksesta asiakasta kohti iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksiköissä. Mitoitukseen laskettaisiin mukaan välitöntä asiakastyötä tekevä henkilöstö. Välillistä työtä ei laskettaisi mitoitukseen ja tukipalveluihin olisi varattava erillinen resurssi. THL määrittäisi henkilöstömitoituksen laskentakaaavan ja seuraisi sen toteutumista.

Henkilöstömitoitusta koskeva säännös tulisi voimaan siirtymäajan jälkeen, jotta kunnilla ja kuntayhtymillä sekä palveluntuottajilla olisi mahdollisuus varautua merkittävään henkilöstötarpeeseen sekä kustannusten kasvuun. Kunnille maksettaisiin valtionosuutta laajentuvaan tehtävään.

Siirtymäajalla ennen ehdotettavan 0,7 henkilöstömitoitusta koskevan säännöksen soveltamista toteutunut henkilöstömitoitus edellä mainituissa ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon yksiköissä voisi alittaa 0,7 edellyttäen, että toimintayksikössä annettavan hoidon ja huolenpidon taso vastaa siellä palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelutarvetta sekä turvaa heille laadukkaat palvelut. Tällöinkin henkilöstömitoituksen tulisi olla kuitenkin oltava vähintään 0,5 työntekijää asiakasta kohti. Tämä vahvistaisi lain tasolla nykyisen laatusuosituksen ja lupaviranomaisten edellyttämän vähimmäismitoituksen.

Esitys on osa pääministeri Antti Rinteen hallituksen ohjelman ikäystävällinen Suomi -toimintasuunnitelmaa.

3.4 Uudistuksen toimeenpanon tuki

Iäkkäiden palveluja uudistavan työryhmän asettamispäätöksessä työryhmän tehtäväksi on annettu ehdotuksen tekeminen esitettyjen toimenpiteiden toimeenpanosta. Työryhmän toimikausi päättyy 31.12.2019, johon mennessä työryhmän työn tulee olla valmis kokonaisuudessaan.

Osana työryhmän työtä uudistetaan iäkkäiden palvelujen laatusuositus, jossa annettavilla suosituksilla tuetaan työryhmän ehdotusten toimeenpanoa myös ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoituksen toimeenpanon osalta. Esimerkiksi alan houkuttelevuuden parantamiseen, työvoiman joustotarpeisiin vastaamiseen ja teknologian hyödyntämiseen liittyviä toimenpiteitä on tarkoitus sisällyttää päivityksessä olevaan iäkkäiden laatusuositukseen ja osin myös hallitusohjelmaan sisältyvään ikäohjelmaan. Ikäohjelman sisällöistä ja sen toteuttamisesta tehdään myös suunnitelma osana työryhmän työtä.

Yhteistyössä työvoima- ja elinkeinoministeriön sekä opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa ennakoidaan koulutustarpeita ja mahdollisuuksia hyödyntää erilaisia koulutuspolkuja. Muun muassa hoiva-avustajien koulutuksen sisällöt tulee yhdenmukaistaa ja koulutuksen saaneiden tehtävät on vakiinnutettava osaksi henkilöstörakennetta.

Mitoitusuudistuksen toimeenpanoa on ehdotettu toteutettavaksi osana THL:n tekemää Vanhuspalvelujen tila –tutkimusta. THL on toteuttanut vuodesta 2013 vanhuspalvelulain toteutumisen seuranta erillisrahoituksena kahden vuoden välein. Vanhuspalvelujen tila -tutkimus on kattanut sekä ympärivuorokautisen hoidon että kotihoidon toimintayksiköt. Kyselyllä on seurattu henkilöstömitoituksen kehittymistä, toimintakäytäntöjä ja johtamista vanhuspalveluissa. Kysely toteutetaan yhteistyössä valvontaviranomaisten kanssa ja seurantatiedot on toimitettu valvonnan tueksi.

Vanhuspalveluissa keväällä 2019 esiin tulleet laajat ongelmat ovat osoittaneet, että kahden vuoden välein erillisrahoituksella toteutettu seuranta on riittämätöntä. Jatkossa seuranta tulee tehdä huomattavasti tiiviimmin. THL:n ehdotus on, että varmistetaan pysyvä rahoitus toteuttaa henkilöstömitoituksen seuranta jatkossa reaaliaikaisemmin ja tuottaa tiedot toteutuneista henkilöstömitoituksista aluksi neljännesvuosittain ja siirtymäajan jälkeen, tietojärjestelmien kehittyessä, kuukausittain.

THL:n ehdotuksen mukaan iäkkäiden palvelujen toimintayksiköt velvoitettaisiin keräämään henkilöstömitoituksen laskemista varten tiedot osana yksikön omavalvontaa ja toimittamaan tiedot THL:ään, jossa lasketaan, koko maassa yhtenevin perustein, yksiköiden toteutunut henkilöstömitoitus. Seurantatiedot toimitetaan säännöllisesti valvontaviranomaisten käyttöön. Näin valvontaviranomaisella on tosiasiallinen mahdollisuus seurata toimintayksiköiden henkilöstön toteutumaa ja havaita ennalta kriisiytyviä yksiköitä, joihin valvontakäyntejä tulisi kohdentaa.

Iäkkäiden palvelujen uudistamista valmisteleva työryhmä tekee ehdotuksensa seurannan toteuttamisesta osana toista valmisteltavaa vanhuspalvelulain muutospakettia 31.12.2019 mennessä.

4 Esityksen vaikutukset

4.1 Taloudelliset vaikutukset

4.1.1 Vaikutukset kuntien ja valtion kustannuksiin

4.1.1.1 Henkilöstön lisäyksestä johtuvat kustannukset

Lakiehdotuksessa ehdotetaan mitoituksen nostamista ikääntyneiden laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa (jatkossa näihin yksiköihin viitataan ikääntyneiden ympärivuorokautisina hoivayksiköinä). Mitoituksen nosto vähintään 0,7:ään tulee voimaan siirtymäkauden jälkeen.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on kerännyt toimintayksikkökohtaista tietoa ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan yksiköiltä viimeksi toukokuussa 2018. Aineiston perusteella voidaan laskea yksiköiden henkilöstömitoitukset. Yksiköiden mitoitukset ovat saattaneet muuttua toukokuun 2018 jälkeen, mutta THLn aineisto on kattavin ja tuorein tieto. Esimerkiksi kustannusvaikutusten arviointiin ei ole käytettävissä muuta tietopohjaa ikääntyneiden ympärivuorokautisten hoivayksiköiden mitoituksista.

Tiedonkeruu toteutettiin viikolla 20 vuonna 2018 ja siihen osallistui 1617 pitkäaikaishoidon toimintayksikköä. Toimintayksiköt ilmoittivat THL:ään sekä suunnitellun henkilöstön vakansseittain, että toteutuneet tehdyt työtunnit ammattiluokittain. Toteutuneiden työtuntien mukaan THL on laskenut toimintayksiköille toteutuneen henkilöstömitoituksen laatusuosituksessa kuvatulla tavalla ja yhtenevästi kaikille toimintayksiköille.

Aiemmin käytössä olleen (laatusuosituksessa kuvatun) laskentatavan mukaan alle 0,5 mitoitukseen omaavia yksiköitä oli 92 ja niihin pitäisi lisätä 120 mitoitukseen laskettavaa työntekijää, jotta näiden yksiköiden mitoitus nousisi 0,5:een. Alle 0,7 mitoitukseen omaaviin yksiköihin pitäisi lisätä yhteensä 4 417 mitoitukseen laskettavaa työntekijää. Lisätarve on laskettu toimintayksikkökohtaisesti niin, että kullekin alle 0,5/0,7 mitoituksen yksikölle on laskettu niiden tarvitsema lisähenkilöstö. Lisähenkilöstötarve on pyöristetty seuraavaan puoleen tai tasalukuun olettaen, että tultaisiin palkkaamaan vähintään 50 prosenttista työaika tekeviä työntekijöitä. Henkilöstön lisäystarvetta arvioitaessa on otettava huomioon myös sijaisten tarve. Ainakin osa sijaistarpeen lisäyksestä löytyy nykyisestä sijaisvarannosta, mutta sijaisten lisätarve on hyvä ottaa huomioon myös koulutustarpeita arvioitaessa.

Tarvittavan lisähenkilöstön kustannukset on laskettu olettaen, että 88 % heistä olisi lähihoitajia ja 12 % sairaanhoitajia. Yksiköihin tarvitaan monipuolista osaamista eli niihin on palkattava myös muita ammattiryhmiä, mutta kustannusarvio voidaan tehdä lähi- ja sairaanhoitajan palkkoihin perustuen, sillä muiden ammattiryhmien osuudet ovat melko pieniä ja palkkoissa ei ole suurta eroa. Vuoden 2018 palkkoihin¹ lisättiin sivukulut (23%) ja lomarahat (5 %) sekä sopimuskorotukset (2,18%), jotta ne saatiin nostettua vuoden 2019 tasoon. Lisäksi poissaolojen vuoksi palkattavien sijaisten kustannuksiin varattiin 22 % lisäys. Näin laskettuna mitoituksen nosto 0,5:een lisäisi kustannuksia 6,3 miljoonaa euroa ja mitoituksen nosto 0,7:een kaikkiaan 233,0 miljoonaa euroa. Näissä luvuissa ovat siis mukana sijaisten palkkaamiseen tarvittavat kustannukset. Sijaisiin varattu lisäkustannus vastaa 0,7 mitoituksen noston osalta yli 900 henkilötyövuotta.

Taulukko x. Tarvittava lisähenkilöstö maakunnittain (ilman sijaistarvetta)

Maakunta	mitoitus 0.5	mitoitus 0.7	% nykyisestä henkilöstöstä
Etelä-Karjala	3,5	113	23,4

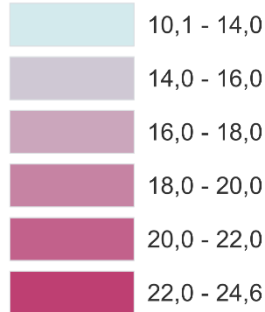
¹ Kuntasektorin ammattikohtaiset palkat syksyltä 2018 saatiin Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkkatalastosta ja yksityisen sektorin palkat Hyvinvointiala HALI ry:ltä. Kuntasektorin osalta ne koskevat niitä palveluja, joihin mitoitusta ollaan ehdottamassa.

Etelä-Pohjanmaa	1,5	164	14,4
Etelä-Savo	1	196,5	18,8
Kainuu	6	75	17,9
Kanta-Häme	2	219,5	21,1
Keski-Pohjanmaa	0,5	51	12,5
Keski-Suomi	19,5	296,5	17,6
Kymenlaakso	9	230,5	15,2
Lappi	2,5	141,5	13,1
Pirkanmaa	7	347,5	12,0
Pohjanmaa	5	115,5	10,1
Pohjois-Karjala	3	166,5	24,6
Pohjois-Pohjanmaa	6,5	290	16,3
Pohjois-Savo	3,5	227	16,3
Päijät-Häme	1,5	204,5	20,6
Satakunta	8,5	222,5	14,1
Uusimaa	27,5	923	16,2
Varsinais-Suomi	12	433	15,0
Koko maa	120	4417	16,3

Kartta x. Tarvittava lisähenkilöstö maakunnittain (ilman sijaistarvetta) verrattuna nykyiseen henkilöstömäärään ikääntyneiden ympärivuorokautisissa hoivayksiköissä

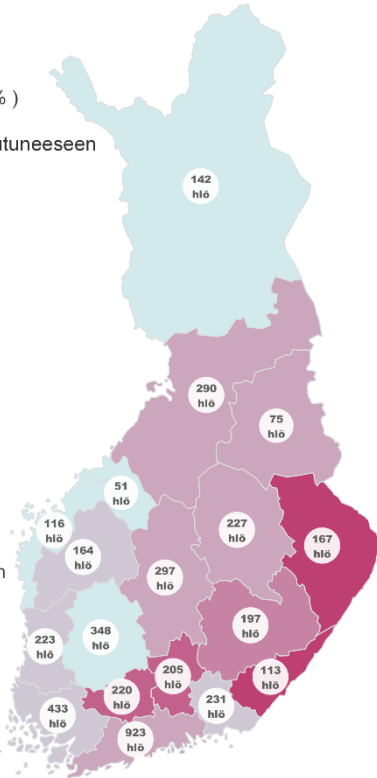
**Vuoden 2018 hoitajamitoitus verrattuna 0,7 hoitajamitoitukseen
Hoitajien lisätarve (% lkm) ympärivuorokautisessa hoidossa**

Hoitajien määrän lisätarve (%)
jos hoitajamitoitus on 0,7
verrattuna vuoden 2018 toteutuneeseen
hoitajamitoitukseen



Koko maan lisätarve on
n. 4 400 henkilöä (16,3 %)
vuoden 2018 hoitajamitoitukseen
verrattuna.
Ahvenanmaa ei ole mukana
luvussa.

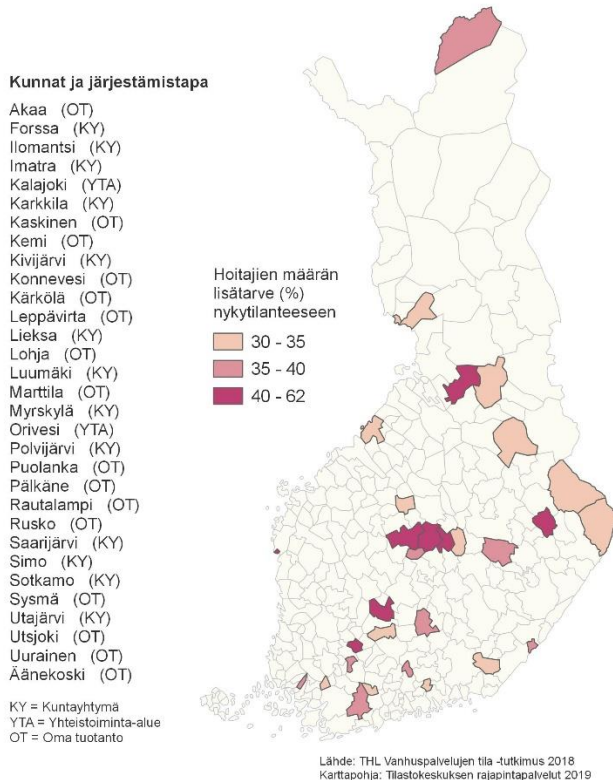
Tilastolähde:
THL:n Vanhuspalvelujen tila -kyselyaineisto 2018
Karttapohjat:
Tilastokeskuksen rajapintapalvelut (maakunnat 2019)



THL:n aineistosta tutkittiin myös, miten suuri vaje on yksittäisissä kunnissa. Kahden kunnan osalta tilanne näyttää haasteelliselta jo 0,5 mitoituksen osalta, sillä niiltä puuttui yli 10 henkilötyövuotta. 0,7 mitoituksella henkilöstölisäyksen tarve oli yli 10 henkilötyövuotta useassa kunnassa. Joissakin kunnissa tarve on melko suuri suhteessa nykyiseen kokonaismäärään. Toisaalta mittaustulos perustuu viikon poikkileikkaukseen, eikä kerro vuoden aikana esiintyvistä satunnaisvaihtelusta. Lisäksi mitoitustieto on keväältä 2018, joten tilanne voi yksittäisissä kunnissa olla nyt jo erilainen.

Kartta x. Lisähenkilöstön tarve 0,7 mitoitukseseen, % ympärivuorokautisten hoivayksiköiden henkilöstöstä 2018 kunnittain

KUNNAT JOILLA MITOITUKSEN LISÄHENKILÖSTÖTARVE ON YLI 30 % ENEMMÄN KUIN NYKYINEN HENKILÖSTÖ



Mitoituksen laskentatavan muutoksista kustannuksiltaan merkittävin on välillisen työn poistaminen mitoituksesta eräiden ammattiryhmien osalta. Laatusuosituksen mukaisessa laskelmassa lähihoitajat, sairaanhoitajat, kodinhoitajat ja hoiva-avustajat on laskettu 100 %: sesti mitoitukseen. Näiden ammattiryhmien välillinen^[1] työ vastaa 876 henkilötyövuotta. Tästä hoiva-avustajien osuus on 147 henkilötyövuotta. Hoiva-avustajien työnkuvaan voi kuitenkin sisältyä myös välillistä työtä. Heidän osaltaan kokonaishenkilötyövuosimäärä ei muutu, mutta se muuttuu, että välillisen työn osuus lasketaan jatkossa mitoituksen ulkopuoliseen tukipalvelutyöhön.

[1] Käytetään sairaanhoitajia lukuun ottamatta THL:n saamaa tietoa välillisen työn osuudesta ammattiryhmittäin:

- sairaanhoitajat 9 % (saattaa olla suurimmaksi hallinnollista työtä, joten laskennassa käytetään samaa kuin lähihoitajilla eli 3 prosenttia)
- lähihoitajat 3 %
- kodinhoitajat ja kotiaavustajat 15 %
- hoiva-avustajat 21 %

Toinen muutos on laitosapulaisten poistaminen mitoituksesta. Heitä oli THLn aineistossa laskettu mitoitukseen 110^[2]. Myös heidän osaltaan kokonaishenkilötyövuosimäärä ei muutu, mutta se muuttuu, että heidän työnsä lasketaan jatkossa kokonaan mitoituksen ulkopuoliseen tukipalvelutyöhön.

Ilman tukipalveluhenkilöstön lisäämistä molemmat muutokset vaikuttavat henkilötyövuosi-määriin seuraavasti:

- Välitön asiakastyö lisääntyy 619:llä
 - o Lähi-, sairaan- ja kodinhoitajien tuottama määrä kasvaa 729:llä
 - o Tukipalveluhenkilöstön tuottama määrä vähenee 257:llä
- Välillinen tukipalvelutyö vähenee 619:llä
 - o Lähi-, sairaan- ja kodinhoitajien tuottama määrä (729) poistuu
 - o Tukipalveluhenkilöstön tuottama määrä kasvaa 257:llä

Kustannuslaskelma lähtee oletuksesta, että tukipalvelutyötä tekeviä lisätään 619 henkilötyövuodella, mutta lähi-, sairaan- ja kodinhoitajien määrää ei vähennetä. Näin ollen lähi-, sairaan- ja kodinhoitajien työpanos välittömään asiakastyöhön lisääntyy 619 henkilötyövuodella.

Lisäkustannuksia syntyy siten tukipalveluhenkilöstön lisäämisestä 619 henkilötyövuodella. Keskimääräisellä laitosapulaisen vuosipalkalla tästä aiheutuvat kustannukset ovat 22,7 miljoonaa. Kustannukset sisältävät 10 prosentin lisäyksen sijaiskuluihin, muuten palkkakustannukset on laskettu samalla kaavalla kuin mitoituksen noston osalta.

Mitoituksen laskentakaava pidetään samanlaisena, kuin se aiemmin laatusuosituksen perusteella on ollut. Oppisopimusopiskelijoiden mitoitukseen laskemiseen tulee muutos, joka helpottaa heidän käyttämistään mitoitukseen laskettavassa työssä.

Yleisen periaatteen mukaan uusien ja laajentuvien tehtävien aiheuttamat lisäkustannukset korvataan kunnille 100 % siten, että tarvittava lisärahoitus lisätään kuntien peruspalvelujen valtionosuuksiin. Valtionosuusjärjestelmä ottaa huomioon mm. väestökehityksen ja sairastavuuden (eli niistä johtuvan asiakasmäärien kasvun) sekä hinta- ja palkkatason muutokset tulevana vuosina. Nyt arvioituja kustannuksia nostetaan niiden mukaan vuosittain.

Ikääntyneiden palveluissa tapahtuu lähivuosina esityksessä ehdotetun lakimuutoksen lisäksi myös muita muutoksia, jotka vaikuttavat henkilöstötarpeisiin, kustannuksiin ja mitoitustarpeen kehittymiseen. Niihin vaikuttavat muun muassa väestön ikääntyminen sekä muutokset asiakkaiden palvelutarpeissa ja ikääntyneiden palvelujen järjestämistavoissa.

Tämän uudistuksen lisäksi henkilöstöä tarvitaan lisää sekä asiakasmäärien lisääntymisen, että hoitajien eläköitymisen vuoksi. Tämä kehitys johtaa entistä kovempaan kilpailuun työntekijöistä sekä eri alueiden, että tuottajien välillä. On mahdotonta arvioida, kuinka paljon tultaisiin käyttämään palkalla kilpailua. Henkilöstöstä on jo nyt pulaa kaikkialla Suomessa, mutta esimerkiksi yksityisen sektorin palkat ovat pysyneet kuntien palkkoja pienempinä. Toisaalta esimerkiksi ostopalvelusopimukset eivät useimmiten todennäköisesti mahdollista muiden kuin sopimuksiin perustuvien palkankorotusten siirtämistä hintoihin (sopimuksiin on kirjattu, miten

^[2] THLn kyselyssä on kerätty hoito- ja laitosapulaiset yhdessä. Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkkatalaston mukaan ikääntyneiden ymp+palveluasuminen toimialoilla laitosapulaisten osuus näiden ammattiryhmien yhteismäärästä on 20%.

usein hintoja tarkastetaan). Alueellisesti voi syntyä tilanteita, joissa jokin toimija pääsee määrittelemään hintansa käytännössä yksipuolisesti. Kunnilla on kuitenkin useimmiten mahdollisuus lisätä omaa tuotantoa tällaisissa tilanteissa.

Toisaalta kunnilla ja palveluntuottajilla on myös muita keinoja sopeuttaa toimintaansa. Ympäristövoimavarojen hoivapalvelujen kallistuminen johtaisi todennäköisesti palvelurakenteen monimuotoistumiseen. Esimerkiksi välimuotoisten asumispalvelujen lisääntyminen tai kotihoidon palvelujen kehittyminen vähentäisivät ympärivuorokautisten hoivapalvelujen ja edelleen henkilöstön lisäystarvetta, koska niissä voidaan hyödyntää teknologiaa ja erilaisia organisointitapoja. Toinen keino henkilöstökustannusten hillitsemiseen on erityisosaamista vaativien palvelujen, esimerkiksi sairaanhoidollisen erityisosaamisen organisoimisen kehittäminen. Samoin esimerkiksi saattohoidon erityisosaaminen voidaan turvata muun muassa kotisairaaloimintaa kehittämällä. Kunnilla ja yrityksillä on palkkojen lisäksi myös muita keinoja houkuttaa työvoimaa, esimerkiksi joustavat työajat.

Joka tapauksessa palkkakehityksen aiheuttama kustannusten nousu olisi tämän uudistuksen osalta välillinen vaikutus, mikä johtuu siitä, että meneillään oleva muu kehitys osin voimistaa tämän uudistuksen vaikutuksia.

Henkilöstön saatavuutta helpottaa osin se, että työelämän osaamistarpeisiin voidaan nykyään vastata joustavasti ja nopeasti koulutusjärjestelmän kautta. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan perustutkintoa, lähihoitajakoulutusta suorittamaan voidaan hakea jatkuvan haun kautta joustavasti silloin, kun siihen on tarve. Perusopetuksen päättäneet nuoret hakeutuvat koulutukseen pääasiassa valtakunnallisen yhteishaun kautta. Tutkintokoulutuksella tarkoitetaan ammatillisessa koulutuksessa ammatillisen osaamisen hankkimiseksi tarvittavaa koulutusta, jonka tavoitteena on ammatillisen tutkinnon taikka ammatillisen tutkinnon osan tai osien suorittaminen. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittanut lähihoitaja on sosiaali- tai terveydenhuollon nimikesuojattu ammattihenkilö. Sosiaali- ja terveydenhuollon perustutkinnosta suoritettavat tutkinnon osat tai osa antavat osaamista työelämän hoivatyössä tarvittaviin osaamistarpeisiin, esim. hoiva-avustajan tehtävissä toimimiseen ikäihmisten palveluissa. Koulutuksen järjestäjä voi järjestää ammatillisen koulutuksen laissa (531/2019) tarkoitettua tutkintokoulutusta työpaikalla käytännön työtehtävien yhteydessä. Oppisopimuskoulutus on pääosin työpaikalla käytännön työtehtävien yhteydessä järjestettävää koulutusta, jota täydennetään tarvittaessa muissa oppimisympäristöissä tapahtuvalla osaamisen hankkimisella. Oppisopimuskoulutus perustuu työsuhteeseen. Koulutussopimukseen perustuvassa koulutuksessa opiskelija hankkii osaamista työpaikalla käytännön työtehtävien yhteydessä. Koulutussopimukseen perustuvassa koulutuksessa opiskelija ei ole työsuhteessa.

Sairaanhoitaja on säännelty ammatti. Suomessa sairaanhoitajan laillistaminen edellyttää sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintoa, sairaanhoitaja (AMK) tutkinnon suorittamista. Lisäksi laillistuksen voi saada ulkomailla suoritetun koulutuksen perusteella.

Mikäli suunnitteilla oleva sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistus toteutuu ennen 0,7 mitoituksen siirtymäajan päättymistä, mitoitukseen tarvittavat lisäkustannukset on sijoitettava uuteen palvelujen rahoitusjärjestelmään. Toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistus vaikuttaisi myös ikääntyneiden palvelujen järjestämiseen. Uudistus hyvin todennäköisesti johtaisi esimerkiksi palvelujen myöntämiskriteerien, järjestämistapojen ja palkkojen harmonisointiin.

4.1.1.2 Muut kustannusvaikutukset kunnille ja valtiolle

4.1.1.2.1 Hoidon tarpeen arviointi

Esityksessä ehdotetaan, että hoidon tarvetta tulee jatkossa arvioida yhtenäisellä, valtakunnallisella järjestelmällä. Hoidon tarpeen arviointi on tehtävä jo nykyisen lainsäädännön perusteella. Lisäkustannuksia tulee siitä, että kaikkien palveluntuottajien on siirryttävä käyttämään samaa järjestelmää asiakkaan toimintakyvyn arviointiin eli RAI-järjestelmää.

On arvioitu, että RAI-arvioinnin tekeminen kestää 30-40 minuuttia hoitajalta, joka tuntee asiakkaan. Se tehdään kaksi kertaa vuodessa tai asiakkaan tilanteen muuttuessa, joten arviointi vie tunnista neljään tuntiin/asiakas/vuosi. Lain jo aiemmin edellyttämä huolellinen arviointi on millä tahansa menetelmällä vienyt suunnilleen saman ajan, joten RAI:n käyttöönoton ei voida arvioida oleellisesti lisäävän arviointiin tarvittavaa työpanosta. Osa kunnista ja palveluntuottajista on jo aiemmin valinnut arviointimenetelmäksi RAI:n. Lisäksi on huomioitava, että välillisen työn poistaminen mitoituksista ja sen korvaaminen lisäämällä tukipalveluhenkilöstöä vapauttaa välittömään työhön käytettävissä olevaa työaikaä lähi-, sairaan- ja kodinhoitajilla yhteensä 619 henkilötyövuodella. Hoidon tarpeen arviointi on osa välitöntä asiakastyötä.

Esityksessä ehdotettua RAI-järjestelmää käyttää jo tällä hetkellä 1300 toimintayksikköä (noin 40 % ikääntyneiden ympärivuorokautisten hoivayksiköiden asiakkaista ja 35 % ikääntyneiden kotihoidon asiakkaista) vanhuspalveluissa. Mikäli järjestelmästä tehdään valtakunnallinen, uusia RAI-käyttäjäksi tulee noin 1500. Järjestelmän käyttöönotto edellyttää sekä sisältö- että tietojärjestelmäkoulutusta. Niille toimintayksiköille, joilla jo on RAI käytössään, tulee lisäksi kohdentaa koulutusta uusien välineiden käyttöönottoon. Käyttöönottokoulutuksesta aiheutuu toimintayksiköille sijaismenoja, joita on arvioitu koulutukseen käytetyn työajan mukaan. Kokonaisuudessaan toimintayksiköille kohdentuu käyttöönottokoulutuksen aikaisia sijaiskustannuksia yhteensä 2,9 miljoonaa euroa.

Kuntien ja yksityisten palveluntuottajien on otettava RAI käyttöön siirtymäajan kuluessa. RAI-mittariston tieto olisi hyvä integroida osaksi asiakastietojärjestelmää, jolloin se on kaikkien sosiaalihuollon ammattihenkilöiden käytössä käyttöoikeuksista riippuen. RAI-arviointi voidaan viedä osaksi asiakastietojärjestelmiä hallitusti ja kustannustehokkaasti siirtymäajan kuluessa. THL tulee antamaan sosiaalihuollon asiakasasiakirjalain (2015/254) nojalla määräykset sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen rakenteista. Näin RAI-tiedot voidaan viedä osaksi asiakastietojen yhtenäistä kokonaisuutta sosiaalihuollon Kanta-palvelujen käyttöönottojen yhteydessä.

Käyttöönotto voitaisiin toteuttaa nopeammin hankkimalla valmis, erillinen tietojärjestelmä, joka ostettaisiin kilpailuttamalla (nykyisin tietojärjestelmätoimittajia on 2-3). Käyttöönottoon on arvioitu kustannuksia myös aiemmille vuosille, jotta RAI-arviointien tekeminen laajenisi ennen siirtymäajan päättymistä. Tähän on arvioitu tarvittavan 4 miljoonaa euroa vuodessa, mikä on laskettu erältä jo nykyään RAI-järjestelmää käyttäviltä toimijoilta saatujen tietojen perusteella.

Välvaiheessa kunnat voivat halutessaan integroida erillisen RAI-järjestelmänsä osaksi sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmiä, mutta säädökset eivät sitä edellytä.

THL:ään kohdennettava rahoitus olisi siirtymäkaudelle 1,3 miljoonaa euroa, mikä sisältää muutokoulutuksen toimintayksiköille, käyttöönoton tuen ja valtakunnallisen hoitoisuusluokituksen määrittelyt. Tällä hetkellä THL:n pysyvän RAI-toiminnan rahoitus on 500 000 euroa vuosittain.

RAI-järjestelmän tarjoaminen tulee esityksen mukaan olemaan järjestäjän vastuulla, joille sekä tietojärjestelmä- että siirtymäkauden aikaisten käyttöönottokoulutusten sijaisjärjestelyjen kustannukset korvataan valtionosuuksien kautta (kustannusarvio kattaa kaikki palveluntuottajat). Yksityisten palveluntuottajien kanssa tehtävissä sopimuksissa voidaan esimerkiksi sopia, että

kunta vastaa RAI- arviointijärjestelmän ja sen käyttöönoton kustannuksista, mikäli tuottaja ottaa RAI-järjestelmän kunnan kautta. Siirtymäkauden aikaisten käyttöönottokoulutusten sijaisjärjestelyjen kustannuksista kunta ja tuottaja voivat myös halutessaan sopia.

Vaikka yhtenäisen hoitoisuusmittarin käyttöönotto maksaa, se parantaa palvelujen suunnittelua ja seurantaansa kansallisella ja alueellisella tasolla sekä toimintayksiköissä. Se helpottaa asiakkaiden palvelusuunnitelmien tekoa, jolloin voidaan vastata paremmin asiakkaiden tarpeisiin. RAI-arviointijärjestelmä arvioi toimintakyvyn eri osa-alueiden lisäksi terveydentilaa sekä palveluiden ja avun saantia. Palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnin ja seurannan avulla voidaan ennakoivasti tunnistaa asiakkaan terveydentilaan liittyviä riskejä, joihin reagoimalla voidaan vahvistaa asiakkaan toimintakykyä myös arkipäivän toiminnoissa. RAI-arviointijärjestelmä tuottaa yksilötiedon lisäksi asiakasrakente- ja laatu-tietoa, jotka mahdollistavat toiminnan kehittämisen ja työn tuloksellisuuden seurannan.

Ehdotus valtakunnallisesti yhtenäisestä hoidon tarpeen arvioinnista on tarkoitettu turvaamaan yli 0,7 mitoitus sellaisissa ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä, joissa asiakkaiden hoidon tarve sitä edellyttää. Yhtenäisen arvioinnin käyttöönotto saattaisi osoittaa, että yli 0,7 mitoitus pitäisi olla nykyistä useammalla yksiköllä (nyt 22 %:lla). Sen kustannusvaikutuksia ei kunnolla pystytä laskemaan, sillä vielä ei ole päätöstä siitä, milloin yli 0,7 mitoitusta edellytetään. Se on hallinnollinen päätös, joka vaatii tuekseen tutkimusta, jota on tarkoitus tehdä siirtymäkauden aikana. Vaativimpien asiakkaiden resurssitarpeeseen vaikuttavat myös tilojen toimivuus, käytössä olevat apuvälineet ja esimerkiksi kuntoutuksen erityisosaaminen. Kun THLn RAI-aineiston tietoja asiakkaiden toimintakyvystä verrattiin yksiköittäin, näyttää siltä, että tällä hetkellä yli 0,7 mitoituksen omaavia yksiköitä ei kuitenkaan pitäisi olla juurikaan nykyistä enemmän. Näin ollen tästä ei arvioida syntyvän lisäkustannuksia. Tulevina vuosina asiakkaiden palvelutarpeet tulevat muuttumaan, mutta asiakasrakenteen muutoksesta johtuva yli 0,7 mitoituksen tarpeen kasvu ei ole tämän lakiehdotuksen vaikutusta.

4.1.1.2.2 Uudistuksen seuranta

Mitoituksen toteutumista on seurattava säännöllisesti ja sen vuoksi tarvitaan tarkkaa ja ajantasaista tietoa. Myös toimintaa valvovat aluehallintovirastot ja Valvira tarvitsevat tietoa työnsä avuksi. Samoin asiakkaita yksityisiin toimintayksiköihin sijoittavien kuntien on seurattava käyttämiensä yksiköiden tilannetta.

THL on toteuttanut vuodesta 2014 lähtien vanhuspalvelulain toteutumisen seurantaerillishoitoksella kahden vuoden välein. Tämä nk. Vanhuspalvelujen tila -tutkimus on kattanut sekä ympärivuorokautisen hoidon että kotihoidon toimintayksiköt. Kyselyllä on seurattu henkilöstömitoituksen kehittymistä ja toimintakäytäntöjä vanhuspalveluissa. Kysely on toteutettu yhteistyössä valvontaviranomaisten kanssa ja seurantatiedot on toimitettu valvonnan tueksi.

THL on ehdottanut, että sille varmistetaan pysyvä rahoitus, jolla se voisi toteuttaa seuraavat tiedonkeruut:

1. Henkilöstömitoituksen seuranta: aluksi neljännesvuosittain ja siirtymäajan jälkeen kuukausittain toteutettuna. Toimintayksiköt keräävät henkilöstötiedot osana omavalvontaa ja siirtävät tiedot sähköisesti THL:ään, joka raportoi ne ja toimittaa valvontaviranomaisille.
2. Joka toinen vuosi toteutettava toimintayksikkökysely koskien toimintakäytäntöjä ja johtamista. Kysely pohjautuu nykyiseen Vanhuspalvelujen tila tutkimukseen.

3. Joka toinen vuosi toteutettava toimiyksikkökysely koskien asiakastyytyväisyyttä. Kysely perustuu aiemmin toteutetusta ASLA-tutkimuksesta saatuihin kokemuksiin ja muiden maiden vastaaviin asiakastyytyväisyyskyselyihin, jotka mahdollistavat myös maiden välisen vertailun. Asiakastyytyväisyyden seuranta tulisi olla toimiyksiköissä osa laatutyötä ja oma-valvontaa. THL keräisi edellä esitetyn vuosittaisen tiedonkeruun yhteydessä joka toinen vuosi vanhushuolvelujen toimiyksiköistä yhtenevällä tavalla asiakastyytyväisyystiedot valtakunnallista raportointia varten.

Edellä kuvatun seurannan arvioidut menot olisivat yhteensä vuositasolla noin 400 000 €.

Seurannan lisääntyminen merkitsee lisätyötä toimintayksiköissä. Toisaalta jo nykyisen lainsäädännön nojalla yksiköt ovat joutuneet antamaan pyydettyä mitoitustietoja esimerkiksi valvontaviranomaisille tai yksikköön sijoittaville kunnille. Työlainsäädännön mukaan toteutumakirjanpito on myös tehtävä.

4.1.1.2.3 Koulutuspaikkojen lisäys

Opetus- ja kulttuuriministeriö on arvioinut, että lähihoitajien koulutukseen tarvittaisiin esityksen vuoksi 140 miljoonan euron määräaikainen lisäpanostus vuosille 2020-2024 (laskettuna vuoden 2019 opiskelijavuoden hinnalla). Rahoituksesta ei ole vielä tehty päätöksiä. 140 milj. euron lisämäärärahan tarve on arvioitu siten, että sillä saataisiin tuotettua varantoon 5 000 lähihoitajaa. Uusia opiskelijoita otettaisiin pääosin kolmena ensimmäisenä vuotena, laskennallisesti noin 1 700/vuosi. Sillä ei siis ole mahdollista lähtökohtaisesti rahoittaa niiden henkilöiden koulutusta, joiden tavoitteenakaan ei ole koko tutkinnon suorittaminen. Pelkkien tutkinnon osien suorittajiksi on arvioitu lähinnä esimerkiksi henkilöitä, jotka palaavat takaisin lähihoitajan työhön ja tarvitsevat osaamisensa täydentämistä. Tällöin heillä on jo suoritettuna sosiaali- ja terveysalan perustutkinto ja he täydentävät osaamistaan ikääntyvien hoitoon ja kuntoutumiseen. Tarvittavia koulutusvolyymeja arvioitaessa tulee ottaa huomioon myös se, että osa toisen asteen tutkinnon suorittaneista jatkaa opiskeluaan korkea-asteella.

Sairaanhoitajien määrää tulisi kasvattaa henkilöstömitoituksen muutoksen johdosta noin 530 sairaanhoitajalla. Kun sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, sairaanhoitaja (AMK) tutkinnon läpäisy otetaan huomioon, sairaanhoitajan kouluttamisen voidaan arvioida edellyttävän aloittajamäärän kasvattamista yhteensä 700 uudella aloittajalla. Opetus- ja kulttuuriministeriö myönsi vuoden 2019 kesällä ammattikorkeakouluille erillisrahoituksen, jonka turvin ammattikorkeakouluissa sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, sairaanhoitaja (AMK) tutkintoon johtavan koulutuksen aloittaa vuonna 2020 178 sairaanhoitajaopiskelijaa enemmän verrattuna viime vuosien tasoon. Henkilöstömitoituksen toteutumisen sairaanhoitajien osalta voidaan arvioida edellyttävän vielä 526 uutta aloituspaikkaa vuosina 2020-2023. Koulutuksen laajentamisen kustannusarvio on 14,7 miljoonaa euroa. Opetus- ja kulttuuriministeriön talousarvioesityksessä ei ole määrärahoja koulutuksen laajentamiseen. Lisärahoituksesta ei ole tehty päätöksiä.

4.1.1.2.4 Valvonnan resurssit

Yhtenäiset määrittelyt ja säännöllinen seurantatieto helpottavat valvontatyötä. Toisaalta odotukset valvonnalle nousevat. Henkilöstön saatavuuden haasteellisuus saattaa myös heijastua lisääntyvinä valvontatehtävinä kotihoidossa.

Merkittäviä tarpeita resurssien lisäämiseen ei välittömästi ole. Valvonnan resurssien riittävyttä arvioidaan kuitenkin vielä uudistuksen siirtymäkauden aikana, kun koko ikääntyneiden palvelujen uudistus ja valvonnan kehittäminen sen osana etenevät.

4.1.2 Yhteenvedo taloudellisista vaikutuksista ja henkilöstön lisäyksestä

Taulukko x. Yhteenvedo taloudellisista vaikutuksista

Henkilöstön lisäyksestä johtuvat kustannukset

	Vuotuiset kustannukset (v. 2019 rahassa) lain voimaan tulosta lähtien	Vuotuiset kustannukset (v. 2019 rahassa) siirtymäkauden päättymisestä lähtien	Rahoitustapa
Henkilöstön lisäys mitoituksen noston vuoksi	6,3 M€	233,0 M€	Kustannukset aiheutuvat kunnille, korvataan kunnille 100% valtionosuutena
Henkilöstön lisäys mitoituksen laskennan muuttumisen vuoksi	22,7 M€	22,7 M€ (jatkuu sama)	
			Yksityisten palveluntuottajien lisäkustannukset sopimusten päivitysten kautta.

Hoitoisuusmittarin käyttöönotosta johtuvat kustannukset

Vuotuiset kustannukset, v. 2019 rahassa	2020	2021	2022	2023	Siirtymäkauden jälkeiset vuotuiset kustannukset, v. 2019 rahassa
Kustannukset THLlle. Tällä hetkellä THL:n RAI-toiminnan volyyymi on noin 500 000 euroa vuosittain, ja se koostuu suurimmaksi osaksi yhteisrahoitteiseen vertailukehittämiseen osallistuvien kumppanien (kuntien ja yksityisten palveluntuottajien) rahoituksesta. Tämä osuus jäisi pois ja olisi korvattava THLlle. Nyt 15 % rahoituksesta tulee THL:n budjettirahoista.					
THL:n vuosi-rahoitus (pysyvä toiminta)	0,5M€	0,5M€	0,5M€	0,5M€	0,5M€
Muutos-hankkeen rahoitus THLlle	0,74M€	0,29M€	0,14M€	0,14M€	0 M€
Kustannukset kunnille ja yksityisille toimintayksiköille.					

<p>RAI-järjestelmän tarjoaminen tulee esityksen mukaan olemaan järjestäjän vastuulla, joille sekä tietojärjestelmä- että siirtymäkauden aikaisten käyttöönottokoulutusten sijaisjärjestelyjen kustannukset korvataan valtionosuuksien kautta (kustannusarvio kattaa kaikki palveluntuottajat). Yksityisten palveluntuottajien kanssa tehtävissä sopimuksissa voidaan esimerkiksi sopia, että kunta vastaa RAI- arviointijärjestelmän ja sen käyttöönoton kustannuksista, mikäli tuottaja ottaa RAI-järjestelmän kunnan kautta. Siirtymäkauden aikaisten käyttöönottokoulutusten sijaisjärjestelyjen kustannuksista kunta ja tuottaja voivat myös halutessaan sopia.</p>					
Tietojärjestelmäkustannukset palveluntuottajille	3 M€	4M€	4M€	4M€	4M€
Koulutuksesta toimintayksiköille aiheutuvan työajan menetys (sis. sekä uudet että vanhat RAI-yksiköt ja sekä sisällyksen että tietojärjestelmäkoulutuksen)	0,43M€	0,79M€	0,81M€	0,92M€	0M€

Muut kustannukset

Mitoituksen seuranta: kustannukset THLlle vuosittain 0,4 M€	Korvattava THLlle
<p>OKMn hallinnonalalle tulevat kustannukset koulutuksen lisäämisestä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - OKM on arvioinut, että tarvittaisiin 140 miljoonan euron määräaikainen lisäpanostus lähihoitajien koulutukseen vuosille 2020-2024. Rahoituksesta ei ole vielä tehty päätöksiä. - Opetus- ja kulttuuriministeriö on jo myöntänyt ammattikorkeakouluille erillisrahoituksen sairaanhoitaja (AMK) tutkinnon aloituspaikkojen lisäämiseksi vuonna 2020 verrattuna viime vuosien tasoon. Henkilöstömitoituksen toteutumisen arvioidaan edellyttävän koulutuksen laajentamista edelleen. Sen kustannusarvio on 14,7 miljoonaa euroa. Opetus- ja kulttuuriministeriön talousarvioesityksessä ei ole määrärahoja 	Varattava OKMn hallinnonalan rahoitukseen

koulutuksen laajentamiseen. Lisärahoituksesta ei ole tehty päätöksiä.	
Valvonta: merkittäviä tarpeita resurssien lisäämiseen ei välittömästi ole	

Taulukko x. Yhteenveto henkilöstön lisätarpeesta

	Lain voimaan tullessa	Siirtymäkauden jälkeen
Hoitohenkilöstön lisäys mitoituksen noston vuoksi	120	4 417
Sijaistarve (htv)	26	945
Tukipalveluhenkilöstön lisäys mitoituksen laskentavan muutoksen vuoksi	619	jatkuu sama (619)

4.1.3 Työllisyysvaikutukset

4.1.3.1 Henkilöstön tarpeen kehitys 2030 mennessä

Vuonna 2018 ikääntyneiden ympärivuorokautisissa hoivayksiköissä, kotihoidossa ja tavallisessa palveluasumisessa oli yhteensä noin 50 000 hoitajaa. Väestön ikääntyminen ja henkilöstömitoituksen nosto lisäävät tarvittavan henkilöstön määrää. Ennakoitu henkilöstötarve vuonna 2030 on 80 000 hoitajaa. Lisäystarvetta, noin 30 000 hoitajaa, tulee olemaan haasteellista toteuttaa ainoastaan koulutusmääriä nostamalla.

Ennuste kuvaa tilannetta nykyisellä palvelurakenteella. On kuitenkin mahdollista, että palvelurakenne kevenee ja jatkossa suositetaan nykyistä enemmän välimuotoisia palveluasumisen ratkaisuja, joissa ei ole sitovaa henkilöstömitoitusta. Tämä vähentää ympärivuorokautisen hoidon kasvupainetta.

Kevan tekemän ennusteen mukaan 37 prosenttia kaikista kuntien lähihoitajista ja 30 prosenttia sairaanhoitajista eläköityy vuoteen 2030 mennessä. Eläketurvakeskuksen ennusteen mukaan yksityisellä sektorilla lähihoitajista eläköityy 32 ja sairaanhoitajista 33 prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Tietoja ei saa toimialoittain, mutta samoilla osuuksilla laskettuna ikääntyneiden palvelujen nykyhenkilöstöstä eläköityy lähes 15 000 lähi- ja sairaanhoitajaa vuoteen 2030 mennessä.

Työikäisen väestön vähetessä ikääntyneiden palveluihin tarvitaan aikaisempaa suurempi osa työllisistä.

Taulukko x. Henkilöstömäärä vuonna 2018 sekä ennuste vuosille 2025 ja 2030

	Ymp. vuorokautiset yksiköt	Kotihoito ja tavallinen palveluasuminen (ml. sekayksiköt, joissa on sekä ymp. vrk. palveluasumista ja kotihoitoa)	Yhteensä

	2018	2025	2030	2018	2025	2030	2018	2025	2030
Henkilöstömäärän kehitys ilman 0,7 mitoituksen nostoa									
Lähihoitajat	22 000	26 400	31 400	15 500	18 600	22 100	37 500	44 900	53 500
Sairaanhoitajat	2 600	3 100	3 700	2 200	2 600	3 200	4 800	5 800	6 900
Yhteensä	29 600	35 600	42 300	21 500	25 700	30 600	51 100	61 300	73 000
0,7 mitoituksen noston vuoksi tarvittava lisähenkilöstö									
Lähihoitajat	3 300	3 900	4 700						
Sairaanhoitajat	390	470	560						
Yhteensä	4 400	5 300	6 300						
Henkilöstömäärän kehitys, kun otetaan huomioon molemmat									
Lähihoitajat	25 300	30 300	36 100	15 500	18 600	22 100	40 800	48 900	58 200
Sairaanhoitajat	3 000	3 600	4 300	2 200	2 600	3 200	5 200	6 300	7 500
Yhteensä	34 000	40 900	48 600	21 500	25 700	30 600	55 600	66 600	79 300

Vuoden 2018 henkilöstötiedot perustuvat THLn suoraan ympärivuorokautisten hoivayksiköiltä sekä tavallisen palveluasumisen ja kotihoidon yksiköiltä keräämiin tietoihin. Niiden pohjalta on tehty väestöennusteeseen perustuva arvio vuosille 2025 ja 2030. Arviossa ei ole tehty oletusta palvelurakenteen, sairastavuuden tai tuottavuuden muutoksesta.

Taulukko x. Eläkepoistuma vuosina 2019-2025 ja 2026-2030, vuoden 2018 mukaisesta henkilöstöstä

	Ikääntyneiden ymp. vuorokautiset yksiköt, kotihoito ja tavallinen palveluasuminen yhteensä		
	vuodesta 2018 vuoteen 2025, lkm	vuodesta 2026 vuoteen 2030, lkm	yhteensä vuodesta 2018 vuoteen 2030, lkm
Julkinen sektori			
Lähihoitajat	5 500	3 800	9 200
Sairaanhoitajat	570	400	1 000
Yksityinen sektori			
Lähihoitajat	2 400	1 600	4 100
Sairaanhoitajat	270	200	470
Yhteensä			
Lähihoitajat	7 900	5 400	13 300
Sairaanhoitajat	800	600	1 500

Vaikutus kotihoidon henkilöstömääriin

Suurin osa palveluja tarvitsevista asiakkaista on kotihoidon piirissä. Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet kahden vuoden seuranta-aikana 4000 asiakkaalla ja kasvun ennustetaan nopeutuvan tulevina vuosina. Kotihoidossa ei ole henkilöstömitoitusta koskevaa suositusta tai säännöksiä, joten kotiin annettavien palvelujen henkilöstömäärän kasvua on seurattava säännöllisesti, jotta se vastaa asiakasmäärien kasvua. Riskinä on, että ainakin lyhyellä aikavälillä osa kotihoidon henkilöstöstä siirtyy ympärivuorokautisen hoidon palveluihin ja tämä aiheuttaa henkilöstövajetta kotihoitoon. Vuoden 2018 kuntakyselyssä noin puolet (46 %) vanhuspalveluista

vastaavista arvioi, että heidän alueellaan ei ole riittävästi kotihoidon palveluja saatavana. Toisaalta ikääntyneiden palvelujen uudistuksen yhteydessä tullaan vielä tarkastelemaan myös kotihoidon tilannetta ja on mahdollista, että myös sinne saadaan velvoitteita, joilla turvataan riittävä henkilöstö. Lisäksi palvelurakenteen muutos vaikuttaisi eri palvelujen henkilöstötilanteeseen.

4.1.3.2 Työvoiman saatavuus

4.1.3.2.1 Koulutuksen kautta saatava henkilöstö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, sairaanhoitaja (AMK) -tutkinnon suorittaneiden määrä on noussut 2010-luvulla yli 1 000:lla ja vuonna 2018 tutkinnon suorittaneita oli noin 3 500. Osa sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneista suorittaa edelleen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon. Ikääntyneiden palveluihin erikoistuneita geronomeja valmistui vuonna 2018 enemmän kuin aiempina vuosina eli 159.

Taulukko x. Suoritetut sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, sairaanhoitaja (AMK) ja geronomi (AMK) sekä sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto, sairaanhoitaja (YAMK) ja geronomi (YAMK) tutkintonimikkeisiin johtavat tutkinnot vuosina 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sairaanhoitaja AMK	2 355	2 514	2 685	2 766	2 865	3 000	3 066	3 450	3 507
Sairaanhoitaja (YAMK)	201	237	219	285	276	303	345	375	414
Geronomi AMK	30	72	78	81	96	105	126	99	159
Geronomi (YAMK)	2	2	2	6	2	6	6	6	12

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon (lähihoitajan) aloittaneiden opiskelijoiden määrä on noussut 2010-luvulla hieman ja on nyt noin 14 000. Suoritettujen lähihoitajatutkintojen yhteismäärä on noussut 7 600:sta lähes 11 000:een. Vanhustyön osaamisalan suorittaneiden määrä on pysynyt suunnilleen samana eli lähes 1 500:ssa. Ikääntyneiden palveluihin hyvin soveltuva on myös sairaanhoidon ja huolenpidon osaamisala, jonka suorittaneiden määrä noussut noin 3 300:een.

Taulukko x. Lähihoitajakoulutus 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Uudet opiskelijat	12 798	12 801	13 074	13 455	14 139	14 307	14 025	14 028
Suoritetut tutkinnot								
Lähihoitaja yhteensä	7 602	8 841	9 093	9 111	10 032	9 921	10 371	10 869
Sairanhoidon ja huolenpidon osaamisala (ml. ruots.)	2 277	2 394	2 880	2 832	3 273	3 156	3 495	3 291

Vanhustyön osaa- misala (ml. ruots.)	1 458	1 908	1 368	1 302	1 362	1 263	1 314	1 485
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Opetushallitus toteuttaa valtakunnallista pitkän aikavälin työvoima- ja koulutustarpeiden määrällistä ennakointia ja osaamistarpeiden laadullista ennakointia. Osaamis- ja koulutustarpeiden ennakoinnissa hyödynnetään Osaamisen ennakointifoorumia, joka on opetus- ja kulttuuriministeriön sekä Opetushallituksen organisoima ja koordinoima ennakoinnin asiantuntijaelin. Osaamisen ennakointifoorumi muodostuu ohjausryhmästä ja yhdeksästä eri aloja edustavasta ennakointiryhmästä, joista yksi on sosiaali-, terveys- ja hyvinvointialan ennakointiryhmä. Osaamisen ennakointifoorumi arvioi osana ennakointityötään toimialojen työllisten määrän kehitystä ja tehtävärakenteen muutosta. Uusin arvio koskee kehitystä vuoteen 2035 mennessä.

Työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointiyhteistyöstä säädetään alueiden kehittämisestä ja ely-keskuksista annetuissa laeissa sekä terveydenhuollon lainsäädännössä. Kehittämisestä ja rakennerahastotoiminnan hallinnoinnista annetun lain (7/2014) mukaan maakunnan liitto vastaa alueellisen pitkän ja keskipitkän aikavälin koulutustarpeiden ennakoinnin yhteensovittamisesta ja alueellisten koulutustavoitteiden valmistelusta (17 §). Terveys- ja koulutustarpeiden ennakoinnista säädetään terveydenhuollon lainsäädännössä (1326/2010) mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on sovittava yhteen työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa maakuntien liittojen kanssa (42 §) ja sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköiden on huolehdittava henkilöstötarpeen ennakoinnista. Terveys- ja koulutustarpeiden ennakoinnista säädetään terveydenhuollon lainsäädännössä (337/2011) säädetään terveydenhuollon järjestämismuunnitelmassa sovittavasta kuntien yhteistyöstä perusterveydenhuollon henkilöstön saatavuuden turvaamisesta (9 §). Lisäksi erikoissairaanhoidon järjestämismuunnitelmassa on sovittava, miten erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien alueella arvioidaan ja seurataan pitkällä aikavälillä työvoimatilannetta ja miten sairaanhoitopiirit sopivat erikoissairaanhoidon henkilöstön saatavuuden turvaamisesta (14 §).

4.1.3.2.2 Osa-aikaistyön yleisyys

Tilastokeskuksen Palkkarakenne-tilaston mukaan vuonna 2017 oli ikääntyneiden hoitolaitokset - ja ikääntyneiden palveluasuminen –toimialojen työntekijöistä osa-aikaisia 17 %. Kuntasektorilla osuus oli 14 % ja yksityisellä sektorilla 20 %. Keskimääräinen osa-aikaisuusprosentti oli kuntasektorilla 66 % ja yksityisellä sektorilla 56 %.

4.1.3.2.3 Muilla aloilla työskentelevät

Ikääntyneiden ympärivuorokautisiin hoivayksiköihin tarvitaan monenlaista osaamista, mutta mitoituksen säätäminen edellyttää eniten lähi- ja sairaanhoitajien lisäämistä ja varsin nopealla aikataululla. Tästä syystä on selvitetty mm. kuinka moni sopivan koulutuksen omaava on muissa kuin koulutuksensa mukaisissa töissä.

Muissa kuin koulutuksensa mukaisissa töissä työskenteli 4-5 % niistä palkkatyössä olevista henkilöistä, joiden viimeisin suoritettu tutkinto on hoitajan tutkinto. Heidän lukumääränsä vaihtelee tilastosta riippuen 6 800 – 9 700. Ero johtuu siitä, että eri tilastoissa työntekijöiden kokonaismäärät vaihtelevat. Tilastokeskuksen vuoden 2016 Työssäkäyntitilastossa oli mukana yhteensä 190 237 hoitajatutkinnon suorittanutta henkilöä, kun taas Tilastokeskuksen vuoden 2017 Palkkarakennetilastossa hoitajatutkinnon suorittaneita oli yhteensä 162 533.

Taulukko x. Muut kuin koulutuksensa mukaisissa töissä olevat henkilöt, joiden viimeisin tutkinto on hoitaja

	Palkkarakennetilasto 2017		Työssäkäyntitilasto 2016	
	Muissa tehtävissä työskentelevät	Hoitajatutkinnon suorittaneet yhteensä	Muissa tehtävissä työskentelevät	Hoitajatutkinnon suorittaneet yhteensä
Yhteensä	6 780 (4,2 %)	162 533	9 724 (5,1 %)	190 237
Kunnat	792 (0,7 %)	116 637	1 446 (1,1 %)	134 637
Yksityinen	5 658 (12,7%)	44 701	7 867 (14,6 %)	53 765
Valtio	330 (27,6 %)	1 195	411 (22,4 %)	1 835

Suurin osa muissa töissä olevista työskenteli yksityisellä sektorilla. Ammateittain oli suurta vaihtelua. Eniten työskenneltiin myyjinä ja toimistosivoojina (Työssäkäyntitilaston mukaan yhteensä lähes 1 900). Seuraavaksi eniten työskenneltiin myyntiedustajina, lääke-esittelijöinä ja yleissihteereinä (Työssäkäyntitilaston mukaan yhteensä noin 1 200).

Muilla aloilla työskentelevistä hieman yli puolet oli 30-49-vuotiaita ja reilu neljännes 50 vuotta täyttäneitä.

Poiminnan kuvaus:

- Mahdollisimman oikean tuloksen aikaansaamiseksi poiminta tehtiin sekä Tilastokeskuksen Palkkarakenne-tilastosta vuodelta 2017 että Työssäkäyntitilastosta vuodelta 2016. Nämä olivat viimeisimmät käytettävissä olevat vuodet, joista saatiin toimialakohtaiset tiedot henkilöstöstä kaikilta työnantajasektoreilta. Kumpaankaan aineistoon eivät sisälly yrittäjät. Työssäkäyntitilaston luvut sisältävät myös alle 5 hengen työntekijän yritykset, jotka eivät ole mukana Palkkarakennetilastossa yksityisen sektorin osalta.
- Kummastakin aineistosta poimittiin henkilöt, joiden viimeisin tutkinto on lähihoitajan, perushoitajan, apuhoitajan, kodinhoitajan, sairaanhoitajan (AMK ja ylempi AMK), sairaanhoitaja/erikoissairanhoitajan (AMK:ta edeltävä tutkintonimike) tai terveydenhoitajan tutkinto.
- Henkilöstö jaoteltiin sen mukaan, työskentelevätkö he sosiaali- ja terveydenhuollossa vai muilla toimialoilla. Poiminnan ensimmäisessä vaiheessa eriteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialoilla (86 Terveyspalvelut, 87 Sosiaalihuollon hoitolaitokset, 88 Sosiaalihuollon avopalvelut ja 84122 Terveydenhuollon ja sosiaaliturvan hallinto) ja muilla aloilla työskentelevät. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialoilla työskentelevien määrät olivat 148 448 (Palkkarakennetilastossa) ja 169 105 (Työssäkäyntitilastossa). Toisessa vaiheessa muilla toimialoilla työskentelevät (Palkkarakennetilastossa 14 086 ja Työssäkäyntitilastossa 21 132) käytiin ammattiluokittain läpi, jotta saatiin rajattua pois tehtävät, joissa hoitoalan koulutuksen saanut henkilö on toisella toimialalla, mutta koulutustaan vastaavassa työssä.
- Palkkarakennetilastosta mukaan otettiin palkkaa saanut henkilöstö eli mukana eivät ole palkattomalla virka- tai työvapaalla olevat. Työssäkäyntitilasto sisältää ne palkattomalla virka- tai työvapaalla olevat, joilla on työsuhde/työeläkevakuutus voimassa vuoden lopussa ja henkilö on saanut palkkaa tilastovuoden aikana. Tämä on selkein syy siihen, miksi näiden kahden tilaston lukumäärät eroavat.
- Nyt saadut tulokset ovat pienempiä kuin THL:n aiemmin Työssäkäyntitilastoon perustuen julkaisemat vuoden 2014 tiedot. Heidän tekemänsä poiminnan mukaan tuolloin

muilla aloilla työskenteli 22 100 lähihoitajaa ja 5 800 sairaanhoitajaa, kun ei huomioida myöskään koulutuksessa ja julkisessa hallinnossa työskennelleitä. Ero johtuu suurimmaksi osaksi siitä, että heidän tekemänsä poiminta perustui pelkkään toimialaan, eikä tarkempaan ammattiluokkatarkasteluun. Nyt tehdyn analyysin mukaan kummastakin aineistosta yli puolet muilla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla olevista työskenteli ammatissa, jossa heidän koulutuksestaan on hyötyä.

4.1.3.2.4 Tilastoja työttömistä sairaan- ja lähihoitajista

Vuoden 2018 aikana TE-toimistoissa oli työnhakijoina noin 46 000 lähihoitajan koulutuksen ja noin 12 000 sairaanhoitajan koulutuksen saanutta henkilöä. Työttöminä työnhakijoina oli vuoden 2018 aikana keskimäärin 11 200 lähihoitajan ja 2700 sairaanhoitajan koulutuksen saanutta. Työnhakijoiden määrä on tätä suurempi, sillä työnhakijana TE-toimistossa voi olla esimerkiksi osa-aikatyötä tekeviä ja työvoiman ulkopuolella olevia.

Työtä hakevista lähihoitajan koulutuksen saaneista 70 % ja sairaanhoitajan koulutuksen saaneista 77 % kuuluu ikäryhmään 25-54 vuotta. Heissä on suhteellisesti vähemmän sekä nuoria alle 25-vuotiaita että 55 vuotta täyttäneitä kuin työnhakijoissa keskimäärin.

Lähihoitajan koulutuksen saaneissa työnhakijoissa on suurempi osuus vammaisia ja pitkäaikais-sairaita kuin työnhakijoissa keskimäärin (12 % vs 9 %). Sairaanhoitajan koulutuksen saaneissa vammaisten ja pitkäaikaisairaiden osuus on 7 % eli kaikkien työnhakijoiden keskiarvoa pienempi.

Pitkäaikaistyöttömien osuus kaikista työnhakijoista on lähi- ja sairaanhoitajan koulutuksen saaneilla pienempi kuin työnhakijoilla keskimäärin (11 %; 10 % vs 18 %).

Työnhakijoiden ja avoimien työpaikkojen maantieteellinen kohtaanto on lähi- ja sairaanhoitajien ammatissa melko suuri ongelma. Lähihoitajan koulutuksen saaneista työnhakijoista 19 % ja sairaanhoitajan koulutuksen saaneista 22 % on Uudellamaalla, kun alan työpaikoista Uudellamaalla on 32 % ja 34 %. Toisaalta Pohjois-Pohjanmaalla on 11 % lähihoitajan koulutuksen saaneista ja 10 % sairaanhoitajan koulutuksen saaneista työnhakijoista ja vain 5 % kummankin ammatin avoimista työpaikoista.

Lähihoitajan koulutuksen saaneista työnhakijoista 81 % ilmoitti hakuammatikseen ”hoivapalvelun ja terveydenhuollon työntekijät”, joka vastaa lähihoitajan ammattia. Sairaanhoitajan koulutuksen saaneista työnhakijoista 80 % ilmoitti hakuammatikseen ”terveydenhuollon asiantuntijat”, joka vastaa sairaanhoitajan ammattia. Toisin sanoen noin joka viides lähi- tai sairaanhoitajan koulutuksen saanut työnhakija hakee jotakin muuta kuin koulutuksensa mukaista työtä.

4.1.3.2.5 Ulkomainen työvoima

Ulkomailla suoritetun sosiaali- tai terveydenhuollon ammatin harjoittaminen Suomessa edellyttää oikeutta toimia laillistettuna sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilönä, oikeutta käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä tai rajoitettua ammatinharjoittamislupaa. Laillistettuja terveydenhuollon ammatteja ovat lääkäri, hammaslääkäri, proviisori, psykologi, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, farmaseutti, sairaanhoitaja, kättilö, terveydenhoitaja fysioterapeutti, laboratorionhoitaja, röntgenhoitaja, suuhygienisti, toimintaterapeutti, optikko ja hammasteknikko. Nimikesuojatuista ammattihenkilöistä suurin ryhmä ovat lähihoitajat. Muita ovat apuvälineteknikko, jalkaterapeutti, koulutettu hieroja, kiropraktikko, naprapaatti, osteopaatti, psykoterapeutti, sairaalafyysikko, sairaalageneetikko, sairaalakemisti, sairaalamikrobiologi ja sairaalalubiologi. Ammattioikeudet myöntävä viranomainen on Valvira ja valvontaa suorittavat Valvi-

ran lisäksi myös aluehallintovirastot. Laillistettuja sosiaalihuollon ammattihenkilöitä ovat sosiaalityöntekijät, sosionomit, geronomit ja kuntoutuksen ohjaajat. Nimikesuojattuja sosiaalihuollon ammattihenkilöitä ovat lähihoitajat, kodinhoitajat ja kehitysvammaistenhoitajat.

Menettelyt ovat erilaiset sen mukaan, onko hakija saanut koulutuksen EU/ETA-maassa vai EU/ETA-alueen ulkopuolella. EU/ETA-alueella suoritettujen tutkinnon Valvira tunnustaa yleensä sellaisenaan tai lisäselvitysten pyytämisen jälkeen, jos kyse on lääkärin, hammaslääkärin, kättilön, sairaanhoitajan tai proviisorin tutkinnosta. Menettelyt perustuvat ammattipätevyysdirektiiviin.

Terveystieteiden ammattien osalta muualla kuin EU/ETA-valtiossa suoritettujen tutkintojen tunnustaminen edellyttää hakijalta lisäopintojen suorittamista ja/tai kuulustelua ammattitaidon selvittämiseksi sekä lisäksi riittävän kielitaidon. Riittävällä kielitaidolla tarkoitetaan yleisen kielitutkinnon tasoa YKI3.

Kun terveydenhuollon koulutus on suoritettu toisessa EU-/ETA-valtiossa ammattipätevyden tunnustamisesta ja ammatinharjoittamisoikeudesta tehdään erilliset päätökset, jos hakija osoittaa tarvittavan kielitaidon vasta ammattipätevyden tunnustamisen jälkeen. Päätöksistä peritään erilliset maksut. Oikeuden saaminen suoraan ilman ammattipätevyden tunnustamista maksaa.

Tällä hetkellä EU/ETA-alueen ulkopuolella suoritettujen tutkinnon nojalla laillistuksen tai nimikesuojauksen myöntämisestä peritään 700 euroa ja lisäksi hammaslääkärien ja lääkäreiden osalta tutkinnon hyväksymisestä Suomessa lääkärin tai hammaslääkärin ammattiin johtavaksi tutkinnoksi 200 euroa. Lisäksi tulevat kustannukset lisä- ja kieliopinnoista. Päätösten saamiseen kuluva aika riippuu siitä, missä ajassa hakija ehtii suorittaa tarvittavat täydennysopinnot ja hankkia riittävän kielitaidon.

Kun terveydenhuollon koulutus on suoritettu toisessa EU/ETA-valtiossa, perii Valvira laillistuksesta/nimikesuojausta 400 euroa, jos hakijalle ei tehdä ammattipätevyden tunnustamista. Ammattipätevyden tunnustaminen maksaa 300 euroa ja sen jälkeinen laillistus/nimikesuojaus 100 euroa. Lisäksi, jos hakija on suorittanut jonkun muun kuin lääkärin, hammaslääkärin, kättilön, sairaanhoitajan tai proviisorin tutkinnon, tulee hänen todennäköisesti maksaa myös 400 euroa Valviran päätöksestä, jossa määritellään hänen koulutuksensa olennaiset erot verrattuna suomalaiseen koulutukseen sekä kompensoivat toimenpiteet. Laillistus/nimikesuojaus kompensoivien toimenpiteiden suorittamisen jälkeen maksaa 150 euroa.

Sosiaalihuollon koulutusten osalta prosessi ei poikkea sen suhteen, onko kyse EU/ETA-valtiossa vai sen ulkopuolella suoritettua tutkinnosta. Laillistus/nimikesuojaus maksaa 450 euroa EU/ETA-tutkinnon nojalla ja 700 EU/ETA-alueen ulkopuolisen tutkinnon nojalla. Jos hakijalle tehdään ehdollinen tunnustamispäätös, jossa määritellään hänen koulutuksensa olennaiset erot verrattuna suomalaiseen koulutukseen sekä kompensoivat toimenpiteet, maksaa se 400 euroa, jos koulutus on tehty toisessa EU/ETA-valtiossa ja 500 euroa jos koulutus on tehty EU/ETA-alueen ulkopuolella. Laillistus/nimikesuojaus kompensoivien toimenpiteiden suorittamisen jälkeen maksaa 150 euroa, jos koulutus on tehty EU/ETA-alueella ja 200 euroa, jos se on tehty EU/ETA-alueen ulkopuolella.

Ulkomailla rekrytoinnin kannalta laillistamismenettely tarkoittaa sitä, että laillistusta edellyttävässä ammatissa toimimista varten ei voi suoraan saada tarvittavaa oleskelulupaa. Henkilön, joka haluaa hakeutua Suomeen EU/ETA-alueen ulkopuolelta näissä ammateissa toimimista varten, tulisi hankkia oleskelulupa jollain muulla perusteella (esim. jossain muussa ammatissa työskennelläkseen) ja sitten alkaa suorittaa vaadittavia täydennys- ja kieliopintoja.

Lähihoitajan tehtäviin voi tulla ulkomailla suoritetun tutkinnon perusteella, sillä lähihoitaja on nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö. Ikääntyneiden palveluissa on lisäksi sosiaalihuollon nimikesuojattu ammattitutkinto kodinhoitajat. Tällöin työnantaja voi arvioida henkilön koulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon riittävyuden kyseessä olevaan tehtävään. Nimikesuojattua nimikettä työntekijällä ei kuitenkaan ole oikeutta käyttää.

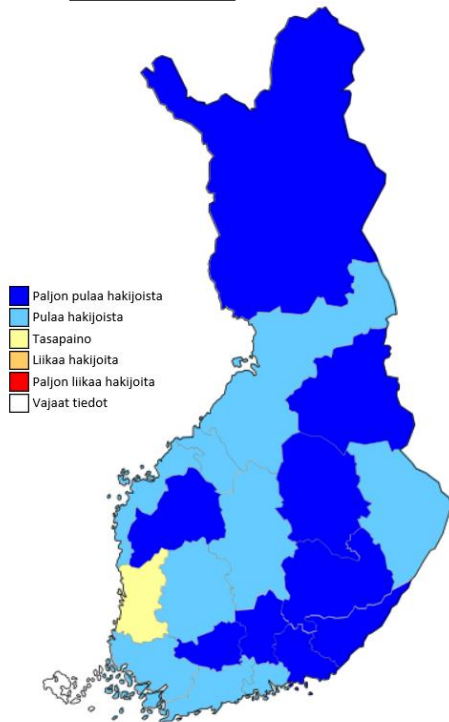
Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työvoimatarpeisiin vastaamiseksi ulkomailta palkkaaminen ei siten ole kovin nopea keino – eikä myöskään kovin laajamittainen, koska edessä olevat täydennys- ja kieliopinnot sekä niihin liittyvät kustannukset saanevat monet hakijat suuntaamaan muualle kuin Suomeen. Myös kansainvälisen terveydenhuollon työvoiman saatavuudesta tulee olemaan kilpailua ja Suomi pienenä kielialueena ei välttämättä ole kovin houkutteleva kohdemaata ulkomaalaistaustaisille terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattilaisille, lukuun ottamatta virolaisia.

Ulkomaistaustaiset sairaanhoitajat sijoittuvat kantasuomalaisia selvästi useammin vanhustenhuoltoon, mutta he työskentelevät usein myös koulutustaan vastaamattomissa tehtävissä, kuten lähihoitajina. Ulkomaalaistaustaiset hoitajat kokevat työssään kantasuomalaisia vähemmän kuormitustekijöitä, mikä voi johtua siitä, että heidän sopeutumistaan pyritään helpottamaan antamalla heille vähemmän vastuullisia tai haastavia työtehtäviä (Aalto ym 2013, Aalto ym 2019). Riskinä voi kuitenkin olla kantasuomalaisten työntekijöiden kuormittuminen, jos työyksikössä ulkomaalaistaustaisia työntekijöitä on paljon (Aalto ym, 2014). Erityistä huomioita tulisi kiinnittää ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden perehdytyksen resursointiin niin, ettei siitä tule työyhteisässä lisäkuormitustekijää. Johtamisen rooli on tärkeä, sillä oikeudenmukaiseksi koetuilla johtamiskäytännöillä voidaan edistää koko työyksikön sopeutumista kulttuurisesti monimuotoiseen työympäristöön (Aalto ym, 2014).

4.1.3.2.6 Rekrytointiongelmat

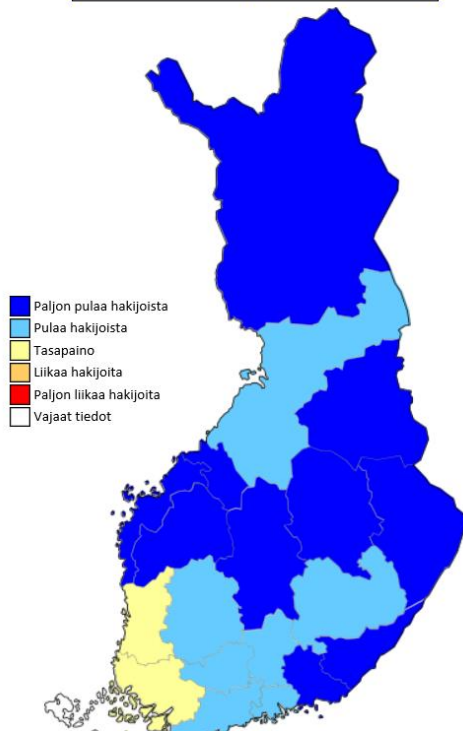
TE-toimistojen asiantuntijoiden näkemyksiin ja työ- ja elinkeinohallinnon tilastoihin perustuvan Ammatti-barometrin (toteutettu syksyllä 2019) mukaan lähihoitajista on pulaa lähes kaikkien Suomen ELY-keskusten alueella. Pula on voimakasta Lapissa, Kainuussa, Pohjois-Savossa, Etelä-Savossa Hämeessä, Etelä-Pohjanmaalla ja Kaakkois-Suomessa. Ainoastaan yhden ELY-keskuksen alueella lähihoitajien työmarkkinat ovat Ammatti-barometrin mukaan tasapainossa. Alueita, joilla lähihoitajista olisi ylitarjontaa, ei Ammatti-barometrin mukaan ole lainkaan.

5321 - Lähinhoitajat



Myös sairaan- ja terveydenhoitajista on Ammatibarometrin mukaan pulaa lähes kaikkialla Suomessa. Ainoastaan Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa sairaan- ja terveydenhoitajien työmarkkinat ovat Ammatibarometrin mukaan tasapainossa, muualla on pulaa. Pula on voimakasta Lapissa, Kainuussa, Pohjois-Karjalassa, Keski-Suomessa, Pohjois-Savossa, Pohjanmaalla, Etelä-Pohjanmaalla ja Kaakkois-Suomessa. Myöskään sairaan- ja terveydenhoitajista ei ole ylitarjontaa yhdelläkään alueella Suomessa.

3221 - Sairaanhoidaja ja terveydenhoitaja



Rekrytointiongelmien kasvu on nähtävissä sosiaali- ja terveysalalla. Niistä alan toimipaikoista, jotka olivat hakeneet työntekijöitä, 35 % koki rekrytointiongelmia vuonna 2016. Vuonna 2017 osuus oli 40 % ja vuonna 2018 jo 47 %. Rekrytointiongelmien kasvu on sosiaali- ja terveysalalla yleisempiä kuin muilla aloilla; kaikilla aloilla keskimäärin 41 % rekrytoineista toimipaikoista kertoi kokeneensa rekrytointiongelmia vuonna 2018.

Alueista suhteellisesti eniten rekrytointiongelmia koettiin Kainuun (77 %) ja Etelä-Savon (68 %) sosiaali- ja terveysalan toimipaikoilla. Myös työvoimapula eli se, että haettu työvoima jäi kokonaan saamatta, oli suhteellisesti yleisintä Kainuussa (36 % toimipaikoista).

ELY-keskus	rekrytointiongelmia	työvoimaa jäi saamatta
Uusimaa	49 %	23 %
Varsinais-Suomi	50 %	17 %
Satakunta	46 %	22 %
Häme	55 %	29 %
Pirkanmaa	42 %	20 %
Kaakkois-Suomi	38 %	23 %
Etelä-Savo	68 %	18 %
Pohjois-Savo	59 %	28 %
Pohjois-Karjala	64 %	27 %

Keski-Suomi	41 %	20 %
Etelä-Pohjanmaa	46 %	17 %
Pohjanmaa	41 %	14 %
Pohjois-Pohjanmaa	38 %	16 %
Kainuu	77 %	36 %
Lappi	35 %	15 %
Yhteensä	47 %	21 %

Vuonna 2017 sosiaali- ja terveysalan toimipaikoille jäi työvoimapulan takia syntymättä noin 14 000 työsuhdetta ja vuonna 2018 noin 22 000 työsuhdetta.

Hoitajien saatavuusongelmia on joka puolella Suomea. Suhteellisesti eniten rekrytointiongelmia on Kainuussa ja Etelä-Savossa, mutta tarvittavien uusien hoitajien määrä on suurin Uudellamaalla, jossa myös väestön ja vanhusväestön määrä on suurin. Saatavuusongelma ei siis ole ratkaistavissa alueellisen liikkuvuuden keinoin. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, sairaanhoitaja (AMK) –tutkinnon suorittaneet työllistyvät valmistumisen jälkeen useimmiten siihen maakuntaan, jossa tutkinto on suoritettu. Lisäksi jokaisesta ammattikorkeakoulusta valmistuneet siirtyvät jossain määrin myös Uudenmaan työmarkkinoille.

4.1.3.2.7 Muut meneillään olevat uudistukset, jotka vaikuttavat henkilöstön saatavuuteen
Sairaanhoitajien tarvetta lisäävät lähivuosina ainakin suunniteltu hoitotakuun kiristys ja saattohoidon kehittäminen. Hoitotakuu-uudistuksen vaatima lisätarve koskee pääsääntöisesti muuta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä. Sairaanhoitajien osalta kasvava kysyntä kohdistuu henkilöstöön, joiden koulutus ja työkokemus kohdistuu muualle kuin varsinaisiin ikääntyneiden palveluihin. Saattohoidon kehittämiseen tarvittava lisäosaaminen saataneen pääasiassa ikääntyneiden ympärivuorokautisiin palveluihin tämän lakiehdotuksen myötä. Saattohoidon yleistymisen ympärivuorokautisessa hoidossa lisää sairaanhoidollisia toimenpiteitä ja lääkehoidon osaamisen tarvetta. Näihin voidaan vastata joko nostamalla sairaanhoitajien osuutta toimintayksiköiden henkilöstöstä tai keskittämällä vastaavasti osaavaa henkilöstöä kotisairaaloimintaan tai liikkuviin, erikoistuneisiin tiimeihin, jotka voivat palvella asiakkaita eri palveluissa. Tueksi tarvitaan myös muuta erityishenkilöstöä, erityisesti osaavia lääkäreitä sekä osaamista kivun hoitoon ja siihen liittyvään lääkitykseen. Saattohoitotyöryhmä saattaa ehdottaa sairaanhoitajien määrän lisäämistä mm. kotisairaaloihin.

Lähihoitajien tulevaan saatavuuteen on vaikutusta jo aiemmin toteutetulla varhaiskasvatusuudistuksella, joka vähentää lastenhoitajien määriä. Uuden varhaiskasvatuslain myötä lastenhoitajien osuus mitoituksen mukaisesta henkilöstöstä vähenee kahdesta kolmasosasta kolmasosaan vuoteen 2030 mennessä. Jatkossa koulutettavia lähihoitajia ei siis enää suuntaudu yhtä paljon varhaiskasvatukseen.

Suunnitteilla olevalla vammaispalvelujen uudistamisella ei arvioida olevan vaikutusta lähihoitajien ja sairaanhoitajien tarpeeseen.

Suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistuksen sisältöä ei vielä tiedetä tarkkaan. Mikäli se tuo isommat järjestäjät ja tuotantoalueet, se todennäköisesti mahdollistaa paremman henkilöstön kokonaissuunnittelun. Se taas todennäköisesti parantaa henkilöstön saatavuutta ja esimerkiksi mahdollistaa henkilöstölle enemmän valinnanmahdollisuuksia löytää itselle sopiva tehtävä. Aiemmat tutkimukset esimerkiksi yhteistoiminta-alueista ovat osoittaneet,

että laajemmat alueet mahdollistavat osaamisen, rekrytoinnin ja sijaisten hankkimisen keskittämisen (Heinämäki 2010.).

4.1.4 Vaikutus tuottavuuteen

Esitys todennäköisesti vaikuttaa ikääntyneiden palvelujen tuottavuuteen sekä positiivisesti että negatiivisesti.

Uudistuksella on epäsuoria vaikutuksia kokonaislaatuun, jotka tulevat paljolti henkilöstövaikutusten kautta. Henkilöstöön on mahdollista ottaa mukaan erikoisosaamista, mikä näkyy tarkoituksenmukaisempana palvelunsisältönä ja asiakassiirtojen vähenemisenä. Lisäksi esimerkiksi henkilöstön sairauspoissaolot ja vaihtuvuus voivat vähentyä, eläkkeelle jääminen myöhentyä ja pysyvyys parantua sekä alan vetovoima yleisesti kasvaa. Vuonna 2018 lähihoitajilla oli Työterveyslaitoksen Kunta10-tutkimuksen mukaan keskimäärin 25 ja sairaanhoitajilla 19 sairauspoissaolopäivää vuodessa, mikä on enemmän kuin henkilöstöllä keskimäärin.

Valtakunnallisesti käyttöön otettava monipuolinen hoidon tarpeen arviointijärjestelmä mahdollistaa toiminnan tietoon perustuvan kehittämisen ja työn tuloksellisuuden seurannan.

Tuottavuuden kannalta on haitallista, mikäli teknologian hyödyntämistä ei voida ottaa huomioon mitoituksessa. Teknologian vaikutus tuottavuuteen tulee siitä, että teknologia mahdollistaa toimintatapojen kehittämisen. Henkilöstömitoituksen määrittäminen kiinteäksi lukitsee hoitajien ja asiakkaiden suhteen sellaiseksi, että tällä hetkellä käytössä olevan teknologian avulla voidaan tuottaa määrätty hoitotaso. On kuitenkin mahdollista, että tulevaisuudessa kehitetään innovaatioita, jotka vähentävät selvästi ihmistyön tarvetta. Henkilöstömitoituksen määrittäminen kiinteäksi heikentää kuitenkin kannustimia tällaiseen innovointitoimintaan. Kun hoitoyksiköiden on joka tapauksessa pidettävä palveluksessaan tietty määrä hoitajia, niiden kannustimet kehittää toimintaansa ja hankkia käyttöönsä innovaatioita, jotka tuottavat hyvää hoitoa vähemmällä ihmistyöllä, heikkenevät.

Työn tuottavuuden kasvulla on keskeinen merkitys kestävyysvajeen ratkaisemisessa. Ikääntyneiden palvelut ovat yhtenäinen kokonaisuus, joten kun ympärivuorokautiseen hoitoon asetetaan kiinteä henkilöstömitoitus, siirtyy työn tuottavuuden kasvupaine lähes kokonaan kotihoidossa ratkaistavaksi. Ikääntyneiden palvelujen kokonaisuuden kannalta tuottavuuden nostoon on kaksi vaihtoehtoa, joko kotihoidon tuottavuus nousee aiemmin arvioitua enemmän tai ympärivuorokautisen hoidon osuutta vanhuspalvelujen kokonaisuudessa supistetaan.

4.1.5 Yritysvaikutukset

Sosiaali- ja terveydenhuollossa oli vuonna 2017 yhteensä yli 15 000 yritystä. Sosiaalihuollossa yrityksiä oli yhteensä lähes 3 200. Vuoden 2018 ennakkotietojen mukaan yritysten määrä oli hieman laskenut. Vuonna 2017 kaksi kolmasosaa sosiaalihuollon yrityksistä työllisti alle 10 henkilöä. Osa sosiaali- ja terveydenhuollon yrityksistä on järjestötaustaisia.

Taulukko x. Yritysten määrä sosiaali- ja terveysalalla 2017 koon mukaan

	86 Terveys- palvelut	87 Sosiaalihuollon lai- tospalvelut	88 Sosiaalihuollon avopalvelut
Yhteensä	15 202	1 028	2 157
0 - 4 henkeä	14 642	351	1 749
5 - 9 henkeä	300	196	201
10 - 19 hen- keä	114	263	108
20 - 49 hen- keä	72	152	69
50 - 99 hen- keä	35	33	15
100 - 249 henkeä	21	14	9
250 - 499 henkeä	11	12	4
500 - 999 henkeä	5	2	1

Osalla ikääntyneiden palveluja tuottavista yrityksistä päätoimiala on jokin toinen, joten ikään-
tyneiden palveluja kuvaa parhaiten yritysten toimipaikkojen määrä. Eniten toimipaikkoja on
ikäntyneiden palveluasumisessa ja kotipalveluissa.

Taulukko x. Yritysten toimipaikat ikääntyneiden palveluissa 2016 ja 2017

	2016	2017
87101 Ikääntyneiden hoitolaitokset	93	83
87301 Ikääntyneiden palveluasuminen	569	636
88101 Kotipalvelut ikääntyneille ja vammaisille	1 039	1 069
88102 Ikääntyneiden päivätoiminta	13	13
88109 Muut vanhusten ja vammaisten avopalvelut	41	40

Henkilöstömääristä laskettuna yksityisen osuus oli ympärivuorokautisissa palveluissa noin 40
% ja kotihoidossa ja tavallisessa palveluasumisessa yhteensä noin neljäsosa.

Mitoituksen nostaminen lisää niiden yritysten kustannuksia, joilla ei tällä hetkellä ole palveluk-
sessaan esityksen edellyttämää määrää henkilökuntaa. 0,7 mitoitukseen tarvittavasta 4 417 hen-
kilön lisäyksestä 48 % puuttui yksityisistä toimintayksiköistä. Lähes kaikki yksityisten tuotta-
mat ikääntyneiden palvelut myydään kunnille. Lisäkustannukset voitaneen saada useimmiten
katettua kuntien kanssa tehtyjen sopimusten päivittyessä siirtymäajan kuluessa (kesken sopi-
muskauden hintoja ei voida muuttaa).

Yrittäjiä sosiaali- ja terveystalouden alalla oli noin 13 000 vuonna 2016. Heistä noin 34 % oli 55-64-vuotiaita. 65-74-vuotiaita oli 1,2 %. Eläkeiässä olevien yrittäjien osuus sosiaali- ja terveystalouden yrittäjistä on kasvanut; vuonna 2013 heitä oli 0,98 % kaikista alan yrittäjistä. Toisaalta nuorten yrittäjien osuus on laskenut vuosien 2013 ja 2016 välillä. Verrattuna kaikkiin yrittäjiin sosiaali- ja terveystalouden alan yrittäjien iäkkäämpien yrittäjien osuus on suurempi kuin yrittäjillä yleensä ja nuoria yrittäjiä on suhteellisesti vähemmän. Eläkeikää läheneviä 55-64-vuotiaita sosiaali- ja terveystalouden yrittäjiä on suhteellisesti eniten Ahvenanmaalla, Pohjois-Savossa, Lapissa ja Kymenlaaksossa. Eläkeiässä olevien yrittäjien osuudet ovat suurimmat Varsinais-Suomessa ja Uudellamaalla.

Osin iäkkäämpien yrittäjien korkeampi osuus kertonee alaan liittyvistä pätevyys-, koulutus- ja kokemusvaatimuksista. Kun merkittävä osa yrittäjiä on ikääntymässä, on riski, että alalta poistuu lyhyen ajan kuluessa suuri määrä yrityksiä. Sosiaali- ja terveystalouden yrityksistä 64 % ei ollut suunnitellut omistajanvaihdosta lainkaan syksyllä 2018. Tämä osuus oli suurempi kuin vertailutoimialoilla. Vuonna 2018 aloitti 1382 sosiaali- ja terveystalouden yritystä. Lopettaneiden yritysten määrä oli 718. Konkurssi pantiin vireille 63 sosiaali- ja terveystalouden yrityksessä, joilla oli henkilökuntaa yhteensä 543 henkilöä.

Mitoituksen nostaminen kasvattaa vaatimuksia, jotka uuden yrittäjän on täytettävä voidakseen aloittaa yritystoiminnan sosiaali- ja terveystalouksissa. Erityisesti pienelle yritykselle voi esimerkiksi hoitoisuusmittarin käyttöönotto olla haasteellista. Sitä tosin helpottaa se, että mittarin käyttöönottoon liittyvät koulutukset on tarkoitettu järjestää keskitetysti ja se, että RAI-järjestelmän tarjoaminen tulee esityksen mukaan olemaan järjestäjän vastuulla.

Edellä kuvattu yrittäjien eläköityminen ja pienille yrityksille haastavat vaatimukset saattavat johtaa pienten yritysten vähenemiseen. Vähenemisen vaikutukset alan markkinoihin riippuvat siitä, myydäänkö niiden toiminta esimerkiksi muille yrityksille. Jos kiinteistö-, hoiva- ja tukipalvelut erotetaan jatkossa entistä enemmän toisistaan, uusien toimijoiden markkinoille tulo ja poistuminen helpottuvat. Lisäksi saattaa tapahtua palvelujen erikoistumista.

4.1.6 Vaikutukset kotitalouksien taloudelliseen asemaan

Uudistuksella ei ole suoria vaikutuksia kotitalouksien taloudelliseen asemaan.

Henkilöstön vähimmäismitoituksen nostaminen kasvattaa palvelun tuotantokustannuksia ympärivuorokautisissa hoivapalveluissa, mikä voi lisätä palvelujen järjestäjän (kuntien) paineita korottaa asiakasmaksuja tilanteessa, jossa maksuja ei säännellä erikseen (näin on muun muassa palveluasumisessa). Suunnitteilla olevassa asiakasmaksulainsäädännön uudistuksessa on mahdollista ottaa tämä huomioon. Mikäli asiakasmaksu-uudistus tulee voimaan ennen siirtymäajan päättymistä, edellä kuvattu riski asiakasmaksujen nousuun ei toteudu.

Samasta syystä on kuitenkin riskinä, että asiakkaiden maksuosuus palveluseteleissä nousee. Asiakkaalla on kuitenkin aina mahdollisuus kieltäytyä palvelusetelistä.

Muita kuin taloudellisia vaikutuksia kotitalouksille on kuvattu muissa luvuissa.

4.1.7 Vaikutukset verotukseen

Lakiehdotuksella on hyvin pieniä vaikutuksia ansiotulo- ja yhteisöverotukseen.

4.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

4.2.1 Vaikutukset kuntien toimintaan

Kuntien ja kuntayhtymien palveluhankintasopimukset tulee esityksen myötä uusia ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä. Sopimusten uusiminen voitaneen tehdä pääosin normaalin palveluhankintasyklin mukaisesti, sillä suurin osa kuntien ostopalvelusopimuksista on 2-3 vuoden pituisia. Näin ollen muutokset voidaan päivittää siirtymäkauden aikana. Kunnat ovat tehneet pitkäkestoisia kokonaisulkoistussopimuksia. Siirtymäkauden yli jatkuvat sopimukset joudutaan mahdollisesti purkamaan ja kilpailuttamaan uudestaan suorahankinnan välttämiseksi, jotta vältetään hankintalain 136 §:n mukainen kielletty sopimusmuutos.

Sopimusten ja palvelusetelipäätösten päivittäminen aiheuttaa ylimääräistä hallinnollista työtä ja kustannuksia siinä tapauksessa, että sitä ei voida tehdä normaalissa päivitystahdissa. Palvelusetelipäätökset on käytävä läpi, jos kunta haluaa varmistaa, etteivät asiakkaan omavastuuosuudet kasva tuotantokustannusten noustessa.

Lisäksi on otettava huomioon asiakkaiden hoidon jatkuvuus. Pitkäkestoisia hoito- ja asiakassuhteita koskevan sosiaali- ja terveystalouden hankinnassa hankintayksikön on hankintalain mukaan määritettävä sopimusten kesto ja muut ehdot siten, että sopimuksista ei muodostu kohutuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia seurauksia palvelun käyttäjille. Iäkkään henkilön hoitojärjestelyjen pysyvyyttä edellyttää myös vanhuspalvelulain 14 pykälä (ellei muutto ole tarpeen asiakkaan toiveiden tai palvelutarpeiden takia). Näin ollen asiakkaita jää vanhoille palveluntuottajille, jolloin hinnoittelutilanteesta tulee haastavaa.

Kunnilla on jo nyt rekrytointivaikeuksia, ja mitoituksen nosto vaikeuttaa tilannetta edelleen.

4.2.2 Vaikutukset valvontaan

Valvontaa tekevät Valvira, aluehallintovirastot ja kunnat.

Vähimmäismitoituksen asettaminen tulee helpottamaan, selkeyttämään sekä yhdenmukaistamaan ikääntyneiden ympärivuorokautisten hoivapalvelujen valvontaa. Vähimmäismitoituksen kirjaaminen lakiin lisää kuitenkin haasteita valvovalle viranomaiselle ja kunnille toteuttaa valvontaa siten, että alittamiseen liittyvä valvonta on johdonmukaista ja nopeasti vaikuttavaa.

Toisaalta odotukset valvonnalle nousevat. Kansalaisten tietous omista ja omaistensa oikeuksista tulee lisääntymään, mikä aiheuttaa painetta valvontaviranomaisten ja kuntien suuntaan.

Henkilöstön saatavuuden haasteellisuus saattaa myös heijastua lisääntyvinä valvontatehtävinä kotihoidossa. Haasteena tulee olemaan kotiin annettavien palveluiden valvonnan toteutus ja monimutkaistuminen, sillä asiakkaiden kotona annettavia palveluja ei voi valvoa perinteisin tarkastusmenetelmin.

4.3 Ympäristövaikutukset

Uudistuksella ei ole ympäristövaikutuksia.

4.4 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset

4.4.1 Vaikutukset asiakkaisiin

Ympäri vuorokautisten hoivayksiköiden asiakkaat ovat pääosin edennyttä muistisairautta sairastavia tai monisairaita henkilöitä. Heidän hoitonsa vaatii erityisosaamista ja henkilöstömitoituksen nosto mahdollistaa aikaisempaa laajemman erityisosaamisen käyttämisen toimintayksiköissä. Toisaalta aina ei ole tarkoituksenmukaista palkata yksikköön omaa osaajaa. Erityisosaamista voidaan keskittää alueittain, jolloin se on useiden yksiköiden käytettävissä tarvittaessa.

Muistihäiriöt aiheuttavat usein asiakkaissa turvattomuuden ja epävarmuuden tunnetta. Tämä voi johtaa erilaisiin vaaratilanteisiin, joita voidaan välttää ja niihin voidaan paremmin reagoida, kun henkilöstömitoitus on riittävä.

Henkilöstömitoituksen on kansainvälisessä kirjallisuudessa todettu olevan yhteydessä mm. sairaalahoidon aikaiseen kuolleisuuteen (Driscoll ym. 2018) sekä puutteisiin hoitotyössä (Griffiths 2018). Suomalaisessa vanhusten laitoshoidon koskevassa tutkimuksessa alhaisempaan mitoitukseen perustuva tekninen tehokkuus oli yhteydessä erityisesti passivoivaa ja ei kuntouttavaa hoitotyötä kuvaaviin laatumuuttujiin (Laine 2005). Räsänen (2011) ei löytänyt yhteyttä henkilöstömitoituksen ja ympärivuorokautisen hoivan asiakkaiden elämänlaadun välillä, mutta tutkimus perustuu pieneen aineistoon hoivayksiköitä (n=33) ja lisäksi elämänlaatu on käsitteellisesti eri asia kuin hoidon laatu.

Mitoituksen vaikutukset hoidon laatuun toteutuvat osin mitoituksen henkilöstövaikutusten kautta, sillä kiire ja työkuormitus (Pekkarinen 2007), henkilöstön uupumus (Salyers ym. 2017) ja vaihtuvuus (Trinkoff 2013) ovat myös hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä. Siksi pelkän mitoituksen lisäksi myös johtamisella ja työn organisoinnilla on merkitystä. Suomalais tutkimuksessa hoidon laatu hoivayksiköissä oli parempi, kun johtaminen koettiin oikeudenmukaiseksi ja työntekijöillä oli mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä tekemiseen (Pekkarinen 2007).

Laatutekijöistä henkilöstömitoitus vaikuttaneekin erityisesti asiakkaan saamaan yksilölliseen hoivaan. Asiakaslähtöinen toimintatapa vahvistuu toimintayksiköissä ja asiakkaan omat toiveet hoitonsa ja oman näköisen arjen järjestämisessä voidaan huomioida nykyistä paremmin. Tämä tukee itsemääräämisoikeuden vahvistamista ikääntyneiden palveluissa.

Esityksen myötä asiakas saa jatkossa paremmin tarpeeseensa kohdennetut palvelut. Kun otetaan käyttöön valtakunnallisesti yhtenäinen hoidon tarpeen arviointi, voidaan arvioida ja tunnistaa nykyistä laaja-alaisemmin mm. kuntoutusmahdollisuuksia ja erityistarpeita.

Yhtenäinen hoidon tarpeen arviointi parantaa yhdenvertaisuutta ympärivuorokautisia palveluja saavien asiakkaiden kesken. Tarkka tieto asiakasrakenteesta tehostaa palvelun valvontaa ja seuraamista, ja kriisiytyviin toimintayksiköihin voidaan nopeasti kohdentaa toimintaa parantavia toimenpiteitä. Tämä parantaa asiakasturvallisuutta.

Toisaalta asiakkaiden saattaa olla jatkossa vaikeampi päästä ympärivuorokautisen hoidon palveluihin, mikäli niitä on palvelurakenteiden muuttumisen vuoksi aikaisempaa pienemmälle osalle ikääntyneiden palveluja tarvitsevista tarjolla.

4.4.2 Vaikutukset omaisiin

Ympäri vuorokautisessa hoidossa omaiset kantavat emotionaalista huolta läheisistään. Kun palveluissa on havaittu laajenevassa määrin puutteita, huoli oman läheisen saamasta hoidon laadusta nousee. Henkilöstömitoituksen nosto vähentää omaisten kokemaa huolta, mutta ei poista sitä. THL:n ASLA-tutkimuksessa havaittiin, että omaiset ovat kriittisempiä arvioissaan hoidon laadusta, kuin ne asiakkaat, jotka vielä itse kykenivät vastaamaan kysymyksiin.

Asiakkailla yleiset muistisairaudet aiheuttavat muutoksia sairastuneen persoonaan ja käytökseen. Kun henkilöstöllä on enemmän aikaa, läheisillä on mahdollisuus saada tukea ja ohjausta kohdatakse tämän muutoksen.

Omaisten osallistaminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa paranevat. Muistisairaana omaisen joutuu tavallisesti tekemään päätöksiä hoidosta läheisensä puolesta. Kun hoitohenkilöstöllä on enemmän aikaa vuorovaikutukseen omaisten kanssa, epäselvyydet vähenevät ja hoitopäätöksiä on helpompi tehdä yhteistyössä ammattilaisten kanssa.

4.4.3 Vaikutukset henkilöstön työhyvinvointiin

Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa mitoitus on ollut yhteydessä hoitohenkilökunnan hyvinvointiin. Shin ym. (2018) tarkastelivat tuoreessa katsausartikkelissaan pääasiassa sairaalaympäristössä toteutettuja henkilöstömitoitusta koskevia tutkimuksia ja totesivat että puutteellinen mitoitus on yhteydessä hoitajien loppuun palamiseen, huonoon työtyytyväisyyteen, työtaturmiin sekä työpaikanvaihtohalukkuuteen. Keskeinen merkitys näyttää olevan puutteellisen mitoituksen aiheuttamalla kiireellä ja työkuormituksella. Pohjoismaisessa vertailussa henkilöstön riittävyys oli Suomessa heikoin ja kiireen kokemus vanhusten huollossa on lisääntynyt (Kröger ym, 2018). Henkilöstömitoitus on ollut myös yksi selkeästi kiireen kokemusta selittävä tekijä erityisesti vanhusten laitoshoidossa (Sinervo ym. 2010). Viimeksi mainitussa suomalaistutkimuksessa tarkasteltiin myös mitoituksen ja kiireen yhteyksiä hoitohenkilöstön hyvinvointiin. Kiireen kokemukseen liittyy mitoituksen lisäksi myös muita tekijöitä, kuten työn organisointi ja johtamiskäytännöt, mutta kun näiden tekijöiden merkitys oli huomioitu, nimenomaan mitoituksesta johtuva kiire oli voimakkaasti yhteydessä henkilöstön hyvinvointiin, terveyteen, stressin kokemuksiin ja uniongelmiin (Elovainio ym. 2015). Työssä koettu kiire ja ylityöt ja pitkät työvuorot ovat yhteydessä myös lisääntyneisiin työstä poissaoloihin (Kottwitz 2018, Ropponen 2018), mikä voi edelleen noidankehämäisesti lisätä yksikössä koettua liian vähäisestä henkilöstöstä johtuvaa kuormitusta.

Näin ollen henkilöstön lisääminen vaikuttaa todennäköisesti siten, että kiire ja työn kuormittavuus vähenevät, minkä myötä myös sairauspoissaolot ja alan vaihtaminen vähenee. Tämä voi myös parantaa vanhustenhuollon mainetta houkuttelevuutta työpaikkana ja opiskelijoille suuntautumisvaihtoehtona.

Kiire ja mitoitus eivät kuitenkaan ole ainoita tekijöitä, jotka vaikuttavat henkilöstön hyvinvointiin. Mitoitusta lisättäessäkin tulisi huomioida muut työhyvinvointiin ja työssä pysymiseen vaikuttavat tekijät, kuten johtamiskäytännöt ja työyhteisön toimintatavat (Vehko ym. 2018).

Ympäri vuorokautisen hoivan resursoinnin rinnalla on tärkeää huolehtia myös muiden palvelumuotojen resursoinnista, varsinkin kun vanhustenhuollon ja hoivan painopistettä ollaan samanaikaisesti siirtämässä kotiin vietävien ja ennaltaehkäisevien palveluiden suuntaan. Tuoreen suomalaistutkimuksen mukaan henkilöstön kuormitus oli suurta erityisesti kotihoidossa verrattuna muihin palvelumuotoihin. Kotihoidossa vain 40% koki, että pystyy tekemään työnsä hyvin; terveyskeskusten vuodeosastoilla ja tehostetussa palveluasumisessa näin kokevia oli hieman yli puolet. Kotihoidossa myös kiireen kokeminen, tietojärjestelmien ja yksi-työskentelyn aiheuttama kuormitus on suurinta (Vehko 2017).

4.4.4 Vaikutukset muiden palvelujen saatavuuteen

Esityksen vaikutukset kotihoidon palveluihin heijastuvat henkilöstön saatavuuden kautta. Kotihoidon palvelujen saatavuus saattaa heikentyä, jos henkilöstön saatavuus kotihoidossa vaikeutuu. Vaikutukset palvelurakenteeseen heijastuvat palvelujen suhteellisten kustannusten muutosten kautta. Kustannusten kasvu ympärivuorokautisessa hoidossa todennäköisesti lisää edullisempien, nk. välimuotoisten, asumispalvelujen määrää. Jos palvelurakenne kehittyy avopalveluiden suuntaan, on keskeistä, että kotihoitoa on riittävästi saatavilla. Vaikutukset terveyspalveluihin tulevat kotihoidon palvelujen riittävyyden kautta. Mikäli kotihoidon palvelujen saanti on riittämätöntä, lisääntyvät päivystyskäynnit ja muu terveydenhuollon palvelujen käyttö. Toisaalta päivystystarve voi lisääntyä myös sen vuoksi, että ympärivuorokautisissa hoivayksiköihin ei ole riittävästi saatavilla lääkäripalveluja tai sairaanhoitoa.

Henkilöstömitoituksuuudistuksen rinnalla on tärkeää kehittää ja vahvistaa kotihoidon palveluja ja ennaltaehkäisevää toimintaa. Nämä keinot vähentävät tarvetta ympärivuorokautiseen hoitoon ja lisäävät laadukkaita elinvuosia ikäihmisten elämään.

4.4.5 Vaikutukset sukupuolten tasa-arvoon

Valtaosa työssä olevista lähihoitajista ja sairaanhoitajista on naisia. Esimerkiksi Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkkatilaston mukaan kuntien ylläpitämässä ikääntyneiden hoitolaitoksissa ja palveluasumisessa työskentelevistä sairaanhoitajista 97 % ja lähihoitajista 94 % oli naisia. Samoin suurin osa koulutukseen hakeutuneista on naisia (esimerkiksi vuonna 2017 lähihoitajakoulutuksessa olevista 84 % oli naisia). Myös valtaosa ikääntyneiden palvelujen asiakkaista on naisia. Uudistuksen työllistävä vaikutus koskee siis enemmän naisia kuin miehiä. Samoin henkilöstö- ja asiakasvaikutukset kohdistuvat enemmän naisiin.

4.4.6 Vaikutukset kielellisiin oikeuksiin

Jo nyt on haasteita saada rekrytoitua ruotsinkielistä työvoimaa, mitä henkilöstön nopea lisäystarve saattaa edelleen pahentaa. Toisaalta henkilöstömäärän lisääminen mahdollistaa aiempaa monipuolisemman henkilöstön, mikä parantaa eri kulttuureista ja kielialueilta tulevien asiakkaiden palvelua.

4.4.7 Yhteenveto riskeistä

Henkilöstön saatavuus
Ainakin lyhyellä aikavälillä muiden palvelujen, erityisesti kotihoidon henkilöstötilanne saattaa vaikeutua <ul style="list-style-type: none"> Toisaalta ikääntyneiden palvelujen uudistuksen yhteydessä tullaan vielä tarkastelemaan myös kotihoidon tilannetta ja on mahdollista, että myös sinne saadaan velvoitteita, joilla turvataan riittävä henkilöstö.
Voi syntyä osaoptimointia tai yksiköitä, joita ei lasketa lain piiriin (vaikeuttaa mitoituksen valvontaa ja voi johtaa asiakkaiden lisääntyviin muuttoihin) <ul style="list-style-type: none"> Toisaalta palvelurakenteen kehittäminen esimerkiksi välimuotoisella asumisella, tehostetulla kotihoidolla tai sekayksiköiden lisäämisellä on usein tarkoituksenmukaista eikä uusien toimintatapojen kehittymistä saa estää.
Vaikeutuuko ympärivuorokautisiin hoivapalveluihin pääsy

- Toisaalta RAI:n käyttöönotto mahdollistaa sekä hyvän seurannan että palvelujen suunnittelun vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita
”kylltien vaihtamisesta” saatu kokemusta jo aiemmissa uudistuksissa
Saattaa jäykistää osan palvelurakenteesta ja siten estää hyvien toimintakäytäntöjen kehittämisen <ul style="list-style-type: none"> • Toisaalta, henkilöstön lisääminen voi johtaa sairauspoissaolojen, eläköitymisen, vaihtuvuuden ja alanvaihdon vähenemiseen • Jos tuottavuuteen lasketaan myös laatu ja vaikuttavuus, niin niiden tuottamiseen on paremmat mahdollisuudet.
Siirtymäkauden pituuteen liittyvät riskit <ul style="list-style-type: none"> • Oltava oikean pituinen toimeenpanon kannalta (erityisesti henkilöstön saatavuuden ja sopimusten päivittämisen näkökulmasta)
Onko mahdollista, että RAI-luokitukseen eli arviointijärjestelmän sisältöön tulisi jossain vaiheessa lisenssimaksu <ul style="list-style-type: none"> • Suomen edustaja (THL) tekee sopimuksen kansainvälisen tutkijajärjestön interRAI-kanssa. Sopimuksessa sovitaan siitä, että RAI-arviointijärjestelmää kysymyksineen ja mittareineen voidaan käyttää vapaasti. Ehtona on, että kysymysten sisältöjä tai tulkintoja ei muuteta, jotta kansainvälinen vertailtavuus säilyy, mutta uusia kysymyksiä voidaan lisätä. Tähän sopimukseen ei sisälly lisenssejä eikä kustannuksia. THL:n saaman tiedon mukaan missään InterRAI-järjestelmää käyttävässä maassa ei ole käytössä lisenssimaksuja, vain kaupallisesta käytöstä on peritty rojalteja. Mikäli lisenssimaksu tulisi Suomeen, se edellyttäisi, että vastaava maksu otettaisiin käyttöön kaikissa maissa, joissa RAI on kansallisena järjestelmänä (näitä on useita).

4.4.8 Yhteenveto työvoiman lisäyksen väylistä

Nopeimmin saataisiin vaikutusta näillä keinoilla:

- Työurien pidentäminen ja sairauspoissaolojen vähentäminen työhyvinvointiin ja johtamiseen panostamalla
- Eläkkeelle jääneiden, osa-aikaisten ja osa-työkykyisten työpanoksen hyödyntäminen esimerkiksi joustavammalla työaikasunnittelulla
- Työttömänä olevien tilanteen läpikäynti, työvoimapulasta kärsivien alojen huomioiminen TE-palveluiden tarjonnassa ja työhön paluun rakentaminen yhteistyössä työpaikojen kanssa

Muutaman vuoden viiveellä:

- Koulutuksen lisääminen (lähi- ja sairaanhoitajien aloituspaikkojen lisääminen ottaen huomioon valintamenettelyn kehittämisen, läpäisyn parantaminen esimerkiksi tukitoimia parantamalla, hoiva-avustajien ja oppisopimuskoulutuksen opiskelupolkujen helpottaminen ja hoiva-avustajakoulutuksen standardointi)
- Alalle palaamisen tukeminen ja helpottaminen
- Teknologian ja apuvälineiden hyödyntäminen erityisesti vaativimmissa ja fyysisesti raskaimmissa töissä

Alan vetovoiman parantaminen vaikuttaa sekä työssä pysymiseen että koulutuksen suorittamiseen

- Johtamisen ja töiden organisoinnin kehittäminen (esimerkiksi työparityöskentely) sekä työhyvinvoinnista huolehtiminen
- Uramahdollisuuksien kehittäminen

5 Asian valmistelu

5.1 Valmisteluvaiheet ja -aineisto

Iäkkäiden palvelujen uudistamisen työryhmä asetettiin 8.5.2019 vuoden 2019 loppuun kestäväksi toimikaudeksi. Työryhmän tavoitteena on turvata iäkkäille henkilöille laadukkaat, yhdenvertaiset ja kustannustehokkaat palvelut sekä vahvistaa palvelujen laatua sekä tarpeenmukaista ja yhdenvertaista saatavuutta sekä ohjata väestön ikääntymiseen pitkällä aikavälillä liittyviä toimenpiteitä koskevan poikkihallinnollisen ikäohjelman laatimista. Työryhmän tehtävänä on arvioida, mitä iäkkäiden henkilöiden palvelujen laatusuosituksista olisi tarpeen nostaa lain tasolle sekä tukea ehdotuksillaan valvontatehtävän toteuttamista.

Työryhmän on valmisteltava esitykset lainsäädäntöön tarvittavista muutoksista vaikutusarvioineen sekä tehdä ehdotus myös esitettyjen toimenpiteiden toimeenpanosta. Työryhmän tehtävänä on myös tehdä ehdotus laatusuosituksiksi vuosille 2020-2023 sekä ohjata ikäohjelman valmistelua.

Perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru täsmensi elokuun lopussa 2019 tekemällään uudella asettamispäätöksellä työryhmän tehtäviä ja kokoonpanoa. Työryhmän tehtäväksi annettiin muiden tehtäviensä lisäksi arvioida henkilöstömitoituksen nostamista vähintään 0,7 ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä sekä siihen liittyen työnjaon selkiyttämistä. Tätä kokonaisuutta koskevan hallituksen esityksen valmistelemista varten asetettiin mitoituksijaosto, jonka tehtä-

väksi annettiin vuoden 2019 syyskuun loppuun mennessä valmistella ehdotus hallituksen esitykseksi henkilöstömitoituksesta ja yhtenäisestä toimintakyvyn arvioinnissa käytettävästä mittaristosta.

Iäkkäiden palvelujen uudistamistyöryhmän vaikutusarviointi- ja henkilöstöjaostot järjestivät 5.9.2019 kuulemistilaisuuden. Tavoitteena oli saada eri asiantuntijatahoilta mahdollisimman monipuolista tietoa vanhuspalvelujen henkilöstön riittävyyden ja henkilöstötarpeiden arviointiin. Kuulemisen teemoina olivat koulutuksen määrällinen kehitys, muut määrälliseen kehitykseen liittyvät näkökohdat sekä osaamistarpeiden kehitys. Tilaisuudessa kuultiin näkemyksiä kansallisilta asiantuntijatahoilta (OKM, OPH, Keva, THL, TTL, TEM, STM) sekä palvelujärjestelmästä vanhuspalveluiden vastuutahoilta (Rovaniemi, Salo). Kuulemistilaisuuden esityksistä laadittiin kooste, jonka tietopohjaa on hyödynnetty eri jaostojen valmistelutyössä sekä jatko-työskentelyssä kuultavien asiantuntijatahojen kanssa.

Mitoitusjaosto järjesti kuulemistilaisuuden 23.9.2019. Tilaisuudessa esiteltiin jaoston alustava ehdotus ja kuultiin 23 puheenvuoroa. Kuultavat oli kutsuttu mitoitusjaoston ehdotusten perusteella. Osallistujia yhteensä oli noin 40. Kuultaville oli etukäteen toimitettu teemakysymyksiä liittyen henkilöstörakenteeseen, mitoitukseen laskettavaan työhön sekä muihin mitoituksen laskemiseen liittyviin seikkoihin kuten laskenta-aikaan, palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arviointiin ja siinä käytettäviin keinoihin sekä tukipalvelujen järjestämiseen sekä uudistusten voimaantuloaikaan. Lisäksi kuultiin puheenvuoroja henkilöstön saatavuudesta, oppisopimuskoulutuksessa olevien laskemisesta mukaan mitoitukseen sekä työperäisen maahanmuuton helpottamisesta.

Mitoitusjaosto kokoontui 7 kertaa. Jaoston ehdotus valmistui 2.10.2019. Hallituksen esitysluonnos esiteltiin sosiaali- ja terveysministeriössä 3.10.2019 pidetyssä tiedotustilaisuudessa, jonka jälkeen se lähetettiin lausuntokierrokselle.

5.2 Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen

Lausuntokierroksen aika jne.

Esitysluonnoksesta saatiin lausuntoja yhteensä XX toimijalta.

Jatkovalmistelu

6 Riippuvuus muista esityksistä

Esitys liittyy valtion vuoden 2020 ensimmäiseen lisätalousarvioesitykseen.

YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

1 Lakiehdotuksen perustelut

15 §. *Palvelutarpeiden selvittäminen.* Vanhuspalvelulain 13 §:ssä oleva säännös palvelutarpeisiin vastaamista ohjaavista yleisistä periaatteista sisältää kootusti ne periaatteet, jotka on otettava huomioon iäkkäiden henkilöiden palveluja toteutettaessa. Lain 14 §:ssä säädetään pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista koskevista periaatteista. Mainitut säännökset velvoittavat kuntaa järjestämään iäkkäälle henkilölle laadukkaita ja hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluita. Säännösten velvoitteet tarkentuvat muun muassa lain 15 §:n 1 momentissa, jossa säädetään iäkkään henkilön palvelutarpeiden kokonaisvaltaisesta selvittämisestä. Kattava ja monipuolinen palvelutarpeiden selvittäminen edellyttää monialaista henkilöstöä ja on keskeistä sen varmistamiseksi, että iäkäs henkilö saa tarpeitaan vastaavat, laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. Lisäksi iäkkäiden palvelujen laadun varmistamisesta säädetään lain 4 luvun säännöksissä palvelujen laadusta, henkilöstöstä, johtamisesta, toimitiloista sekä omavalvonnasta.

Voimassa olevan lain 15 §:ssä säädetään iäkkään henkilön palvelutarpeiden selvittämisestä, selvittämisen aloittamiseen vaikuttavista seikoista sekä siitä, miten iäkkään henkilön toimintakykyä palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava. Pykälän 1 momentin mukaan iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve on selvitettävä kokonaisvaltaisesti yhteistyössä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. Selvittämisestä vastaa iäkkään henkilön tarpeiden kannalta tarkoituksenmukainen sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta. Palvelutarpeiden selvittämisessä on toimittava yhteistyössä muiden vanhuspalvelulain 10 §:ssä tarkoitettujen asiantuntijoiden kanssa.

Palvelutarpeiden selvittäminen on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Pykälän 2 momentissa on lueteltu tilanteet, joissa selvittäminen on aloitettava. Niistä kohdat 1-4 viittaavat pääasiallisesti tilanteisiin, jossa iäkäs henkilö ei saa vielä säännöllisiä kunnan järjestämiä sosiaalipalveluja. Kohta 5 viittaa enemmän jo säännöllisten palvelujen asiakudessa olevaan henkilöön ja palvelutarpeen selvittämisvelvoitteeseen siinä tapauksessa, kun sellaisen henkilön olosuhteissa tapahtuu olennaisia muutoksia.

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36 §:n 2 momentti sisältää tarkemmat säännökset siitä, milloin palvelutarpeen arviointi on aloitettava laissa säädettyssä määräajassa. Tapauksen kiireellisyydestä riippuen iäkkään henkilön tilanne saattaa kuitenkin edellyttää, että selvittäminen aloitetaan välittömästi tai muutaman päivän sisällä.

Pykälän 3 momentissa säädetään selvityksen sisällöstä. Palvelutarpeet määräytyvät iäkkään henkilön toimintakyvyn mukaan. Sen vuoksi iäkkään henkilön toimintakyky on arvioitava monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen sekä ammattieettisiä periaatteita noudattaen. Tavoitteena on myös, että arviointi tehdään kansallisesti mahdollisimman yhtenäisin perustein. Vanhuspalvelulakia säädettäessä tarkoituksena oli, että toimintakyvyn arvioimiseksi kehitetään edelleen olemassa olevia mittaristoja ja välineitä yhteistyössä muun muassa Suomen Kuntaliiton sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (jäljempänä THL) kanssa.

Toimintakykyä arviotaessa on erityisesti kiinnitettävä huomiota iäkkään henkilön olemassa oleviin voimavaroihin ja siihen, mistä jokapäiväisen elämän toiminnoista hän pystyy suoriutumaan itsenäisesti ja missä hän tarvitsee ulkopuolista apua. Monipuolinen arviointi käsittää hen-

kilön fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös hänen kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakykynsä selvittämisen ja arvioinnin. Lisäksi arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön elinympäristö muun muassa esteettömyyden, asumisen turvallisuuden ja lähipalvelujen saatavuuden suhteen.

Vanhuspalvelulain 15 §:ään lisättäisiin *uusi 4 momentti*, jolla tarkennettaisiin voimassa olevaa palvelutarpeiden selvittämistä koskevaa sääntelyä. Momentin mukaan palvelujen järjestäjällä olisi velvoite käyttää iäkkään henkilön toimintakyvyn arvioinnissa yhtenäistä kansallista toimintakyvyn arviointi- ja seurantamittaristoa. Tämä mittaristo olisi RAI –arviointiväline. RAI asiakkaan arviointivälineenä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI –arviointivälineen avulla voidaan arvioida myös palvelujen laatua. RAI-järjestelmä eri arviointivälineineen on koko iäkkään henkilön palveluketjun kattava arviointivälineistö, joka noudattaa geriatrisen ja gerontologisen kokonaisarvioinnin ja palvelutarpeiden moniulotteisen selvittämisen periaatteita.

TOIMIA-tietokannan mukaan RAI-välineiden käyttöperiaatteiden mukaan säännöllistä palvelua saavan henkilön kokonaisarviointi tehdään aina hoidon tai palvelun alkaessa. Sen jälkeen arviointi tulee uusia vähintään puolivuositain. Henkilön tilanteen oleellisesti muuttuessa tulee kuitenkin aina tehdä uusi arviointi, vaikka edellisestä arvioinnista olisi vähemmän kuin puoli vuotta. Säännölliseen palveluun liittyvien kokonaisarviointien lisäksi voidaan tarvittaessa tehdä tiettyyn ongelma-alueeseen kohdentuvia osittaisarviointeja, jotka eivät kuitenkaan korvaa kokonaisarviointia. RAI-arvioinnin asianmukainen tekeminen edellyttää, että arvioiva ammattihenkilö tuntee asiakkaan ja tämän toimintakyvyn arviointijaksolla, on suorittanut RAI-arvioinnin käyttöön perehdyttävän koulutuksen sekä noudattaa yksikössä sovittua käytäntöä arvioinnin tekemiseen.

Ehdotettavalla velvoitteella yhtenäisen kansallisen arviointi- ja seurantamittariston käyttämiseen tarkennettaisiin vanhuspalvelulaissa jo olevaa palvelujen järjestämisen ja toteuttamisen keskeistä lähtökohtaa kokonaisvaltaisesta palvelutarpeiden selvittämisestä ja palvelujen järjestämisestä iäkkään henkilön toimintakyvyn edellyttämän palvelutarpeen mukaisesti. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioisi vanhuspalvelulain 15 §:n 1 momentissa tarkoitettu ammattihenkilö. Toimintayksikössä arvioinnin tekisi yleensä iäkkään henkilön omahoitaja tai muu työntekijä, joka parhaiten tuntee asiakkaan. Säännöstä sovellettaisiin kaikissa iäkkäiden palveluissa, myös kotihoidossa. Edellyttäessään yhtenäisen kansallisen arviointi- ja seurantamittariston käyttöä palvelujen järjestäjä turvaisi kaikille palveluntuottajille mahdollisuuden sen käyttöön. Palveluntuottaja voisi hankkia ehdotettua toimintakyvyn arviointi- ja seurantamittaristoa tukevan tietojärjestelmän myös itse.

20§ Henkilöstö. Vanhuspalvelulain 19 §:n mukaan iäkkäille henkilöille tarjottavien palvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito. Keskeiset tekijät säännöksen tavoitteiden toteutumisessa ovat riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö, osaava johtaminen sekä asianmukaiset toimitilat.

Voimassa olevan lain 20 §:n mukaan toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut. Jos toimintayksikössä hoidettavana olevan iäkkään henkilön toimintakyky on alentunut siten, että hän tarvitsee huolenpitoa vuorokaudenajasta riippumatta, henkilöstöä on oltava riittävästi kaikkina vuorokauden aikoina. Säännöksen tarkoitus on varmistaa, että lain tavoitteet laadukkaista ja iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeisiin vastaavista palveluista voivat toteutua. Vanhuspalvelulakia koskevan hallituksen esityksen (HE 160/2012 vp) mukaan riittävä määrä

ammattitaitoista henkilöstöä on laadukkaiden palvelujen ehdoton edellytys. Tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkaat ovat usein monisairaita ja asianmukaisen lääkehoidon toteuttamisen merkitys korostuu osana palvelujen laatua sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta.

Palvelujen laatua turvaa myös lain 21 §, jonka mukana toimintayksikössä on oltava johtaja, joka vastaa siitä, että asiakastyössä noudatetaan vanhuspalvelulain 13, 14 § ja 19 §:ssä säädettyjä periaatteita sekä että palvelut täyttävät muutkin niille asetetut vaatimukset.

Lakiehdotuksessa henkilöstöä koskevaan pykälään ehdotetaan lisättäväksi *uusi 2 momentti*, jossa säädettäisiin iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisessa tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa sovellettavasta henkilöstön toteutuneesta vähimmäismitoituksesta. Edellä mainituissa palveluissa iäkkäät henkilöt ovat ympärivuorokautisen hoidon piirissä. Säännöksessä mainittujen palvelujen sisällöstä säädetään sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Vanhuspalvelulain 14 a §:n mukaan iäkkäiden pitkäaikaista laitoshoidoa voidaan järjestää vain, jos siihen on lääketieteelliset tai potilasturvallisuuden liittyvät perusteet.

Ehdotetun säännöksen mukaan toteutuneen henkilöstömitoitus iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksikössä olisi oltava vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohti. Toteutuneella henkilöstömitoituksella tarkoitettaisiin todellista, toimintayksikössä paikalla olevien välitöntä asiakastyötä tekevien työntekijöiden työpanosta suhteessa toimintayksikössä kyseisenä ajankohtana olevien asiakkaiden määrään.

Toteutuneen henkilöstömitoituksen laskemisesta sekä käytettävästä laskukaavasta säädettäisiin pykälään lisättävässä *uudessa 3 momentissa*. Sen mukaan mitoitukseen laskettaisiin mukaan välittömään asiakastyöhön osallistuva henkilöstö. Säännöstä tarkennettaisiin viittauksella sosiaalihuoltolain palveluasumista ja laitospalveluja koskeviin säännöksiin sen varmistamiseksi, että toimintayksikön mitoituksella voidaan turvata iäkkään henkilön palvelut sen sisältöisinä kuin sosiaalihuoltolain 21 §:n 4 ja 5 momentissa sekä 22 §:n 2 momentissa säädetään.

Sosiaalihuoltolain asumispalveluja sekä laitospalveluja koskevassa säännöksessä on määritelty mainittujen palvelujen sisältö. Asumispalveluja koskevan 21 §:n 3 momentin mukaan palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista. Mainitun säännöksen 4 momentin mukaan palveluasumisen palveluihin sisältyvät asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävää toimintaa, ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti ympärivuorokautisesti. Säännöksen 5 momentin mukaan asumispalveluja toteutettaessa on huolehdittava siitä, että henkilön yksityisyyttä ja oikeutta osallistumiseen kunnioitetaan ja hän saa tarpeenmukaiset kuntoutus- ja terveydenhuollon palvelut. Viimeksi mainittu sisältää muun muassa asianmukaisen lääkehoidon toteuttamisen.

Sosiaalihuoltolain 22 §:n mukaan sosiaalihuollon laitospalveluilla tarkoitetaan hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitospalveluja voidaan järjestää lyhytaikaisesti tai jatkuvasti, päivisin, öisin tai ympärivuorokautisesti. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoksessa vain, jos se on henkilön terveyden tai turvallisuuden kannalta perusteltua, taikka siihen on muu laissa erikseen säädetty peruste. Laitospalveluja toteutettaessa henkilölle on järjestettävä hänen yksilöllisten tarpeidensa mukainen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää kuntoutumista, omatoimisuutta ja toimintakykyä.

lääkkäät henkilöt, joille tehostettua palveluasumista tai laitoshoidoa järjestetään, ovat yleensä laajan hoidon ja tuen tarpeessa. Monissa tilanteissa hoidon ja huolenpidon järjestäminen palveluasumisen tai laitoshoidon kautta kytkeytyy perustuslain 19 §:n 1 momentissa turvattuun oikeuteen välttämättömään huolenpitoon. Perustuslain turvaama oikeus lähtee siitä, ettei yksilö kykene itse hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa. Oikeuskirjallisuudessa ja ylimpien lainvalvojien ratkaisukäytännössä ilmaisu ”ihmisarvoisen elämän” turva on hyvin perusteellisesti tulkittavissa tarkoittavan jotain enemmän kuin pelkästään biologiselle olemassaololle välttämättömien edellytysten turvaamista. Se, mikä kulloinkin on ihmisarvoista elämää, vaihtelee kulttuurisia arvoja ja tottumuksia vastaavasti. Yhä enenevässä määrin on tärkeää osata tunnistaa edellä mainittuja seikkoja esimerkiksi ikääntyneiden maahanmuuttajien hoidossa ja huolenpidossa. On myös välttämätöntä osata tunnistaa erityisiä tarpeita, jotka liittyvät esimerkiksi etniseen taustaan ja/tai vammaisuuteen sekä niihin liittyviin erilaisiin tuen ja myös erityisen tuen tarpeisiin. Myös erikieliset ja vaihtoehtoisia kommunikaatiokeinoja käyttävät asiakkaat on tunnistettava palvelutarpeissa sekä henkilöstön osaamisen kehittämisessä.

Palveluasumisen sekä laitoshoidon tulee hoidon ja huolenpidon lisäksi sisältää myös mahdollisuuksia osallistua toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään toimintaan sekä sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja osallisuuteen, joilla tuetaan asiakkaan mielekästä elämää ja sosiaalista hyvinvointia.

Esityksessä käytettäisiin termiä henkilöstömitoitus, jonka sisältö täsmentyisi määrittelemällä mitoituksessa huomioitavat ammattiryhmät. Mitoituksen pohjaksi otettaisiin voimassa olevan vuonna 2017 sosiaali- ja terveysministeriön yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa julkaiseman laatusuosituksen 2017-2019 mukaisesti välittömään asiakastyöhön osallistuminen eli henkilöstömitoitukseen laskettaisiin mukaan välittömään asiakastyöhön osallistuvat työntekijät, joita ovat sairaan- ja terveydenhoitajat, geronomit, fysio- ja toimintaterapeutit, kuntoutuksen ohjaajat, lähi- ja perushoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat, sosionomi AMK:t, kotiaavustajat ja kodinhoitajat, hoiva-avustajat, hoitoapulaiset, viriketoiminnan ohjaajat ja muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat työntekijät sekä toimintayksiköiden vastuhenkilöt, kuten osastonhoitajat.

Palveluasumisen ja laitoshoidon yksiköissä työskentelee myös terapiahenkilöstöä, fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja, jotka voivat toimia useissa toimipisteissä tai eri yksiköissä. Tällöin heidät sisällytettäisiin henkilöstömitoitukseen työpanostaan vastaavalla osuudella. Jos esimerkiksi kokoaikainen työntekijä työskentelee toimintayksikössä 20 prosenttia työajastaan, hänen mitoitukseen laskettava työpanoksensa yksikössä olisi 0,2. Mitoitukseen lasketaan mukaan yksikön asiakkaille kohdennettu välitön asiakastyö, vaikka sen suorittaisi esimerkiksi kunnan kuntoutus- tai kotiutustiimi tai ostopalveluna hankittu palvelun tuottaja.

Toimintayksikön henkilöstörakennetta ja –mitoitusta suunniteltaessa olisi varmistettava turvallisen lääkehoidon toteutuminen kaikkina vuorokauden aikoina yksikön lääkehoitosuunnitelman mukaisesti Turvallinen lääkehoito –opasta noudattaen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on 2016 päivittänyt sosiaali- ja terveysministeriön 2005 julkaiseman [Turvallinen lääkehoito -oppaan](#).

Lääkehoidon toteuttamisesta määräysten mukaisesti huolehtivat yleensä terveydenhuollon ammattihenkilöt (esimerkiksi sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, lähihoitaja) sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä silloin, kun potilas itse ei pysty itse huolehtimaan oman lääkehoidonsa toteuttamisesta tai tarvitsee siinä apua.

Toimintayksiköissä, joissa lääkehoidon toteuttaminen on jokapäiväistä, työnantajan on huolehdittava siitä, että jokaisessa työvuorossa on riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä toteuttamaan lääkehoitoa. Yksiköissä, joissa lääkehoidon toteuttaminen ei ole jatkuvaa, voidaan muuta henkilökuntaa kouluttaa toteuttamaan pienimuotoisesti lääkehoitoa silloinkin, kun heillä ei ole terveydenhuollon koulutusta tai heidän ammatilliseen koulutukseensa ei ole sisällynyt lääkehoidon opintoja. Ilman lääkehoidon koulutusta ei voi osallistua lääkehoidon tehtäviin ja toteuttamiseen.

Mitoitusta edellä mainittujen henkilöstöryhmien osalta arvioitaisiin seuraavin rajauksin:

- toimintayksiköiden vastuuhenkilöt siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön;
- fysio- ja toimintaterapeutit sillä osuudella, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön toimintayksikössä; eivät voi olla yksin työvuorossa;
- hoiva-avustajakoulutuksen saaneet eivät voi olla yksin työvuorossa;
- hoitoapulaiset siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön; eivät voi olla yksin työvuorossa;
- viriketoiminnan ohjaajat ja muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat ammattilaiset siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön toimintayksikössä; eivät voi olla yksin työvuorossa;
- opiskelijat koulutusmuodosta riippumatta voidaan laskea mukaan mitoitukseen, kun he ovat työsopimussuhteessa toimintayksikköön ja kun heillä on opintojen kautta hankittu riittävä osaaminen suhteessa tutkinnon perusteisiin, ammattihenkilölainsäädännön edellyttämään osaamiseen sekä työpaikan osaamistarpeisiin. Työnantaja varmistaa riittävän osaamisen.

Ammatillista tutkinnoista, tutkintojen mitoituserusteista ja laajuuksista, tutkinnon osien mitoituserusteista ja tutkintojen muodostumisesta on säädetty laissa ammatillisesta koulutuksesta (531/2017) sekä valtioneuvoston asetuksessa ammatillisesta koulutuksesta (673/2017). Ammatillisessa koulutuksessa jokaiselle opiskelijalle laaditaan henkilökohtainen osaamisen kehittämissuunnitelma. Tutkinnon osien suorittamisessa ei ole mitään tiettyä järjestystä, joitakin tutkinnonperusteita koskevia määräyksiä lukuun ottamatta, joten myöskään osaamispisteet eivät suoraan kerro mitä opiskelija osaa, ilman, että arvioidaan mistä tutkinnonosista osaaminen on kertynyt. Ammatillisessa koulutuksessa ei ole enää määreenä koulutusaika, vaan koulutus pohjautuu yksilölliseen suunnitelmaan. Osaaminen voidaan osoittaa näytöissä heti, kun tutkinnon perusteiden mukainen osaaminen tutkinnon osissa on saavutettu.

Valvonta- ja lupahallinnossa lähtökohtana on ollut, että lähihoitajaopiskelija voidaan laskea mitoitukseen, kun kaksi kolmasosaa opinnoista on suoritettu. Sosiaali- ja terveysalan opiskelija voi toimia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä, kun opinnoista on suoritettu kaksi kolmasosaa. Opiskelijan opintojen suorittamisen muodolla ei ole tässä merkitystä (oppisopimus vs. normaali koulumuotoinen opiskelu). Valvontahavaintojen perusteella 40 osaamispisteen suorittaneiden osaaminen riittäisi hoiva-avustajan tehtäviin.

Työnantajan yleisenä velvollisuutena on huolehtia siitä, että työntekijöiden osaaminen vastaa työn vaatimuksia ja että toimintayksikössä työskentelevien työntekijäryhmien työnjako vastaa asiakkaiden ja toiminnan tarpeita.

Mitoitusta laskettaessa välitön asiakastyö ja hoiva koostuisi asiakkaan perustarpeisiin vastaavasta jokapäiväisen elämän tuesta. Siihen sisältyisi päivittäisissä toiminnoissa avustaminen kuten ruokailu, peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen ja wc-käynnit. Välitöntä työtä olisivat hoitoon, huolenpitoon ja kuntoutukseen liittyvät tehtävät sekä näitä välittömästi mahdollistavat tehtävät sekä toimintakykyä ja kuntoutumista edistävät ja ylläpitävät tehtävät. Myös päivittäisestä kirjaamisesta, palvelutarpeen arvioinnista sekä hoito- ja palvelusuunnitelman päivityksistä kertyisi välitöntä asiakastyötä.

Asiakkaan hyvinvointia tulisi tukea laajasti. Tämä tarkoittaisi muun muassa asiakkaan asuinympäristön viihtyvyydestä huolehtimista sekä liikkumisen, ulkoilun ja sosiaalisten suhteiden tukemista sekä sosiaalisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpitämistä mukaan lukien yhteistyö omaisten ja läheisten sekä edunvalvojan kanssa. Näitä tehtäviä ovat muun muassa ruoan tarjoaminen ja yksittäisten asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin vastaamiseksi lämmitettävät yksittäiset ateriat sekä yllättävissä tilanteissa tehtävä siistiminen ja muu asiakkaan elinympäristön viihtyvyydestä huolehtiminen sekä yksikön ulkopuoliset aktiviteetit.

Välillistä työtä ei laskettaisi henkilöstömitoitukseen. Tämä olisi muutos nykyiseen laskentamalliin, jossa välittömään asiakastyöhön osallistuvat sairaan- ja terveydenhoitajat, geronomit, lähi- ja perushoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat ja sosionomi AMK:t ja hoiva-avustajat lasketaan mitoitukseen koko työaikansa osalta. Tilanteissa, joissa näiden työntekijöiden työhön sisältyisi edellä kuvattua välillistä työtä, sitä ei jatkossa otettaisi huomioon mitoituksessa. Jos kuitenkin toimintayksikössä säännönmukaisesti sisällytettäisiin edellä mainittujen työntekijöiden työhön myös välillistä työtä, sen osuus määriteltäisiin tehtävänkuvassa ja siltä osin työaikaa ei laskettaisi henkilöstömitoitukseen.

Välillisiä palveluja varten palvelun tuottajan olisi varattava riittävä erillinen resurssi joko käyttämällä omaa työvoimaa tai hankkimalla se ostopalveluna. Näin ohjattaisiin mitoitukseen laskettavan henkilöstön osaaminen asiakastyöhön ja muihin siihen olennaisesti ja kiinteästi liittyviin tehtäviin, mikä varmistaa asiakas- ja potilasturvallisuutta. Yksiköiden erilaisesta asiakasrakteesta, tiloista ja muista olosuhteista johtuen kategorista mitoitusvaatimusta tukipalvelutyölle ei kirjattaisi lainsäädäntöön. Tukipalveluja voitaisiin toteuttaa eri tavoin, esimerkiksi ostopalveluina ja myös erilaisia teknologisia ratkaisuja hyödyntäen.

Välillistä työtä olisi yksikön asiakkaiden huoneiden ja yhteisten tilojen päivittäinen, viikoittainen ja kuukausittainen siivous, pyykki- ja kiinteistöhuolto sekä ruoan valmistus ja sen laajamittainen lämmitys esimerkiksi silloin, kun iltavuorossa vastataan koko yksikön asukkaiden ruokien lämmityksestä. Silloin siitä vastaisi pääsääntöisesti tukipalveluhenkilöstö tai jos se säännönmukaisesti kuuluisi hoitohenkilökunnan työhön, se määriteltäisiin tehtävänkuvassa eikä sitä laskettaisi mitoitukseen. Myös yksikön vastuuhenkilön esimies- ja hallinnollinen työ olisi välillistä työtä kuten nykyäänkin.

Määrittelemällä välitön asiakastyö ja välilliset tukipalvelut ja erottamalla ne toisistaan varmistettaisiin riittävä resurssi ja osaaminen asiakkaiden välittömiin tarpeisiin vastaamiseen, kuten lääkehuollon toteuttamiseen laadukkaasti ja asiakkaiden asianmukaisesta ravitsemuksesta huolehtimiseen ja virikkeelliseen elämään toimintayksikössä. Samalla turvattaisiin riittävä resurssi ja osaaminen välillisten tukipalvelujen toteuttamiseen siten, että esimerkiksi hygieniataso ja ravinnon laatu vastaavat asiakkaiden tarpeita. Tavoitteena kuitenkin olisi, että työt toimintayksiköissä hoidetaan joustavasti ja asiakaslähtöisesti. Mitoituksen toimeenpano edellyttää koko yksikön työprosessien sekä työnjaon ennakointia ja suunnittelua tavalla, jolla varmistetaan niin mitoituksen toteutuminen kuin riittävät välilliset tukipalvelut ympäri vuorokauden. Esimerkiksi toimintatapoja kehittämällä voidaan varmistaa, että henkilöstön työajasta mahdollisimman suuri

osa kohdentuu välittömään asiakastyöhön. Mitoituksen tarkoitus ei olisi estää tarkoituksenmukaista yksikkökohtaista työnjakoa ja sen kehittämistä ammattioikeuksien puitteissa, vaan osaltaan ohjata kohdentamaan osaamista asiakasturvallisuutta varmistavalla tavalla.

Toiminnan asiakaslähtöisyyden ja turvallisuuden varmistamiseksi asiakkaiden tilannekohtaisiin kiireellisiin tarpeisiin olisi vastattava siitä huolimatta, lukeutuuko tehtävä pääsäännön mukaan välittömään vai välilliseen työhön. Mitoitukseen kirjattua työnjakoa ei tulisi soveltaa mekaanisesti niin, että se vaikeuttaa toimintaa yksikössä.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) saatujen syksyn 2018 RAI-tietoihin perustuvien suuntaa antavien lukujen mukaan iäkkäiden tehostetun palveluasumisen asiakkaista (n=22 942) 74 prosentilla oli dementiadiagnosi. Henkilön kognitiota mittaavaan CPS-mittarin avulla arvioituna asukkaista 5 prosentilla kognitio oli normaali, 24 prosentilla lievä ja 35 prosentilla keskivaikea kognition häiriö. Asukkaista 36 prosentilla kognition häiriö oli keskivaikeaa vaikeampi. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä psyykkisiä toimintoja. Päivittäisiltä perustoinnoiltaan 6 prosentilla arvioituista asiakkaista oli luokiteltu normaaleiksi ja 24 prosentilla oli lievää avun tarvetta. Keskivaikeaa apua eli ainakin yhden henkilön apua päivittäisissä toiminnoissa tarvitsi 24 prosenttia arvioituista ja 46 prosenttia tarvitsi suurempaa kuin keskivaikeaa apua Käytännössä nämä henkilöt tarvitsevat yhden tai kahden henkilön apua päivittäisissä toiminnoissa. Päivittäisiin perustoimintoihin kuuluvat mm. syöminen, liikkuminen ja wc-käynnit.

Edellä olevien tietojen valossa suuri osa asiakkaista voi monin tavoin osallistua tavanomaisiin jokapäiväisen elämän toimiin ja tekemiseen, jota toimintayksikössä tulisi olla tarjolla. Palveluasumisessa ihmiset asuvat omilla koteillaan vuokrasuhteen nojalla ja elämisen myös tehostetun palveluasumisen yksikössä tulee olla kodinomaista ja henkilön omia valintoja ja toimintaa tukevaa. Siihen tulee sosiaalihuoltolain 21 §:n mukaisesti sisältyä toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää toimintaa sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä toimintoja. Tämä edellyttää monialaista henkilöstöä, jotta voidaan vastata myös edellä kuvattuihin tarpeisiin hoidon ja hoivan lisäksi.

Valvontaviranomaiset arvioivat yksityisten palveluntuottajien riittävää henkilöstömitoitusta toimilupamenettelyssään. Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 4 §:n 2 momentin mukaan henkilöstön lukumäärän tulee olla riittävä palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden lukumäärään nähden.

Valviran ja aluehallintovirastojen laatiman taulukkomuotoisen arviointityövälineen laatimisessa on hyödynnetty erilaisten toimintakykymittareiden tuottamaa tietoa, joka on suhteutettu toimintayksikköjen hoito- ja hoivahenkilöstön määrään ja mitoitukseen. Taulukon mukaan suurimpaan osaan ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä hoidettavien asiakkaiden palvelutarpeista voidaan vastata 0,7 henkilöstömitoituksella. Joskus kuitenkin voi olla tilanteita, joissa yksikön kokonaispalvelutarve edellyttää 0,7 mitoituksen yllättävää henkilöstömitoitusta. Näin voi olla esimerkiksi tilanteissa, joissa suurella osalla yksikön asiakkaista on samanaikaisesti vaativia palvelutarpeita. Tällöin tilannetta arvioidaan koko yksikön palvelutarpeet huomioiden. Vaativille ja vaikeita käytösoireita omaaville asiakkaille suunnatuissa yksiköissä mitoitustarve voi pysyvästi olla korkeampi kuin 0,7. Tällaisia yksiköitä on lukumääräisesti vähän.

Ehdotetun 4 momentin mukaan toteutunut henkilöstömitoitustarve laskettaisiin THL:n määrittämien yhtenäisen laskentakaavan mukaisesti. THL seuraisi henkilöstömitoituksen toteutumista Vanhuspalvelujen tila -tutkimuksella.

Seurantatiedonkeruussa toimintayksiköt ilmoittaisivat toimintaansa varten suunniteltujen vakanssien määrän, suunnitellun vakanssiryhmien välittömän hoitotyön osuuden ja suunnitellun asiakaspaikkojen määrän sekä yksikössä toteutuneet kokonaistyötunnit ja toteutuneet asiakaspaikat kolmen viikon seuranta-ajalta. Tiedot kerätään aina päiväkohtaisesti, jolloin ne ovat myös valvontaviranomaisten käytettävissä. Asiakkaiden tarpeen mukainen mitoitus pitäisi aina toteutua sellaisen palvelutason mukaisena, jota 20 §:n 1 momentissa edellytetään. THL laskisi yksikön henkilöstömitoituksen toteutuneiden työtuntien ja asiakasmäärän mukaan. Vuonna 2018 valtakunnallisessa seurannassa henkilöstömitoitusta laskettiin 1 617 ympärivuorokautisen hoidon toimintayksikölle. Lakiuudistuksen tavoitteena on huomioida yksiköittäin vaihteleva asiakasrakenne riittävää henkilöstömitoitusta arvioitaessa, joten mitoitusta laskettaisiin toiminnallisille yksiköille. Toiminnallisella yksiköllä on yhteiset toimitilat, oma työvuorosuunnittelu ja se toimii tavallisimmin yhden esimiehen alaisuudessa.

Henkilöstömitoituksen laskennassa huomioitaisiin välitön asiakastyö. THL käyttäisi mitoituksen laskennassa työntekijän laskennallisena viikkotuntimääränä 38.25 tuntia kaikissa henkilöstöryhmissä sekä julkisen että yksityisen sektorin toimijoilla.

Toimintayksikön asiakasrakenne määrittäisi sen, milloin yksikköön sovelletaan 0,7 korkeampaa henkilöstömitoitusta. Mitoitustarvetta arvioitaisiin RAI järjestelmän RUG-mittarilla. Asiakasrakennetta arvioidaan tällöin kokonaisuutena, jossa asiakkaat jaetaan kolmeen ryhmään: kevyt-hoitoihin, normaalihoitoihin ja raskashoitoihin. Jos yksikössä on enemmän raskashoitaisia kuin kevyt-hoitaisia asiakkaita, katsotaan, paljonko näiden ero on. Mikäli ero on yli 10 prosenttiyksikköä, niin yksikössä tarvitaan yli 0,7 mitoitusta. Esimerkiksi, jos kevyt-hoitaisia on 25 prosenttia asiakkaista ja raskashoitaisia 30 prosenttia asiakkaista, näiden erotus on 5 prosenttiyksikköä, joten yksikössä ei tarvita yli 0,7 henkilöstömitoitusta. Tarvittava lisämitoitus arvioitaisiin asiakkaiden vanhuspalvelulain 15 §:n mukaisesti tehtävän palvelutarpeiden selvittämisen ja arvioinnin perusteella.

Asiakasryhmien hoitoisuus määritellään nykyäänkin RUG luokituksen perusteella. Raskashoitaiset asiakkaat kuuluvat RUG-luokkiin ”monialainen kuntoutus”, ”erittäin vaativa hoito” ja ”vaativa hoito”. Näitä asiakkaita oli 10 prosenttia kaikista asiakkaista vuonna 2018. Vastaavasti osalla asiakkaista on keskivertoa kevyempi hoidon tarve. Kevyt-hoitaisia ovat hyvin arkitoimintoista suoriutuvat asiakkaat RUG-luokissa ”kognitiivisten toimintojen heikentyminen”, ”käytöshäiriöt” tai ”heikentynyt fyysinen toimintakyky”. Näitä kevyen avun tarpeen asiakkaita oli 25 prosenttia kaikista asiakkaista vuonna 2018. Loput asiakkaista kuuluvat normaalihoitoihin. Vuonna 2018 heitä oli 65 prosenttia kaikista asiakkaista.

Vuoden 2018 asiakasrakenteella arvioituna noin 10 prosenttia kaikista ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä olisi tarvinnut asiakasrakenteen perusteella suuremman mitoituksen kuin 0,7.

Liite. Asiakasrakenteen kuvaus RUG-mittarin mukaisesti.

PÄÄLUOKAT	HOIDOLLISET ERITYISVAATIMUKSET	MILLAISIA ASIAKKAITA LUOKKAAN KUULUU Osuus asiakaista, %
1. Monialainen kuntoutus Special Rehabilitation	Osaavaa kuntoutushenkilöstöä	Tietty määrä kuntoutusta (fysio-, toiminta-, puheterapia) viime päivien aikana (1,5 %)
2. Erittäin vaativa hoito Extensive Services	Sairaanhoidollista erityisosaamista, lääketieteellinen tuki	Vaativat erityishoidot (suonensisäinen lääkitys, imu, ventilaattori ym.) ja kohtalaisesti heikentynyt arkisuoriutuminen (1,2 %)
3. Erityishoito Special Care	Sairaanhoidollista erityisosaamista, lääketieteellinen tuki	Erityishoidot (keuhkokuume, sädehoito, kirurgisia haavoja ym.) ja kohtalaisesti heikentynyt arkisuoriutuminen (7,3 %)
4. Kliinisesti monimuotoinen Clinically Complex	Sairaanhoidollista erityisosaamista, lääketieteellinen tuki	Tajuton, palovammoja, dialyysi, verensiirrot, happihoito, jalan infektio, kuiva, septikemia tms. (13,3 %)
5. Kognitiivisten toimintojen heikentyminen Impaired Cognition	Erityisosaamista muistisairaiden hoidosta	Heikentynyt päätöksentekokyky, lähimuisti ja ymmärretyksi tuleminen ja jonkin verran heikentynyt arkisuoriutuminen (26,5 %)
6. Käytöshäiriöt Behaviour Problems	Erityisosaamista käytöshäiriöisten hoidosta	Käytösoireita (vaeltelu, harhaisuus, aggressiot ym.) ja jonkin verran heikentynyt arkisuoriutuminen (4,3 %)
7. Heikentynyt fyysinen toimintakyky Reduced Physical Functions	Hyvä perushoito + apuvälineet + teknologia, muistiosaaminen	Pääongelmana merkittävä heikentyminen arkisuoriutumisessa (ml. vaikeat muistioireet) (46,0 %)

Valvontaviranomaisen ennakkolisessa valvonnassa edellytetään, että toimintayksikössä on riittävä määrä sairaanhoitajia yksikön kokoon ja asiakkaiden palvelujen tarpeeseen nähden. Yksiköllä olisi näin ollen aina oltava käytettävissä sairaanhoitajan työpanosta. Käytännössä lupaviranomaiset eivät nykyäänkään myönnä lupaa yksikölle, jos henkilöstöön ei sisälly riittävää sairaanhoitajan työpanosta.

Nykyisen laatusuosituksen mukaan asiakkaiden hyvinvoinnin ja turvallisuuden lisäämiseksi sekä henkilöstön työajan uudelleen kohdentamiseksi tai korvaamiseksi tulisi hyödyntää robotisaation ja muun teknologian mahdollisuuksia nykyistä laajemmin. Hyödyntämisen kautta saadaan vaikutettua asiakkaiden toimintakyvyn, palvelutarpeen ja hoitoisuuden sekä henkilöstömitoituksen väliseen suhteeseen. Teknologian kehitystä on tapahtunut liittyen muun muassa lääkehoidon turvallisuuteen (esimerkiksi lääkkeiden koneellinen annosjakelu), kirjaamisen automatisaatioon sekä erilaisiin aktiivisiin ja passiivisiin hälytysjärjestelmiin (esimerkiksi turvarannekkeet, liiketunnistimet sekä kulunvalvonta). Teknologian hyödyistä henkilöstömitoituksessa ei ole vielä tutkittua tietoa. Tämä kehitys ja siten teknologian hyödyntäminen otettaisiin jatkossa huomioon henkilöstömitoituksen määrittelyä edelleen kehittämisessä, kun näyttöä tästä kertyy.

Esityksessä 20 §:ään ehdotetaan lisättäväksi *uusi 4 momentti*, jossa säädettäisiin väliaikaisesta poikkeuksesta ehdotetun 2 momentin mukaisen henkilöstön 0,7 vähimmäismitoituksen soveltamiseen. Säännöksen mukaan toteutunut henkilöstömitoitus pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksikössä voisi voimaantulosäännöksessä säädettävänä siirtymäaikana alittaa 0,7 mitoituksen asiakasta kohti sillä edellytyksellä, että toimintayksikössä annettava hoito ja huolenpito vastaa siellä palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelutarvetta sekä turvaa heille laadukkaat palvelut siten kuin pykälän 1 momentissa säädetään. Tällöinkin henkilöstömitoituksen tulisi olla kuitenkin oltava vähintään 0,5 työntekijää asiakasta kohti.

Toimintayksikön tulisi ensisijaisesti omavalvonnan keinoin varmistaa henkilöstön määrä, osaaminen ja rakenne sellaisena kuin pykälän 1 momentti edellyttää. Omavalvonnan avulla olisi mahdollista kehittää ja seurata palvelujen laatua toimintayksiköiden päivittäisessä asiakastyössä. Tämä tapahtuisi muun muassa siten, että henkilökunta arvioi jatkuvasti omaa toimintaansa, kuulee asiakkaita ja omaisia laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyvissä asioissa sekä ottaa asiakaspalautteen huomioon toiminnan kehittämisessä. Tällöin asiakkaan palveluissa esiintyvät epäkohdat ja palvelun onnistumisen kannalta epävarmat ja riskiä aiheuttavat tilanteet voitaisiin osana toteutettavaa riskinhallintaa tunnistaa, ehkäistä ja korjata nopeasti. Valvontaviranomaiset arvioisivat säännöksessä tarkoitettua toimintayksikön toiminnan laatua ja henkilöstömitoituksen riittävyttä tarvittaessa valvonta- ja lupamenettelyssään.

Arvioitaessa toimintayksikön riittävää henkilöstömitoitusta olisi otettava huomioon, että 1 momentin mukainen hoito ja huolenpito voi edellyttää myös 0,7 korkeampaa mitoitusta.

Nykyinen 20 §:n 2 momentti siirtyisi 5 momentiksi.

2 Voimaantulo

Laki ehdotetaan tulemaan voimaan 1 päivänä elokuuta 2020.

Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointimittariston käyttöä koskevaa 15 §:n 4 momenttia sekä henkilöstön 0,7 vähimmäismitoitusta koskevaa 20 §:n 2 momenttia sovellettaisiin 1.4.2023 alkaen. Siirtymäaika mahdollistaisi RAI-järjestelmän käyttöönoton edellyttämät toimet ja kuntien sekä palveluntuottajien valmistautuminen mittariston käyttöönottoon. Henkilöstömitoituksen

osalta siirtymäaika tukisi mitoituksen nostamisesta aiheutuvan lisähenkilöstön rekryointitarpeeseen varautumista hallitusti sekä mahdollistaisi kunnille ja palveluntuottajille tarvittavan henkilöstön saamisen.

Ehdotettu henkilöstön vähimmäismitoituksesta poikkeamisen mahdollistava 20 §:n 4 momentti olisi voimassa 31.3.2023 saakka. Tämän jälkeen henkilöstömitoituksen olisi iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä oltava vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohti.

3 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys

3.1 Yleistä

Lakiehdotuksella muutettaisiin vanhuspalvelulakia lisäämällä siihen säännökset iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden ja toimintakyvyn selvittämisessä ja arvioinnissa käytettävästä yhtenäisestä seuranta- ja arviointimittaristosta sekä iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisessa tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa noudatettavasta henkilöstömitoituksesta ja mitoitukseen laskettavasta henkilöstöstä Palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arviointi- ja seurantamittaristo liittyy kiinteästi henkilöstön vähimmäismitoitusta koskevaan säännökseen.

Ehdotetun lain tarkoituksena on turvata iäkkäiden henkilöiden oikeutta välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sekä laadultaan hyviin sosiaali- ja terveystalouteihin pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon palveluissa. Tarkoituksena on vahvistaa iäkkäiden henkilöiden oikeutta palveluihin, jotka mahdollistavat heille arvokkaan ja mielekkään elämän myös silloin, kun he tarvitsevat runsaasti hoitoa ja huolenpitoa. Tämä toteutuu esityksen kautta siten, että iäkkäiden pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon vaadittavasta henkilöstömitoituksesta säädetään velvoittavasti. Tavoitteena on parantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta varmistamalla riittävä hoidosta ja huolenpidosta vastaava henkilöstö.

Esityksen tavoitteena on myös parantaa iäkkäiden henkilöiden palveluja koskevaa tietopohjaa hoidon paremman suunnittelun, seurannan, arvioinnin ja kehittämiseksi sekä työn tuloksellisuuden seuraamiseksi. Yhteinen koko maassa käytössä oleva arviointi- ja suunnitteluväline mahdollistaa palvelutarpeiden yhtenäisen ja kokonaisvaltaisen arvioinnin sekä vertailukelpoisen tiedon saamisen tietoa iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeista ja palveluista. Samalla vahvistetaan asiakkaiden yhdenvertaisuutta palveluissa.

Laissa toimijoille säädetyt velvoitteet vähimmäismitoituksesta ja yhtenäisen arviointi- ja seurantamittariston käytöstä helpottavat, selkeyttävät ja yhdenmukaistavat iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisten palvelujen valvontaa.

Ehdotuksessa säädettäisiin kunnalle uusia velvoitteita. Vanhuspalvelulain 15 §:ään ehdotetulla säännöksellä kunnat velvoitettaisiin ottamaan iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden selvittämisessä käyttöön yhtenäinen arviointi- ja seurantamittaristo, joka olisi THL:n kehittämä ja hallinnoima RAI-mittaristo. Ehdotus valtakunnallisesti yhtenäisestä hoidon tarpeen arvioinnista on tarkoitettu turvaamaan yli 0,7 mitoitus sellaisissa iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä, joissa asiakkaiden hoidon tarve sitä edellyttää. Velvoite koskisi myös yksityisiä palveluntuottajia, joilta kunta ostaa iäkkäiden henkilöiden palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksista annetun lain 4 §:n 3 momentin mukaan näiden palvelujen on oltava laadultaan samaa tasoa kuin kunnan omat palvelut. Palveluja tuottavassa toimintayksikössä arvioidaan asiakkaan palvelutarpeita ja toimintakyvyn sekä niissä tapahtuvia

muutoksia osana hoidon ja huolenpidon toteutusta. Vanhuspalvelulain 4 luvun säännökset koskevat sekä julkisia että yksityisiä palvelutuottajia muun muassa palvelujen laadun, henkilöstön, johtamisen ja toimitilojen osalta.

Ehdotuksen mukaan vanhuspalvelulain henkilöstöä koskevaan 20 §:ään lisättäisiin säännökset iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksiköissä noudatettavasta henkilöstön vähimmäismitoituksesta sekä mitoitukseen laskettavasta henkilöstöstä. Säännös täsmentää vanhuspalvelulain 20 §:n 1 momenttia, jonka mukaan toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävärakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden lukumäärää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut. Henkilöstömitoitusta koskevaa säännöstä sovellettaisiin siirtymäajan jälkeen, jotta kunnille voidaan varata riittävät taloudelliset resurssit tehtävään sekä huolehtia tarvittavan merkittävän lisähenkilöstön saatavuudesta. Samalla nykyisin iäkkäiden palvelujen laatusuosituksessa olevan vähimmäismitoitusta koskeva suositus 0,5 tulisi velvoittavaksi korkeamman mitoituksen soveltamisen siirtymäajaksi.

3.2 Ehdotuksen kannalta keskeiset perusoikeudet

Ehdotetulla sääntelyllä on useita yhtymäkohtia Suomen perustuslakiin. Ehdotetuilla muutoksilla toteutetaan perustuslain 6 §:ssä säädettyä yhdenvertaisuutta, 19 §:n 1 momentissa säädettyä oikeutta välttämättömään huolenpitoon ja 3 momentissa julkiselle vallalle säädettyä velvollisuutta edistää väestön terveyttä ja turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä 22 §:ssä julkiselle vallalle säädettyä velvollisuutta turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Lakiehdotus liittyy myös perustuslain 7 §:ssä säädettyyn henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta koskevaan sääntelyyn ja perustuslain 10 §:ssä säädettyyn yksityiselämän suojaan. Ehdotuksessa on otettu huomioon perustuslain 17 §:ssä turvattu oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin. Mainitut säännökset ovat merkityksellisiä, kun arvioidaan, millaisilla palveluilla iäkkään henkilön edellä mainituissa säännöksissä tarkoitettut perusoikeudet voidaan turvata.

Lakiehdotuksiin sisältyvillä säännöksillä on lain säätämisyjärjestyksen kannalta merkitystä myös suhteessa kunnalliseen itsehallintoon, josta on säädetty perustuslain 121 §:ssä. Mainitun säännöksen 2 momentin mukaan kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Kunnalliseen itsehallintoon kuuluu muun muassa kunnan oikeus päättää taloudestaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta itsehallinnon on katsottu pitävän sisällään myös laajan oikeuden päättää palvelujen toteuttamistavasta.

Yhdenvertaisuus

Perustuslain 6 § sisältää sekä vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta että ajatuksen tosiasiallisesta tasa-arvosta (PeVM 25/1994 vp, s. 7). Perustuslain 6 §:n 1 momentin yleisen yhdenvertaisuuslausekkeen mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Saman pykälän 2 momentin syrjintäkiellon mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Yleisellä yhdenvertaisuuslausekkeella ilmaistaan yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa koskeva pääperiaate. Siihen sisältyy mielivallan kieltö ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa (HE 309/1993 vp, s. 42). Yleinen yhdenvertaisuuslauseke kohdistuu myös lainsäätäjään. Lailla ei voida mielivaltaisesti asettaa ihmisiä tai ihmisryhmiä toisia edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan. Lausekkeella ei kuitenkaan edellytetä kaikkien ihmisten kaikissa

suhteissa samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia. Yhdenvertaisuusnäkökohdilla on merkitystä sekä myönnettäessä lailla etuja ja oikeuksia että asetettaessa velvollisuuksia. Toisaalta lainsäädännölle on ominaista, että siinä kohdellaan tietyn hyväksyttävän yhteiskunnallisen intressin vuoksi ihmisiä eri tavoin muun muassa tosiasiallisen tasarvon edistämiseksi (HE 309/1993 vp, s. 42-43, PeVL 38/2006 vp, s. 2). Perustuslakivaliokunta on vakiintuneesti todennut, ettei yleisestä yhdenvertaisuusperiaatteesta johdu tiukkoja rajoja lainsäätäjän harkinnalle pyrittäessä kulloisenkin yhteiskuntakehityksen vaatimaan sääntelyyn (mm. PeVL 11/2012 vp, s. 2, PeVL 2/2011 vp, s. 2). Keskeistä on, voidaanko kulloisetkin erotelut perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla (mm. PeVL 46/2006 vp, s. 2, PeVL 16/2006 vp s. 2). Valiokunta on eri yhteyksissä johtanut perustuslain yhdenvertaisuussäännöksistä vaatimuksen, että erottelut eivät saa olla mielivaltaisia eivätkä ne saa muodostua kohtuuttomiksi (PeVL 11/2012 vp, s. 2, PeVL 37/2010 vp, s. 3).

Lakiehdotuksen keskeisenä lähtökohtana on toteuttaa yhdenvertaisuutta iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa, jotta voidaan varmistaa yksilöllisen toimintakyvyn mukaiset, iäkkään henkilön tarpeeseen vastaavat palvelut. Ehdotus arvioinnissa käytävästä yhtenäisestä arviointivälineestä liittyy myös sen varmistamiseen, että iäkkäälle henkilölle voidaan turvata oikeus välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveystalveluihin sekä muiden edellä mainittujen perusoikeuksien turvaamiseen varmistamalla lakisäänteisellä henkilöstön vähimmäismitoituksella riittävä henkilöstö ja osaaminen pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon palveluissa.

Ehdotettua sääntelyä henkilöstön vähimmäismitoituksesta on arvioitava perustuslain 6 §:n turvaaman yhdenvertaisuuden kannalta suhteessa muita palveluja, etenkin kotihoidon palveluja, käytäviin iäkkäisiin henkilöihin sekä suhteessa muihin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin, joilla on vastaavia pitkäaikaisen avun ja tuen tarpeita, kuten vammaisiin henkilöihin. Arvioinnin kohteena on se, onko ehdotetulle sääntelylle olemassa perustuslain 6 §:n 2 momentin edellyttämä hyväksyttävä peruste. Olennaista on, voidaanko erottelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla (HE 309/1993 vp, s. 44/I, PeVL 14/2006 vp, s. 2/I, PeVL 25/2006 vp, s. 2/I).

Suhteessa kotihoidon henkilöstöä koskevaan vähimmäismitoituksen sääntelyyn on valittu soveltamisala arvioitu kiireellisimmäksi saattaa lakisäänteisen mitoituksen piiriin. Tähän ovat olleet keskeisenä syynä merkittävät ja lukuisat asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantaneet epäkohdat ja puutteet erityisesti tehostetussa palveluasumisessa. Kotihoidon henkilöstön riittävyyttä ja vahvemman säädöspohjan tarvetta arvioidaan vanhuspalvelulain uudistuksen meneillään olevassa jatkovalmistelussa. Esityksen tarkoituksena ei ole asettaa tehostettua palveluasumista erityisasemaan iäkkäiden henkilöiden palvelujen valikossa suhteessa kotihoitoon tai muihin palvelujen järjestämistapoihin. Kunta päättää aina palvelujen järjestämistavan perustuen palvelutarpeiden selvittämiseen ja arviointiin ja sen pohjalta tehtyyn asiakassuunnitelmaan.

Arvioitaessa ehdotetun sääntelyn yhdenvertaisuutta suhteessa muihin vastaavanlaisia ympärivuorokautisia palveluja tarvitseviin ryhmiin, kuten esimerkiksi vammaisiin henkilöihin, on otettava huomioon useita seikkoja. Iäkkäiden henkilöiden palvelukokonaisuus on merkittävästi erilainen suhteessa vammaisiin henkilöihin. Vammaisten henkilöiden palvelujen kokonaisuus koostuu tyypillisesti useista eri palveluista ja tukitoimista myös ryhmämuotoisissa palveluissa. Suhteessa iäkkäisiin henkilöihin nykyinen vammaisten henkilöiden palveluja koskeva erityislainsäädäntö turvaa subjektiivisena oikeutena vaikeavammaiselle henkilölle muun muassa päivätoimintaa, kuljetuspalveluja ja henkilökohtaista apua vähintään 30 tuntia kuukaudessa. Iäkkäiden henkilöiden tehostettu palveluasuminen kohdentuu käytännössä pääosin toimintayksikössä toteutettaviin hoidon ja huolenpidon elementteihin. Jotta palveluun saadaan sisältymään myös sosiaalista toimintakykyä ja hyvinvointia tukevia elementtejä, tarvitaan riittävä henkilöstö

välittömään asiakastyöhön. Vammaiset henkilöt myös muodostavat keskenään heterogeenisemmän ryhmän kuin iäkkäät henkilöt. Keskeisenä tavoitteena vammaispalveluissa on vahvistaa henkilön omia valintoja muun muassa asumisessa ja myös vaativaa ja monialaista tukea tarvitsevat vammaiset henkilöt asuvat itsenäisesti palvelujen turvin.

Toisaalta mitoitukset ovat vaikeasti vammaisten henkilöiden asumispalveluissa perinteisesti olleet korkeampia kuin 0,7, joten vastaavanlainen sääntely saattaisi olla vammaisten henkilöiden kohdalla tarpeeton ja joissakin tapauksissa se voisi heikentää nykyistä tilannetta.

Sääntelyn perustuslain mukaisuuden arvioinnissa on lisäksi otettava huomioon esityksellä nyt iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon palveluihin kohdennettava mittava taloudellinen panostus iäkkäiden henkilöiden palvelujen laadun ja sitä kautta iäkkäiden henkilöiden perusoikeuksien parantamiseksi. Koska taloudellisen kestävyuden ja henkilöstön saatavuuden näkökulmasta kaikkia tarvittavia uudistuksia ei voida toteuttaa samanaikaisesti, on perusteltua toteuttaa ensi vaiheessa niihin asiakasryhmiin kohdentuvat uudistukset, joiden tilanne on kriittisin.

Ehdotettu sääntely ei hallituksen näkemyksen mukaan ole ristiriidassa perustuslain yhdenvertaisuussäännöksen kanssa.

Oikeus sosiaaliturvaan

Sääntelyllä on läheisimmät perusoikeuskytkennät perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momenttiin. Pykälän 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Välttämättömällä huolenpidolla säännöksessä tarkoitetaan sen esitöiden mukaan muun ohella palveluja, joilla turvataan ihmisarvoisen elämän edellytykset, ja siihen sisältyy vanhusten huoltoon kuuluvat tukitoimet (HE 309/1993 vp, s. 69/II). Julkisen vallan on perustuslain 19 §:n 3 momentin perusteella turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain säännöksellä ei määritellä näiden palvelujen järjestämistapaa, vaan sillä veloitetaan julkinen valta turvaamaan palvelujen saatavuus (HE 309/1993 vp, s. 71/I, ks. myös esim. PeVL 20/2004 vp, s. 2/II).

Palvelujen järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat välillisesti myös muut perusoikeudet, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto tai oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana edellä mainitun hallituksen esityksen mukaan pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 309/1993 vp, s. 71/II, ks. myös esim. PeVL 20/2004 vp, s. 2/II ja PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Lauseke lailla toteutettavasta tarkemmasta sääntelystä jättää lainsäätäjälle liikkumavaraa oikeuksien sääntelyssä ja viittaa siihen, että perusoikeuden täsmällinen sisältö määräytyy perusoikeussäännöksen ja tavallisen lainsäädännön muodostaman kokonaisuuden pohjalta (PeVM 25/1994 vp, s. 5-6).

Ehdotukseen sisältyvillä säännöksillä vahvistettaisiin iäkkään henkilön perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momentissa tarkoitettuja oikeuksia.

Oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen

Perustuslain 7 §:n 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Julkisen vallan on itse pidättäydyttävä loukkaamasta näitä oikeuksia, mutta sen on myös luotava olosuhteet, joissa kyseiset perusoikeudet nauttivat suojaa yksityisiä loukkauksia vastaan.

Yksilön oikeus elämään on perusoikeuksista tärkein. Säännös kattaa tietyissä tilanteissa myös erityisvelvollisuuden suojan antamiseen ja kytkeytyy erityisen läheisesti 19 §:n 1 momentissa turvattuun oikeuteen välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Henkilökohtainen vapaus on luonteeltaan yleisperusoikeus, joka suojaa ihmisen fyysisen vapauden ohella hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen antaa suojaa henkilöön käyviä tarkastuksia ja pakolla toteutettavia lääketieteellisiä tai vastaavia toimenpiteitä vastaan.

Oikeudella henkilökohtaiseen koskemattomuuteen on läheinen yhteys perustuslain 10 §:ssä turvattuun yksityiselämän suojaan. Ruumiillisen koskemattomuuden lisäksi henkilökohtaisen koskemattomuuden suojan piiriin kuuluu myös merkittävä puuttuminen yksilön henkiseen koskemattomuuteen silloinkin, kun tällaista puuttumista ei voida katsoa samassa pykälässä kielletyksi ihmisarvon vastaiseksi kohteluksi. Perusoikeuksia koskevan hallituksen esityksen (HE 309/1993 vp) perustelujen mukaan henkilökohtaisen koskemattomuuden asema perusoikeutena asettaa siihen puuttumiselle korkean kynnyksen. Rajoitusten tulee perustua lakiin ja täyttää tulkintakäytännössä täsmentyvät hyväksyttävyy- ja välttämättömyysvaatimukset. Perustuslakivaliokunta on käytännössään katsonut itsemääräämisoikeuden kiinnittyvän useisiin perusoikeuksiin, erityisesti perustuslain 7 §:n säännöksiin henkilökohtaisesta vapaudesta ja koskemattomuudesta sekä perustuslain 10 §:n säännöksiin yksityiselämän suojasta. Perustuslailla suojatun yksityiselämän piiriin kuuluu muun muassa yksilön oikeus määrätä itsestään ja ruumiistaan (ks. esim. PeVL 15/2015 vp, s. 3 ja PeVL 12/2016 vp, s. 2, PeVL 10/2012 vp, s. 2/II ja PeVL 24/2010 vp, s. 3/I).

Perustuslain 7 §:n 2 momentin sisältämä ehdottomaan muotoon kirjoitettu ihmisarvoa loukkaavan kohtelun kielto koskee sekä fyysisistä että henkistä kohtelua. Se on tarkoitettu kattamaan kaikki julmat, epäinhimilliset tai halventavat rangaistuksen tai muun kohtelun muodot.

Ehdotetuista säännöksistä etenkin ehdotetut 20 §:n 2 ja 3 momentti sekä väliaikaisesti sovellettavaksi tarkoitettu 4 momentti toteuttavat oikeutta elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Henkilöstön riittävyys on yhteydessä myös kattavasti ja asianmukaisesti arvioituun palvelutarpeen selvittämiseen ja sitä kautta laadukkaisiin palveluihin, joissa otetaan huomioon myös iäkkään henkilön henkilökohtaisen turvallisuuden ja koskemattomuuden sekä itsemääräämisoikeuden toteutuminen.

Yksityiselämän suoja

Perustuslain 10 §:ssä säädetään yksityiselämän suojasta. Säännöksen mukaan jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu. Perusoikeusuudistusta koskevan hallituksen esityksen perustelujen mukaan pykälän 1 momentissa säännellyn yksityiselämän suojan lähtökohtana on, että yksilöllä on oikeus elää omaa elämänsä ilman viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen mielivastaista tai aiheetonta puuttumista hänen yksityiselämäänsä. Yksityiselämään kuuluu muun muassa yksilön oikeus vapaasti solmia ja ylläpitää suhteita muihin ihmisiin ja ympäristöön sekä oikeus määrätä itsestään ja ruumiistaan. Yksityiselämä, kunnia ja kotirauha eivät kaikissa tilanteissa ole täysin toisistaan erotettavissa. Perustelujen mukaan yksityiselämä käsitteenä voidaan ymmärtää henkilön yksityistä piiriä koskevaksi yleiskäsitteeksi.

Riittävä henkilöstöresurssi suojaa kuvattuja oikeuksia vaarantavilta ja loukkaavilta toimilta. Lakiehdotus liittyy myös yksityiselämän suojan toteutumiseen iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon palveluissa.

Julkisen vallan velvoite turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen

Perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle säädetään velvoite turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Ehdotus toteuttaa mainittua velvoitetta, sillä sen keskeisenä lähtökohtana ja tavoitteena on turvata iäkkäiden henkilöiden välttämätön huolenpito sekä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää yhdenvertaisuutta palvelujen saamisessa palvelutarvetta vastaavasti. Julkinen valta eli valtio osoittaa iäkkäiden henkilöiden perus- ja ihmisoikeuksien turvaamiseen merkittävän taloudellisen panostuksen kunnille. Ehdotuksella turvataan erityisesti perustuslain 6 §:ssä säädettyä yhdenvertaisuutta, 7 §:n säännöstä oikeudesta elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen, 10 §:n säännöstä yksityiselämän suojasta sekä 19 §:n säännöstä sosiaaliturvasta.

Ehdotukset liittyvät perustuslain 80 §:ään, jonka mukaan yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista on säädettävä lailla.

Kunnallinen itsehallinto

Laissa säädetään kunnille merkittäviä uusia ja laajenevia tehtäviä. Niistä on säädettävä perustuslain 121 §:n 2 momentin mukaan lailla. Kunnan asukkaiden itsehallintoon kuuluu, että kunnan tulee voida itse päättää tehtävistä, joita se itsehallintonsa nojalla ottaa hoidettavakseen, ja että muuten kunnalle voidaan antaa tehtäviä vain lailla. Olennaista on, ettei kunnille voida antaa uusia tehtäviä lakia alemmanasteisilla säädöksillä (HE 1/1998 vp, s. 176/I). Perustuslakivaliokunta on vakiintuneessa käytännössään korostanut, että kuntien tehtävistä säädettäessä on samalla huolehdittava siitä, että kunnilla on tosiasialliset edellytykset suoriutua velvoitteissaan (esim. PeVL 12/2011 vp, s. 2/I ja siinä mainitut lausunnot). Hallituksen esityksen perusteluissa käsitellään varsin tarkoin esityksen taloudellisia vaikutuksia ja niiden korvaamista kunnille. Koska kyseessä henkilöstömitoituksen sääntelyn osalta olisi kunnille uusi tehtävä, korvattaisiin kustannukset niille kokonaan.

Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotus voidaan käsitellä tavallisen lain säätämisyjärjestyksessä. Esitys ei hallituksen mielestä esitys loukkaa kunnallista itsehallintoa siten, että se rajoitaisi kuntalaisille kuuluvaa oikeutta päättää kunnan taloudesta ja sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Hallitus pitää kuitenkin perustuslakivaliokunnan lausunnon pyytämistä tarkoituksenmukaisena, koska esitykseen sisältyy perusoikeuksien toteutumisen kannalta merkityksellisiä seikkoja.

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraava lakiehdotus:

Laki

ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain 15 ja 20 §:n muuttamisesta sekä 20 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012) 15 §:ään uusi 4 momentti ja 20 §:ään uusi 2 ja 3 momentti sekä väliaikaisesti uusi 4 momentti, jolloin nykyinen 2 momentti siirtyy 5 momentiksi, seuraavasti:

15 §

Palvelutarpeiden selvittäminen

Ikääkään henkilön palvelutarpeiden, toimintakyvyn ja hoitoisuuden selvittämisessä ja arvioinnissa on käytettävä kansallisen arviointi- ja seurantamittaristona InterRAI –arviointijärjestelmää, joka tuottaa yhdenmukaista ja vertailukelpoista tietoa palvelujen laadun arviointia ja suunnittelua sekä kansallista vertailua varten.

20 §

Henkilöstö

Toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävärakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut.

Toteutuneen henkilöstömitoituksen pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksikössä on oltava vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohti.

Henkilöstömitoitukseen lasketaan mukaan välittömään asiakastyöhön osallistuva henkilöstö, jolla turvataan ikääkään henkilön palvelut sosiaalihuoltolain 21 §:n 4 ja 5 momentin sekä 22 §:n 2 momentin mukaisesti. Mitoitus lasketaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittämän laskukaavan mukaisesti.

Poiketen siitä, mitä 2 momentissa säädetään, toteutunut henkilöstömitoitus 2 momentissa tarkoitetuissa toimintayksiköissä voi alittaa 0,7 mitoituksen asiakasta kohti edellyttäen, että toimintayksikössä annettava hoito ja huolenpito vastaa yksikössä olevien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelutarvetta sekä turvaa heille laadukkaat palvelut 1 momentin mukaisesti. Mitoituksen on kuitenkin oltava vähintään 0,5 työntekijää asiakasta kohti.

Jos toimintayksikön tiloissa hoidettavana olevan ikääkään henkilön toimintakyky on alentunut siten, että hän tarvitsee huolenpitoa vuorokaudenajasta riippumatta, toimintayksikössä on oltava riittävästi henkilökuntaa kaikkina vuorokauden aikoina.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .
Lain 15 §:n 4 momenttia ja 20 §:n 2 momenttia on sovellettava viimeistään 1 päivästä huhti-
kuuta 2023.
Lain 20 §:n 4 momentti on voimassa 31 päivään maaliskuuta 2023 saakka.

Helsingissä päivänä kuuta 20

Pääministeri

Antti Rinne

Perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru

Laki

ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain 15 ja 20 §:n muuttamisesta sekä 20 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

lisätään ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012) 15 §:ään uusi 4 momentti ja 20 §:ään uusi 2 ja 3 momentti sekä väliaikaisesti uusi 4 momentti, jolloin nykyinen 2 momentti siirtyy 5 momentiksi, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

15 §

15 §

Palvelutarpeiden selvittäminen

Palvelutarpeiden selvittäminen

Kunta vastaa siitä, että iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. Palvelutarpeiden selvittämisestä vastaa iäkkään henkilön tarpeiden kannalta tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain (817/2015) 3 §:ssä tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu ammattihenkilö, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta. Palvelutarpeiden selvittämisestä vastaavan työntekijän on toimittava iäkkään henkilön tarpeita vastaavasti yhteistyössä muiden tämän lain 10 §:ssä tarkoitettujen asiantuntijoiden kanssa.

Selvittäminen on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun:

1) iäkäs henkilö on hakeutunut sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36 §:ssä tarkoitettuun palvelutarpeen arviointiin;

2) iäkäs henkilö on tehnyt kunnalle sosiaalipalveluja koskevan hakemuksen saadakseen sosiaalipalveluja toimintakykynsä tukemiseksi tai suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista;

3) 12 §:ssä tarkoitetun toiminnan yhteydessä on yhdessä iäkkään henkilön kanssa arvioitu, että hän tarvitsee säännöllisesti apua toimintakykynsä tukemiseksi tai suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista;

4) iäkkään henkilön palveluntarpeesta on tehty 25 §:ssä tarkoitettu ilmoitus, ja selvittäminen on iäkkään henkilön taikka hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan mielestä tarpeen sen johdosta; taikka

5) kunnan järjestämiä sosiaalipalveluja säännöllisesti saavan iäkkään henkilön olosuhteissa tapahtuu olennaisia muutoksia.

Palveluntarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät.

*Iäkkään henkilön palvelutarpeiden, toimintakyvyn ja hoitoisuuden selvittämisessä ja arvioinnissa on käytettävä kansallisena arviointi- ja seurantamittaristona InterRAI –arviointijärjestelmää, joka tuottaa yhdenmu-
kaista ja vertailukelpoista tietoa palvelujen laadun arviointia ja suunnittelua sekä kansallista vertailua varten.*

Henkilöstö

Toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut.

Jos toimintayksikön tiloissa hoidettavana olevan iäkkään henkilön toimintakyky on alentunut siten, että hän tarvitsee huolenpitoa vuorokaudenajasta riippumatta, toimintayksikössä on oltava riittävästi henkilöstöä kaikkina vuorokauden aikoina.

Henkilöstö

Toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut.

Toteutuneen henkilöstömitoituksen pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksikössä on oltava vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohti.

Henkilöstömitoitukseen lasketaan mukaan välittömään asiakastyöhön osallistuva henkilöstö, jolla turvataan iäkkään henkilön palvelut sosiaalihuoltolain 21 §:n 4 ja 5 momentin sekä 22 §:n 2 momentin mukaisesti. Mitoitus lasketaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittämän laskukaavan mukaisesti.

Poiketen siitä, mitä 2 momentissa säädetään, toteutunut henkilöstömitoitus 2 momentissa tarkoitetuissa toimintayksiköissä voi alittaa 0,7 mitoituksen asiakasta kohti edellyttäen, että toimintayksikössä annettava hoito ja huolenpito vastaa yksikössä olevien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelutarvetta sekä turvaa heille laadukkaat palvelut 1 momentin mukaisesti. Mitoituksen on kuitenkin oltava vähintään 0,5 työntekijää asiakasta kohti.

Jos toimintayksikön tiloissa hoidettavana olevan iäkkään henkilön toimintakyky on alentunut siten, että hän tarvitsee huolenpitoa vuorokaudenajasta riippumatta, toimintayksikössä on oltava riittävästi henkilökuntaa kaikkina vuorokauden aikoina.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta
20 .

Voimassa oleva laki

Ehdotus

Lain 15 §:n 4 momenttia ja 20 §:n 2 momenttia on sovellettava viimeistään 1 päivästä huhtikuuta 2023.

Lain 20 §:n 4 momentti on voimassa 31 päivään maaliskuuta 2023 saakka.
