

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista annetun lain muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄSIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista annettua lakia. Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi iäkkään henkilön palvelutarpeen selvittämisessä ja arvioinnissa käytettävästä yhtenäisestä kansallisesta arviointi- ja seurantajärjestelmästä. Lisäksi esityksessä ehdotetaan säädettäväksi iäkkäiden henkilöiden tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksiköissä noudatettavasta henkilöstömitoituksesta ja siinä huomioon otettavasta välitöntä asiakastyötä tekevästä henkilöstöstä.

Esitys liittyy valtion vuoden 2020 I lisätalousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

Laki on tarkoitettu tulemaan voimaan 1 päivänä elokuuta 2020. Henkilöstömitoituksen osalta mahdollistetaan tietyin edellytyksin siirtymäaika.

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 Sanna Marinin hallitusohjelman kirjaukset.....	6
2 NYKYTILA	7
2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö.....	7
2.1.1 Perustuslain säännökset.....	7
2.1.2 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.....	8
2.1.3 Sosiaalihuoltolaki.....	9
2.1.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä palvelun tuottamista koskeva lainsäädäntö.....	11
2.1.5 Asiakkaan ja potilaan oikeudet	13
2.1.6 Asiakastietojen hallintaa koskeva lainsäädäntö	13
2.1.7 Laatusuosituksset.....	14
2.1.8 Vanhuspalvelulain ja laatusuositusten toimeenpanon seuranta.....	18
2.1.9 Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta	19
Valvonnan keinot	19
Kuntien valvonta	21
Palveluntuottajan ja kunnan omavalvonta.....	22
2.2 Iäkkäiden palvelujen asiakkaat ja henkilöstö sekä arviointimenetelmät.....	23
2.2.1 Ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon asiakkaat ja henkilöstö	23
2.2.2 Palvelutarpeen, toimintakyvyn ja hoitoisuuden arviointimenetelmiä	25
2.3 Kansainvälinen kehitys ja ulkomaiden ja EU-lainsäädäntö	27
2.3.1 Ihmisoikeussopimukset ja muut vastaavat kansainväliset velvoitteet.....	27
2.3.2 Yhdistyneet kansakunnat	27
2.3.3 Euroopan neuvosto.....	29
2.3.4 Euroopan unioni.....	30
2.3.5 Pohjoismaiden ja eräiden muiden maiden lainsäädäntö.....	30
2.4 Nykytilan arvio	34
2.4.1 Palvelutarpeiden selvittäminen ja arviointi	34
2.4.2 Palvelujen laatu ja henkilöstön riittävyys.....	36
2.4.3 Valvonta.....	37
2.4.4 Asiakkaiden kokema hoidon laatu	39
3 ESITYKSEN TAVOITTEET JA EHDOTETUT MUUTOKSET.....	39
3.1 Tavoitteet	39
3.2 Toteuttamisvaihtoehdot.....	40
3.2.1 Palvelutarpeiden arviointi- ja seurantajärjestelmä	40
3.2.2 Riittävän ja osaavan henkilöstön varmistaminen	41
3.3 Ehdotetut muutokset	43
3.4 Uudistuksen toimeenpanon tuki sekä seuranta	44
4 ESITYKSEN VAIKUTUKSET.....	45

HE 4/2020 vp

4.1	Taloudelliset vaikutukset	45
4.1.1	Vaikutukset kuntien ja valtion kustannuksiin	45
4.1.2	Uudistuksen rahoitus	60
4.1.3	Työllisyysvaikutukset	61
4.1.4	Vaikutus tuottavuuteen	70
4.1.5	Yritysvaikutukset	71
4.1.6	Vaikutukset kotitalouksien taloudelliseen asemaan	73
4.1.7	Vaikutukset verotukseen	73
4.2	Vaikutukset viranomaisten toimintaan	73
4.2.1	Vaikutukset kuntien toimintaan	73
4.2.2	Vaikutukset valvontaan	74
4.3	Ympäristövaikutukset	75
4.4	Muut yhteiskunnalliset vaikutukset	75
4.4.1	Vaikutukset asiakkaisiin	75
4.4.2	Vaikutukset omaisiin	77
4.4.3	Vaikutukset henkilöstön työhyvinvointiin	78
4.4.4	Vaikutukset muiden palvelujen saatavuuteen	79
4.4.5	Vaikutukset sukupuolten tasa-arvoon	79
4.4.6	Vaikutukset kielellisiin oikeuksiin	80
4.4.7	Yhteenveto riskeistä	81
4.4.8	Yhteenveto työvoiman lisäyksen väylistä	82
5	ASIAN VALMISTELU	82
5.1	Valmisteluvaiheet ja -aineisto	82
5.2	Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen	83
6	RIIPPUVUUS MUISTA ESITYKSISTÄ	87
	YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT	88
1	LAKIEHDOTUKSEN PERUSTELUT	88
2	VOIMAANTULO	98
3	SUHDE PERUSTUSLAKIIN JA SÄÄTÄMISJÄRJESTYS	100
3.1	Esityksen sisältö ja tavoitteet	100
3.2	Ehdotuksen kannalta keskeiset perusoikeudet	102
3.3	Kunnallinen itsehallinto	106
3.4	Säätelytason valinta	106
	LAKIEHDOTUS	108
	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta	108

YLEISPERUSTELUT

1 Johdanto

1.1 Iäkkäiden palvelujen toteuttamisen lähtökohdat

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat keskeinen osa iäkkäiden henkilöiden perusoikeuksien ja hyvinvoinnin toteuttamista. Palveluilla turvataan iäkkäiden henkilöiden oikeutta välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä toteutetaan iäkkäiden henkilöiden yhdenvertaisuutta ja osallisuutta yhteiskunnassa.

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, mielekkääseen tekemiseen, kuten elinikäiseen oppimiseen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon sekä niitä tukevia toimivia liikenneratkaisuja.

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 omanlaisiaan hyvää elämää omista yhteisöissään sekä toteuttaa omia valintojaan. Tarvittavat palvelut on ensisijaisesti toteutettava siten, että ne tukevat iäkkään henkilön 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 tosiasiallisesti 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 kevään 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 käyttämään myös sopimussakkoa palvelujen tuottajaan.

Tarkastuksissa useassa toimintayksikössä havaittiin edelleen vakavia asiakasturvallisuutta vaarantavia epäkohtia. Havaitut puutteet liittyivät muun muassa henkilöstön vähyyteen 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 mitoituksenvaativuuden 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. Valtiovarain-

valiokunta 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 terveystalvet. 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 ihmis-oikeuksien 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 joulukuun loppuun 2019 asti kestäväälle toimikaudelle. Työryhmän tavoitteena on turvata iäkkäille henkilöille laadukkaat, yhdenvertaiset ja kustannus-tehokkaat talvet, 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 terveystalvet 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 Sanna Marinin hallitusohjelman kirjaukset

Pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelma sisältää kohdassa Ikäystävällisyyden edistäminen useita kirjauksia väestön ikääntymiseen ja sen tuomaan yhteiskunnalliseen muutokseen varautumiseksi. Kirjaukset ovat vastaavat kuin kesällä 2019 nimetyn pääministeri Antti Rinteen hallitusohjelmassa. Tavoitteena on, että terveiden elinvuosien määrä lisääntyy, toimintakyky parane ja talvet toimivat oikea-aikaisesti ja tehokkaasti. Keinoina hallitusohjelman tavoitteiden toteutumiseksi ovat hyvinvoinnin ja toimintakyvyn vahvistamiseen liittyvät toimet kuten poik-kihallinnollisen ikäohjelman laatiminen sekä palvelujen parantaminen muun muassa lainsäädännön päivittämisellä sekä vanhuspalvelujen laadun ja vaikuttavuuden lisäämisellä ja vanhusasiavaltuutetun viran perustamisella. Myös kielellisten oikeuksien turvaaminen kaikissa ikäihmisten palveluissa nostetaan esiin osana hallitusohjelmaan sisältyvää läpileikkaavaa kielellisten oikeuksien huomioon ottamista. 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 tuki-palvelujen osalta. Hallitusohjelman mukaan henkilöstömäärän lisäys toteutetaan asteittain käynnistämällä tavoitteellinen kehittämisohjelma, jotta rahoituksella voidaan saada aikaan uskottava ja vanhusten riittävän hoivan turvaava mitoitus.

Pääministeri Antti Rinteen hallitus täsmensi kesällä 2019 hallitusohjelman kirjausta siten, että iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistaminen toteutetaan kahdessa osassa niin, että palvelutarpeen arvioinnissa käytettävää yhtenäistä kansallista toimintakyvyn arviointi- ja seuranta-mittaristoa sekä henkilöstömitoitusta koskevat uudistukset valmistellaan nopealla aikataululla syksyn 2019 aikana. Perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru täsmensi elokuun lopussa 2019 iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamistyöryhmän toimeksiantoa ja kokoonpanoa. Uuden asettamispäätöksen mukaan työryhmän on muiden tehtäviensä lisäksi arvioitava henkilöstömitoituksen nostamista vähintään 0,7 ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä sekä siihen liittyen työnjaon selkiyttämistä. Mitoitusta ja siihen liittyviä tekijöitä koskevan hallituksen esityksen valmistelemista varten asetettiin mitoitussjaosto, jonka tehtäväksi annettiin vuoden 2019 syyskuun loppuun mennessä tehdä ehdotus hallituksen esitykseksi henkilöstömitoituksesta ja yhtenäisestä toimintakyvyn arvioinnissa käytettävästä mittaristosta.

Iäkkäiden palvelujen uudistamisen työryhmän työtä jatketaan keväällä 2020. Muut työryhmän toimeksiantoon sisältyvät kokonaisuudet valmistellaan työryhmän antamien ehdotusten pohjalta.

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

2 Nykytila

2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö

2.1.1 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 terveystaloudet sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, sekä edistämään väestön terveyttä.

Muut perustuslain säännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla sosiaali- ja terveystalouden 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. Sivistyksellisten ja kielellisten oikeuksien turvaamisen kannalta keskeinen säännös on perustuslain 17 §, jossa säädetään oikeudesta omaan kieleen ja kulttuuriin. Pykälän 1 momentin mukaan Suomen kansalliskielet ovat suomi ja ruotsi. Pykälän 2 momentin mukaan jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä, turvataan lailla. Julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivi-

tyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan. Pykälän 3 momentin mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana sekä romaneilla ja muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamelaisten oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa säädetään lailla. Viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla.

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.

2.1.2 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista

Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista annettu laki (980/2012, jäljempänä *vanhuspalvelulaki*) 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 terveystalvveluja sekä vahvistaa hänen mahdollisuuttaan vaikuttaa hänelle järjestettävien palvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan.

Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuspalvelulaissa 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 on myös määritelty toimintakyvön käsite. Käsite esiintyy lain 4 luvussa, jossa säädetään palvelujen laadun varmistamisesta. Toimintakyksikkö voi olla julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämä. Määritelmässä tarkoitettu toiminnallinen kokonaisuus, jossa tuotetaan sosiaali- ja terveystalvveluja pääasiassa iäkkäille henkilöille kattaa sekä palveluntuottajan hallitsemisssa tiloissa annettavat palvelut kuten asumispalvelut ja laitoshoidon että asiakkaan kotiin tuotavat palvelut kuten kotihoidon palvelut ja kotisairaanhoidon palveluja.

Laissa asetetaan kunnalle velvollisuuksia huolehtia ikääntyneen väestönsä hyvinvoinnin tukemisen ja iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveystalvvelujen saannin edellytyksistä. Kunnan käytettävissä on oltava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä iäkkäiden tarvitsemien sosiaali- ja terveystalvvelujen laadukasta järjestämistä varten riittävästi monipuolista asiantuntemusta.

Palvelujen kielestä säädetään vanhuspalvelulain 8 §:ssä. Oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjat suomen tai ruotsin kielellä sekä oikeudesta tulkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilaissa (423/2003). Saamen kielilaissa (1086/2003) säädetään saamenkielisen henkilön oikeudesta käyttää omaa kieltään. Viittomakielilaissa (359/2015) säädetään viranomaisen edistämisvelvollisuudesta suhteessa suomenkieliseen ja suomenruotsalaiseen viittomakieleen. Kansaneläkelaitoksen velvollisuudesta

järjestää tulkkauspalvelua kuulo- ja kuulonäkövammaisille sekä puhevammaisille henkilöille säädetään vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta annetussa laissa (133/2010). Tulkkauspalvelulaki turvaa tulkkauspalvelun sen piiriin kuuluville tilanteissa, joissa henkilö ei saa riittävä ja hänelle sopivaa tulkkausta muun lain nojalla. Jos on kysymys asiasta, joka voi tulla viireille viranomaisenaloitteesta, on tulkitsemisesta ja kääntämisestä huolehdittava siten kuin hallintolain (434/2003) 26§:ssä säädetään.

Vanhuspalvelulaisissa määritellään iäkkään henkilön palveluntarpeisiin vastaamisessa noudatettavat yleiset periaatteet sekä pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamisen periaatteet. Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen 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 palveluntarvetta. Hoito ja huolenpito toteutetaan ensisijaisesti iäkkään henkilön kotona. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa pitkäaikaisena laitoshoitona vain lääketieteellisin perustein tai asiakas- tai potilasturvallisuuteen liittyvillä perusteilla.

Laissa säädetään iäkkään henkilön palveluntarpeiden 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 (1301/2014) ja terveydenhuoltolain (1326/2010) nojalla.

Palvelujen laadun varmistamisesta säädetään vanhuspalvelulain 4 luvussa. Säännökset koskevat sekä julkisten 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 tehtäväjärjestyksen on vastattava yksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää sekä heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja palveluja on oltava saatavilla asiakkaiden tarpeen sitä edellyttäessä kaikkina vuorokauden aikoina. Henkilöstö on mitoitettava niin, että iäkkään henkilön laadukkaat palvelut tulevat turvatuiksi.

2.1.3 Sosiaalihuoltolaki

Sosiaalihuollon palveluissa yleislakina sovellettava sosiaalihuoltolaki 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 omatoimisuuden 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 keskeisiä palveluja iäkkäille henkilöille ovat muun muassa kotihoito, kotipalvelu sekä iäkkäille suunnatut kuntouttavat palvelut ja asumispalvelut. Sosiaalihuoltolain mukaista palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon 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 mukaisien 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 tarvittaessa myös muilta hallinnonaloilta, erityisesti terveydenhuollosta. Tämä tarkoittaa muun muassa tilanteita, joissa iäkkään henkilön tuen tarve vaatii normaalia enemmän panostusta ja aikaa esimerkiksi etenevän muistisairaudesta. 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 (559/1994, jäljempänä terveydenhuollon ammattihenkilölaki) 2 §:ssä tarkoitettu ammattihenkilö, kun se on asiakkaan palvelukokonaisuuden kannalta perusteltua.

Sosiaalihuoltolain 45 §:ssä olevat päätöksentekoa ja toimeenpanoa koskevat säännökset ovat yhtenevät vanhuspalvelulain 18 §:n kanssa. Sosiaalihuoltolain 45 §:n 2 momentin säännös siitä, että päätös on aina toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireilletulosta, on otettava huomioon myös iäkkäiden henkilöiden palvelujen osalta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästymiselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

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 itsenäisinä 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.

2.1.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä palvelun tuottamista koskeva lainsäädäntö

Sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain (817/2015, jäljempänä sosiaalihuollon ammattihenkilölaki) tarkoituksena on edistää asiakasturvallisuutta sekä sosiaalihuollon asiakkaan oikeutta laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon 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 ainoita työntekijöitä työvuorossa.

Terveydenhuoltolain 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 ammattihenkilölain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat lain nojalla ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö) saaneet ja henkilöt, joilla mainitun lain nojalla on oikeus käyttää terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa valtioneuvoston asetuksessa (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 vanhushuoltolain 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.

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.

2.1.5 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 sosiaalihuoltoon 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, äidinkielensä ja kulttuuritaustansa on otettava huomioon. Nämä tekijät vaikuttavat myös siihen, minkälaisia henkilöstöryhmiä tarvitaan ja millainen mitoitus palveluissa on riittävä.

2.1.6 Asiakastietojen hallintaa koskeva lainsäädäntö

Laissa sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015, jäljempänä asiakasasiakirjalaki) säädetään asiakastietojen kirjaamisesta ja siihen liittyvistä velvoitteista sosiaalihuollossa. Lain mukaan sosiaalihuollon asiakastyötä tekevien on kirjattava ja tallennettava asiakastiedot asiakasasiakirjoihin yhteneväisesti. Laki koskee sekä julkisia että yksityisiä toimijoita.

Lailta yhtenäistetään sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen tietosisältöjä, laatimista, säilyttämistä ja muuta käsittelyä. Sosiaalihuollon henkilöstöllä on velvollisuus kirjata asiakirjoihin ne tarpeelliset ja riittävät tiedot, joilla turvataan asiakkaan tuki, sosiaalihuollon järjestäminen, suunnittelu, toteutus ja seuranta. Asiakkaasta ei saa kirjata muita kuin palvelutehtävän ja siihen liittyvien lakisääteisten tehtävien kannalta tarpeellisia tietoja. Asiakasasiakirjalain 22 §:n mukaan sosiaalihuollon viranomaisten on talletettava sosiaalihuollon ilmoitusrekisteriin yksityisen henkilön palvelutarpeen selvittämiseksi tehdyt ilmoitukset ja pyynnöt sekä niiden käsittelyä koskevat tiedot. Muut asiakasasiakirjat on tallennettava sosiaalihuollon asiakasrekisteriin. Kaikista henkilörekistereihin tallettavista asiakasasiakirjoista on käytävä ilmi, mihin palvelutehtävään tai palvelutehtäviin se liittyy.

Laissa säädetään lisäksi asiakastietojen kirjaamisesta ja tallentamisesta erityisissä tilanteissa kuten sosiaalihuoltolain mukaisessa monialaisessa yhteistyössä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (jäljempänä THL) antaa tarkemmat määräykset sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen rakenteista ja asiakasasiakirjoihin merkittävistä tiedoista. Lisäksi laissa säädetään sosiaalipalvelujen järjestäjän ja palveluntuottajan vastuista ja velvoitteista asiakastietojen käsittelyssä. Sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen säilytysajat on määritelty lain liitteessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisella henkilöstöllä on oikeus tulevaisuudessa päästä käyttöoikeuksiensa perusteella sähköisesti tallennettuihin asiakastietoihin. *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain* (159/2007, jäljempänä asiakastietolaki) 5 §:n 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen henkilöstön käyttöoikeudet sähköisesti talletettuihin sosiaalihuollon asiakastietoihin on määriteltävä palvelutehtävittäin ja ottaen huomioon kunkin henkilön tehtävät. THL antaa määräykset niistä perusteista, joiden mukaisesti sosiaalihuollon palvelunantajan on määriteltävä käyttöoikeudet sosiaalihuollon asiakastietoihin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annettuun lakiin (668/2008, jäljempänä THL-laki) vuonna 2019 *sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä annetun lain* (552/2019, jäljempänä toisiolaki) säätämisen yhteydessä tehdyt muutokset antavat THL:lle laajan oikeuden kerätä ja käsitellä henkilötietoja lakisääteisiin tehtäviinsä, ei ainoastaan lainsäädännössä määriteltyihin rekistereihinsä. Muutos vähentää tarvetta erillisten rekisteritietojen keräämiseen ja tukee kertakirjaamisen periaatetta eli kun tieto on kerran tallennettuna ja THL:n käytettävissä, sitä voidaan hyödyntää kaikissa THL:n lakisääteisissä tehtävissä. Lisäksi THL-lain muutos luo pohjan myös sosiaalihuollon asiakastietojen henkilötasoiselle keräämiselle ja käytölle samoin perustein kuin potilastietojen. Tämä antaa edellytykset myös sosiaalihuollon laaturekistereille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisille laaturekistereille. Lisäksi se mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen yhteisen tarkastelun, kun myös sosiaalihuollosta pystytään keräämään avopalvelutietoja.

Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/2019, jäljempänä tiedonhallintalaki) tulee voimaan 1.1.2020. Lain 19 §:ssä on säännökset tietojen sähköiseen muotoon muuttamisesta ja saatavuudesta. Jos asiakirja saapuu viranomaiselle muussa kuin sähköisessä muodossa, on se muutettava sähköiseen muotoon, jos asiakirja on säädetty pysyvästi säilytettäväksi taikka lailla tai lain nojalla arkistoitavaksi. Viranomainen vastaa siitä, että sähköiseen muotoon muutetun asiakirjan luotettavuus ja eheys varmistetaan. Säännöstä tulee soveltaa 2 vuoden kuluttua lain voimaantulosta muun muassa sosiaalihuollon asiakirjojen osalta.

Viranomaisen laatimat asiakirjat säilytetään sähköisesti. Sähköiseen muotoon muuttamisesta ja säilyttämisestä voidaan poiketa, jos se on välttämätöntä turvallisuusluokiteltavien asiakirjojen käsittelyä koskevien vaatimusten, muiden tietoturvasääntöjen tai muun asiakirjan luonteeseen liittyvän välttämättömän syyn vuoksi.

2.1.7 Laatusuositukset

Iäkkäiden henkilöiden palvelujen henkilöstön mitoitus 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,

HE 4/2020 vp

- yksikön tarjoamien erilaisten palvelujen, kuten kuntouttavan lyhytaikaishoidon tai päivätoiminnan, vaikutukset,
- ympäristötekijät, kuten toimintayksikön koko, rakenteellinen toimivuus ja turvallisuus (ympärivuorokautinen hoito) ja välimatkat kunnan sisällä (kotihoito),
- asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön koulusrakenne 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 säädetä 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 tassolla. 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 terveyspalvelujen saatavuuteen 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 kestävästä 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 terveyspalveluissa työskentelevän henkilöstön riittävän geriatrisen osaamisen merkitystä, koska iäkkäät henkilöt käyttävät paljon erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluja.

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 oh-

HE 4/2020 vp

jaajat ja kasvattajat, sosionomi AMK:t, kotiavustajat ja kodinhoitajat, hoiva-avustajat, virike-toiminnan ohjaajat ja muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistu-vat ammattilaiset, toimintayksiköiden vastuuhenkilöt, kuten osastonhoitajat, seuraavin rajauk-sin:

- toimintayksiköiden vastuuhenkilöt siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyö-hön;
- 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;
- viriketoinnin ohjaajat ja muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat ammattilaiset siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön toimin-tayksikössä; 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 tar-koituksenmukaista 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.

2.1.8 Vanhuspalvelulain ja laatusuositusten toimeenpanon seuranta

Laatusuosituksen mukaan suositeltu henkilöstön vähimmäismitoitus ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä tarkoittaa toteutunutta mitoitusta, jossa poissaolevien työntekijöiden osuus korvataan sijaisilla. Toteutunutta henkilöstömitoitusta voidaan arvioida esimerkiksi vähintään viikon ajalla toteutuneena työaikana (tunteina), joka laskennallisesti palautetaan henkilöstö/asiakkaat tunnusluvuksi.

THL on seurannut vanhuspalvelulain toimeenpanoa ennen ja jälkeen lain voimaantulon vuosina 2013, 2014, 2016 ja 2018 sekä samalla laatusuositusten toteutumista (Vanhuspalvelujen tilatutkimus). Seuranta on toteutettu erillisrahoituksella. Seuranta on kohdennettu erityisesti henkilöstömitoitukseen. Ympärivuorokautisen 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 seurannan perusteella laskettuna 92 yksikköä (sisältää tehostetun palveluasumisen, vanhainkodit ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon). Henkilöstömitoituksen nostaminen 0,5:een olisi edellyttänyt näihin yksiköihin arvioita 107 työntekijän lisäystä.

Seurantatiedon keruussa toimiyksiköt ilmoittavat toimintaansa varten suunniteltujen vakanssien määrän ammattiryhmittäin, asiakaspaikkojen määrän sekä yksikössä toteutuneet kokonaistyötunnit seurantaviikon ajalta. Seurannassa on kerätty myös ammattiryhmittäin välittömän työajan osuus (prosenttiosuus työajasta). Kokonaistyötunnit ja asiakasmäärät ilmoitetaan tiedonkeruussa vuorokausikohtaisesti.

THL laskee yksikön henkilöstömitoituksen toteutuneiden työtuntien ja asiakasmäärän mukaan. Vuonna 2018 valtakunnallisessa seurannassa henkilöstömitoitus laskettiin 1 617 tehostetun palveluasumisen, vanhainkotihoitoon ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon toimiyksiköille. Mittoitus on laskettu toiminnallisille yksiköille, joilla on yhteiset toimitilat, oma työvuorosuunnittelu ja joka toimii tavallisimmin yhden esimiehen alaisuudessa. Tällaisella toimiyksikkörakenteella seuranta on toteutettu vuodesta 2013 saakka.

Vuonna 2018 mitoitukseen laskettavat ammattiryhmät on kuvattu nykyisessä vuosille 2017-2019 annetussa laatusuosituksessa. Suosituksessa mainitaan, että esimiesten tekemä työaika huomioidaan siltä osin, kun he tekevät välitöntä hoitotyötä. Myös fysio- ja toimintaterapeutit, hoito- ja laitosapulaiset, viriketoiminnan ohjaajat, sosiaali-ohjaajat ja sosiaalikasvattajat sekä geronomit ja sosionomit huomioidaan sillä osuudella, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön. Muut ammattiryhmät otetaan mukaan koko työajalla.

THL on käyttänyt mitoituksen laskemisessa laskennallista viikkotuntimäärää 38.25 jokaisessa seurannassa. Tätä viikkotuntimäärää on käytetty myös vuoden 2018 laskennassa, vaikka vuonna 2017 voimaan tullut kilpailukyky sopimus nosti tuntimäärän 38.75 tuntiin viikossa, koska kilpailukyky sopimuksen on ollut tarkoitus olla määräaikainen. Tätä viikkotuntimäärää on sovellettu sekä julkisen että yksityisen palveluntuottajan yksiköihin ja kaikkiin ammattiryhmiin. Toimintayksikön ilmoittaman välittömän hoitotyön työtunnit seurantaviikolla on laskettu yhteen ja jaettu laskennallisella viikkotuntimäärällä (38.25). Näin saatu laskennallinen hoitotyön henkilöstömäärä on jaettu yksikössä viikon aikana olleiden asiakkaiden määrän keskiarvolla.

2.1.9 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 järjestämisveloitteen 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 tulosoittaa 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.

Koulutukseltaan ja rakenteeltaan monipuolinen ja riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon osaava henkilöstö on keskeinen laatutekijä iäkkäiden henkilöiden tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä. Valvira ja aluehallintovirastot käyttävät toimintayksikköjen henkilöstövoimavarojen arviointiin yhteistä arviointityövälinettä (taulukko toimintakyvyn arvioinnista). Taulukon tehtävänä on toimia viitteellisenä ja suuntaa antavana työvälineenä, kun lupa- ja valvontaviranomaiset arvioivat erityisesti iäkkäiden henkilöiden tehostetun palveluasumisen toimintayksikköjen hoito- ja hoivahenkilöstön riittävyttä. Tämä työväline on yksi apukeino toimintayksiköiden kokonaisvaltaisessa arvioinnissa. Arviointityövälineen käytössä lähtökohtana on se, että iäkkäiden henkilöiden 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.

Pääsääntöisesti valvonnassa ja lupahallinnossa arvioidaan asioita tapauskohtaisesti, mutta joiltakin osin on käytännön kautta muotoutunut usein sovellettuja käytänteitä. Valvonta- ja lupahallinnossa on esimerkiksi lähtökohtana ollut, että lähihoitajaopiskelija voidaan laskea mitoitukseen, kun kaksi kolmasosaa opinnoista on suoritettu. Sosiaali- ja terveystieteiden 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 osaamispuutteen suorittaneiden osaaminen riittäisi hoiva-avustajan tehtäviin.

Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 10 §:n mukaan lupaviranomainen voi liittää lupaan asiakasturvallisuuden varmistamiseksi välttämättömiä ehtoja palvelujen määrästä, henkilöstöstä, tiloista laitteista ja tarvikkeista sekä toimintatavoista, vaikka niistä ei ole lailla nimenomaisesti säädetty. Valvirassa on vakiintuneena lupakäytänteenä riittävänä tukipalvelujen mitoituksena pidetty 0,1 mitoitusta, jonka on katsottu olevan minimivaatimus laadukkaiden, asiakasturvallisten ja asianmukaisten palvelujen varmistamiseksi.

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 laininlyönnin 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 potilasturvallisuus 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 muun muassa 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.

Kuntien valvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon laillisuusvalvontaa suoritetaan valtakunnallisen (sosiaali- ja terveysministeriö, Valvira) ja alueellisen (aluehallintovirastot) tason lisäksi paikallisesti. Paikallisella tasolla sosiaali- ja terveyspalvelujen valvonnasta vastaavana valvontaviranomaisena toimivat kunnat. Kunta ohjaa ja valvoo kaikkia omalla alueellaan toimivia yksityisiä palveluntuottajia ja muissa kunnissa toimivia yksityisiä palveluntuottajia, joilta kunta ostaa palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n nojalla kunnan tai kuntayhtymän hankkiessa palveluja yksityiseltä palvelujen tuottajalta kunnan tai kuntayhtymän on varmistuttava siitä, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Kunnan tehtävänä on myös hyväksyä palvelusetelillä tuotettavien palvelujen tuottajat. Kunnalla on yksinomainen valvontavelvollisuus, kun kunta ostaa toimeksiantosopimuksiin perustuvia palveluja yksityisiltä henkilöiltä, jotka antavat palveluja omassa kodissaan.

Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain nojalla kunnalla on yksityisiä sosiaalipalveluja valvovana viranomaisena lakisääteinen tiedonsaantioikeus tuottajilta. Lain 17 §:n mukaan valvontaviranomainen voi tarkastaa palvelujen tuottajan toiminnan sekä toiminnan järjestämisessä käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat silloin, kun tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Valviran ja aluehallintovirastojen lisäksi myös kunta tai kuntayhtymä voi tehdä yksityiseen toimintayksikköön tarkastuskäynnin. Tarkastuskäynti voidaan tehdä myös ennalta ilmoittamatta. Myös aluehallintovirastot ja Valvira voivat pyytää kunnan toimielintä perustellusta syystä tarkastamaan toimintayksikön.

Kunnalla ei kuitenkaan ole mahdollisuutta käyttää lain mukaisia sanktiokeinoja, vaikka tarkastuksen yhteydessä havaittaisiin puutteita, vaan niitä voivat käyttää vain Valvira ja aluehallintovirastot. Jos kunta havaitsee tarkastuksen yhteydessä puutteita yksityisen palveluntuottajan toiminnassa, sen on ilmoitettava asiasta Valviraan tai aluehallintovirastoon, joka voi käyttää lain mukaisia sanktiokeinoja.

Kunnan ja yksityisen toimijan välisessä suhteessa keskeisessä asemassa on kunnan ja yksityisen toimijan välinen sopimus palvelujen tuottamisesta. Koska kunta vastaa myös ostopalvelusopimuksella tuotettavasta palvelusta kuten omastaan, sopimukseen on otettava muun ohella riittävät määräykset palvelutason seurannasta, sanktioista sekä menettelystä tilanteissa, joissa toiminta ei vastaa kunnan ja lainsäädännön asettamia vaatimuksia ja palvelun laatu ei ole sopi-

muksen mukaista. Lainsäädännön lisäksi osapuolten vastuista ja velvollisuuksista tulee siis sopia myös ostopalvelusopimuksessa, jotta kunnalla on tosiasiallinen mahdollisuus varmistua siitä, että yksityiseltä toimijalta hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, mitä kunnalliselta toiminnalta edellytetään. Kunnan lukuun palveluja tuottavien toimijoiden valvonta on osa kunnan omavalvontaa.

Lainsäädännössä ei ole säännöksiä kunnan roolista sellaisessa tilanteessa, jossa yksityisen palveluntuottajan toiminnassa havaitaan niin vakavia puutteita, että toiminta on keskeytettävä tai lupa peruutettava. Mikäli kyseessä ovat kunnan ostopalveluasiakkaat, kunnalla säilyy järjestämisvelvollisuus heidän palveluistaan ja kunnan on siten viipymättä huolehdittava palvelujen jatkuvuudesta. Tämän lisäksi kunnan alueella oleskelevien kiireellisten palvelujen järjestämisestä on voimassa, mitä siitä erikseen säädetään. Mikäli puhtaasti yksityisiä asiakkaita koskeva toiminta siirtyy toimintayksikön sijaintikunnan hoidettavaksi, se edellyttää kunnan ja yksityisen toimijan välistä sopimista.

Yksityisen sosiaalipalvelujen tuottajan, joka tuottaa muita kuin ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja, on tehtävä kirjallinen ilmoitus toiminnasta sen kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle, jossa palveluja tuotetaan. Ilmoitus on tehtävä ennen toiminnan aloittamista tai olennaista muuttamista. Ilmoitustenvaraisia sosiaalihuollon palveluja ovat muun muassa eri asiakasryhmien kotipalvelu ja muut kuin ympärivuorokautiset asumispalvelut. Rekisteröityvien palvelujen osalta kunta lähettää ilmoituksen aluehallintovirastoon Yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujenantajien rekisteriin (Valveri) vietäväksi. Kotipalvelun tukipalveluja ei rekisteröidä Valveriin.

Palveluntuottajan ja kunnan omavalvonta

Omavalvonta voidaan jäsentää kolmelle tasolle: ammattihenkilöiden henkilökohtainen itseensä kohdentuva omavalvonta, palveluntuottajien 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 puututtava 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.

Sosiaalihuoltolain 47 §:n mukaan 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 toimin-

tayksikön henkilöstöltä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella. Omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatimisesta ja seurannasta voidaan säätää tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Asetusta ei toistaiseksi ole annettu.

Vanhuspalvelulain 23 §:n mukaan suunnitelmaan perustuva omavalvonta on järjestettävä kaikissa vanhuspalveluja tarjoavissa yksiköissä. Suunnitelman toteutumista on seurattava ja palveluja kehitettävä asiakkailta ja heidän omailtaan ja läheisiltään sekä toimintayksikön henkilöstöltä saadun palautteen perusteella. Laissa Valviralle on annettu valtuutus antaa määräykset omavalvonnasta. Valvira on antanut vuonna 2014 määräyksen yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalveluiden omavalvontasuunnitelmasta (Valvira 1/2014). Määräys koskee kaikkia yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa tarkoitettuja yksityisiä sosiaalipalveluja sekä vanhuspalvelulain 2 §:ssä tarkoitettuja kunnan tai yhteistoiminta-alueen ikääntyneille tuottamia sosiaalihuollon palveluja. Määräystä ei sovelleta julkisiin eikä yksityisiin terveydenhuollon palveluihin, joiden omavalvonnasta sekä laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnittelusta on säädetty erikseen.

Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 6 §:n mukaan yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajan on laadittava toiminnan asianmukaisuuden varmistamiseksi omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palvelujen tuottajan sosiaalipalvelut ja mainitun lain 5 §:n 2 momentissa tarkoitettujen palvelukokonaisuudet. Palvelujen tuottajan on pidettävä omavalvontasuunnitelma julkisesti nähtävänä ja seurattava sen toteutumista. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi antaa määräyksiä omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatimisesta ja seurannasta.

2.2 Iäkkäiden palvelujen asiakkaat ja henkilöstö sekä arviointimenetelmät

2.2.1 Ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon asiakkaat ja henkilöstö

THL:n Vanhuspalvelujen tilaa koskevan seurannan mukaan vanhuspalveluissa oli yhteensä 98 900 asiakasta seurantaviikolla toukokuussa 2018. Heistä 56 prosenttia sai palvelunsa kotihoidosta ja 44 prosenttia ympärivuorokautisesta hoidosta. Asiakasmäärät kasvoivat voimakkaasti kotihoidossa. Neljän vuoden aikana kotihoidon asiakasmäärä kasvoi 7 500 asiakkaalla. Ympärivuorokautisessa hoidossa oli seurantaviikolla 43 100 asiakasta. Asiakasmäärä oli laskenut neljän vuoden aikana 3 100 asiakkaalla. Palvelurakennemuutoksen seurauksena vanhainkotihoitoa on korvannut tehostettu palveluasuminen ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoito on vähentynyt.

Ympärivuorokautinen 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.

Taulukko 1. Asiakkaat vanhuspalveluissa 2014, 2016 ja 2018

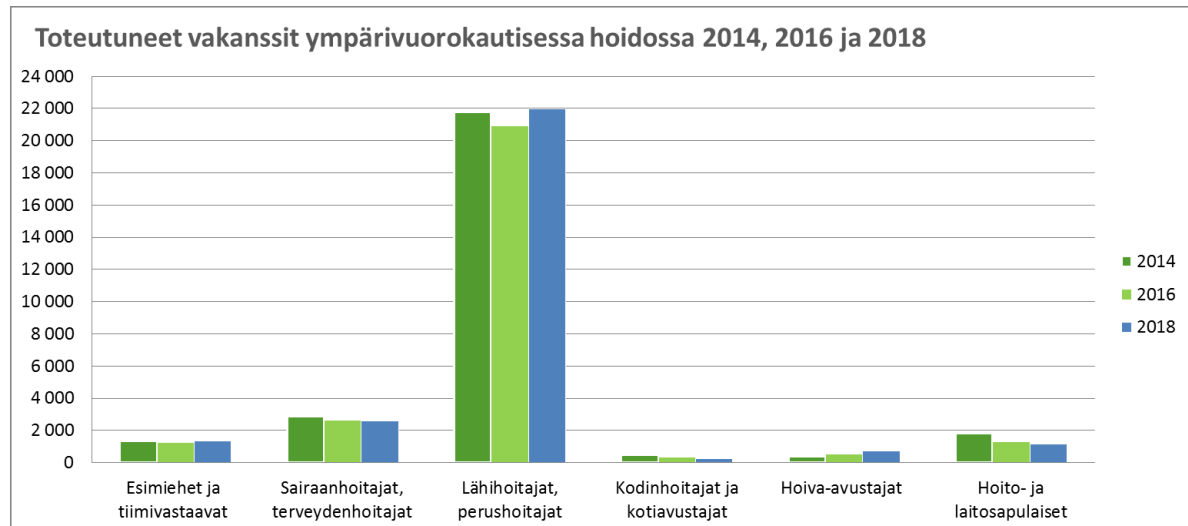
	Kotihoidon päivittäiset asiakkaat keskimäärin seurantaviikolla **	Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaat seurantaviikolla *
2014	48300	46200
2016	51300	43600
2018	55800	43100

Alaviite: * lyhytaikaiset ja pitkäaikaiset ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat yhteensä
**säännölliset ja tilapäiset kotihoidon asiakkaat yhteensä

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 laitosapulaisten 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 1. Ympäri vuorokautisen hoidon henkilöstörakenne vuosina 2014, 2016 ja 2018.



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

2.2.2 Palvelutarpeen, toimintakyvyn ja hoitoisuuden arviointimenetelmiä

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

RAVA™-mittarilla (kehittäjät Rajala ja Vaissi) selvitetään päivittäisistä perustoimista selviytymistä ja tulosta käytetään arvioimaan muun muassa asiakkaan pääsyä tiettyyn palveluun. Mittarin käyttö hoidonsuunnittelussa, vertailussa ja johtamisessa on rajallinen, koska se tuottaa vähän tietoa ja arviointi on herkkä manipuloinnille. Ikääntyneiden palveluissa hoitoisuutta mitattaessa on otettava huomioon henkilön kokonaistilanne. RAVA- indeksi ei kerro aikaa vievistä hoitotoimenpiteistä, kuten haavahoidoista tai lääkkeiden valvotusta antamisesta useamman keran vuorokaudessa. RAVA:n lisäksi iäkkään henkilön arvioinnissa tulisi vähintään käyttää lyhyttä muisti- ja tiedonkäsittelyntestiä sekä myöhäisän depressioseulatestiä. RAVA™-mittari ei perustu kansainväliseen avoimeen tieteelliseen testaukseen. RAVA™ on arvioitu THL:n TOIMIA-tietokannassa seuraavasti: ”Palvelutarpeen arvioinnissa RAVA™-mittari soveltuu huonokuntoisten ikääntyvien henkilöiden päivittäisten perustoimintojen (BADL) arviointiin, mutta ei muiden toimintakyvyn ulottuvuuksien 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 (kehittäjät Rajala, Fagerström). Järjestelmä koostuu kahdesta mittarista, OPC- mittarilla arvioidaan potilaiden hoidontarvetta ja PAONCIL- mittarilla hoitaja arvioi optimaalista hoitoisuutta oman kokemuksen perusteella. Tässä voi syntyä tilanteita, joissa toiset hoitajat kokevat hoitoisuuden kuormittavuuden erilaisena, joka vaikuttaa mittaamisen luotettavuuteen. Mittaukset tehdään osastoilla päivittäin ja luokituksesta saadun tiedon perusteella suunnitellaan henkilöstötarvetta. RAFAELA™-järjestelmä on kehitetty hoitotieteellisistä lähtökohdista. Rafaela-hoitoisuusluokitus tuottaa tietoa potilaan toteutuneesta hoidosta ja tukee hoitotyön resursointia. Mittarin käyttöön liittyy kustannuksia. RAFAELA® -mittaria ei ole arvioitu TOIMIA-verkostossa. RAFAELA®-järjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto ja sitä kehittää FCG.

RAI-arviointijärjestelmä on tarkoitettu asiakkaan palvelun, hoidon, hoivan ja kuntoutustarpeiden selvittämiseen. Arviointitieto toimii yksilöllisen palvelu- hoito- ja kuntoutussuunnitelman perustana. RAI:n käyttökohteita ovat iäkkäiden neuvonta ja palveluohjausyksiköt, kotona asuminen sekä tehostettu palveluasuminen, mielenterveys- ja vammaispalvelut sekä akuuttihoito. RAI-järjestelmän on kehittänyt kansainvälinen tutkijaorganisaatio interRAI (www.interrai.org).

RAI-arviointijärjestelmä on kansallisesti käytössä iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisessa hoidossa muun muassa Yhdysvalloissa (lainsäädäntö), suurimmassa osassa Kanadan osavaltioita (lainsäädäntö), Islannissa (lakiperusteinen), Belgiassa (osassa maata lakiperusteinen) ja Uudessa Seelannissa (poliittinen päätös). RAI-järjestelmä on lisäksi useissa maissa tutkimus- ja testauskäytössä. RAI-välineitä ei ole toistaiseksi arvioitu TOIMIA-tietokantaan.

Tutkijaorganisaatio interRAIn kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti THL ylläpitää ja vastaa suomalaisen ympäristöön sovitetuista RAI-välineistä. RAI-välineet perustuvat kansainväliseen tieteelliseen tutkimukseen ja kehittämistyöhön. RAI-arviointijärjestelmän käyttö edellyttää sopimusta THL:n kanssa mutta sekä lisenssi että käyttö ovat maksutonta. RAI-käyttäjät voivat osallistua THL:n koordinoimaan, nykyisellään 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.

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 RAI-mittareiden 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-arviointijärjestelmään sisältyy myös maksujärjestelmien ja voimavarojen kohdentamisen pohjaksi luotu voimavaratarveluokitus (RUG eli Recourse 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 kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa, jolloin päivitetään kustannuspainot vastamaan 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-arviointien tekemiseen ja tiedon hyödyntämiseen tarvitaan osaamista. RAI-koulutus voidaan toteuttaa organisaation sisäisenä koulutuksena tai hankkia koulutajatahoilta, joita on Suomessa useita.

2.3 Kansainvälinen kehitys ja ulkomaiden ja EU-lainsäädäntö

2.3.1 Ihmisoikeussopimukset ja muut vastaavat kansainväliset velvoitteet

Iäkkäiden henkilöiden yhdenvertaiset oikeudet ja mahdollisuudet oikeuksiensa toteuttamiseen ovat kansainvälisten ihmisoikeussopimusten keskeisiä tavoitteita. Keinoja yhdenvertaisuuden saavuttamiselle ovat iäkkäiden henkilöiden ihmisoikeusnäkökulman valtavirtaistaminen, esteettömyys, syrjinnän kieltäminen sekä tarvittavat palvelut ja tukitoimet. Kansainvälisen toiminnan vaikutus kanavoituu Suomeen muun muassa direktiivien, päätöslauselmien, suositusten ja erilaisten yhteistyöprosessien kautta. Suomalaisen ikäpolitiikan ja lainsäädännön kannalta keskeisiä kansainvälisiä toimijoita ovat Yhdistyneet kansakunnat, Euroopan neuvosto, Euroopan unioni ja muut Pohjoismaat.

Perustuslain perusoikeusnormistolla on monia yhtäläisyyksiä Suomea sitovien ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa. Ihmisoikeuksilla on lainsäädännön velvoittavuuden lisäksi merkitystä perusoikeusmyönteistä tulkintaa vastaavana tulkinnan ohjaajana yksilökohtaisessa päätöksenteossa. Sosiaalihuollon järjestämisen näkökulmasta ihmisoikeudet määrittävät erityisesti ihmisten kohtelua ja palvelujen vähimmäistasoa.

Keskeisiä kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia ovat Yhdistyneiden kansakuntien taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 6/1976, jäljempänä TSS-sopimus), kansalaisyhteiskunta- ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 7 ja 8/1976, jäljempänä KP-sopimus), kaikkinaisten naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus (SopS 67 ja 68/1986, jäljempänä Cedaw-sopimus), yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (SopS 26 ja 27/2016, jäljempänä vammaissopimus) sekä Euroopan neuvoston piirissä syntyneet ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehty yleissopimus (SopS 18 ja 19/1990; sellaisena kuin se on myöhemmin muutettuna SopS 71 ja 72/1994, SopS 85 ja 86/1998, SopS 8 ja 9/2005, SopS 6 ja 7/2005 sekä SopS 50 ja 51/2010; jäljempänä Euroopan ihmisoikeussopimus) ja uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja (SopS 78-80/2002).

2.3.2 Yhdistyneet kansakunnat

TSS-sopimus ja KP-sopimus

TSS-sopimuksen 9 artiklan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden sosiaaliturvaan sosiaalivakuutus mukaan luettuna. Sopimuksen 11 artiklan perusteella sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden saada itselleen ja perheelleen tyydyttävä elintaso perustuslain 19 §:n 1 momentin tarkoittamaa välttämätöntä huolenpitoa ja toimeentuloa vastaavasti. Tyydyttävä elintaso käsittää riittävän ravinnon, vaatetuksen ja sopivan asunnon sekä oikeuden elinehtojen jatkuvaan parantamiseen. Sopimuksen 12 artiklan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. KP-sopimuksen 9 artikla takaa jokaisen oikeuden vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen. Sopimuksen 17 artikla edellyttää perustuslain 10 §:n kaltaisesti lakiin perustuvaa oikeutusta yksityis- ja perhe-elämään sekä kotiin ja kirjeenvaihtoon kohdistuvalta puuttumiselta.

Vuonna 1995 YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea hyväksyi TSS-sopimukseen liittyvän yleiskommentin nro 6 ikääntyneiden henkilöiden taloudellisista, sosiaalisista ja sivistyksellisistä oikeuksista (General comment No. 6: The Economic, Social and

Cultural Rights of Older persons). Yleiskommentti käsittelee TSS-sopimuksen artikloja ikääntyneiden oikeuksien turvaamisen näkökulmasta. Kommentti kattaa muun muassa artiklan 9 oikeudesta sosiaaliturvaan ja artiklan 11 riittävästä sosiaaliturvasta.

YK:n taloudellisten sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea hyväksyi lisäksi vuonna 2008 TSS-sopimukseen liittyvän yleiskommentin nro 19 oikeudesta sosiaaliturvaan. Yleiskommentissa käsitellään yhtenä ryhmänä iäkkäitä henkilöitä, ja sen mukaan on huolehdittava iäkkäiden ihmisten sosiaaliturvasta muun muassa eläkejärjestelmien ja ei-vakuutus pohjaisten järjestelmien avulla.

Cedaw-sopimus

Sopimuksen tavoitteena on edistää ihmisoikeuksien tasa-arvoista toteutumista naisten osalta. Sopimuksen 11 artiklan kohdassa 1e mainitaan naisten yhdenvertainen oikeus sosiaaliturvaan muun muassa vanhuuden varalta. Sopimusvaltioiden tulee ryhtyä kaikkiin asianmukaisiin toimiin erityisesti poliittisella, sosiaalisella, taloudellisella ja sivistyksellisellä alalla, varmistaakseen naisten täyden kehityksen ja etenemisen. Suomi on ratifioinut kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskevan yleissopimuksen valinnaisen pöytäkirjan (SopS 20 ja 21/2002). Vuonna 2010 YK:n naisten syrjinnän poistamista käsittelevä komitea (CEDAW-komitea) antoi suosituksen numero 27 ikääntyneiden naisten ihmisoikeuksien suojelusta (General Recommendation No. 27 on Older Women and Protection of Their Human Rights). Sopimusvaltioiden tulee poistaa ikääntyneisiin naisiin liittyviä haitallisia stereotyyppioita, ehkäistä heihin kohdistuvaa väkivaltaa, varmistaa heidän mahdollisuutensa osallistua julkiseen ja poliittiseen elämään ja huolehtia palkka- ja eläketasa-arvosta.

CAT ja OPCAT -yleissopimus

Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastainen yleissopimus (Convention Against Torture, CAT) tuli Suomen osalta voimaan vuonna 1989. Sopimukseen kuuluu sen 22 artiklan mukainen ilmoitusmenettely. Suomi ratifioi yleissopimuksen valinnaisen pöytäkirjan (Optional Protocol to the Convention Against Torture, OPCAT) vuonna 2014. Lisäpöytäkirjan mukaisena valvontaelimenä Suomessa toimii eduskunnan oikeusasiamies. Sen tehtävänä on tehdä tarkastuksia paikkoihin, joissa pidetään vapautensa menettäneitä henkilöitä. Tällaisia paikkoja voivat olla vankiloiden, säilöönottoyksiköiden ja lastensuojelulaitosten lisäksi tietyin edellytyksin myös vanhusten asumisyksiköt ja laitokset.

Vammaissopimus

Suomi ratifioi YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) ja sen valinnaisen pöytäkirjan valitusmenettelystä vuonna 2016. Vammaissopimuksessa mainitaan sopimusvaltioiden velvoite järjestää palvelut, joilla pyritään minimoimaan ja estämään uusia vammoja, myös lasten ja vanhusten keskuudessa, ja varmistaa vammaisten henkilöiden, erityisesti vammaisten naisten, tyttöjen ja vanhusten pääsy sosiaaliturvaohjelmien ja köyhydenvähentämishjelmien piiriin. Sopimusta voidaan soveltaa iäkkäisiin henkilöihin sillä edellytyksellä, että he kuuluvat vammaissopimuksen 1 artiklan määrittämään soveltamisalaan, eli että heillä on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.

Ikääntyneitä henkilöitä koskevat periaatteet

YK:n yleiskokous hyväksyi vuonna 1991 YK:n ikääntyneitä henkilöitä koskevat periaatteet (UN Principles for Older Persons). Asiakirja on yksi tärkeimmistä ikääntyneitä henkilöitä koskevista YK-lähteistä. Periaatteiden on tarkoitus täydentää olemassa olevia sitovia ihmisoikeussopimuksia. Ikääntyneitä henkilöitä koskevat periaatteet on jaoteltu ryhmiin, jotka käsittelevät itsenäistä elämää, osallisuutta, hoivaa, itsensä toteuttamista ja ihmisarvoa.

Julistus alkuperäiskansojen oikeuksista

YK:n yleiskokous hyväksyi, samoin kuin Suomi, vuonna 2007 julistuksen alkuperäiskansojen oikeuksista. Vuonna 2014 hyväksyttiin YK:n alkuperäiskansojen maailmankonferenssin loppuasiakirja, joka liittyy keskeisesti julistuksen toimeenpanoon. Julistuksen tarkoituksena on suojella ja edistää alkuperäiskansojen oikeuksia ja turvata heidän itsemääräämisoikeutensa. Julistus korostaa erityisesti alkuperäiskansojen oikeutta kulttuurinsa, perinteidensä ja historiansa arvostukseen. Artiklojen 21 ja 22 mukaan erityistä huomiota on kiinnitettävä alkuperäiskansoihin kuuluvien vanhusten, naisten, nuorten, lasten ja vammaisten henkilöiden oikeuksiin ja erityistarpeisiin.

2.3.3 Euroopan neuvosto

Euroopan ihmisoikeussopimus

Suomessa vuonna 1990 voimaan tullut Euroopan ihmisoikeussopimus (yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi) takaa kaikille sopimuspuolten lainkäyttövaltaan kuuluville sopimuksessa määritellyt oikeudet ja vapaudet. Sopimuksessa iän on katsottu sisältyvän muuhun asemaan perustuvaan syrjintään. Sopimuksen 5 artikla takaa jokaisen oikeuden vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen. Sopimuksen 8 artikla suojaa yksilön koskemattomuutta yksityisyyden suojan kautta.

Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja

Suomessa vuonna 2002 voimaan tullut Uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja turvaa ja edistää sosiaalisia oikeuksia Euroopassa. Sopimus takaa siinä mainitut oikeudet kaikille jäsenvaltion oikeudenkäyttöpiirissä oleville henkilöille ilman rotuun, ihonväriin, sukupuoleen, kieleen, uskontoon, poliittiseen tai muuhun mielipiteeseen, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, terveyteen, kansalliseen vähemmistöön kuulumiseen, syntyperään tai muuhun asemaan perustuvaan syrjintää. Ikäsyrjinnän katsotaan sisältyvän muuhun asemaan. Artikla 23 takaa ikääntyneiden henkilöiden oikeuden sosiaaliseen suojeluun ja velvoittaa sopimuspuolia takamaan laitoksissa asuville mahdollisuuden vaikuttaa saamaansa hoitoon. Ikääntyneille henkilöille tulee turvata heidän tarvitsemansa sosiaaliturva, hoito, huolenpito ja mahdollisuus osallistua yhteiskunnan toimintoihin täysivaltaisina jäseninä.

CPT -sopimus

Eurooppalaisen yleissopimuksen kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi (CPT-sopimus) 1 artiklan perusteella perustettiin CPT-komitea (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment). Sen tehtävänä on vieraila laitoksissa ja yksiköissä, joissa on ihmisiä, joiden vapaus on riistetty. Komitea selvittää näiden ihmisten kohtelua ja tarvittaessa vahvistaa heidän suojeluaan kidutusta tai muuta epäinhimillistä tai ihmisarvoa loukkaavaa kohtelua vastaan. Komitea vierailee myös vanhusten hoivakodeissa ja muissa sosiaalihuollon yksiköissä.

Euroopan neuvoston ministerikomitean suositus jäsenvaltioille ikääntyneiden henkilöiden ihmisoikeuksien edistämisestä

Suositus (Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons) vuodelta 2014 pyrkii varmistamaan ikääntyneiden henkilöiden ihmisoikeuksien ja perusvapauksien edistämisen, suojelun ja turvaamisen sekä edistämään heidän ihmisarvonsa kunnioitusta. Sen mukaan suositellaan toimia, jotka liittyvät yhdenvertaisuuteen, autonomiaan, osallistumiseen, sosiaaliturvaan, työhön ja oikeuskäytäntöihin sekä suojaan väkivallalta ja kaltoinkohtelulta.

2.3.4 Euroopan unioni

Vuonna 2009 voimaan tulleen Euroopan unionin perussopimuksen (Lissabonin sopimus) mukaan EU pyrkii torjumaan sukupuoleen, rotuun, etniseen alkuperään, uskontoon tai vakaumukseen, vammaisuuteen, ikään tai sukupuoliseen suuntautumiseen perustuvan syrjintää ja sillä on toimivalta toteuttaa tarvittavat toimenpiteet tällaisen syrjinnän torjumiseksi. Euroopan unionin perusoikeuskirjan 21 artiklassa ikä mainitaan kiellettyjen syrjintäperusteiden joukossa, ja perusoikeuskirjan 25 artikla käsittelee nimenomaan ikääntyneiden henkilöiden oikeuksia. Artiklassa tunnustetaan ikääntyneiden henkilöiden oikeuden ihmisarvoiseen ja itsenäiseen elämään sekä oikeus osallistua yhteiskunnalliseen elämään ja kulttuurielämään. Lisäksi perusoikeuskirjan 34 artikla tunnustaa oikeuden sosiaaliturvaetuuksiin ja sosiaalipalveluihin vanhuuden valta.

2.3.5 Pohjoismaiden ja eräiden muiden maiden lainsäädäntö

Pohjoismainen sosiaalipalvelusopimus

Pohjoismaiden kesken on solmittu pohjoismainen sosiaalipalvelusopimus (SopS 69/1996). Sopimusta sovelletaan sosiaalipalveluihin, toimeentulotukeen ja niihin sosiaalietuuksiin, joihin ei sovelleta pohjoismaista sosiaaliturvasopimusta (SopS 136/2004). Sopimuksen henkilöpiiriin kuuluvat Pohjoismaiden kansalaiset ja muut henkilöt, joilla on laillinen asuinpaikka jossakin Pohjoismaassa. Sopimuksen 9 artikla sisältää määräykset koskien pidempiaikaisen ympärivuorokautisen hoidon tai huolenpidon tarpeessa olevien henkilöiden muuttoa toiseen Pohjoismaahan. Sopimusta on tarkoitus uudistaa suhteessa EU-oikeuksiin ja pohjoismaiden kansalliseen lainsäädäntöön.

Ruotsi

Ruotsissa sosiaalihuollon järjestämisessä perussäädökset ovat sosiaalipalvelulaki (socialtjänstlag 2001:453) ja sosiaalipalveluasetus (socialtjänstförordning 2001:937). Kunnat vastaavat kaikkien sosiaalipalvelujen järjestämisestä sekä muun muassa kotisairaanhoidosta. Ruotsin terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon pääasiallinen järjestämis- ja rahoitusvastuu on 20 maakäräjällä tai niihin verrannollisella alueella. Kunnat eivät järjestä itsenäisesti vanhusten lääkäripalveluja, vaan niistä tulee sopia maakäräjien kanssa. Kuntien laaja itsehallinto mahdollistaa kunnille vapauden palveluiden tuottamisessa, järjestämisessä ja järjestämistavoissa.

Ruotsissa on käyty keskustelua iäkkäiden asumispalvelujen (äldreboende) henkilöstömitoituksesta, ja sosiaalihallitus teki asiasta ehdotuksen, joka liittyi erityisesti yöaikaiseen mitoitukseen. Muun muassa kunnat ja Ruotsin Kuntaliitto vastustivat tätä ehdotusta. Ratkaisuna vanhuspalveluiden laadun ja saatavuuden parantamiseen päädyttiin vahvaan laatutyöskentelyyn kuntien kanssa. Arviot mitoituksesta aiheutuvien kustannusten määrästä vauhdittivat tätä ratkaisua. Ruotsin Kuntaliitto laati laatutyöskentelyä koskevan suosituksen, jonka toimeenpanoa kunnissa tuettiin kaksivuotisella projektilla.

Hallitus päätti vuonna 2016 asetuksen tasoisesta sääntelystä (förordning), jonka mukaan kuntien tulee palkata iäkkäiden tehostettuun palveluasumiseen henkilöstö asiakkaiden tarpeiden mukaan. Varsinaisesta mitoituksesta ei säädetty (förordning om ändring i socialtjänstförordningen 2016:1). Asetuksen mukainen henkilöstön määrä perustuu asiakkaiden olosuhteisiin sekä tuen ja avun tarpeeseen.

Kotihoidossa ja kotipalvelussa ei ole vastaavaa henkilöstön riittävyyttä koskevaa sääntelyä kuin palveluasumisessa. Ruotsissa ei ole käyty keskustelua kotiin vietävien palvelujen henkilöstömitoituksesta.

Valtio on myös osoittanut myös vuodesta 2016 alkaen merkittäviä lisävoimavaroja kuntien palveluihin ja niiden laadun parantamiseen sekä asukkaiden yleisen hyvinvoinnin lisäämiseen. Omaishoidon tukeminen on merkittävässä roolissa, ja omaishoitoa tuetaan hallituksen kehittämishankkeilla.

Vuonna 2019 tuli voimaan sosiaalipalvelulain (socialtjänstlagen) muutos, jonka mukaan on kehitetty uudentyyppinen erityinen ja turvallinen asumismuoto vanhuksille (bistandsbedömt trygghetsboende). Se on tarkoitettu vanhuksille, jotka eivät tarvitse tehostettua palveluasumista, mutta jotka tarvitsevat kevyempää, matalan kynnyksen apua ja tukea sekä lievitystä yksinäisyyteen ja turvattomuuteen. Palvelumuotoon kuuluvat yhteiset ateriateriat ja muut sosiaalista kanssakäymistä edistävät aktiviteetit. Ruotsissa on myös yksinkertaistettu kotipalvelun myöntämiseen liittyvää päätöksentekoa.

Henkilöstömitoituksen määrittelyn sijaan Ruotsissa on lähdetty rakentamaan iäkkäiden palvelujen laadun parantamista henkilöstön hyvinvoinnin, jaksamisen ja pätevyyden sekä hyvinvointiteknologisten, digitaalisten ratkaisujen kehittämisen ja hyödyntämisen näkökulmasta. Lähtökohtana on, että panostamalla näihin laatuun, ei määrään, perustuviin seikkoihin saavutetaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuva laadukas hoiva.

Norja

Norjassa kunnat järjestävät perusterveydenhuollon palvelut sekä sosiaalipalvelut ja valtio järjestää erikoissairaanhoidon. Vuonna 2012 tuli voimaan laki, joka vahvisti kuntien vastuuta palvelujen koordinoinnista. Henkilöllä, joka tarvitsee pitkäaikaisesti koordinoituja palveluita, on sekä terveyden- ja sosiaalihuoltolain että sosiaalipalveluita työ- ja hyvinvointihallinnossa koskevan lain nojalla oikeus yksilölliseen suunnitelmaan. Kunnan tulee laatia suunnitelma, toimia yhdessä muiden palvelunjärjestäjien kanssa ja siten varmistaa yksilön kannalta toimiva palvelukokonaisuus. Mikäli henkilö tarvitsee palveluita sekä terveyden- ja sosiaalihuoltolain että erikoissairaanhoidolain (spesialisthelsetjenesteloven) tai mielenterveyslain (psykisk helsevernloven) nojalla, kunnan on varmistettava yksilöllisen suunnitelman laadinta ja suunnittelun koordinointi.

Norjassa ei ole ollut esillä merkittävää vaatimusta iäkkäiden palvelujen henkilöstömitoituksesta. Vuosina 2014-2017 vireillä oli hallituksen toimintaohjelma kansallisen laatuindikaattorijärjestelmän kehittämiseksi. Johtopäätös oli, ettei ole mahdollista löytää yhteistä standardia, sillä eri toimintayksiköiden ja niiden asiakkaiden tarpeet vaihtelevat.

Tanska

Tanskassa sosiaalipalvelujen järjestäminen mukaan lukien vanhuspalvelut on pääsääntöisesti kuntien vastuulla. Kunnat vastaavat myös muun muassa kotisairaanhoidosta, terveyden edistämisestä ja ylläpidosta sekä kuntoutuksesta lukuun ottamatta vaativaa kuntoutusta. Viiden alueellisen toimijan (regioner) päätehtävänä on vastata terveydenhuollosta.

Tanskan sosiaalipalvelulain nojalla järjestetään palveluja ilman ikärajaa. Vanhuspalveluiden osalta järjestämisvastuussa olevien alueiden lautakunnat asettavat vuosittain tietyn tason, laatustandardin, joka koskee sekä kotiin tuotavien että asumispalveluyksiköiden palvelujen laadun varmistamista.

Islanti

Islannissa vastuu vanhuspalveluiden järjestämisestä jakautuu valtion ja kuntien kesken. Vanhuspalveluja säädellään erityislainsäädännöllä. Kunnat vastaavat sosiaalihuollon kotiin tuotavista palveluista, valtio laitoshoidosta ja kotisairaanhoidosta. Strategisena painopisteenä on kotona asumisen tukeminen. Vanhusten palvelut perustuvat yksilölliseen tarvearviointiin. Jos kotona asuminen ei ole mahdollista, vaihtoehtoina ovat vanhainkodit, ryhmäkodit, palveluasunto tai sairaskodit (sjukhem).

Palveluntuottajan tulee täyttää asetuksessa (föörordning nr. 1148/2008) säädetyt kriteerit turvallisuuden ja hoivan laadun turvaamiseksi. Vuonna 2013 päivitettiin ministeriön (Välfärdsministeriet) määräykset vanhustenhuollon vähimmäisvaatimuksista koskien palvelua antavan tahon toimintaa.

Yksilöllinen tarpeenarviointi perustuu RAI –arviointijärjestelmään (Residential Assessment Instrument). Medicindirektoratet (Embætti landlæknis, valtion virasto) vastaa arviointijärjestelmästä ja antaa määräykset siitä, miten sen 23 laatuindikaattoria tulee tulkita. Virasto päättää myös laatuksiteeristön raameista.

Iso-Britannia

Isossa-Britanniassa vanhuspalvelujen järjestäminen on paikallishallinnon vastuulla. Laki (Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014: Regulation 18) ei aseta vähimmäishenkilöstömitoitusta, mutta velvoittaa palveluntarjoajat ottamaan palvelukseen riittävästi koulutettuja, ammattitaitoisia ja kokeneita työntekijöitä turvaamaan asiakkaiden hoidon tarpeisiin vastaamisen. Yleensä hoitotyön ammattilaiset ovat asettaneet minimejä (mandated minimums), jotta hoito on turvallista ja korkealaatuista. Vapaaehtoistyöllä ja hyväntekeväisyyteen perustuvalla palvelujen rahoituksella on edelleen merkitystä palveluja järjestettäessä.

Päätelmät

Esityksessä kuvattujen muiden Pohjoismaiden sosiaalihuollon mukaan lukien iäkkäiden palvelujen järjestämisvastuut ja palvelujärjestelmät ovat osittain samantyyppiset kuin Suomessa. Palvelujen järjestämisvastuu sosiaalipalveluista ja perusterveydenhuollossa on pääosin kunnilla (Ruotsi, Norja, Tanska). Islannissa vastuu iäkkäiden palvelujen järjestämisestä jakaantuu kuntien ja valtion kesken. Terveyspalveluista erikoissairaanhoidon osalta vastaavat Pohjoismaissa kokonaan tai osittain laajemmat järjestäjätahot alueen tai valtion tasolla.

Muista maista esityksessä on vertailumaana todettu Iso-Britannian iäkkäiden palvelujen järjestämisen lähtökohdat henkilöstön riittävyyden osalta. Iso-Britanniassa vapaaehtoistyön ja hyväntekeväisyyden osuus palvelujärjestelmän ja palvelujen toimeenpanossa on piirre, jossa maa poikkeaa Pohjoismaista. Yleisenä lainsäädännön tavoitteena on riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö, joka vastaa asiakkaiden tarpeita. Verrokkimaita ei ylipäätään ole löydettävissä useita, koska muun muassa monissa Euroopan maissa sosiaalihuollon ja sosiaaliturvan järjestelmät ovat erilaisia kuin Suomessa.

Iäkkäiden palvelujen laadun ja henkilöstön riittävyyden osalta on käyty poliittista ja yhteiskunnallista keskustelua etenkin Pohjoismaissa. Ruotsissa lähtökohdiksi on otettu laatusuosituksen sekä siihen liitetyn kehittämistyön keinot. Palvelujen laadun parantamiseksi ja yksilöllisten ratkaisujen mahdollistamiseksi painopiste on panostamisessa henkilöstön osaamiseen ja työssä jaksamiseen sekä hyvinvointiteknologisten ja digitaalisten ratkaisujen hyödyntämisessä. Suuntaviivat asiakkaiden tarpeiden mukaisen henkilöstön turvaamiseen iäkkäiden tehostetussa palveluasumisessa on säännelty normitasolla (asetus). Varsinaista henkilöstömitoituksesta säättämistä on vastustettu muun muassa kustannusten kasvun takia. Sen sijaan Ruotsissa on tehty merkittäviä avauksia myös kotihoidon sekä tehostettua palveluasumista kevyempien, tuettujen asumismuotojen kehittämiseen.

Myös muissa Pohjoismaissa iäkkäiden palvelujen laatua arvioidaan ja turvataan muilla keinoin kuin laissa säädetyllä henkilöstömitoituksella. Järjestäjätahon asettamat laatukriteerit ovat keskeisiä toiminnalle. Islannissa palvelun laadun kriteereistä säädellään asetuksessa.

Etenkin Pohjoismaiden palvelujärjestelmistä ja iäkkäiden palvelujen järjestämistä ohjaavista lähtökohdista ja arvopohjasta voidaan todeta, että tähän asti julkisen vallan, sosiaalipalveluissa pääsääntöisesti kunnan, keinovalikoima on ollut pitkälti samanlainen. Islannissa ja Suomessa on erityislainsäädäntö iäkkäiden palveluista, Suomessa kuitenkin pääosa iäkkäiden palveluista järjestetään yleislainsäädännön nojalla. Tavoitteena kaikissa Pohjoismaissa on iäkkäiden henkilöiden arvokas, aktiivinen ja merkityksellinen elämä ja iäkkään henkilön itsemääräämisoikeuteen, omiin valintoihin ja osallistumiseen perustuva hyvinvointi. Tarpeita etenkin kotona asumisen sekä niin sanottujen välimuotoisten palvelujen kehittämiseen on kaikissa maissa.

Palvelujen laadun ja riittävyyden takaaminen lakisäateisellä henkilöstön vähimmäismitoituksella vie Suomea esityksessä kuvattuja verrokkimaita jossain määrin vahvemman sääntelyn suuntaan. Tarve myös muihin ohjausekeinoihin laatusuosituksen ja muun ohjauksen sekä valvonnan keinoin palvelujen laadun varmistamiseksi säilyy kuitenkin myös Suomessa.

Palvelutarpeen arviointijärjestelmän käyttö muissa maissa

RAI-arviointijärjestelmä on eri maissa käytössä laajasti iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden palvelutarpeiden arvioinnissa sekä hoidon ja palvelujen laadun varmistamisessa. Kansainvälisen RAI-järjestelmän kehittäjäyhteisön interRAIn verkkosivuilta <https://www.inter-rai.org/worldwide.html> on saatavissa kartta, joka osoittaa arviointivälineen käytön laajuutta. Lisäksi interRAI tarjoaa sivuillaan tietoa eri perusteista, joihin järjestelmän käyttö eri maissa perustuu.

RAI-arviointivälineiden käyttö perustuu monissa maissa valtion eritasoisiin velvoitteisiin, lainsäädäntöön tai muuhun kansalliseen ohjaukseen. Lisäksi RAI-arviointiväline on monissa maissa asiantuntijatyöhön ja palvelujen kehittämiseen liittyvässä tutkimus- tai testauskäytössä.

Lainsäädäntöön perustuva interRAI-arviointijärjestelmä on käytössä muun muassa osassa Belgiaa (Flander) ja Kanadan 11 osavaltiossa sekä Islannissa. Kanadassa kaksi osavaltiota on sitoutunut järjestelmän käyttöön sopimuksella. Belgian Flanderissa ja Islannissa velvoite RAI:n käyttöön on lakisäateinen ja käytön tarkempi sääntely on asetustasoista. Uudessa Seelannissa vastuuministeriö on ulkoistanut asumispalvelut yksityisille palvelujen tuottajille ja samalla velvoittanut ne RAI-järjestelmän käyttöön. Myös kotihoidossa edellytetään RAI:n käyttöä. Järjestelmän käyttö rahoitetaan julkisin varoin. RAI-järjestelmä on laajasti käytössä myös Virossa mutta ei lakisäateisena. Yhdysvallat on tehnyt jo vuonna 1987 säädetyn RAI:n käyttöä edellyttävän lainsäädännön jälkeen järjestelmään muutoksia, joiden takia siellä käytössä olevan järjestelmän käytön vertailu muihin maihin ei onnistu. Muutoinkin eri maiden vertailu RAI:n käytössä onnistuu vain osittain.

Suomen lainsäädäntöön tässä esityksessä ehdotettu velvoite RAI-arviointijärjestelmän käyttöön lisää RAI:ta lakisäateisesti käyttävien maiden määrää. Suomessa on pitkä kokemus ja vahvaa kehittämistä vastuuministeriön alaisessa laitoksessa (THL) RAI:n käytöstä ja käytön tuloksien seurannasta ja hyödyntämisestä. Esitetyllä kattavalla RAI-välineiden käytön koulutuksella ja muulla käytön tuella on tavoitteena saada arviointijärjestelmän hyödyt ja sen tuottama tieto parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaiden palvelujen kehittämistä sekä yksilötasolla että kansallisesti tukevaan käyttöön.

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 vanhuspalvelulain säännökset tarkentavat niitä iäkkäiden henkilöiden palvelutarvetta selvitetäessä. Palvelujen riittävyyttä arvioidaan erityisesti vanhuspalvelulaissa, sosiaalihuoltolaissa sekä sosiaalihuollon asiakaslaissa ja potilaslaissa määriteltyjen kriteerien perusteella lähtökohtana iäkkään henkilön yksilöllinen palvelujen tarve.

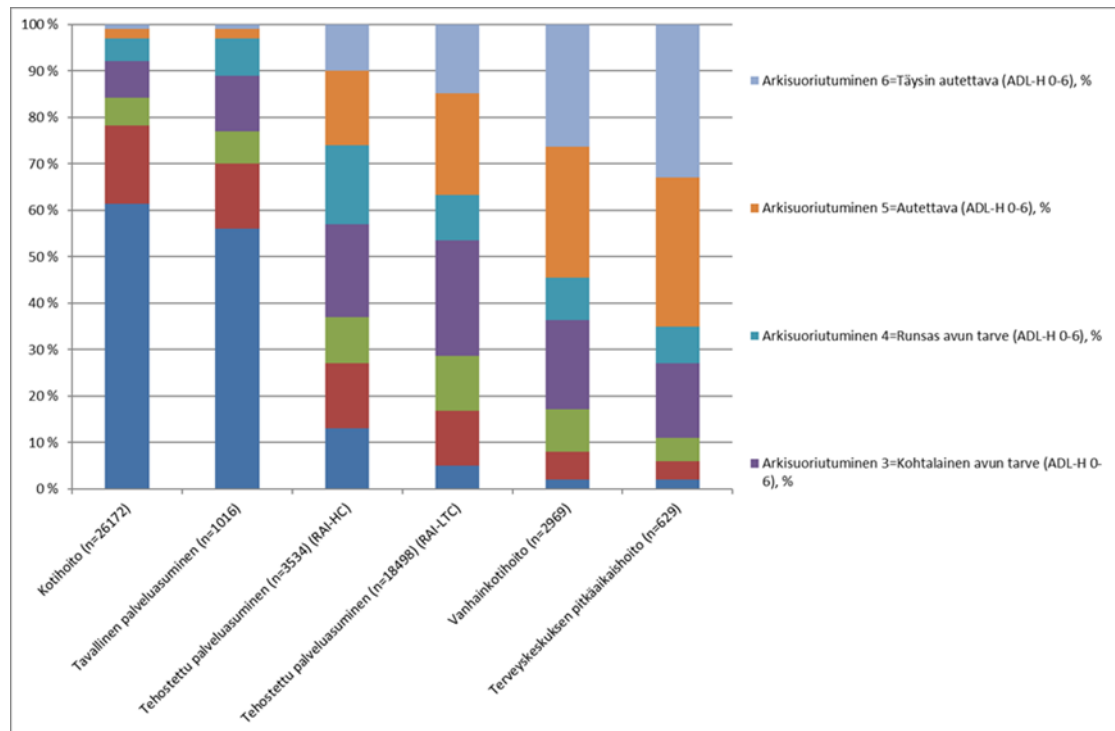
Palvelutarpeen selvittämisessä ja arvioinnissa laajemminkin ongelmana on, että palvelutarpeiden arvioinnille ei ole kansallisesti vakiintunutta rakennetta ja muotoa, vaan sitä toteutetaan eri

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 mahdotonta. 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 vain riittävän yhtenäisillä välineillä. Eri-laisten arviointimenetelmien lisäksi toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointia on usein tarpeen täydentää myös muilla asiakkaan tilanteeseen soveltuvilla menetelmillä.

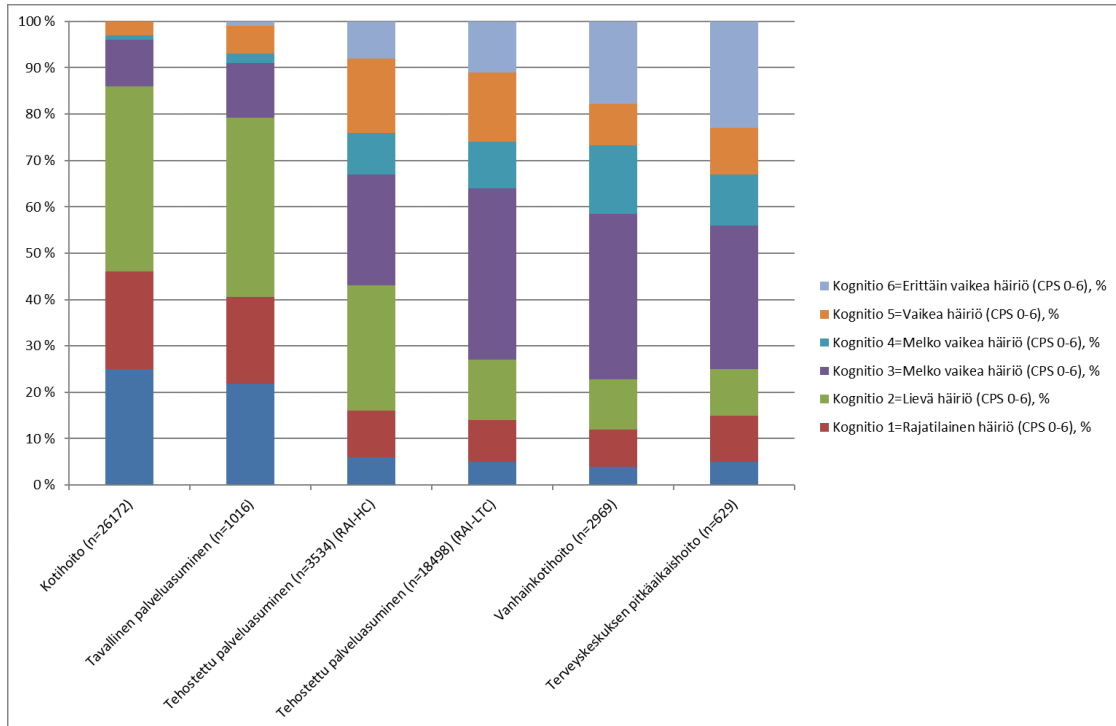
Arkitoiminnoista suoriutumisessa suurin avun tarve on laitoshoidon asiakkailla ja kevyin avun tarve kotihoidon asiakkailla.

Kuvio 2. Arkisuoriutuminen ja avun tarve säännöllisten palvelujen iäkkäillä asiakkailla vuonna 2018. Lähde: RAI-tietokanta, THL, 2019.



Muistihäiriöt ovat hyvin yleisiä tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkailla, mutta myös kotihoidossa on asiakkaita, joilla on vaikea muistihäiriö. Muistihäiriöisten asiakkaiden kohtaaminen ja avustaminen edellyttävät osaamista, sillä asiakkailla on myös vaeltelua, aggressiota ja hoidon vastustelua etenkin sairauden edetessä.

Kuvio 3. Muistihäiriöt säännöllisten palvelujen iäkkäillä asiakkailla vuonna 2018. Lähde: RAI-tietokanta, THL, 2019.



2.4.2 Palvelujen laatu ja henkilöstön riittävyys

Ympäri vuorokautisen hoidon henkilöstön riittävyyttä suhteessa asiakasmäärään on seurattu henkilöstömitoituksella. THL laskee mitoituksen yksikön seurantaviikolla 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 mitoituksessa 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 4. 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. Ympäri vuorokautisessa 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 käytettävissä 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 viikonloppuisin ovat melko samanlaisia. Kotihoidossa ero arkipäivien ja viikonloppuisin 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 jatkojatkotyöskentelyä 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 henkilöstömitoituslaskennassa ainoastaan suositus- ja 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 tosiasiasa 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 pyykkihuoltoon kuuluvia tehtäviä, erityisesti ilta- ja yöaikaan sekä viikonloppuisin. Asiakkaita ei oltu ehditty käyttää vessassa tai ylipäätään 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 vähyteen 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 lyhyellä aikavälillä paljon 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 eivät 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 muun muassa seuraavista tekijöistä: palionko asiakas on vksin, 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 vksin harvemmin kuin kotihoidossa olevat. Varsinaista vksinäisyvyyttä tunsivat 22 prosenttia tutkimukseen osallistuneista. Muistioireiden lisääntyessä etenkin kotihoidon asiakkaiden kokema yksinäisyys 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 prosenttia). 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 ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon 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 seurantaa, 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 henkilöstön vähimmäismitoituksesta ja yhtenäisen arviointi- ja seurantajärjestelmän käytöstä helpottavat, selkeyttävät ja yhdenmukaistavat iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisten palvelujen valvontaa.

3.2 Toteuttamisvaihtoehdot

3.2.1 Palvelutarpeiden arviointi- ja seurantajärjestelmä

Suomessa käytössä olevia erilaisia palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnin välineitä on kuvattu ja arvioitu edellä palvelutarpeen, toimintakyvyn ja hoitoisuuden arviointimenetelmiä koskevassa luvussa. 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 palvelutarpeen arviointijärjestelmät edellyttävät copyright-oikeutta ja sopimusta mittaristoa hallitsevan tahon kanssa, henkilöstön kouluttamista, tiedonkeruujärjestelmää ja johdon tukea. Kaikista vaihtoehdoista koituu myös kustannuksia palvelujen järjestäjälle.

RAVA™-mittarilla selvitetään päivittäisistä perustoimista selviytymistä mutta mittarin käyttö hoidonsuunnittelussa, vertailussa ja johtamisessa on rajallinen, koska se tuottaa vähän tietoa ja arviointi on herkkä manipuloinnille. RAVA- indeksi ei mittaa lainkaan vaativista päivittäistoiminnoista suoriutumista, ja välinetoiminnoista suoriutumisen puutteet ilmenevät mittauksessa todellista heikommin niillä, joilla ei ole ongelmia päivittäisissä perustoiminnoissa. Indeksillä mitataan vain hyvin suppeasti kognitiivista ja psyykkistä toimintakykyä.

RAFAELA™ -järjestelmä koostuu kahdesta mittarista, OPC-mittarilla arvioidaan potilaan hoitoisuutta ja PAONCIL- mittarilla hoitaja arvioi optimaalista hoitoisuutta oman kokemuksen perusteella. Järjestelmä tuottaa tietoa potilaan toteutuneesta hoidosta sekä tukee hoitotyön resursointia. OPC- mittari on suunniteltu erikoissairaanhoidon vuodeosastotoimintaan ja mittaukset tehdään osastolla päivittäin. Järjestelmä on terveydenhuollon hoitoisuusjärjestelmä, jolla pyritään optimoimaan hoitotyöhön tarvittavan resurssin käyttöä sekä arvioimaan hoitotyön laatua ja sisältöä.

RAI-arviointijärjestelmällä selvitetään asiakkaan palvelun, hoidon, hoivan ja kuntoutuksen tarve. 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. RAI-arviointijärjestelmä kattaa kaikki toimintakyvyn osa-alueet ja vastaa vanhushpalvelulain ja etenkin siinä olevien pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavien periaatteiden käytännön toteutumisen haasteisiin laajasti.

TOIMIA-verkoston asiantuntijoiden laatimat suositukset asettavat edellytyksiä valittaville mittareille ja luokituksille. Niissäkin edellytetään, vastaavasti kuin vanhushpalvelulaissa, että palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen.

RAI-arvioinnissa käydään läpi asioita, jotka joka tapauksessa tulee hyvässä hoidon- ja palvelutarpeen arvioinnissa ja seurannassa selvittää. Arvioinnin tekeminen yhdellä välineellä voi myös olla nopeampaa verrattuna siihen, että tiedot kerätään eri lähteistä ja arviointi tehdään eri välineillä (muun muassa erillisillä eri toimintakyvyn osa-alueiden arvioinnin mittareilla).

RAI-arviointijärjestelmän hyödyistä on tieteellinen näyttö, paljon käyttökokemusta 20 vuoden ajalta ja vertailukelpoisuus yli erilaisten palvelujärjestelmien niin Suomessa kuin kansainvälisesti. Suomessa RAI-arviointijärjestelmä on jo varsin laajasti käytössä Suomessa ympärivuorokautisessa hoidossa, kotihoidossa sekä useissa ikääntyvien neuvonta ja palveluohjausyksiköissä. TOIMIA-tietokannassa arvioidaan RAVA™-mittari soveltuvan huonokuntoisten ikääntyvien henkilöiden päivittäisten perustoimintojen (BADL) arviointiin, mutta ei muiden toimintakyvyn ulottuvuuksien arviointiin, jotka palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä tulisi arvioida. Toistettavuuden arvioidaan olevan mahdollisesti riittävä, mutta sitä heikentää tuloksen manipulointiriski. RAFAELA®-mittarista ei ole käytettävyydestä arviointeja. Tällä hetkellä käytössä olevista palvelutarpeen arvioinnin välineistä vain RAI-järjestelmä vastaa vanhushpalvelulain ja TOIMIA-tietokannan vaateisiin hyvästä palvelutarpeen arvioinnin menetelmästä.

3.2.2 Riittävän ja osaavan henkilöstön varmistaminen

Suomessa on jo ennen vanhushpalvelulain säätämistä nojaututtu suositusperusteiseen iäkkäiden palvelujen henkilöstömitoitukseen. Ensimmäinen laatusuositus tuli voimaan vuonna 2001. Vanhushpalvelulakia säädettäessä oli arvioitavana myös lakiin säädettävä henkilöstömitoitus mutta tällöin mitoitusta ei kuitenkaan viety lain tasolle. Tätä prosessia on kuvattu edellä nykytilaa ja laatusuosituksia koskevassa luvussa.

THL on seurannut henkilöstön riittävyyttä säännöllisesti vanhushpalvelulain voimassa ollessa. Kuten edellä vanhushpalvelujen ja laatusuosituksen toimeenpanon seurantaan kuvaavassa luvussa

on todettu, keskimääräinen ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoitus parantui viime vuosina. Suosituksella on myös luotu perusta henkilöstön yhdenmukaiselle kehittämiselle koko maassa. Samaan aikaan epäkohtailmoitukset ja valvontaviranomaisten tarkastushavainnot ongelmista iäkkäiden ympärivuorokautisissa palveluissa ovat kuitenkin lisääntyneet. Epäkohdista nousivat esille etenkin osaavan henkilöstön riittämättömyys, lääkehoidon puutteet sekä tukipalvelujen riittämättömyys. Suositus ei ole riittänyt varmistamaan riittävää henkilöstöä kaikissa toimintayksiköissä eikä se ole turvannut asiakkaiden yhdenvertaisuutta.

Pelkkää suositusta vahvempi keino turvata palvelujen laatu ja riittävä henkilöstö olisi voinut olla valvonnan ja valvonnan resurssien merkittävä vahvistaminen laatusuosituksen rinnalla. Käytännössä ei kuitenkaan olisi ollut tarkoituksenmukaista lisätä valvontahenkilöstöä niin paljon, että tällä keinolla olisi saatu vastaavat vaikutukset kuin henkilöstömitoitusta koskevalla lainsäädännöllä. Vuonna 2019 valvonnan resursseja vahvistettiin 9 henkilötyövuodella, mistä aiheutui 720000 euron kustannukset.

Edellä kuvatut epäkohdat johtivat tarpeeseen varmistaa lainsäädännöllä osaava ja riittävä henkilöstö iäkkäiden ympärivuorokautisiin palveluihin. Hallitusohjelmassa päädyttiin esittämään iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon palveluihin laintasoista henkilöstömitoituksen sääntelyä. Hallitusohjelmaan kirjattiin, että vähimmäismitoituksen taso on 0,7. Lisäksi riittävän ja osaavan henkilökunnan varmistamiseksi tuli selkeyttää työnjakoa tukipalvelujen osalta.

Laintasoisen sääntelyn etuina ovat muita ohjauskeinoja vahvempi velvoittavuus, yhdenvertaisuus ja toimintayksiköiden oman vastuun vahvistaminen. Toisaalta on selvää, että lain toteutuminen edellyttää myös riittävää valvontaa ja seurantaa.

Riittävän henkilöstön turvaamisesta säädettyäessä vaihtoehtoja ovat henkilöstön toteutuneeseen määrään ja asiakkaiden määrään perustuva henkilöstön mitoitus, asiakkaiden palvelutarpeiden perusteella määriteltävä mitoitus tai mitoitus, jossa otetaan näiden rinnalla huomioon teknologian ja apuvälineiden vaikutus henkilöstön mitoitustarpeeseen.

Hallitusohjelmaan kirjattiin ympärivuorokautisen hoivan henkilöstön riittävyyden turvaaminen siten, että vähimmäismitoituksen tasoksi säädetään 0,7 työntekijää asiakasta kohti. Henkilöstön ja asiakkaiden määrään perustuvan mitoituksen etuja ovat helppo mitoituksen toteutumisen mittaaminen ja valvonta verrattuna asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaan mitoitukseen. Viimeksi mainittu tapa on työläs, vaatii hyvää palvelutarpeen arvioinnin osaamista ja sitä on vaikea valvoa. Lakisääteinen vähimmäismitoitus myös turvaa osaltaan, muun muassa hyvän johtamisen rinnalla, henkilöstön jaksamista sekä vähentää todennäköisesti sairauspoissaoloja ja henkilöstön vaihtuvuutta ja vaikuttaa sitä kautta kustannuksiin vähentävästi. Nämä mallin edut arvioitiin suuremmiksi kuin mahdolliset haitat, kuten tehokkuustappiot, joita mallissa syntyy asiakkaiden palvelutarpeiden vaihtelun takia, tai palvelujärjestelmän kehitykseen liittyvät riskit, joita kuvataan esityksen vaikutusten arvioinnissa luvussa 4.4.7.

Alla on arvio siitä, miten henkilöstön vähimmäismitoituksen taso (0,5-0,7) määrittää siitä aiheutuvia henkilöstön lisätarpeita ja -kustannuksia. Lisähenkilöstön tarve on yhteensä 146-5 362 henkilötyövuotta. Lisäkustannukset ovat 6,5-238,6 miljoonaa euroa. Vähimmäismitoituksen säätäminen 0,5 tasolle olisi merkinnyt henkilöstön lisäystä noin 5 prosenttiin toimintayksiköistä. Mitoituksen nostaminen 0,6 tasolle olisi merkinnyt henkilöstön lisäystä lähes 40 prosenttiin toimintayksiköistä. Vähimmäismitoitus 0,7 lisää henkilöstömäärää lähes neljässä viidestä toimintayksiköstä.

Taulukko 2. Vähimmäismitoitus

	Vähimmäismitoituksen taso		
	0,5	0,6	0,7
Tarvittava lisähenkilöstö, htv	120	1 259	4 417
Sijaistarve, htv	26	269	945
Kustannukset, M€	6,5	68,0	238,6

Tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa tehtävän välillisen työn (esimerkiksi siivous, pyykki- ja kiinteistöhuolto, ruoan valmistus ja lämmittäminen) osalta vaihtoehtoina olivat välillisen työn poistaminen vähimmäismitoituksessa huomioon otettavasta työstä tai sen osittainen sisällyttäminen henkilöstömitoitukseen. Esityksessä ehdotetaan välillisen työn poistamista mitoituksesta, vaikka se voi jossain määrin vähentää työn joustavuutta, jäykistää tukipalvelujen organisointia sekä tuottaa rajanveto-ongelmia. Etuna on kuitenkin välittömän asiakastyön osuuden lisääntyminen ja henkilöstön mahdollisuus keskittyä osaamistaan vastaavaan työhön.

Teknologian kehittäminen muun muassa lääkehoidon turvallisuuteen (esimerkiksi lääkkeiden koneellinen annosjakelu), sähköiseen kirjaamiseen sekä erilaisiin aktiivisiin ja passiivisiin hälytysjärjestelmiin (esimerkiksi turvarannekkeet, liiketunnistimet sekä kulunvalvonta) liittyvissä asioissa on tarpeen ja hyödyllistä. Hyvin suunniteltu teknologian hyödyntäminen voi myös vähentää henkilöstön tarvetta, keventää henkilöstön työkuormaa sekä mahdollistaa mielekkään työn ja työnjaon sekä tukea asiakkaiden toimintakykyä ja parantaa asiakasturvallisuutta. Henkilöstön riittävyteen liittyvissä kysymyksissä teknologian hyödyistä ei kuitenkaan ole vielä olemassa riittävä näyttö etenkin ympärivuorokautisessa hoidossa. Varsinkin uuden teknologian käyttöönottovaiheessa kustannukset voivat olla suuria ja virheinvestoinnit ovat mahdollisia. Pitkällä aikavälillä onnistunut teknologian hyödyntäminen voi myös vaikuttaa kustannuksiin vähentävästi.

3.3 Ehdotetut muutokset

Esityksessä ehdotetaan, että vanhuspalvelulakiin lisätään säännös palvelutarpeen selvittämisessä ja arvioinnissa käytettävästä kansallisesti yhtenäisestä seuranta- ja arviointijärjestelmästä. 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 tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksiköissä. Mitoituksessa otettaisiin huomioon välitöntä asiakastyötä tekevä henkilöstö. Välillistä työtä (tukipalveluja) ei otettaisi huomioon mitoituksessa ja tukipalveluihin olisi varattava erillinen resurssi.

Henkilöstömitoitusta koskeva säännös 0,7 työntekijän vähimmäismitoituksesta asiakasta kohti tulisi voimaan täysimääräisesti siirtymäajan jälkeen, jotta kunnilla ja kuntayhtymillä sekä palveluntuottajilla olisi mahdollisuus varautua merkittävään henkilöstötarpeen sekä kustannusten kasvuun. Kunnille maksettaisiin valtionosuutta laajentuvaan tehtävään.

Siirtymäajalla toteutunut henkilöstömitoitus ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon yksiköissä saisi alittaa 0,7 edellyttäen, että toimintayksikkö voi osoittaa, että siellä 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 vähintään 0,5 työntekijää asiakasta kohti. Tämä vahvistaisi lain tasolla nykyisen laatusuosituksen ja lupaviranomaisten edellyttämän vähimmäismitoituksen.

Esitys on osa pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelmaan sisältyvää ikäohjelmaa.

3.4 Uudistuksen toimeenpanon tuki sekä seuranta

Iäkkäiden palveluja uudistavan työryhmän asettamispäätöksessä työryhmän tehtäväksi on annettu ehdotuksen tekeminen esitettyjen toimenpiteiden toimeenpanosta.

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. Opetus- ja kulttuuriministeriö ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö määrittelevät yhdessä hoiva-avustajien koulutukseen valtakunnallisesti yhteneväisen osaamisen ja laajuuden. Hoiva-avustajien koulutuksen saaneiden tehtävät on myös vakiinnutettava osaksi henkilöstörakennetta.

Mitoitusuudistuksen toimeenpanon seuranta on valmistelun aikana ehdotettu toteutettavaksi osana THL:n tekemää Vanhuspalvelujen tila –tutkimusta, jolla on seurattu vuodesta 2013 vanhuspalvelulain toteutumista. Seuranta on kattanut sekä ympärivuorokautisen hoidon että kotihoidon toimintayksiköt. Henkilöstömitoituksen kehittymistä, toimintakäytäntöjä ja johtamista vanhuspalveluissa on seurattu kyselyllä, joka on toteutettu yhteistyössä valvontaviranomaisten kanssa ja seurantatiedot on toimitettu valvontaviranomaisille valvonnan tueksi. Tutkimus on toteutettu erillisrahoituksella kahden vuoden välein.

Vanhuspalveluissa keväällä 2019 esiin tulleet laajat ongelmat ovat osoittaneet, että kahden vuoden välein toteutettu seuranta on riittämätöntä. THL on ehdottanut henkilöstön vähimmäismitoituksen toteutumisen seurannan toteuttamista jatkossa nykyistä tiiviimmin. Seuranta tehtäisiin aluksi neljännesvuosittain ja siirtymäajan jälkeen, tietojärjestelmien kehittyessä, kuukausittain. Seuranta tulisi myös saattaa pysyvän rahoituksen piiriin. Iäkkäiden henkilöiden palvelujen toimintayksiköt veloitettaisiin jatkossakin keräämään henkilöstömitoituksen seurantaan varten tiedot osana yksikön omavalvontaa ja toimittamaan tiedot THL:lle, joka laskisi, koko maassa yhtenevin perustein, yksiköiden toteutuneen henkilöstömitoituksen. THL toimittaisi toimintayksiköistä saamansa henkilöstömitoituksen toteutumista koskevat tiedot säännöllisesti valvontaviranomaisten käyttöön, kuten nykyäänkin. Näin valvontaviranomaisella olisi tosiasiallinen mahdollisuus seurata toimintayksiköiden henkilöstön toteutumaa ja havaita ennalta kriisiytyviä yksiköitä, joihin valvontakäyntejä tulisi kohdentaa.

Toisiolain säätämisen yhteydessä tehtiin 1.5.2019 voimaan tulleita muutoksia THL-lakiin. Samalla kumottiin laki sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusten tilastotoimesta ja

laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä, joissa laitoksen tilastoviranomais- ja rekisteritehtävistä aikaisemmin säädeltiin. THL:n tilastoviranomaistehtäviä ja rekistereitä koskevat säännökset siirrettiin THL-lakiin. Näillä muutoksilla mahdollistetaan THL:n uusien tehtävien hoitaminen.

THL:n lakisääteisenä tehtävänä on ylläpitää alan tiedostoja ja rekistereitä sekä huolehtia tehtävään alueensa tietoperustasta ja sen hyödyntämisestä. Lisäksi THL:n tehtävänä on toimia tilastolaissa (280/2004) tarkoitettuna alan tilastoviranomaisena. THL voi kerätä tietoaineistoja (muun muassa tutkimus- ja rekisteriaineistot) ja niistä voidaan johtaa tilastotietoja siitä huolimatta, että niitä ei ole kerätty ensisijaisesti tilastointitarkoituksiin. Lisäksi THL voi kerätä tietoja tilastotarkoituksia varten. THL:n hoitaessa viranomaisena lakisääteisiä tehtäviään se ei tarvitse tietolupaa toisilaisista tarkoitetulta Sosiaali- ja terveysalan Tietolupaviranomaiselta.

Iäkkäiden palvelujen uudistamistyöryhmä tekee ehdotuksensa seurannan toteuttamisesta osana toista valmisteltavaa vanhuspalvelulain muutospakettia.

4 Esityksen vaikutukset

4.1 Taloudelliset vaikutukset

4.1.1 Vaikutukset kuntien ja valtion kustannuksiin

Henkilöstön lisäyksestä johtuvat kustannukset

Lakiesityksessä ehdotetaan vähimmäismitoituksen asettamista iäkkäiden tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoidon (jatkossa näihin yksiköihin viitataan iäkkäiden ympärivuorokautisina yksikköinä). Mitoituksen tulisi olla vähintään 0,5 lain voimaan tullessa ja vähintään 0,7 siirtymäkauden jälkeen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on kerännyt toimintayksikkökohtaista tietoa iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon yksiköiltä viimeksi toukokuussa 2018. Aineiston perusteella voidaan laskea yksiköiden henkilöstömitoitukset.

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.

Yksiköiden mitoitukset ovat saattaneet muuttua toukokuun 2018 jälkeen. Henkilöstön saatavuus on heikentynyt, minkä vuoksi toteutuneet mitoitukset ovat saattaneet pienentyä. Toisaalta keväällä 2019 esiin nousseiden epäkohtien sekä niistä käydyn julkisen keskustelun ja valvontatoimien myötä pienimpiä mitoituksia on korjattu.

Tarvittavan lisähenkilöstön määrän luotettava arviointi edellyttää kattavaa ja yhdenmukaisella tavalla kerättyä seurantatietoa. THL:n aineisto on kattavin ja tuorein tieto. Esimerkiksi kustannusvaikutusten arviointiin ei ole käytettävissä muuta tietopohjaa iäkkäiden ympärivuorokautisten yksiköiden mitoituksista.

Nykyisin käytössä olevan (laatusuosituksessa kuvatun) laskentatavan mukaan alle 0,5 mitoituksen omaavia yksiköitä oli 92 ja niihin pitäisi lisätä 120 mitoitukseen laskettavaa työntekijää,

jotta näiden yksiköiden mitoitus nousisi 0,5:een. Alle 0,7 mitoituksen omaaviin yksiköihin pitäisi lisätä yhteensä 4 417 mitoitukseen laskettavaa työntekijää. Lisatarve 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 työaikaan 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 prosenttia heistä olisi lähihoitajia ja 12 prosenttia 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 prosentin lisäys. Summat nostettiin vuoden 2020 tasoon peruspalvelujen hintaindeksillä (2,4 %). Näin laskettuna mitoituksen nosto 0,5:een lisäisi kustannuksia 6,5 miljoonaa euroa ja mitoituksen nosto 0,7:een kaikkiaan 238,6 miljoonaa euroa. Näissä luvuissa ovat siis mukana sijaisten palkkaamiseen tarvittavat kustannukset. Sijaisiin varattu lisäkustannus vastaa 0,7 mitoituksen noston osalta yli 900 henkilötyövuotta.

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

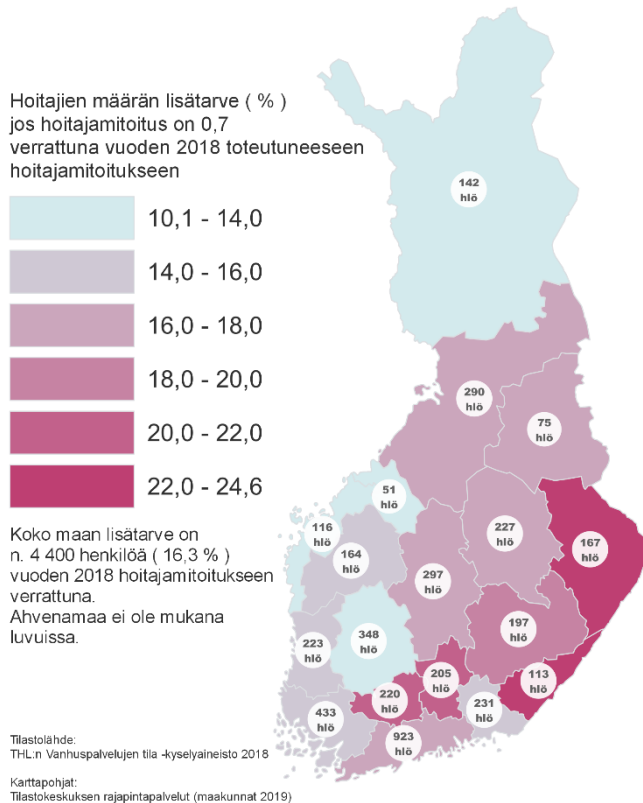
HE 4/2020 vp

Taulukko 3. Tarvittava lisähenkilöstö (htv) maakunnittain (ilman sijaistarvetta)

Maakunta	mitoitus 0.5	mitoitus 0.7	% nykyisestä henkilöstöstä
Etelä-Karjala	3,5	113	23,4
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 1. Tarvittava lisähenkilöstö maakunnittain (ilman sijaistarvetta) verrattuna nykyiseen henkilöstömäärään iäkkäiden ympärivuorokautisissa yksiköissä

Vuoden 2018 hoitajamitoitus verrattuna 0,7 hoitajamitoitukseen
Hoitajien lisätarve (% Ikm) ympärivuorokautisissa hoidossa



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 lisähenkilöstön tarve on melko suuri suhteessa henkilöstön 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.

Lakiesityksessä ehdotetaan myös muutamia muutoksia voimassa olevassa laatusuosituksessa oleviin suosituksiin verrattuna. 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-prosenttisesti mitoitukseen. Näiden ammattiryhmien välillinen^[1] työ vastaa 876

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

henkilötyövuotta. Tästä hoiva-avustajien osuus on 147 henkilötyövuotta. Jatkossakin hoiva-avustajien työnkuvaan voi kuitenkin sisältyä myös välillistä työtä. Heidän osaltaan kokonaishenkilötyövuosimäärä ei muutu, mutta mitoitukseen lasketaan jatkossa vain välittömän työn osuus.

Toinen kustannusvaikutuksia aiheuttava muutos on laitosapulaisten poistaminen mitoituksesta. Heidä oli THL:n aineistossa laskettu mitoitukseen 110^[2]. Myöskään heidän osaltaan kokonaishenkilötyövuosimäärä ei muutu, mutta heidän työnsä lasketaan jatkossa kokonaan mitoituksen ulkopuoliseen tukipalvelutyöhön.

Vuoden 2018 seuranta-aineistossa molemmat muutokset vaikuttavat henkilötyövuosimääriin 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 23,2 miljoonaa euroa. Kustannukset sisältävät 10 prosentin lisäyksen sijaiskuluihin, muuten palkkakustannukset on laskettu samalla kaavalla kuin mitoituksen noston osalta.

Laitosapulaisten poistamista lukuun ottamatta mitoitukseen sisältyvät ammattiryhmät ovat lakiesityksessä pääosin samat, kuin ne ovat olleet laatusuosituksessa ja THL:n mitoituksen seurannassa. On mahdollista, että jatkossa esimerkiksi hoiva-avustajia käytetään nykyistä enemmän, mutta sen aikaansaamat kustannussäästöt eivät ole tämän lakiesityksen suoria vaikutuksia. Opiskelijoiden mitoitukseen laskemiseen tulee muutos, joka helpottaa heidän käyttämistään mitoitukseen laskettavassa työssä. Tästä ei kuitenkaan arvioida syntyvän merkittäviä taloudellisia vaikutuksia.

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

[2] THL:n kyselyssä on kerätty hoito- ja laitosapulaiset yhdessä. Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkkatilaston mukaan Ikääntyneiden hoitolaitokset - ja Ikääntyneiden palveluasuminen -toimialoilla laitosapulaisten osuus näiden ammattiryhmien yhteismäärästä on 20%.

Mitoituksen laskentakaava pidetään samanlaisena, kuin se aiemmin laatusuosituksen perusteella on ollut ja jota THL on siis käyttänyt mitoituksen seurannassa. THL:n kyselyssä seuranta-aika on ollut yksi viikko. Valmistelun aikana laskentajaksoksi on ehdotettu kolmea viikkoa muun muassa sen vuoksi, että pidempi jakso on yhtenäisempi työvuorosunnittelun kanssa. Tällä ei arvioida olevan merkittäviä vaikutuksia mitoituksiin eikä siten myöskään kustannuksiin.

Muut kustannusvaikutukset kunnille ja valtiolle

Yhtenäisen palvelutarpeen arviointijärjestelmän käyttöönotto

Lakiesityksessä ehdotetaan, että palvelutarvetta tulee jatkossa arvioida yhtenäisellä, valtakunnallisella järjestelmällä niille asiakkaille, joille palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä (asiakasohjauksessa) todetaan, että asiakas on säännöllisten palvelujen tarpeessa. Näin ollen RAI-arviointi tehtäisiin ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon yksiköissä sekä säännöllisessä kotihoidossa (ml. tavallinen palveluasuminen), omaishoidossa ja perhehoidossa oleville asiakkaille.

Palvelutarpeen arviointi on tehtävä jo nykyisen lainsäädännön perusteella. Lisäkustannuksia aiheutuu siitä, että kaikkien palveluntuottajien on siirryttävä käyttämään samaa yhtenäistä palvelutarpeen arviointijärjestelmää eli RAI-järjestelmää. Sen vuoksi on arvioitava:

- asiakkaiden RAI-arviointien tekemiseen tarvittava työaika
- koulutuskustannukset kunnille ja yksityisille palveluntuottajille
- tietojärjestelmäkustannukset kunnille ja yksityisille palveluntuottajille

THL:n kustannukset, muun muassa RAI-koulutukset.

Arviointiin käytettävä työaika

On arvioitu, että RAI-arvioinnin tekeminen asiakkaalle kestää 30-40 minuuttia hoitajalta, joka tuntee asiakkaan. Suositus on, että arviointi tehdään kaksi kertaa vuodessa tai asiakkaan tilanteen muuttuessa. Varsinkin alkuun arviointi saattaa viedä kauemmin, joten arviointiin voidaan arvioida kuluvan tunnista viiteen tuntiin/asiakas/vuosi. Lain jo aiemmin edellyttämä huolellinen arviointi on millä tahansa menetelmällä vienyt lähes saman ajan, joten RAI:n käyttöönoton ei voida arvioida oleellisesti lisäävän arviointiin tarvittavaa työpanosta. RAI-arvioinnissa käydään läpi asioita, jotka joka tapauksessa tulisi hyvässä hoidon- ja palvelutarpeen arvioinnissa ja seurannassa selvittää. Arvioinnin tekeminen yhdellä välineellä voi myös olla nopeampaa verrattuna siihen, että tiedot kerätään eri lähteistä ja arviointi tehdään eri välineillä (muun muassa erilliset yksittäiset mittarit toimintakyvyn eri osa-alueiden arviointiin). Osa kunnista ja palveluntuottajista on jo aiemmin valinnut arviointimenetelmäksi RAI:n. Iäkkäiden palveluissa on THL:n Sotkanet-tietokannan mukaan yhteensä noin 120 000 asiakasta, joten yhden tunnin lisäys arviointityöhön asiakasta kohti vastaisi koko maassa 74 henkilötyövuotta. Kuten aiemmin on todettu, välillisen työn poistaminen mitoituksesta ja sen korvaaminen lisäämällä tukipalveluhenkilöstöä vapauttaa välittömään työhön käytettävissä olevaa työaikaa lähi-, sairaan- ja kodinhoitajilla yhteensä 619 henkilötyövuodella. Palvelutarpeen arviointi on osa välitöntä asiakastyötä.

Koulutuskustannukset kunnille ja yksityisille palveluntuottajille

RAI-arviointijärjestelmän käyttöönotto edellyttää henkilöstön kouluttamisen siirtymäkauden aikana, mistä syntyy kustannuksia koulutuksen järjestäjälle (THL) sekä toimintayksiköille (sijais- ja matkakulut). Lakiesityksessä ehdotettua RAI-järjestelmää käyttää jo tällä hetkellä 1 300

toimintayksikköä (noin 40 prosenttia iäkkäiden ympärivuorokautisten yksiköiden asiakkaista ja 35 prosenttia iäkkäiden kotihoidon asiakkaista) vanhuspalveluissa. Mikäli järjestelmästä tehdään valtakunnallinen, uusia RAI-käyttäjäyksiköitä tulee noin 1 500. Järjestelmän käyttöönotto edellyttää sekä sisältö- että ohjelmistokoulutusta. Niille toimintayksiköille, joilla jo on RAI käytössään, tulee lisäksi kohdentaa koulutusta uusien, päivitettyjen RAI-välineiden käyttöönottoon.

THL tarjoaa sekä RAI-verkkokoulun että RAI-erityisasiantuntijavalmennusta. Näiden koulutusten tavoitteena on varmistaa monipuolinen osaaminen toimintayksiköissä:

- Arviointiosaaminen ja arviointitiedon käyttö asiakkaan hoidon ja palveluiden suunnittelussa.
- RAI-tiedon ja -vertailutiedon hyödyntäminen toiminnan seurannassa, suunnittelussa, kehittämisessä
- RAI:n käyttö tiedolla johtamisessa.

Käyttöönottokoulutuksesta toimintayksiköille aiheutuvat sijais- ja matkakulut on arvioitu koulutukseen käytetyn työajan ja keskimääräisten matkakustannusten² mukaan. Mikäli yksikkö käyttää jo RAI:ta, sille kohdennetaan kahden tunnin uusien välineiden sisältökoulutus, johon osallistuu yksikön koosta riippuen keskimäärin neljä arviointisijaa ja RAI-vastuuhenkilö. Jos yksikkö on uusi RAI-käyttäjä, kohdennetaan vastuuhenkilölle kolmen työpäivän koulutus. Tämän lisäksi annetaan yksikön koosta riippuen keskimäärin 2,5 arviointisijalle ja vastuuhenkilölle kahden tunnin käyttöönottokoulutus ja kahden tunnin ohjelmistokoulutus. Kaikki hoitajat eivät tee arviointeja, joten kaikkia ei heti kouluteta. Kokonaisuudessaan toimintayksiköille syntyy käyttöönottokoulutuksen aikaisia sijais- ja matkakustannuksia siirtymäkauden aikana yhteensä 5,5 miljoonaa euroa.

Jatkossa RAI:n kansallinen käyttö edellyttää, että RAI-järjestelmän käyttö, RAI-arviointiosaaminen ja RAI-tiedon hyödyntämisen osaaminen kuuluvat sekä toisen asteen että ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmiin osana sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten perus- ja/tai ammatillisia opintoja sekä niiden tarjoamaan lisä-, täydennys- ja erikoistumiskoulutusvalikoimaan. Ammatillisiin perusopintoihin kuuluu jo nykyisin opintoja palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnista. RAI:n nivominen näihin opintosisältöihin edellyttää alkuvaiheessa jonkin verran opinto-ohjelmien aiheisisältöjen muokkauksia, joista ei kuitenkaan aiheutune merkittäviä lisäkustannuksia oppilaitokselle, koska tietosisällöistä on olemassa jo valmista koulutusmateriaalia. Lisäksi RAI-koulutusta järjestävät oppilaitokset tarvitsevat käyttöönsä ohjelmiston, johon RAI-arviointi kirjataan, jotta koulutuksessa voidaan harjoitella RAI-arviointien tekemistä. Jos THL edelleen jatkaa kansallisena RAI-lisenssien myöntäjänä, voidaan koulutusorganisaatioille myöntää omat lisenssit, joiden kautta he saavat käyttöönsä RAI-lomakkeet ja käsikirjat. Tällaisia sopimuksista on olemassa oleva malli ja niitä on tehty muutamien organisaatioiden kanssa. Sopimus voi olla maksuton.

Tietojärjestelmäkustannukset kunnille ja yksityisille palveluntuottajille
RAI-arviointi voidaan viedä osaksi asiakastietojärjestelmiä hallitusti ja kustannustehokkaasti osana laajempaa asiakastietojärjestelmien kehittämistä. THL tulee antamaan sosiaalihuollon asiakasasiakirjalain nojalla määräykset sosiaalihuollon asiakasasiakirjojen rakenteista (muun

² Koulutusajalle on laskettu aina vähintään koko päivän sijainen (laskennassa käytetty tuntipalkka 27 €/ ja päiväpalkka 203 €/työpäivä sisältäen sivukulut). Muualla pidettäviin koulutuksiin on laskettu myös päiväraha-, matka- ja majoituskuluja.

muassa toimintakykytiedon osalta), jolloin RAI-tiedot voidaan viedä osaksi asiakastietojen yhtenäistä kokonaisuutta sosiaalihuollon Kanta-palvelujen käyttöönottojen yhteydessä. Tähän on varattava rahoitus osana Kanta-palvelujen rahoitusta. Kanta-palvelujen käyttöönoton kustannukset eivät kuitenkaan ole tämän lakiesityksen kustannuksia, sillä Kanta-palveluihin on muutenkin suunniteltava palvelutarpeen arviointiin liittyvä osuus.

Ennen käytössä olevat potilas- ja asiakastietojärjestelmät sisältävät RAI-arviointijärjestelmän, kunnat voivat hankkia valmiin, erillisen ohjelmiston, joka ostettaisiin kilpailuttamalla (nykyisin tietojärjestelmätoimittajia on 2-3). Hankinta on mahdollista tehdä myös hankintayhteistyönä. Käyttöönottoon on arvioitu kustannuksia myös aiemmille vuosille, jotta RAI-arviointien tekeminen laajenisi ennen siirtymäajan päättymistä. Tähän on arvioitu tarvittavan 4 miljoonaa euroa vuodessa. Arvio perustuu eräiltä jo nykyään RAI-järjestelmää käyttäviltä toimijoilta saattuihin tietoihin RAI-järjestelmän toimittajille maksetuista vuotuisista käyttäjämaksuista ja näiden käyttäjien nykyisestä käyttölaajuudesta, joka sisältää sekä säännöllistä kotihoitoa, ympärivuorokautista hoitoa että asiakasohjausta. Näistä tiedoista on laskettu koko maan kattavan RAI-arviointijärjestelmän käytön arvioitu kustannus.

Ennen Kanta-palvelujen käyttöönottoa kunnat voivat halutessaan integroida erillisen RAI-järjestelmänsä osaksi sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmiä, mutta säädökset eivät sitä edellytä.

THL:n kustannukset

THL:ään tarvittava rahoitus olisi siirtymäkaudelle 1,5 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.

Muut vaikutukset

RAI-arviointijärjestelmän tarjoaminen tulee lakiesityksen mukaan olemaan järjestäjien vastuulla, jolle sekä ohjelmisto- että siirtymäkauden aikaisten käyttöönottokoulutusten kustannukset korvataan valtionosuuksien kautta niin, että kustannusarvio kattaa kaikki palveluntuottajat. Monet RAI:ta käyttävistä kunnista ovat jo aiemmin sopineet RAI:n käytöstä ostopalvelu- ja palvelusetelituottajien kanssa, ja palvelun järjestäjät voivat hyödyntää esimerkiksi näitä toimintakäytäntöjä. Yksityisten palveluntuottajien kanssa tehtävissä sopimuksissa on voitu 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 arviointijärjestelmän 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 ja toimintakykyyn 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. Lisäksi tulosten esittäminen avoimesti auttaa myös iäkkäitä ja omaisia arvioimaan hoidon laatua.

Ehdotus valtakunnallisesti yhtenäisestä palvelutarpeen arvioinnista on tarkoitettu turvaamaan yli 0,7 mitoitus sellaisissa iäkkäiden ympärivuorokautisissa yksiköissä, joissa asiakkaiden hoidon tarve sitä edellyttää. Yhtenäisen arvioinnin käyttöönotto saattaisi osoittaa, että yli 0,7 mitoitus pitäisi olla nykyistä useammalla yksiköllä (nyt 22 prosentilla). Vaativimpien asiakkaiden

resurssitarpeeseen vaikuttavat myös tilojen toimivuus, käytössä olevat apuvälineet ja esimerkiksi kuntoutuksen erityisosaaminen. Kun THL:n 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 muuttuvat, mutta asiakasrakenteen muutoksesta johtuva yli 0,7 mitoituksen tarpeen kasvu ei ole tämän lakiesityksen vaikutusta.

RAI-arviointijärjestelmä ei ole kaupallinen tuote. Se on kansainvälisessä tutkijayhteistyössä kehitetty yhtenäinen asiakkaan arviointijärjestelmä. Jos RAI on kansallisessa käytössä tai sen käytöstä ei synny kaupallista hyötyä, käyttö on maksutonta. THL:n RAI-lisenssi on siten maksuton. Tietojärjestelmätoimittajilla on omat sopimukset interRAI:n kanssa. Heillä on kyseessä kaupallinen toiminta, joten he maksavat rojaltit interRAI:lle sopimustensa mukaisesti.

RAI-arviointijärjestelmän käyttövelvoitteen säätäminen tulee siten lisäämään interRAI-tutkijayhteisön Suomesta saamia lisenssimaksuja. Käyttövelvoitteen säätämisestä aiheutuu näin välillisesti etua tutkijayhteisölle. Tästä syystä asiaa on syytä tarkastella myös EU:n valtioneutokisääntelyn näkökulmasta. Valtioneutokisääntelyä sovelletaan vain niin kutsuttuun taloudelliseen toimintaan. Komission antaman tutkimus- ja kehitystyöhön liittyviä valtioneutokisäntelyä koskevan tiedonannon perusteella taloudelliseksi toiminnaksi ei katsota lisensointia silloin, kun kyse on tutkimusorganisaation tai -infrastruktuurin harjoittamasta lisensoinnista ja siitä saatavat voitot investoidaan uudelleen tutkimusorganisaation tai -infrastruktuurin tutkimustoimintaan (komission tiedonanto; puitteet tutkimus- ja kehitystyöhön sekä innovaatiotoimintaan myönnettävälle valtioneutuelle, 2014/c 198/01, kohta 19 b). InterRAI on kansainvälinen tutkijayhteisö ja se käyttää saamansa lisensointitulot omaan tutkimustyöhönsä. InterRAI ei tavoittele toiminnassaan voittoa. Näin ollen voidaan katsoa, että interRAI:n mittaristoon liittyvä lisensointitoiminta ei ole taloudellista toimintaa eikä RAI-mittariston käyttövelvoitteen säätämiseen liity EU:n valtioneutokisääntöjen vastaista tukea.

Koulutuspaikkojen lisäys

lääkkäiden ympärivuorokautisissa yksiköissä tarvitaan monenlaista osaamista, mutta mitoituksen noston vuoksi koulutusmääriä on lisättävä lähihoitajien, sairaanhoitajien ja hoiva-avustajien osalta.

Opetus- ja kulttuuriministeriö on arvioinut, että lähihoitajien koulutukseen tarvittaisiin lakiesityksen vuoksi 148 miljoonan euron määräaikainen lisäpanostus vuosille 2020-2024 (laskettuna vuoden 2020 talousarvioesityksen mukaisella opiskelijavuoden hinnalla). 148 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. Rahoitus sisältää ammatillisen koulutuksen erilaiset järjestämismuodot (esimerkiksi oppisopimuskoulutuksen). Lisäksi hoiva-avustajan tehtäviin sijoitettavia henkilöitä koulutetaan jatkossakin tarvittava määrä olemassa olevien ammatillisen koulutuksen resurssien puitteissa. Nykyisin hoiva-avustajan tehtäviin sijoittuneet ovat suorittaneet useimmiten yhden tutkinnon osan sosiaali- ja terveysalan perustutkinnosta (esimerkiksi 25 osaamispistettä) ja lisäksi tutkinnon osan/osia muista perustutkinnosta (esimerkiksi 30 osaamispistettä).

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 kulttuu-

riministeriö 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.

Valvonnan resurssit

Yhtenäiset määrittelyt vähentävät jonkin verran valvontatyötä. Toisaalta odotukset valvonnalle kasvavat. Henkilöstön saatavuuden haasteellisuus saattaa myös heijastua lisääntyvinä valvontatehtävinä kotihoidossa. Lisäksi ohjauksen ja neuvonnan tarve todennäköisesti lisääntyy. Vaikutukset riippuvat pitkällä aikavälillä monelta osin siitä, millaisia toiminnallisia muutoksia uusi sääntely eri vaiheissaan tuo palvelutoimintaan. Edelleen vaikutukset riippuvat valvonnan ohjauksessa ja johtamisessa tehtävistä valinnoista sekä mahdollisesta uudesta valvonnan menettelyjä muuttavasta sääntelystä.

Merkittäviä tarpeita resurssien lisäämiseen ei tämän lakiesityksen johdosta välittömästi ole, sillä valvontaan lisättiin resursseja keväällä 2019. Valvonnan resurssien riittävyyttä arvioidaan kuitenkin vielä uudistuksen siirtymäkauden aikana, kun koko iäkkäiden palvelujen uudistus ja valvonnan kehittäminen sen osana etenevät.

Vaikutukset valvontaviranomaisten työhön ja valvonnan sisältöön on kuvattu kokonaisuudessaan Vaikutukset valvontaan –luvussa.

HE 4/2020 vp

Yhteenvedo taloudellisista vaikutuksista ja henkilöstön lisäyksestä
Taulukko 4. Yhteenvedo taloudellisista vaikutuksista

Kiintein (vuoden 2020) hinnoin						
Rahoitus- tapa	Kustannus	2020 5 kk (voim. 1.8.)	2021	2022	2023 0,7 voi- maan 1.4.	2024
VOS	Mitoituksen nosto	2,7	6,5	6,5	178,9	238,6
VOS	Mitoituksen laskentatavan muutokset	9,7	23,2	23,2	23,2	23,2
VOS	RAI-koulutuskustannukset kunnille ja yksityisille palveluntuottajille yhteensä	1,3	1,3	1,3	1,6	0
VOS	RAI-tietojärjestelmäkustannukset kunnille ja yksityisille palveluntuottajille yhteensä	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
VOS Yhteensä		17,7	35,0	35,0	207,7	265,8
	THL:n määräaikaiset kustannukset	0,8	0,3	0,2	0,2	0
	THL:n pysyvät kustannukset	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Kaikki yhteensä		19,0	35,8	35,7	208,4	266,3

Taulukko 5. Muut kustannukset

<p>OKM:n hallinnonalalle tulevat kustannukset koulutuksen lisäämisestä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - OKM on arvioinut, että tarvittaisiin 148 miljoonan euron määräaikainen lisäpanostus lähihoitajien koulutukseen vuosille 2020-2024. - 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. 	Varattava OKM:n hallinnonalan rahoitukseen
Valvonta: merkittäviä tarpeita resurssien lisäämiseen ei välittömästi ole	

HE 4/2020 vp

Taulukko 6. Yhteenveto henkilöstön lisätarpeesta³

	Lain voimaan tullessa	Siirtymäkauden jälkeen
Hoitohenkilöstön lisäys mitoituksen noston vuoksi	120	4 417
Sijaistarve (22 %, htv)	26	945
Tukipalveluhenkilöstön lisäys mitoituksen laskentavan muutoksen vuoksi	619	jatkuu sama (619)

Taulukko 7. Kuntien ja yksityisten palveluntuottajien osuus lisähenkilöstöstä ja kustannuksista

	Lain voimaan tullessa		Siirtymäkauden jälkeen	
	Kunnat ja kuntayhtymät	Yksityiset palveluntuottajat	Kunnat ja kuntayhtymät	Yksityiset palveluntuottajat
Hoitohenkilöstön lisäys mitoituksen noston vuoksi	60	60	2 297	2120
Sijaistarve (htv)	13	13	491	454
Tukipalveluhenkilöstön lisäys (htv) mitoituksen laskentavan muutoksen vuoksi	309,5	309,5	309,5	309,5
Mitoituksen kustannukset yhteensä (vuotuiset kustannukset)	14,9	14,9	135,7	126,1
RAIn käyttöönoton tilapäiset ja pysyvät kustannukset yhteensä	2,7	2,7	2,0	2,0

³ Taulukossa on tämän uudistuksen vuoksi tarvittava lisäys. Henkilöstöä tarvitaan lisää myös väestön ikääntymisen vuoksi. Työllisyysvaikutukset –osuudessa on kuvattu henkilöstön kokonaistarve tulevilla vuosikymmenellä.

Vaikutukset kuntatalouteen ja julkiseen talouteen

Kunnat saavat peruspalvelujen rahoitukseen laskennallista valtionosuutta, joka perustuu kunnan asukkaiden palvelutarpeeseen ja olosuhdetekijöihin. Kuntien valtionosuusjärjestelmässä valtionosuudet ovat yleiskatteellisia, joten viime kädessä kunnat päättävät itse niiden tarkemmasta kohdentamisesta, ottaen kuitenkin huomioon asianomaisen palvelutehtävän lainsäädännön asettamat reunaehdot.

Kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain (1704/2009) mukaan uusien ja laajentuvien tehtävien aiheuttamat lisäkustannukset korvataan kunnille sataprosenttisesti siten, että tarvittava lisärahoitus lisätään kuntien peruspalvelujen valtionosuuksiin. Edellä kuvatut kustannusvaikutukset ovat tämän lakiesityksen suoria vaikutuksia kuntien järjestämien palvelujen kustannuksiin ja valtionosuutta siis lisätään sataprosenttisesti niiden perusteella.

Valtionosuusjärjestelmä ottaa huomioon muun muassa väestökehityksen ja sairastavuuden (eli niistä johtuvan asiakasmäärien kasvun) sekä hinta- ja palkkatason muutokset tulevinä vuosina. Tässä lakiesityksessä arvioidut kustannukset on esitetty vuoden 2020 rahassa, ja niitä korotetaan vuosittain valtionosuusjärjestelmässä. Vuosittain tehtävässä kustannusten jaon tarkistuksessa laskennalliset kustannukset korjataan vastaamaan toteutuneita kustannuksia.

Valtiovarainministeriön kansantalousosaston laatiman kehysarvion perusteella kuntatalouden kehitysnäkymät pysyvät huolestuttavan heikkoina kehyskauden 2020-2023.

Kustannusten kehitykseen vaikuttavia asioita

Iäkkäiden palveluissa tapahtuu lähivuosina tässä lakiesityksessä ehdotetun lakimuutoksen lisäksi myös muita muutoksia, jotka vaikuttavat henkilöstötarpeisiin, kustannuksiin ja mitoitustarpeen kehittymiseen. Niihin vaikuttavat muun muassa väestön ikääntyminen sekä muutokset asiakkaiden palvelutarpeissa ja iäkkäiden 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 tämä vaikuttaisi palkkakilpailuun. 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 sopimukseen perustuvien palkankorotusten siirtämistä hintoihin (sopimukseen on kirjattu, miten usein hintoja tarkastetaan). Paikallisesti voi kuitenkin syntyä tilanteita, joissa jokin toimija pääsee määrittelemään hintansa käytännössä yksipuolisesti. Kunnilla on mahdollisuus lisätä omaa tuotantoa, mikäli niillä on palvelutuotantoon sopivia tiloja.

Toisaalta kunnilla ja palveluntuottajilla on myös muita keinoja sopeuttaa toimintaansa. Ympäri vuorokautisten palvelujen kallistuminen johtaa todennäköisesti palvelurakenteen monimuotoistumiseen ja ympärivuorokautisten palvelujen osuuden pienenemiseen. Esimerkiksi välimuotoisten asumispalvelujen lisääntyminen tai kotihoidon palvelujen kehittyminen vähentävät ympärivuorokautisten palvelujen ja edelleen henkilöstön lisästarvetta, koska niissä voidaan hyödyntää teknologiaa ja erilaisia organisointitapoja. Henkilöstökustannuksia voidaan hillitä myös koordinoimalla paremmin erityisosaamista vaativien palvelujen tuottamista, kuten esimerkiksi saattohoitoon liittyviä sairaanhoidollisia tehtäviä. Saattohoidon erityisosaaminen voidaan turvata muun muassa kotisairaaloitointia kehittämällä. Näin ollen iäkkäiden palvelujen

kustannukset eivät välttämättä nouse niin paljon, kuin nykyisellä palvelurakenteella ne nousisivat. Kunnilla ja yrityksillä on palkkojen lisäksi myös muita keinoja houkutella työvoimaa, esimerkiksi joustavat työajat.

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 joustavasti jatkuvan haun kautta. Perusopetuksen päättäneet nuoret kuitenkin 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 soveltuvat tutkinnon osat tai osa antavat osaamista työelämän hoivatyössä tarvittaviin osaamistarpeisiin, esimerkiksi hoiva-avustajan tehtävissä toimimiseen ikäihmisten palveluissa. Koulutuksen järjestäjä voi järjestää ammatillisen koulutuksen laissa (531/2017) tarkoitettua tutkintokoulutusta myös 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.

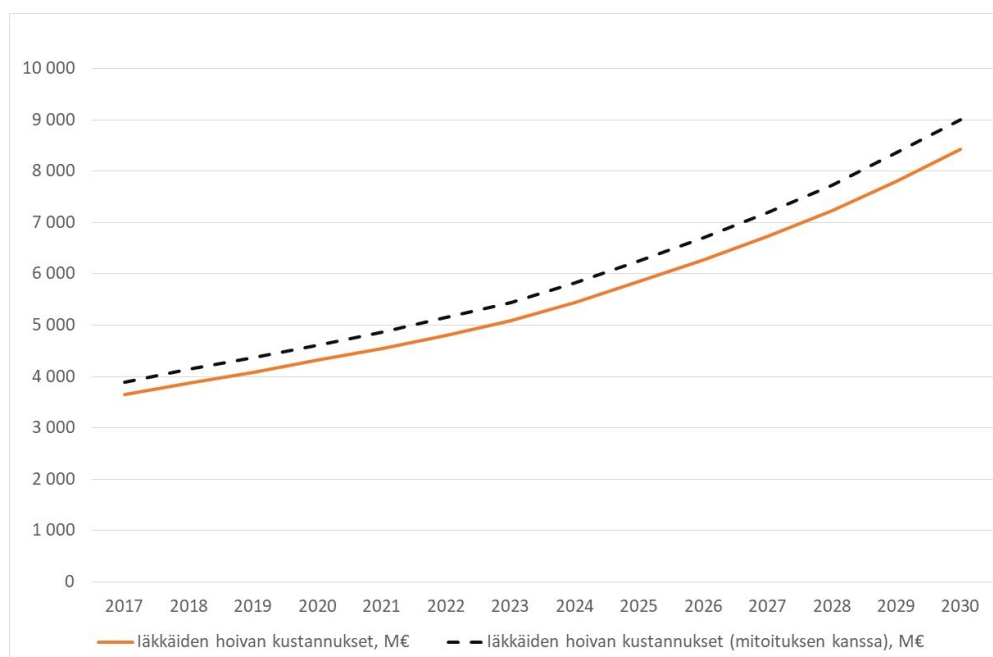
Mikäli suunnitteilla oleva sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos toteutuu ennen 0,7 mitoituksen siirtymäajan päättymistä, mitoitukseen tarvittavat lisäkustannukset on sijoitettava uuteen palvelujen rahoitusjärjestelmään. Toteutuessaan sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos vaikuttaisi myös iäkkäiden palvelujen järjestämiseen. Uudistuksen tavoitteena on lisätä kaikkien Suomessa asuvien yhdenvertaisuutta yhdenmukaistamalla palvelujen myöntämiskriteerejä ja järjestämistapoja.

Kustannusten arvioitu kehitys seuraavan 10 vuoden aikana nykyisellä palvelurakenteella

THL:n Sosiaalimenojen pitkän aikavälin laskelmasta saadaan arvio sosiaali- ja terveystalouden kokonaiskustannusten ja iäkkäiden hoivapalvelujen kustannusten tulevasta kehityksestä. Laskelma ottaa huomioon ikärakenteen muutoksen. Reaalipalkkojen ja inflaation kehityksen osalta noudatetaan samoja oletuksia, kuin valtiovarainministeriön kestävyyslaskelmassa.

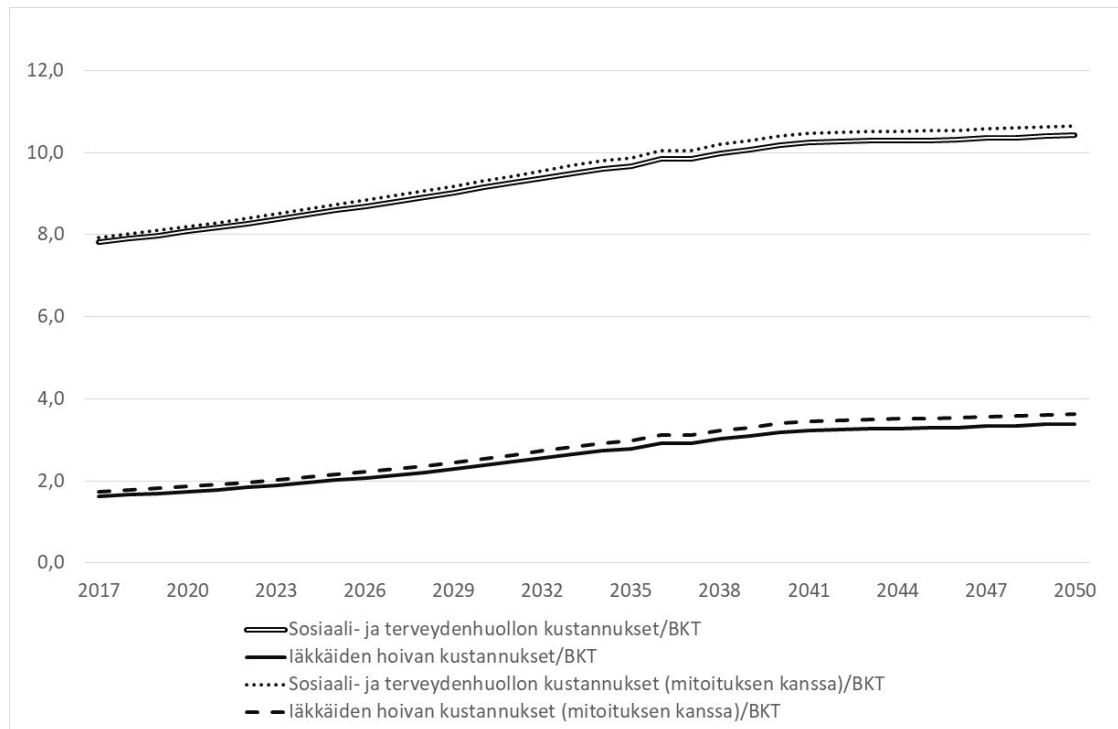
Alla olevassa kuviossa on iäkkäiden hoivapalvelujen kustannusten arvioitu kehitys sekä ilman mitoituksen noston aiheuttamia kustannuksia, että niiden kanssa. Iäkkäiden hoivapalvelujen kustannukset nousevat selvästi seuraavan kymmenen vuoden aikana.

Kuvio 5. Iäkkäiden pitkäaikaishoidon palvelujen kustannukset 2017-2030, milj. euroa



Kun palvelujen kustannukset suhteutetaan oletettuun bruttokansantuotteen kehitykseen, nähdään mitoituksen muutoksen tuoma paine julkiseen talouteen. Bruttokansantuotteen voidaan ajatella kuvaavan julkisen talouden pitkän aikavälin rahoitus pohjaa. Kuviosta huomataan, että iäkkäiden määrän kehityksellä on selvästi isompi vaikutus kuin mitoituksen muutoksella.

Kuvio 6. Sosiaali- ja terveystalouden kokonaiskustannukset ja iäkkäiden palvelujen kustannukset, suhteessa BKT:een 2017-2050



4.1.2 Uudistuksen rahoitus

Esitys liittyy vuoden 2020 1. lisätalousarvioesitykseen. Julkisen talouden suunnitelmassa 2020-2023 on varattu 5 miljoonaa euroa vuodelle 2020, 30 miljoonaa euroa vuodelle 2021 ja 40 miljoonaa euroa vuodelle 2022. Hallitusohjelmassa on varattu 70 miljoonan euron pysyvä rahoitus vuodesta 2023 lähtien.

Vuodelle 2020 tarvitaan kuntien valtionosuuksiin 12,7 miljoonaa euroa lisää. Vuodelle 2023 tarvitaan 137,7 miljoonan ja vuodelle 2024 tarvitaan 195,8 miljoonan euron pysyvä rahoitus jo myönnetyn 70 miljoonan euron lisäksi.

Lisäksi THL:n toimintamenoihin tarvitaan sekä määräaikainen lisäys siirtymäkaudelle (yhteensä 1,5 miljoonaa euroa) että 0,5 miljoonan euron vuosittainen pysyvä rahoitus vuodesta 2020 lähtien.

Pöytäkirjamerkinnoissa hallituksen talousarvio- ja kehysneuvotteluista 17.9.2019 on todettu:

Hallitus sitoutuu parantamaan vanhushpalveluita merkittävästi tällä hallituskaudella kirjaamalla lakiin henkilöstön sitovan vähimmäismitoituksen tehostetussa palveluasumisessa (0,7).

Mitoituksen toteutuksessa huomioidaan hoitoisuus ja henkilöstön työnjakoa selkeytetään tuki-palvelujen osalta. Vanhushpalvelulakia päivittävä asiantuntijatyöryhmä antaa ehdotuksena syyskuun loppuun mennessä siitä, miten hallitusohjelman tavoite on saavutettavissa. Lausuntokierroksen ja lainsäädännön arviointineuvoston käsittelyn jälkeen hallituksen esitys annetaan eduskunnalle syysistuntokauden aikana. Hallitus on sitoutunut toteuttamaan hallitusohjelmakirjauksen sitovasta henkilöstömitoituksesta vanhusten tehostetussa palveluasumisessa (0,7) ja varaa siihen taloudelliset resurssit JTS:ssä ja talousarvioissa.

Henkilöstömitoituksen toteutuminen edellyttää koulutuspaikkojen lisäämistä ja opetus- ja kulttuuriministeriö on arvioinut tarvittavan lisärahoituksen. Päätökset lisärahoituksesta koulutukseen tehdään vuosien 2021-2024 julkisen talouden suunnitelman valmistelun yhteydessä.

4.1.3 Työllisyysvaikutukset

Henkilöstön tarpeen kehitys 2030 mennessä

Vuonna 2018 iäkkäiden ympärivuorokautisissa yksiköissä, 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 suositaan 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 iäkkäiden palvelujen nykyhenkilöstöstä eläköityy lähes 15 000 lähi- ja sairaanhoitajaa vuoteen 2030 mennessä.

Työikäisen väestön vähetessä iäkkäiden palveluihin tarvitaan aikaisempaa suurempi osa työllisistä.

HE 4/2020 vp

Taulukko 8. Henkilöstömäärä vuonna 2018 sekä ennuste vuosille 2025 ja 2030

	Ympärivuorokautiset yksiköt			Kotihoito ja tavallinen palveluasuminen (ml. sekayksiköt, joissa on sekä ympärivuorokautinen 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 THL:n suoraan ympärivuorokautisilta yksiköiltä sekä tavallisen palveluasumisen ja kotihoiton 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 9. Eläkepoistuma vuosina 2019-2025 ja 2026-2030, vuoden 2018 mukaisesta henkilöstöstä

	Iäkkäiden ympärivuorokautiset 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 prosenttia) vanhushuonepalveluista vastaavista arvioi, että heidän alueellaan ei ole riittävästi kotihoidon palveluja saatavana. Toisaalta iäkkäiden 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.

Työvoiman saatavuus*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 ylempään ammattikorkeakoulututkintoon. Iäkkäiden palveluihin erikoistuneita geronomeja valmistui vuonna 2018 enemmän kuin aiempina vuosina eli 159.

Taulukko 10. 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:ssä. Iäkkäiden palveluihin hyvin soveltuva on myös sairaanhoidon ja huolenpidon osaamisala, jonka suorittaneiden määrä noussut noin 3 300:een.

Taulukko 11. 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
Sairaanhoidon ja huolenpidon osaamisala (ml. ruots.)	2 277	2 394	2 880	2 832	3 273	3 156	3 495	3 291
Vanhustyön osaamisala (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 ennakkointia ja osaamistarpeiden laadullista ennakkointia. 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 tehtäväarakenteen 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 §). Terveydenhuoltolain mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiiriin on sovittava yhteen työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa maakuntien liittojen kanssa (42 §) ja sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksiköiden on huolehdittava henkilöstötarpeen ennakoinnista. Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta annetussa valtioneuvoston asetuksessa (337/2011) säädetään terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa sovittavasta kuntien yhteistyöstä perusterveydenhuollon henkilöstön saatavuuden turvaamisessa (9 §). Lisäksi erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava, miten erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiiriin kuntayhtymien alueella arvioidaan ja seurataan pitkällä aikavälillä työvoimatarvetta ja miten sairaanhoitopiirit sopivat erikoissairaanhoidon henkilöstön saatavuuden turvaamisesta (14 §).

Osa-aikaistyön yleisyys

Tilastokeskuksen Palkkarakenne-tilaston mukaan vuonna 2017 oli ikääntyneiden hoitolaitokset - ja Ikääntyneiden palveluasuminen -toimialojen työntekijöistä osa-aikaisia 17 prosenttia. Kuntasektorilla osuus oli 14 prosenttia ja yksityisellä sektorilla 20 prosenttia. Keskimääräinen osa-aikaisuusprosentti oli kuntasektorilla 66 prosenttia ja yksityisellä sektorilla 56 prosenttia. Tilastokeskuksen Työvoimatutkimuksen mukaan terveys- ja sosiaalipalvelut (Q) -toimialalla vastentahtoisten osa-aikatoimien osuus oli vuonna 2018 noin 20 prosenttia osa-aikatoimista. Osuus on pienempi kuin monella muulla toimialalla, mutta on kasvanut viime vuosina hieman.

Muilla aloilla työskentelevät

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

Muissa kuin koulutuksensa mukaisissa töissä työskenteli 4-5 prosenttia 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 12. Muissa 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/erikoissairaanhoitajan (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 84 122 Terveystenhuollon 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 julkaistavat 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.

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 2 700 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 prosenttia ja sairaanhoitajan koulutuksen saaneista 77 prosenttia 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 pitkäaikaisairaita kuin työnhakijoissa keskimäärin (12 prosenttia vs 9 prosenttia). Sairaanhoitajan koulutuksen saaneissa vammaisten ja pitkäaikaissairaiden osuus on 7 prosenttia eli kaikkien työnhakijoiden keskiarvoa pienempi.

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

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

Lähihoitajan koulutuksen saaneista työnhakijoista 81 prosenttia ilmoitti hakuammatikseen ”hoivapalvelun ja terveydenhuollon työntekijät”, joka vastaa lähihoitajan ammattia. Sairaanhoitajan koulutuksen saaneista työnhakijoista 80 prosenttia 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.

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 terveydenhuollon ammattihenkilöistä suurin ryhmä ovat lähihoitajat. Muita ovat muun muassa apuvälineteknikko, jalkaterapeutti ja koulutettu hieroja. Laillistettuja sosiaalihuollon ammattihenkilöitä ovat sosiaalityöntekijät, sosionomit, geronomit ja kuntoutuksen ohjaajat. Nimikesuojattuja sosiaalihuollon ammattihenkilöitä ovat lähihoitajat, kodinhoitajat ja kehitysvammaistenhoitajat. Ammattioikeudet myöntävä viranomainen on Valvira ja valvontaa suorittavat Valviran lisäksi aluehallintovirastot.

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

Terveydenhuollon ammattien osalta muualla kuin EU/ETA-valtiossa suoritettujen tutkintojen tunnustaminen edellyttää hakijalta lisäopintojen suorittamista ja/tai kuulustelua ammattitaidon selvittämiseksi sekä lisäksi riittävän kielitaidon. Riittäväällä 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.

EU/ETA-alueen ulkopuolella suoritetun tutkinnon nojalla laillistuksen tai nimikesuojauksen myöntämisestä tulevat kustannukset myös lisä- ja kieliopinnoista. Päätösten saamiseen kuluva aika riippuu siitä, missä ajassa hakija ehtii suorittaa tarvittavat täydennysopinnot ja hankkia riittävän kielitaidon.

Sosiaalihuollon koulutusten osalta prosessi ei poikkea sen suhteen, onko kyse EU/ETA-valtiossa vai sen ulkopuolella suoritetusta tutkinnosta.

Ulkomailta 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 (esimerkiksi 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. Iäkkäiden palveluissa on lisäksi sosiaalihuollon nimikesuojattu ammattitutkinto kodinhoitajat. Tällöin työnantaja voi arvioida henkilön koulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon riittävyyden 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 kielipinnot 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.

Ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajat sijoittuvat kantasuomalaisia selvästi useammin vanhus-tenhuoltoon, 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 kantasuomalaisen työntekijöiden kuormittuminen, jos työyksikössä ulkomaalaistaustaisia työntekijöitä on paljon (Aalto ym., 2014). Erityistä huomioita tulisi kiinnittää ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden perehdytyksen resursointiin niin, ettei siitä tule työyhteisössä lisäkuormitustekijää. Johtamisen rooli on tärkeä, sillä oikeudenmukaiseksi koetuilla johtamiskäytännöillä voidaan edistää koko työyksikön sopeutumista kulttuurisesti monimuotoiseen työympäristöön (Aalto ym., 2014).

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 Ammattibarometrin mukaan tasapainossa. Alueita, joilla lähihoitajista olisi ylitarjontaa, ei Ammattibarometrin mukaan ole lainkaan.

Myös sairaan- ja terveydenhoitajista on Ammattibarometrin mukaan pulaa lähes kaikkialla Suomessa. Ainoastaan Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa sairaan- ja terveydenhoitajien työmarkkinat ovat Ammattibarometrin 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.

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

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

Taulukko 13. Rekrytointiongelmat sosiaali- ja terveydenhuollossa maakunnittain 2018

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.

Muut meneillään olevat uudistukset, jotka vaikuttavat henkilöstön saatavuuteen

Sairaanhoitajien tarvetta lisäävät lähivuosina ainakin suunniteltu hoitotakuun kiristys ja saattohoidon kehittäminen. Hoitotakuu-uudistuksen vaatima lisätarve koskee kuitenkin pääsääntöisesti muuta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä kuin sairaanhoitajia. Lisäksi sairaanhoitajien osalta kasvava kysyntä kohdistuu henkilöstöön, jonka koulutus ja työkokemus kohdistuu muualle kuin varsinaisiin iäkkäiden palveluihin.

Saattohoidon kehittämiseen tarvittava lisäosaaminen saataneen iäkkäiden ympärivuorokautisiin palveluihin pääasiassa tämän lakiesityksen myötä. Saattohoidon yleistyminen 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. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama saattohoitotyöryhmä saattaa ehdottaa sairaanhoitajien määrän lisäämistä muihin palveluihin, muun muassa kotisairaaloihin.

Lähihoitajien tulevaan saatavuuteen on vaikutusta jo aiemmin toteutetulla varhaiskasvatuslain muutoksella (540/2018), 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 vammaispalvelulainsäädännön 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

Lakiesitys todennäköisesti vaikuttaa iäkkäiden 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. Henkilöstömitoituksen yhteydestä henkilöstön työhyvinvointiin ja sitä kautta myös sairauspoissaoloihin on olemassa tutkimusnäyttöä, jota on tarkemmin kuvattu Vaikutukset henkilöstön työhyvinvointiin -luvussa. Sairauspoissaolojen väheneminen vähentäisi sijaisten tarvetta, ja näin helpottaisi henkilöstön saatavuutta ja vähentäisi kustannuksia. Iäkkäiden ympärivuorokautisissa palveluissa olisi mitoituksen noston jälkeen noin 34 000 hoitajaa. Keskimääräisten sairauspoissaolopäivien väheneminen jo yhdellä päivällä vähentäisi sijaisten tarvetta siten 100-200 henkilötyövuodella.

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

Tuottavuuden kannalta on haitallista, että 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. Iäkkäiden palvelut ovat yhtenäinen kokonaisuus, joten kun ympärivuorokautiseen hoitoon asetetaan kiinteä henkilöstömitoitus, siirtyy työn tuottavuuden kasvupaine lähes kokonaan kotihoidossa ratkaistavaksi. Iäkkäiden 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 2018 yhteensä noin 18 000 yritystä. Sosiaalihuollossa yrityksiä oli yhteensä noin 3 150. Kolme neljäsosaa sosiaalihuollon yrityksistä työllisti alle 10 henkilöä. Osa sosiaali- ja terveydenhuollon yrityksistä on järjestötaustaisia.

Osalla iäkkäiden palveluja tuottavista yrityksistä päätoimiala on jokin toinen, joten iäkkäiden palveluja kuvaa parhaiten yritysten toimipaikkojen määrä. Tilastokeskuksen Yritystilastojen mukaan Ikääntyneiden hoitolaitokset – ja Ikääntyneiden palveluasuminen –toimialoilla oli vuonna 2017 yhteensä 719 toimipaikkaa. Kotipalvelut ikääntyneille ja vammaisille –toimialalla oli 1 069 toimipaikkaa.

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

Mitoituksen nostaminen lisää niiden yritysten kustannuksia, joilla ei tällä hetkellä ole palveluksessaan lakiesityksen edellyttämää määrää henkilökuntaa. Kuten taloudellisten vaikutusten osuudessa on kuvattu, lain voimaan tullessa (1.8.2020) tarvitaan 120:n mitoitukseen laskettavan työntekijän sekä 619 tukipalvelutyöntekijän lisäys. Näistä noin puolet tarvitaan yksityisiin toimintayksiköihin. Viimeistään siirtymäkauden lopussa (1.4.2023) 0,7 mitoitukseen tarvittavasta 4 417 henkilön lisäyksestä 48 prosenttia puuttui yksityisistä toimintayksiköistä.

Näin ollen lakiehdotuksen myötä tarvittavan henkilöstön lisäyksen aiheuttamista lisäkustannuksista yritysten osuus on lain voimaan tulosta lähtien yhteensä noin 15 miljoonaa euroa ja siirtymäkauden jälkeen noin 126 miljoonaa euroa vuodessa. RAI-arviointijärjestelmän käyttöönotto aiheuttaa kunnille ja yksityisille palveluntuottajille sekä koulutuksista johtuvia sijais- ja matkakustannuksia että tietojärjestelmäkustannuksia. Yritysten osuus niistä on 2,7 miljoonaa euroa. Taloudellisten vaikutusten osuudessa on yhteenvetotaulukko kuntien ja yksityisten palveluntuottajien osuuksista lisähenkilöstöstä ja kustannuksista.

Kaksi kolmasosaa 0,7 vähimmäismitoituksen vuoksi yritysten toimintayksiköihin tarvittavasta lisähenkilöstöstä (noin 1 300) puuttuu isoista yrityksistä eli yrityksistä, joilla on yli 10 toimintayksikköä. Suurin osa yli 10 toimintayksikköä ylläpitämistä yrityksistä toimii useilla paikkakunnilla. Alle 10 toimintayksikköä ylläpitävistä yrityksistä osalla on vain yksi toimintayksikkö, osalla useita.

Lähes kaikki yksityisten tuottamat iäkkäiden palvelut myydään kunnille, joille korvataan valti-onosuuksina sekä niiden omat että yritysten lisäkustannukset. Yrityksille lisäkustannukset voitaneen saada useimmiten katettua kuntien kanssa tehtyjen sopimusten päivittyessä siirtymäajan kuluessa. Sopimusten ehdot ja pituudet vaihtelevat kuitenkin suuresti, joten myös päivitystahti vaihtelee. Oma haasteensa tulee siitä, miten vuoden 2020 kustannusten nousutarve pystytään

huomioimaan sopimusten päivityksissä. On myös olemassa riski, että yli siirtymäkauden jatkuvia sopimuksia joudutaan neuvottelemaan tai kilpailuttamaan uudelleen ennen siirtymäkauden loppua.

Siirtymäkauden aikana lupien käsittelyssä noudatetaan henkilöstön riittävyyden arvioinnissa vanhuspalvelulain ja yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain säännöksiä. Esimerkiksi vähimmäismitoitusta 0,7 ei voida vaatia ennen 1.4.2023, jos edellä mainittujen lakien säädösten ehdot täyttyvät.

Iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoidon palvelu on luonteeltaan sellaista, että yritysten käytännön toiminta tapahtuu pääasiassa paikallisessa tilanteessa. Yritysten kilpailutilanteen lisäksi sopimusten uusimisiin ja kilpailutusten tuloksiin vaikuttavat myös yksittäisten kuntien ratkaisut palvelurakenteen kehittämisessä monipuolisempaan suuntaan ja palvelujen ostamisessa.

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

Yrittäjiä sosiaali- ja terveystalvveluiden alalla oli noin 12 500 vuonna 2017. Heistä noin 35,3 prosenttia oli 55-64-vuotiaita. 65-74-vuotiaita oli 1,2 prosenttia. Eläkeiässä olevien yrittäjien osuus sosiaali- ja terveystalvveluiden yrittäjistä on kasvanut; vuonna 2013 heitä oli 0,98 prosenttia kaikista alan yrittäjistä. Toisaalta nuorten yrittäjien osuus on laskenut verrattuna vuoteen 2013. Verrattuna kaikkiin yrittäjiin sosiaali- ja terveystalvvelualan yrittäjien iäkkäämpien yrittäjien osuus on suurempi kuin yrittäjillä yleensä ja nuoria yrittäjiä on suhteellisesti vähemmän. Eläkeikää läheneviä 55-64-vuotiaita sosiaali- ja terveystalvveluyrittäjiä on suhteellisesti eniten Ahvenanmaalla, Kymenlaaksossa, Keski-Pohjanmaalla ja Lapissa. Eläkeiässä olevien yrittäjien suhteelliset osuudet ovat suurimmat Etelä-Savossa ja Kanta-Hämeessä.

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. PK-yritysbarometrin mukaan sosiaali- ja terveystalvvelujen yrityksistä 64 prosenttia ei ollut suunnitellut omistajanvaihdosta lainkaan syksyllä 2018. Tämä osuus oli suurempi kuin vertailutoimialoilla. Vuonna 2018 aloitti 1 382 sosiaali- ja terveystalvvelualan yritystä. Lopettaneiden yritysten määrä oli 718. Konkurssi pantiin vireille 63 sosiaali- ja terveystalvvelualan yrityksessä, joilla oli henkilökuntaa yhteensä 543 henkilöä.

Mitoituksen nostaminen kasvattaa vaatimuksia, jotka uuden yrittäjän on täytettävä voidakseen aloittaa yritystoiminnan sosiaali- ja terveystalvveluissa. Erityisesti pienelle yritykselle voi esimerkiksi RAI-arviointijärjestelmän käyttöönotto olla haasteellista. Sitä tosin helpottaa se, että mittarin käyttöönottoon liittyvät koulutukset on tarkoitettu järjestää keskitetysti ja se, että RAI-järjestelmän tarjoaminen tulee lakiesityksen mukaan olemaan järjestäjän vastuulla. Lisääntyvät vaatimukset heikentävät kuitenkin pienten toimijoiden mahdollisuutta päästä markkinoille.

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 ja palveluvalikoiman monipuolistumista.

Koska teknologian hyödyntämistä ei voida ottaa huomioon mitoituksessa, vähenee kuntien ja yksityisten palveluntuottajien halukkuus hankkia ja ottaa käyttöönsä uusia innovaatioita. Tämä heikentää hyvinvointiteknologiayritysten kehitysnäkymiä.

4.1.6 Vaikutukset kotitalouksien taloudelliseen asemaan

Uudistuksella ei ole suoria vaikutuksia kotitalouksien taloudelliseen asemaan.

Henkilöstön vähimmäismitoituksen nostaminen kasvattaa palvelun tuotantokustannuksia ympärivuorokautisissa palveluissa, 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

Lakiesityksellä on hyvin pieniä vaikutuksia ansiotulo- ja yhteisöverotukseen.

4.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

4.2.1 Vaikutukset kuntien toimintaan

Kuntien ja kuntayhtymien palveluhankintasopimukset tulee lakiesityksen myötä uusien iäkkäiden ympärivuorokautisissa 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 myös tätä pidempiä sopimuksia. Sopimusten ja palvelusetelipäätösten päivittäminen aiheuttaa ylimääräistä hallinnollista työtä ja kustannuksia, jos kilpailutus joudutaan käynnistämään ennen sopimukseen kirjattuja määräaikoja.

Lisäksi on otettava huomioon asiakkaiden hoidon jatkuvuus. Pitkäkestoisia hoito- ja asiakas-suhteita koskevan sosiaali- ja terveystalouden hankinnassa hankintayksikön on julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annettu lain (1397/2016, jäljempänä hankintalaki) mukaan määritettävä sopimusten kesto ja muut ehdot siten, että sopimuksista ei muodostu kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia seurauksia palvelun käyttäjille. Iäkkään henkilön hoitojärjestelyjen pysyvyyttä edellyttää myös vanhuspalvelulain 14 § (ellei muutto ole tarpeen asiakkaan toiveiden tai palvelutarpeiden takia). Näin ollen asiakkaita jää vanhoille palveluntuottajille, jolloin hinnoittelutilanteesta tulee haastavaa.

Mikäli vaatimusten nosto johtaa isojen toimijoiden markkina-aseman vahvistumiseen, se vaikeuttaa pienten kuntien asemaa kilpailuttamistilanteessa muun muassa siksi, että tarjoajien määrä vähenee ja kilpailuttamisosaamisen vaatimukset kasvavat.

Palvelun järjestäjä voi joutua järjestämään kiireellisesti palvelun asiakkaille tilanteessa, jossa palveluntuottaja ei pysty järjestämään lain edellyttämää henkilöstöä. Koska ympärivuorokautisissa palveluissa tarvitaan myös tilat, se on haastavaa niiden kuntien osalta, joilla ei ole käytössään riittävästi omia tiloja. Avioparien oikeus olla samassa hoitopaikassa saattaa johtaa palvelutarpeen kannalta haastaviin sijoituspäätöksiin, jos heidän palvelutarpeensa ovat hyvin erilaiset.

Ympärivuorokautisissa palveluissa kuntien ja kuntayhtymien oman henkilöstön osuus oli 60 prosenttia. Kotihoidossa ja tavallisessa palveluasumisessa oman henkilöstön osuus oli 75 prosenttia.

Kuten taloudellisten vaikutusten osuudessa on kuvattu, lain voimaan tullessa (1.8.2020) tarvitaan 120:n mitoitukseen laskettavan työntekijän sekä 619 tukipalvelutyöntekijän lisäys. Näistä noin puolet tarvitaan kuntien ja kuntayhtymien toimintayksiköihin. Viimeistään siirtymäkauden lopussa (1.4.2023) 0,7 mitoitukseen tarvittavasta 4 417 henkilön lisäyksestä 52 prosenttia puuttuu kuntien ja kuntayhtymien toimintayksiköistä. Taloudellisten vaikutusten osuudessa on yhteenvetotaulukko kuntien ja yksityisten palveluntuottajien osuuksista lisähenkilöstöstä ja kustannuksista.

Uudistuksella ei ole oleellisia vaikutuksia toimitiloihin.

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

4.2.2 Vaikutukset valvontaan

Valvontaa tekevät Valvira, aluehallintovirastot ja kunnat.

Lakiesityksessä ehdotettu vähimmäismitoitus tulee helpottamaan, selkeyttämään sekä yhdenmukaistamaan iäkkäiden ympärivuorokautisten palvelujen valvontaa. Vähimmäismitoituksen kirjaaminen lakiin lisää kuitenkin haasteita valvovalle viranomaiselle ja kunnille toteuttaa valvontaa siten, että alittamiseen liittyvä valvonta on johdonmukaista ja nopeasti vaikuttavaa.

Erityisen haastavaa valvonta tulee olemaan siirtymäkauden aikana. Esitys kuitenkin todennäköisesti lisää siirtymäkauden edetessä ja erityisesti vuonna 2023 konkreettisia valvontatehtäviä (reaktiivinen valvonta) vireille tulevien valvonta-asioiden ja kantelujen muodossa. Lisäksi tietopohjaan perustuvat suunnitelmalliset ja systemaattiset mitoituksivalvontatehtävät sekä niihin liittyvä sisäinen ja ulkoinen ohjaustarve tulisivat lisääntymään valtakunnallisesti. Esityksen myötä on todennäköistä, että alkuvaiheessa valvontaan liittyvät selvittelyprosessit muuttuisivat myös raskaammiksi siten, että suuresta osasta käsiteltäviä asioista ei selvittäisi enää kevyemmillä menettelyillä, vaan valvonta tulisi edellyttämään myös hallinnollisesti raskaampia selvittelyprosesseja.

Toisaalta odotukset valvonnalle nousevat. Kansalaisten tietous omista ja omaistensa oikeuksista tulee lisääntymään, mikä aiheuttaa painetta valvontaviranomaisten ja kuntien suuntaan. Esitetyt muutokset voivat myös lisätä valvontaviranomaisten palveluntuottajille antaman neuvonnan ja ohjauksen tarvetta esimerkiksi siltä osin, kuinka henkilöstömitoitus lasketaan lain tarkoittamalla tavalla.

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.

Kuntien ja yksityisten palveluntuottajien oma vastuu toiminnastaan tulee kasvamaan valvontaviranomaisen työmäärän lisääntyessä. Haasteena on jo nyt ollut toimeenpanna omavalvontaa yksiköiden arjessa ja tosiasiallisessa toiminnassa. Tämä tulee edellyttämään omavalvonnan kehittämistä.

Iäkkäiden palvelujen uudistuksen edetessä tullaan kehittämään mitoituksen valtakunnallista seurantaakin niin, että se tuottaisi ja julkistaisi säännöllisesti ja mahdollisimman kustannustehokkaasti yhtenäistä tietoa mitoituksista. Tämä helpottaisi sekä valvontaviranomaisten valvontaa, että omavalvontaa.

Vaikutukset riippuvat pitkällä aikavälillä monelta osin siitä, millaisia toiminnallisia muutoksia uusi sääntely eri vaiheissaan tuo palvelutoimintaan. Osaltaan nämä muutokset koskevat myös sitä asemaa ja merkitystä, jonka omavalvonta saa tehokkaampana osana vaatimusten täyttymisen varmistamisessa. Edelleen vaikutukset riippuvat valvonnan ohjauksessa ja johtamisessa tehtävistä valinnoista sekä mahdollisesta uudesta valvonnan menettelyjä muuttavasta sääntelystä. Näitä asioita tarkastellaan uudistuksen siirtymäkauden aikana, kun koko iäkkäiden palvelujen uudistus ja valvonnan kehittäminen sen osana etenevät.

4.3 Ympäristövaikutukset

Uudistuksella ei ole ympäristövaikutuksia.

4.4 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset

4.4.1 Vaikutukset asiakkaisiin

Iäkkäät henkilöt, joille tehostettua palveluasumista tai laitoshoidoa järjestetään, ovat yleensä laajan hoidon ja tuen tarpeessa. Ympäri vuorokautisten yksiköiden asiakkaat ovat pääosin edenneitä 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.

Kokonaisuutena katsottuna pitkäaikaishoidon asiakkailla elämän loppuvaiheessa elämänlaatu laskee. 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. Toisaalta myös kehittyneillä teknologioilla ratkaisuilla voidaan lisätä turvallisuutta.

Tutkimusnäyttöä on kuitenkin myös siitä, että osalla asiakkaista elämänlaatu paranee pitkäaikaishoitoon siirryttyä. Positiivisia vaikutuksia on löydetty vanhuksen yksinäisyyden lievittämiseen sekä osallistumismahdollisuuksien ja turvallisuuden tunteen lisääntymiseen.

Hoitotyön laatua mitataan tavallisesti arvioimalla työn dokumentointia. Valvonnassa on löydetty laatuongelmia pitkäaikaishoidosta näin arvioituna. Valtakunnallisissa laatuarvioinneissa

korostuukin tavallisesti organisaation näkökulma ja tällä hetkellä Suomesta puuttuu valtakunnallinen vanhuspalvelujen asiakastytyväisyyskysely. Esimerkiksi Ruotsissa asiakastytyväisyyskysely tehdään vuosittain vanhuspalvelujen asiakkaille sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa.

Tutkimuksissa henkilöstön riittävyys, henkilöstörakenne, jaksaminen ja ammattitaito on todettu tärkeiksi hoitotyön ja hoivan laadulle (Muurinen 2003; Räikkönen, Perälä & Kahanpää 2007; Topo ym., 2007; Trinkoff ym., 2011). Henkilöstömitoituksen on kansainvälisessä kirjallisuudessa todettu olevan yhteydessä muun muassa 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 yksiköitä (n=33) ja lisäksi elämänlaatu on käsitteellisesti eri asia kuin hoidon laatu.

Vuonna 2005 tehdyn NORDCARE-kyselytutkimuksen (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 250–266) mukaan suomalaiset laitoshoidon hoitotyöntekijät olivat muihin pohjoismaihin verrattuna koulutumpia: joka toisella oli vähintään kaksivuotinen koulutus. Hyvän koulutustason ylläpitäminen jatkossakin on laatua ylläpitävä tekijä. Henkilöstömitoituksen nosto ja välillisten tehtävien laskeminen pois mitoituksesta vähentävät hoitohenkilöstön kuormitusta, minkä on havaittu tutkimuksissa parantavan hoidon laatua. Laadun ja kuormituksen välisen yhteyden ovat tutkimuksessaan todenneet muun muassa Schnelle ym. 2004; Finlayson ym. 2007. On havaittu, että muun muassa pitkät työvuorot altistivat hoidossa tapahtuneille virhearvioinneille. Pitkiä työvuoroja tehdään erityisesti tilanteissa, joissa sijaisia on vaikea saada.

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. Suomalaisutkimuksessa hoidon laatu hoivayksiköissä oli parempi, kun johtaminen koettiin oikeudenmukaiseksi ja työntekijöillä oli mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä tekemiseen (Pekkarinen 2007).

Arvioitaessa lain vaikutuksia iäkkään henkilön perusoikeuksien toteutumiseen keskeisiä näkökohtia ovat oikeus ihmisarvoisen elämän edellyttämään välttämättömään huolenpitoon (perustuslain 19 §:n 1 momentti) sekä julkisen vallan velvollisuus turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistää väestön terveyttä (perustuslain 19 §:n 3 momentti). Näissä säännöksissä tarkoitettut tilanteet koskevat usein juuri iäkkäitä henkilöitä silloin, kun he eivät kykene itse hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa.

Henkilöstömitoitus vaikuttaneekin erityisesti asiakkaan saamaan yksilölliseen hoivaan, kun toimintayksiköissä henkilöstön lisääntymisen myötä voidaan vahvistaa asiakaslähtöistä toimintatapaa. Tällöin asiakkaan omat toiveet hoitonsa ja oman näköisen arjen järjestämisessä voidaan huomioida nykyistä paremmin, mikä osaltaan turvaa itsemääräämisoikeutta ja monia keskeisiä perusoikeuksia, kuten oikeutta elämään ja henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen sekä yksityiselämän suojaan. Näin ollen voidaan arvioida, että riittävä ja laadultaan hyvä henkilöstö, eli erityisesti henkilöstön vähimmäismitoitukseen liittyvä sääntely, johtaa myönteisiin vaikutuksiin usean perusoikeuden kannalta.

Lakiesityksen myötä asiakas saa jatkossa paremmin tarpeeseensa kohdennetut palvelut. Kun otetaan käyttöön valtakunnallisesti yhtenäinen palvelutarpeen arviointi, voidaan arvioida ja tunnistaa nykyistä laaja-alaisemmin muun muassa kuntoutusmahdollisuuksia ja erityistarpeita.

Lakiin perustuva vähimmäishenkilöstömitoitus ja yhtenäinen kansallinen palvelutarpeen arviointi voi edistää sekä alueellista yhdenvertaisuutta että eri yksiköissä asuvien henkilöiden välistä yhdenvertaisuutta. Yhtenäinen palvelutarpeen arviointi on yhdenvertaisuuden toteutumisen kannalta tärkeä myös siksi, että pääosin edennyt muistisairautta sairastavien tai monisairaiden asiakkaiden mahdollisuudet nosta esille yhdenvertaisuuteen liittyviä puutteita ovat muuten rajalliset. Tarkka tieto asiakasrakenteesta tehostaa palvelun valvontaa ja seuraamista, ja kriisiytyviin toimintayksiköihin voidaan nopeasti kohdentaa toimintaa parantavia toimenpiteitä. Tämä parantaa asiakasturvallisuutta.

Yhdenvertaisuuden lisäksi kansallisesti yhtenäinen palvelutarpeenarviointi turvaa perustuslaissa mainittua julkisen vallan velvollisuutta turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistää väestön terveyttä. Palveluasumisen sekä laitoshoidon tulee hoidon ja huolenpidon lisäksi sisältää myös toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää toimintaa sekä mahdollisuuksia mielekästä elämää edistävään sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja osallisuuteen. Tämä näkökulma pystytään ottamaan mitoitukseen liittyvän tarkemman seurannan, suunnittelun ja välittömän ja välillisen työn erottelun seurauksena entistä paremmin huomioon.

Kaiken kaikkiaan tarkempi säätäminen palvelutarpeen arvioinnista ja henkilöstön mitoitustalvaimuksista parantaa asiakkaan oikeusvarmuutta ja yhdenvertaisuutta nykyiseen vahvasti suositukseen nojautuvaan ohjausmalliin verrattuna.

Työnjaon selkiyttäminen toimintayksiköissä turvaa nykyistä tilannetta paremmin sen, että henkilöstön työaika kohdistuu niihin tehtäviin, joihin heillä on koulutuksensa puolesta osaamista. Tämä lisää osaltaan myös asiakasturvallisuutta. Toisaalta välillisen ja välittömän työn tarkan erottelun yhtenä riskinä voi olla se, että jaottelu johtaisi laitospäisen kulttuurin ja medikalisaation lisääntymiseen, mikä on lakiesityksen keskeisten tavoitteiden vastaista. Lakiesityksen säännösten toteuttaminen kokonaisuudessaan oikealla tavalla käytännön kentällä minimoisi kuitenkin tämän riskin.

Toisaalta asiakkaiden saattaa olla jatkossa vaikeampi päästä ympärivuorokautisen hoidon palveluihin, mikäli niitä on palvelurakenteiden muuttumisen vuoksi aikaisempaa pienemmälle osalle iäkkäiden palveluja tarvitsevista tarjolla. Tilalle voidaan kuitenkin kehittää myös uusia palvelumuotoja, erityisesti välimuotoisia asumisen ja palvelun yhdistäviä konsepteja. Tämä voi johtaa palveluvalikoiman monipuolistumiseen, jolloin pystytään vastaamaan entistä paremmin palvelujen tarpeessa olevien henkilöiden yksilöllisiin tarpeisiin. Toisaalta mitoituksen nostaminen voi suosia isoissa asutuskeskuksissa sijaitsevia suuria ja keskitettyjä yksiköitä, koska niissä pystytään kustannustehokkuuden näkökulmasta paremmin takaamaan vaadittava henkilöstömitoitus. Tämä taas vähentäisi palvelujen monimuotoisuutta. Tuotantokustannusten kallistuminen saattaa myös johtaa lisääntyviin asiakassiirtoihin yli ja alle 0,7 mitoitusten yksiköiden välillä asiakkaiden toimintakyvyn vaihdellessa.

4.4.2 Vaikutukset omaisiin

Ympärivuorokautisessa hoidossa omaiset kantavat emotionaalista huolta läheisistään. Kun palveluissa on havaittu laajenevassa määrin puutteita, huoli oman läheisen saamista 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.

Tarkempi lailla tapahtuva hoidon ja palveluiden tarpeen arvioinnista ja henkilöstön mitoitukselle asetetuista vaatimuksista säättäminen parantaa asiakkaan oikeusvarmuutta ja yhdenvertaisuutta nykyiseen vahvasti suosituksiin nojautuvaan ohjausmalliin verrattuna. Tämä vaikutus koskenee suoraan myös asiakkaan omaisia ja läheisiä henkilöitä, ja lisää näin ollen heidän uskoansa palvelun toteuttamisen oikeellisuuteen ja palvelun hyvään laatuun.

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. Muistisaira 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. Työtehtävien jako välittömään ja välilliseen työhön selkeyttänevät myös omaisen näkökulmasta sitä, miten ja kenen toimesta asiakkaan hoiva ja huolenpito toteutetaan, ja kenen kanssa siihen liittyvissä asioissa tulee olla yhteydessä.

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, työtappurmiin 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 suomalais-tutkimuksessa 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 suomalaisutkimuksen mukaan henkilöstön kuormitus oli suurta erityisesti kotihoidossa verrattuna muihin palvelumuotoihin. Kotihoidossa vain 40 prosenttia koki, että pystyy tekemään työnsä hyvin; terveyskeskusten vuodeosastoilla ja tehostetussa palveluasumisessa näin kokevia oli hie man yli puolet. Kotihoidossa myös kiireen kokeminen, tietojärjestelmien ja yksintyöskentelyn aiheuttama kuormitus on suurinta (Vehko 2017).

4.4.4 Vaikutukset muiden palvelujen saatavuuteen

Lakiesityksen 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, välimuotoisten asumispalvelujen määrää. Jos palvelurakenne kehittyy avopalveluiden suuntaan, on keskeistä, että kotihoitoa on riittävästi saatavilla.

Sillä, että palvelurakenne muuttuu, voi olla myös myönteisiä vaikutuksia. Jos kehitetään monipuolisia palvelumuotoja, erityisesti välimuotoisia asumisen ja palvelun yhdistäviä konsepteja, ja kun asiakkaat näin ollen jakautuisivat nykyistä useampaan palvelumuotoon, korostuisivat palveluiden ja niiden valinnan lähtökohtana entistä vahvemmin asiakkaiden yksilölliset tarpeet. Tämä tukee itsemääräämisoikeuden vahvistamista iäkkäiden palveluissa, mikä osaltaan turvaa monia keskeisiä perusoikeuksia kuten oikeutta elämään ja henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen sekä yksityiselämän suojaan.

Monipuolisten palvelukonseptien lisääntymisellä voi olla merkitystä myös yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Nykyisin eri alueilla voi olla erilaiset mahdollisuudet päästä välimuotoisen asumisen ratkaisuihin, mutta jos ne lisääntyisivät yhä useammalla alueella, olisivat iäkkäät henkilöt keskenään entistä yhdenvertaisemmassa asemassa. Tämä puolestaan vahvistaa perustuslain 6 §:n oikeutta yhdenvertaisuuteen.

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 siinä tapauksessa, että ympärivuorokautisiin yksiköihin ei ole riittävästi saatavilla lääkäripalveluja tai sairaanhoitoa.

Esitetyt muutokset voivat mahdollisesti vaikuttaa muiden saman tyyppisten hoivaan ja huolenpitoon perustuvien palveluiden, kuten vammais-, mielenterveys- ja päihdepalveluiden, henkilöstön saatavuuteen sekä mahdollisesti laajemmin myös muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen henkilöstön saatavuuteen.

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 prosenttia ja lähihoitajista 94 prosenttia oli naisia. Samoin suurin osa koulutukseen hakeutuneista on naisia (esimerkiksi vuonna 2017

lähihoitajakoulutuksessa olevista 84 prosenttia oli naisia). Uudistuksen työllistävä vaikutus koskee siis enemmän naisia kuin miehiä. Samoin henkilöstövaikutukset kohdistuvat enemmän naisiin.

Valtaosa iäkkäiden palvelujen asiakkaista on naisia, jolloin lakiesityksen säännösehdotukset vaikutuksineen ainakin välillisesti kohdentuvat enemmän naisiin kuin miehiin naisten eläessä keskimäärin pidempään kuin miehet. Mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kysymys, sitä suurempi osa säännösten vaikutuspiiriin kuuluvista henkilöistä on naisia. Henkilöstöresurssin tarkempi suunnittelu voi antaa entistä paremmat mahdollisuudet ottaa huomioon sukupuoleen liittyvät seikat, esimerkiksi sukupuolisensitiiviset tilanteet osana hoivaa ja huolenpitoa, iäkkäiden palveluissa niin palvelua saavan asiakkaan kuin hoivaa ja huolenpitoa antavan osapuolen näkökulmasta.

4.4.6 Vaikutukset kielellisiin oikeuksiin

Lakiesityksellä ei lähtökohtaisesti olisi merkittäviä vaikutuksia kielellisten oikeuksien toteutumiseen kansalliskielten osalta, koska sillä ei muutettaisi palvelujen käyttäjien oikeutta saada palveluja omalla kielellään. Kielelliset oikeudet on kuvattu nykytilan kuvauksessa.

Sosiaalihuollon lainsäädännössä henkilön osallistumista ja osallisuutta tukevan sääntelyn yhtenä lähtökohtana on tukea näitä oikeuksia henkilön elämäntilanteen edellyttämällä tavalla. Tähän katsotaan kuuluvan myös kielellisen ja kulttuurisen taustan huomioon ottaminen. Tällä on merkitystä muun muassa ruotsinkielisten, saamelaiden ja viittomakielisten henkilöiden osallistumisen ja osallisuuden tukemisessa. Riittävällä ja laadukkaalla henkilöstöresurssilla kyetään todennäköisemmin kiinnittämään huomiota mainittuihin perusoikeudellisiin seikkoihin ja turvaamaan ne.

Jo nyt on haasteita saada rekrytoitua ruotsinkielistä työvoimaa, mitä henkilöstön nopea lisäystarve saattaa edelleen pahentaa. Hallituksen kertomuksessa kielilainsäädännön soveltamisesta 2017 (kielikertomus) käsitellään vanhuspalveluja yleisellä tasolla. Kertomuksessa todetaan kuntansa vähemmistönä olevien ruotsinkielisten antamat aluekohtaiset arvosanat omakielisille palveluille asteikolla 4-10. Vanhustyölle annettiin arvosana 8,1 Pohjanmaalla, 6,8 Varsinais-Suomessa ja 7,6 Uudellamaalla. Kielikertomuksessa todetaan, että merkittävä syy ruotsinkielisten kielellisten oikeuksien heikkoon toteutumiseen on kielitaitoisen henkilökunnan rekrytointivaikkeudet. Nyt esitettävien säännösten olennaisena vaikutuksena tulee olemaan voimakas henkilöstömäärän lisääminen, mikä voi myös mahdollistaa aiempaa monipuolisemman henkilöstön saavuttamisen. Tämä voisi parantaa eri kulttuureista ja kielialueilta tulevien asiakkaiden, kuten esimerkiksi molempia kansalliskieliä puhuvien, viittomakielisten, saamenkielisten ja romanien palvelua. Toisaalta lainsäädännöllä lienee käytännössä vähän vaikutusta palvelujen tosiasialliseen saantiin näillä kielillä, koska ongelmana on puute kyseisiä kieliä osaavista ammattihenkilöistä.

RAI-järjestelmä on käytettävissä ruotsiksi.

4.4.7 Yhteenvedo riskiestä

Henkilöstön saatavuus
<ul style="list-style-type: none"> - Henkilöstön saatavuus on erityinen haaste, jos henkilöstön lisärekrytoinnit tehdään vasta siirtymäkauden lopussa.
Ainakin lyhyellä aikavälillä muiden palvelujen, erityisesti kotihoidon henkilöstötilanne saattaa vaikeutua
<ul style="list-style-type: none"> • Toisaalta iäkkäiden palvelujen uudistuksen yhteydessä tarkastellaan myös kotihoiton tilannetta ja on mahdollista, että myös kotihoitoon säädetään velvoitteita, joilla turvataan riittävä henkilöstö.
Voi syntyä osaoptimoimia tai yksiköitä, joita ei lasketa lain piiriin, mikä 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.
Ympäri vuorokautisiin palveluihin pääsy voi vaikeutua
<ul style="list-style-type: none"> - Toisaalta RAI:n käyttöönotto mahdollistaa sekä hyvän seurannan että palvelujen suunnittelun vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita
Riski tilanteisiin, joissa säädöksiä pyritään kiertämään näennäismuutoksilla, niin kutsutusta ”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"> • Siirtymäkauden oltava oikean pituinen toimeenpanon kannalta (erityisesti henkilöstön saatavuuden ja sopimusten päivittämisen näkökulmasta)
Onko mahdollista, että RAI-luokitukseen eli arviointijärjestelmän sisältöön tulisi jossain vaiheessa lisenssimaksu tai että interRai ei antaisi julkaista vaatimusmäärittelyjä (niiden julkaiseminen on edellytys useiden tietojärjestelmätoimittajien mukaan tulolle)
<ul style="list-style-type: none"> • Suomen edustaja (THL) tekee sopimuksen kansainvälisen tutkijayhteisön interRAI:n kanssa. Sopimuksessa sovitaan siitä, että RAI-arviointijärjestelmää kysymykseen 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 RAI-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).
<ul style="list-style-type: none"> • RAI-erillisohjelmiston toimitusaikataulu ja hinnat <ul style="list-style-type: none"> ○ Jos hyvin suuri osa kunnista hankkii ohjelmiston vasta siirtymäkauden loppuvaiheessa, ohjelmistotoimitukset saattavat viivästyä ja hinnat nousta.

4.4.8 Yhteenvedo työvoiman lisäyksen väylistä

Nopeimmin työvoiman saatavuuteen voidaan vaikuttaa seuraavilla keinoilla:

- Työurien pidentäminen ja sairauspoissaolojen vähentäminen parantamalla työhyvinvointia ja johtamista
- Eläkkeelle jääneiden, osa-aikaisten ja osa-työkykyisten henkilöiden työpanoksen hyödyntäminen esimerkiksi joustavammalla työaika suunnittelulla
- Työttömänä olevien tilanteen läpikäynti, työvoimapulasta kärsivien alojen huomioiminen TE-palveluiden tarjonnassa ja työhön paluun suunnittelu yhteistyössä työpaikkojen kanssa
- Muutaman vuoden viiveellä työvoiman saatavuutta voitaisiin parantaa seuraavilla keinoilla:
 - Koulutuksen lisääminen (lähi- ja sairaanhoitajien aloituspaikkojen lisääminen ottaen huomioon valintamenettelyn kehittämisen, koulutuksen 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 organisoimisen 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 laatuosuutuksesta 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 laatuosuutukseksi 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 hoidon yksiköissä sekä siihen liittyen työnjaon selkiyttämistä. Tätä kokonaisuutta koskevan hallituksen esityksen valmistelemista varten asetettiin mitoitusta jaosta, jonka tehtäväksi annettiin vuoden 2019 syyskuun loppuun mennessä valmistella ehdotus hallituksen esitykseksi henkilöstömitoituksesta ja yhtenäisestä toimintakyvyn arvioinnista 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 sosiaali- ja terveysministeriö lähetti sen lausuntokierrokselle. Mitoitusjaoston lopullista ehdotusta ei ennen lausuntokierrosta käsitelty päätyöryhmässä.

5.2 Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen

Esitysluonnoksesta saatiin yhteensä 93 lausuntoa. Lausunnonantajista 30 edusti kuntia ja kuntayhtymiä, 26 järjestöjä, 16 valtion viranomaisia, 7 palveluntuottajia ja 14 muita lausunnonantajia.

Valtaosa lausunnonantajista suhtautui myönteisesti uudistuksen keskeisiin tavoitteisiin iäkkäiden henkilöiden palvelujen laadun turvaamisesta sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamisesta varmistamalla ympärivuorokautisessa hoidossa ja huolenpidossa riittävä hoidosta ja huolenpidosta vastaava henkilöstö.

Valtaosa lausunnonantajista katsoi, että kansallisen iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden, toimintakyvyn ja hoitoisuuden selvittämisessä käytettävän arviointi- ja seurantamittariston käyttöönotto on kannatettavaa. Lähes kaksi kolmasosaa lausujista piti RAIta parhaana vaihtoehtona yhtenäiseksi mittaristoksi. Samalla monet lausujat painottivat, että RAI:n käyttöönoton on oltava hyvin suunniteltua ja koordinoitua. RAI:n käyttö vaatii henkilöstöltä hyvää osaamista, mikä korostaa mittariston käytössä tarvittavan koulutuksen jatkuvan saatavuuden tärkeyttä. Lausunnoissa esitettiin myös, että mittariston käyttövelvoite rajattaisiin säännöllisiä palveluja tarvitseviin iäkkäisiin henkilöihin.

RAI:n käytön säätämistä velvoittavaksi myös kritisoitiin osassa lausunnoista. RAI:n käytön, järjestelmän hankinnan ja ylläpidon kustannukset sekä henkilöstöressurssien saatavuus huolestuttivat kuntia, yksityisiä palveluntuottajia ja osaa järjestöistä. Myös EU-valtiontukikysymys otettiin esille lausunnoissa.

Lausunnonantajat katsoivat, että lakiin perustuva tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon vähimmäishenkilöstömitoitus parantaisi alueellista ja asiakkaiden yhdenvertaisuutta. Vain muutamassa launnossa suoraan vastustettiin sitovasta 0,7 mitoituksesta säätämistä. Toisaalta monissa lausunnoissa korostettiin, että pelkkä numeerinen vähimmäismitoitus

ei takaa laadukkaita palveluja, joiden turvaamisessa etenkin johtaminen ja esimiestyö ovat keskeisessä asemassa. Lausujat kiinnittivät huomiota myös siihen, että sitova henkilöstömitoitus voi heikentää muita palveluja ja vähentää kannustimia teknologian hyödyntämiseen hoito- ja huolenpitotyössä. Osa lausunnonantajista arvioi, että vähimmäismitoituksesta säättäminen nostaisi kynnystä tehostetun palveluasumiseen pääsyyn sen kustannusten kasvun takia. Lähes kaikissa launnoissa nousi esiin huoli henkilöstömitoituksen noston edellyttämästä henkilöstön lisäämisestä, ammattihenkilöstön saatavuudesta sekä henkilöstön lisäyksen aiheuttamasta kuntien kustannusten kasvusta ja kuntien resurssien riittävydestä lakiuudistuksen toimeenpanoon. Monet lausujat olivat huolissaan erityisesti esitysluonnoksen vaikutuksista kotihoidon henkilöstön riittävyteen ja jaksamiseen sekä kotihoidon saatavuuteen.

Valtaosa lausunnonantajista katsoi, että henkilöstömitoitukseen laskettavaksi ehdotetut henkilöstöryhmät vastaavat asiakkaiden ja toiminnan tarpeita. Lausunnonantajien mielestä ensiarvoisen tärkeää on selvyys siitä, keitä mitoitukseen lasketaan jatkossa. Muutamat lausujat esittivät, että välittömään työhön laskettava henkilöstö määritellään tarkemmin laissa tai asetuksessa lain perustelujen sijaan.

Suurin osa lausunnonantajista piti välillisten tukipalvelutehtävien erottamista välittömästä asiakastyöstä perusteltuna. Useat lausunnonantajat katsoivat välittömien ja välillisten tehtävien olevan yleensä selkeästi määriteltävissä. Toisaalta monissa launnoissa todettiin, että rajan vetäminen välittömän asiakastyön ja välillisten tukipalvelutehtävien välillä ei ole aina yksiselitteistä ja tarkoituksenmukaista. Launnoissa huomautettiin, että liian tiukka luokittelu erilaisiin tehtäviin vaarantaa asiakkaiden tarpeisiin vastaamisen asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti. Se voi myös vaikeuttaa sujuvaa yhteistyötä toimintayksiköissä.

Henkilöstömitoituksen laskutapaan toivottiin lähes kaikissa launnoissa selvennystä. Muutamien lausujien mielestä mitoituksen laskukaavan määrittelyn antaminen THL:n tehtäväksi vaatii tarkempaa perusoikeudellista tarkastelua ja sääntelyä. Usea lausunnonantaja arvioi, että esitysluonnoksen mukainen laskenta- ja seurantajärjestelmä lisäisi merkittävästi julkisten ja yksityisten palveluntuottajien ja THL:n hallinnollista työtä ja sitä kautta kustannuksia.

Lähes kaikki lausujat pitivät ehdotetun lain 1.4.2023 asti ulottuvaa siirtymäaika vähimmäismitoituksen toimeenpanolle tarpeellisenä. Keskeinen huoli oli osaavan henkilöstön saatavuus siirtymäaikana. Monet myös totesivat siirtymäajan olevan ongelmallinen uudistuksen rahoituksen ja asiakkaiden ja palveluntuottajien yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Osassa launnoista vaadittiin valtionosuuksien maksamista kunnille uusien tehtävien takia jo siirtymäaikana. Palveluntuottajat ja valvontaviranomaiset olivat huolissaan siirtymäajan vaikutuksista sopimuksiin sekä lupavalvontaan. Siirtymäaika koskevaa säännöstä pidettiin useissa launnoissa epäselvänä ja tulkinnanvaraisena. Viidesosa lausujista ehdotti siirtymäajan määrittelyä ajallisesti porrastettuna. Monet lausujat toivoivat hallituksen esitykseen tarkennusta etenkin siitä, miten riittävä mitoitus arvioidaan siirtymäaikana alle 0,7 mitoituksen kohdalla.

Kustannusvaikutusten arvioinnin osalta esityksen katsottiin vaativan jatkovalmistelua erityisesti kunta- ja julkistaloutta koskevien vaikutusten sekä yritysvaikutusten osalta. Lausunnonantajat esittivät vaikutusten arviointia täydennettäväksi myös perusoikeuksien näkökulmasta.

Jatkovalmistelu

Jatkovalmistelussa RAI-arviointijärjestelmän käyttöä koskevaa säännöstä on täsmennetty siten, että RAIta olisi käytettävä iäkkäille henkilöille säännöllisesti annettavissa palveluissa. Lisäksi perusteluja on täsmennetty RAI-arvioinnin tekemisen ajankohdan ja arvioinnin tarkistamisen osalta.

RAI-arviointijärjestelmän mahdollista suhdetta EU-valtiontukijärjestelmään on kuvattu selkeämmin vaikutusten arviointiluvussa. Arvioinnissa on todettu, että RAI-järjestelmän kehittänyt kansainvälinen tutkijayhteisö interRAI käyttää saamansa lisensiointitulot omaan tutkimustyöhönsä eikä se tavoittele toiminnassaan voittoa. Näin ollen voidaan katsoa, että interRAIn arviointivälineeseen liittyvä lisensiointitoiminta ei ole taloudellista toimintaa eikä RAI-arviointivälineen käyttöveloitteen säätämiseen liitty EU:n valtiontukisääntöjen vastaista tukea.

Henkilöstömitoituksessa huomioon otettavista keskeisistä tekijöistä ehdotetaan lausunnolla olleesta esitysluonnoksesta poiketen säädettäväksi lain tasolla. Lakiin ehdotetaan lisättäväksi välittömän asiakastyön ja välillisen työn määritelmät. Samoin lakiin ehdotetaan säännöstä, jossa todettaisiin välittömään asiakastyöhön osallistuvat henkilöt sekä edellytykset sille, milloin opiskelijat voidaan ottaa huomioon välitöntä työtä tekevinä työntekijöinä. Lisäksi kyseisessä säännöksessä ehdotetaan säädettäväksi toimintayksikössä työvuorossa olevan asianmukaisen ja riittävän henkilöstön kokoonpanossa huomioon otettavista seikoista. Myös henkilöstömitoitusta koskevaa säännöstä ehdotetaan tarkennettaviksi. Laintarkastuksen esittämät säädöstekniset huomiot on otettu huomioon.

Edellä kuvatuilla muutoksilla ei muutettaisi lausunnolla olleessa esitysluonnoksessa pääosin perusteluissa olleita henkilöstömitoituksen osatekijöiden sisältöjä tai ehdotettavan henkilöstömitoituksen määrittämistä, vaan kyseessä olevat lainsäädäntötekniset muutokset tehtäisiin asianmukaisen lailla säätämisen vaatimuksen perusteella.

Jatkovalmistelussa on selkeytetty ja lisätty esitykseen lainsäädäntöpohjaa koskien THL:n roolia erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietosisältöjen kerääjänä ja käsittelijänä. Tämän toisio-laista ja THL-laista tulevan toimivallan kautta THL:n rooli muun muassa henkilöstömitoituksen toteutumisen seurannassa on jatkovalmistelussa arvioitu olevan jo nykyisellään varsin pitkälle säädelty. Koska lisäksi sekä ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon henkilöstömitoituksen toteutumisen seurannasta, että kotihoidon riittävyuden seurannasta on tarkoitus säätää vanhuspalvelulain uudistamisen toisessa vaiheessa iäkkäiden palvelujen uudistamistyöryhmän ehdotusten pohjalta, on jatkovalmistelussa tämän esityksen osalta luovuttu henkilöstömitoituksen laskemista koskevan THL:n valtuutuksen erikseen säätämisestä. Toteutunutta henkilöstömitoitusta koskevaan säännöstä on kuitenkin tarkennettu lisäämällä siihen mitoituksen toteutumisen seuranta-ajan pituus.

Seurannan ja siinä käytettävän laskukaavan osalta mahdollista sääntelytarvetta arvioidaan kokonaisuutena uudistuksen toisessa vaiheessa.

Siirtymäaikaa koskeva säännös ehdotetaan sijoitettavaksi lain voimaantulosäännökseen vakiintuneen lainsäädäntötavan mukaisesti. Säännöksen sanamuotoa ehdotetaan tarkennettavaksi sen osalta, millä edellytyksillä henkilöstömitoitus siirtymäaikana voisi olla pienempi kuin 0,7. Myös säännöksen perusteluja etenkin siirtymäajan vaikutuksista lupiin sekä kuntien ja palveluntuottajan välisiin sopimuksiin on tarkennettu.

Lisäksi jatkovalmistelussa on täydennetty esityksen yleisperusteluja muun muassa kielellisten oikeuksien, asiakastietojen hallintaa koskevan lainsäädännön, kuntien valvonnan sekä sosiaalihoitolain säännösten merkityksen osalta. Esitykseen on lisätty luku kansainvälisistä ihmisoi-keussopimuksista ja muista kansainvälisistä velvoitteista, EU-lainsäädännöstä sekä Pohjoismaiden lainsäädännöstä. Myös yksityiskohtaisiin perusteluihin on tehty lausuntopalautteesta johtuvia tarkennuksia ja täydennyksiä.

Taloudelliset vaikutukset –lukuun on lisätty arviointia vaikutuksista kuntatalouteen ja julkiseen talouteen. Lukuun on muun muassa lisätty pitkän aikavälin skenaariot kustannusten kehityksestä mitoituksen kanssa ja ilman. RAI:n käyttöönoton taloudellisia ja muita vaikutuksia koskevaa tekstiä on myös täydennetty sekä lisätty arviointia vaikutuksista perusoikeuksiin. Lausuntojen perusteella on täydennetty myös yritys-, kunta- ja valvontavaikutuksia koskevia tekstejä.

Iäkkäiden palvelujen uudistamistyöryhmä käsitteli esitysluonnosta ja siihen tehtyjä muutoksia syksyn 2019 aikana kokouksissaan 29.10., 25.11., 17.12. Työryhmässä keskusteltiin etenkin siirtymäajan vaikutuksista mitoituksiin sekä lupa- ja valvontakäytäntöihin. Esitystä täydennettiin tältä osin keskustelujen pohjalta. Myös uudistuksen rahoitukseen sekä henkilöstön saataavuuteen liittyvät seikat herättivät keskustelua. Valtiovarainministeriön edustaja jätti erivän mielipiteen hallituksen esitysluonnoksesta 17.12.2019. Eriävän mielipiteen pääasiallinen sisältö liittyi siihen, että budjettiin ja julkisen talouden suunnitelmaan varatut määrärahat eivät ole yhteensopivat ja riittävät esitettyjen toimenpiteiden toteuttamiseen. Esitys ei ole jatkovalmistelussa muuttunut merkittävästi sen osalta, että se vastaisi hallituksen vuodelle 2020 esittämää talousarviota tai vuosille 2020-2023 hyväksymää julkisen talouden suunnitelmaa.

Työryhmän kokouksessa 20.1.2020 esiteltiin hallituksen esitysluonnos, jota oli täydennetty lainsäädännön arviointineuvoston lausunnon perusteella. Työryhmää informoitiin myös esityksen etenemisestä Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukuntaan. Kuntaliiton edustaja jätti kokouksessa erivän mielipiteen esitysluonnokseen. Eriävässä mielipiteessä korostettiin iäkkäiden palvelujen hyvän laadun turvaamisen osatekijöinä henkilöstön osaamisen ja määrän lisäksi myös muun muassa johtamista, toimitiloja sekä onnistunutta omavalvontaa sekä tuotiin esille ikääntyneiden palvelujen kokonaisuuden kehittämisen tärkeys. Lisäksi erivävässä mielipiteessä kiinnitettiin huomiota ikääntyneen väestön määrän kasvuun ja siitä johtuvaan palvelujen kysynnän kasvuun, työmarkkinoille tulevan työvoiman määrän vähenemiseen ja henkilöstön saataavuuteen sekä tarpeeseen kehittää myös muita ikääntyneen väestön palveluja. Edellä mainittujen seikkojen vuoksi esitettyä 0,7 työntekijän henkilöstömitoitusta ei erivän mielipiteen vuoksi voida pitää perusteltuna.

Lainsäädännön arviointineuvoston lausunto

Lainsäädännön arviointineuvosto on antanut lausunnon esityksestä 30.12.2019. Arviointineuvosto toteaa, että kyse on yhteiskunnallisesti ja poliittisesti merkittävästä uudistuksesta. Lausunto oli kokonaisuudessaan positiivinen. Esitys on arviointineuvoston mukaan kirjoitettu erittäin ymmärrettävästi sekä selkeästi ja siitä saa hyvin käsityksen uudistuksesta ja sen lähtökohdista, nykytilasta ja sen ongelmista sekä esityksen tavoitteista ja keskeisistä ehdotuksista. Neuvosto pitää hyvänä, että esitys sisältää myös numeerista tietoa ja graafisia esityksiä.

Arviointineuvosto pitää esityksen vaikutusten arviointia varsin kattavana ja monipuolisena erityisesti julkistaloudellisten vaikutusten osalta. Ne on lausunnon mukaan kuvattu poikkeuksellisen kattavasti ja monipuolisesti. Hyvänä pidetään myös sitä, että esitysehdoituksessa on tuotu myös poikkeuksellisen avoimesti esiin epävarmuudet ja haasteet, joita tavoitteiden saavuttamiseen ja uudistuksen vaikutuksiin sisältyy. Vaikutusarvioinnin kannalta pidetään kuitenkin josain määrin ongelmallisena sitä, että lainsäädännön kokonaisuudistuksen vaikutuksia ei voida vielä uudistuksen ensimmäisessä vaiheessa arvioida, mikä vaikeuttaa uudistuksen kokonaisuuden hahmottamista. Arviointineuvosto toteaa, että kokonaisvaikutuksia tulee arvioida uudistuksen seuraavassa vaiheessa.

Arviointineuvosto tuo lausunnossaan esiin esitysluonnoksen keskeisimpinä puutteina ja kehittämiskohteina neljä kokonaisuutta. Neuvosto pitää esityksen kansainvälisen vertailun osiota

varsin ohuena ja katsoo, että esityksessä tulisi ainakin kuvata sitä, mitä muiden maiden järjestelmistä tulisi päätellä Suomen näkökulmasta. Toisena kohtana arviointineuvosto katsoo, että hallituksen esityksessä on syytä tehdä vertailua eri toteuttamisvaihtoehdoista ja etenkin siitä, miten erilaisten vaihtoehtojen avulla saadaan toteutettua uudistuksen tavoitteen mukainen oikeus välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin, ja minkälaiset vaikutukset eri vaihtoehtoilta on. Neuvoston mukaan edes vahva poliittinen tavoitteenasettelu ei ole syy olla tekemättä vaihtoehtojen vertailua hallituksen esityksessä. Kolmantena ja neljäntenä kohtana arviointineuvosto esittää huomautuksia yritysvaikutusten ja viranomaisvaikutusten sisällöstä. Neuvosto toivoo, että esitykseen lisättäisiin taloudelliset vaikutukset eri kokoisille yrityksille tai ainakin vaikutusten mittaluokka. Viranomaisvaikutuksia pidetään melko yleisellä tasolla kuvattuina ja niitä tulisi arvioida seikkaperäisemmin. Arviointineuvosto suosittelee, että hallituksen esitystä täydennetään neuvoston lausunnon mukaisesti ennen hallituksen esityksen antamista.

Arviointineuvosto katsoo, että lausuntopalaute ja sen huomioon ottaminen on kuvattu hyvin ja monipuolisesti ja palaute vaikuttaa otetun vakavasti. Neuvosto pitää hyvänä ja informatiivisena myös esitysehdotukseen sisältyvää erillistä jaksoa toimeenpanon tuesta ja seurannasta.

Arviointineuvosto toteaa lausunnossa arvioinnit esitysehdotuksen yhteiskunnallisista vaikutuksista. Arviointia on tehty asiakasvaikutuksista sisältäen myös perusoikeusvaikutukset. Tietynlaisesta abstraktiudesta ja yleisyydestä huolimatta arviota voidaan lausunnon mukaan pitää riittävänä kuvaamaan muutosta asiakkaiden elämässä, koska kyse on ilmiöstä, jonka kuvaaminen esimerkiksi määrällisillä mittareilla olisi hyvin vaikeaa ja epätarkoituksenmukaista. Lisäksi kyseisessä luvussa on arvioitu vaikutuksia omaisiin, työhyvinvointiin, sukupuolten tasa-arvoon sekä kielellisiin oikeuksiin ja muiden palvelujen saatavuuteen.

Arviointineuvosto katsoo, että on esitetty yhteiskunnalliset vaikutukset hyvin ja riittävän monipuolisesti. Kokonaisuudessaan useita yhteiskunnallisten vaikutusten ulottuvuuksia on selostettu tiiviisti arvioiden todennäköisiä seurauksia laadullisesti. Arviointineuvosto pitää informatiivisena esitysehdotuksessa olevaa yhteenvetotaulukkoa riskeistä.

Lainsäädännön arviointineuvoston esittämät huomiot on otettu esityksessä huomioon. Esityksen muiden maiden lainsäädäntöä koskevasta vertailusta on tehty päätelmät. Toteuttamisvaihtoehtoja koskevaa lukua sekä palvelutarpeen arviointijärjestelmän, että palvelujen laadun ja riittävän henkilöstön varmistamisen osalta on täydennetty. Lisäksi on täydennetty yritys- ja viranomaisvaikutuksia koskevia lukuja.

6 Riippuvuus muista esityksistä

Esitys liittyy valtion vuoden 2020 ensimmäiseen lisätalousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

1 Lakiehdotuksen perustelut

3 §. Määritelmät. Säännökseen lisättäisiin välittömän asiakastyön ja välillisen työn määritelmät. Määritelmät tulisivat sovellettaviksi sosiaalihuoltolain 21 §:n mukaisen tehostetun palveluasumisen, 22 §:n mukaisen laitoshoidon sekä terveydenhuoltolain nojalla annettavan pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksiköissä.

Pykälään ehdotettavan *uuden 4 –kohdan* mukaan välittömällä asiakastyöllä tarkoitettaisiin toimintayksikössä annettavaa hoitoa ja huolenpitoa sekä iäkkään henkilön toimintakykyä ja kuntoutumista edistäviä ja ylläpitäviä tehtäviä. Lisäksi myös asiakasta koskevien tietojen kirjaaminen, palvelutarpeen arviointi sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja päivittäminen olisi välitöntä asiakastyötä.

Välitön asiakastyö koostuisi asiakkaan perustarpeisiin vastaavasta jokapäiväisen elämän tuesta. Välitöntä asiakastyötä olisivat hoitoon ja huolenpitoon sekä kuntoutukseen liittyvät tehtävät mukaan lukien niitä välittömästi mahdollistavat tehtävät sekä toimintakykyä ja kuntoutumista edistävät ja ylläpitävät tehtävät. Siihen sisältyisi päivittäisissä toiminnoissa avustaminen kuten ruokailu, peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen ja wc-käynnit. Myös päivittäisestä kirjaamisesta, palvelutarpeen arvioinnista sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä kertyisi välitöntä asiakastyötä.

Välitön asiakastyö kattaisi laajasti asiakkaan hyvinvoinnin tukemisen. 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. Välittömään asiakastyöhön kuuluisi myös 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.

Pykälään ehdotettavan *uuden 5 –kohdan* mukaan välillisellä työllä tarkoitettaisiin iäkkäiden henkilöiden hoitoa ja huolenpitoa mahdollistavia tehtäviä, kuten huoneiden ja yhteisten tilojen siivousta, pyykki- ja kiinteistöhuoltoa sekä ruoan valmistusta ja lämmitystä, sekä yksikön johtajan ja vastuuhenkilön esimies- ja hallinnollista työtä.

Välillistä työtä olisi säännöksen mukaisesti 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 mainittu tehtävä säännönmukaisesti kuuluisi hoitohenkilökunnan työhön, se määriteltäisiin tehtäväkuvassa eikä sitä otettaisi huomioon mitoituksessa. Myös yksikön johtajan ja vastuuhenkilön esimies- ja hallinnollinen työ olisi välillistä työtä kuten nykyäänkin.

Välillistä työtä varten palveluntuottajan olisi varattava riittävä erillinen resurssi joko käyttämällä omaa työvoimaa tai hankkimalla se ostopalveluna. Näin ohjattaisiin henkilöstömitoitukseen sisällytettävän henkilöstön osaaminen ja aika asiakastyöhön ja muihin siihen olennaisesti ja kiinteästi liittyviin tehtäviin, mikä varmistaisi asiakas- ja potilasturvallisuutta. Yksiköiden erilaisesta asiakasrakenteesta, tiloista ja muista olosuhteista johtuen kategorista mitoituksista tukipalvelutyölle ei kirjattaisi lainsäädäntöön. Tukipalveluja voitaisiin toteuttaa eri ta-

voin, esimerkiksi ostopalveluina ja myös erilaisia teknologisia ratkaisuja hyödyntäen. Toimintayksikön vastuulla olisi huolehtia siitä, että myös tukipalveluissa toteutuu asianmukainen osaaminen.

3 a §. *Välittömään asiakastyöhön osallistuvat henkilöt tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa.* Lakiin ehdotetaan lisättäväksi uusi 3 a pykälä, jossa määriteltäisiin tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksiköissä välittömään asiakastyöhön osallistuva henkilöstö sekä välittömään asiakastyöhön osallistumisen edellytykset muun muassa opiskelijoiden sekä lääkehoidon toteuttamiseen osallistumisen osalta.

Välittömään asiakastyöhön edellä mainituissa toimintayksiköissä osallistuisivat pykälän 1 momentin mukaan sairaan- ja terveydenhoitajat, lähi- ja perushoitajat, geronomit, kodinhoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat, sosionomi AMK -tutkinnon suorittaneet, soveltuvan ammatti- tai erikoisammattitutkinnon suorittaneet sekä soveltuvan opistoasteisen tutkinnon suorittaneet työntekijät, fysio- ja toimintaterapeutit, kuntoutuksen ohjaajat, kotiaavustajat, hoitoapulaiset ja hoiva-avustajat, viriketoiminnan ohjaajat ja muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat työntekijät, sekä toimintayksiköiden johtajat ja vastuhenkilöt.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin edellytyksistä, joiden täytyessä opiskelijat voitaisiin ottaa huomioon välittömään asiakastyöhön osallistuvina työntekijöinä. Opiskelijat koulutusmuodosta riippumatta saisivat osallistua välittömään asiakastyöhön silloin, jos he ovat työsopimussuhteessa toimintayksikköön ja heillä on opintojen kautta hankittu riittävä osaaminen suhteessa tutkinnon perusteisiin, ammattihenkilölainsäädännön edellyttämään osaamiseen sekä työpaikan osaamistarpeisiin.

Ammatillisista tutkinnoista, tutkintojen mitoitusperusteista ja laajuuksista, tutkinnon osien mitoitusperusteista 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 opiskelijan osaamisesta, ilman sen arviointia, mistä tutkinnonosista osaaminen on kertynyt. Ammatillisessa koulutuksessa ei ole enää määränä koulutusaika, vaan koulutus pohjautuu yksilölliseen suunnitelmaan. Opintojen sisältöä voidaan pitää merkittävämpänä osoitukseksi kyseisen alan osaamisesta kuin opintojen kestoa. Osaaminen voidaan osoittaa näytöissä heti, kun tutkinnon perusteiden mukainen osaaminen tutkinnon osissa on saavutettu. Opiskelijoiden riittävän osaamisen riittävyuden arvioisi aina viime kädessä työnantaja.

Pykälän 3 momentin mukaan työvuoron henkilöstö ei saisi koostua pelkästään edellä 1 momentissa tarkoitetuista fysio- ja toimintaterapeuteista, kuntoutuksen ohjaajista, kotiaavustajista, hoitoapulaisista ja hoiva-avustajakoulutuksen saaneista työntekijöistä, viriketoiminnan ohjaajista tai muista vastaavista asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvista työntekijöistä eikä edellä 2 momentissa tarkoitetuista opiskelijoista. Työnantajan yleisenä velvollisuutena olisi huolehtia siitä, että toimintayksikössä on aina asiakkaiden tarpeisiin ja määrään nähden riittävä määrä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä jokaisessa työvuorossa.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin edellytyksistä lääkehoidon tehtäviin ja toteuttamiseen osallistumisessa. Säännöksen mukaan toimintayksikön työntekijä ei saisi ilman lääkehoidon koulutusta osallistua lääkehoidon tehtäviin ja toteuttamiseen. Nämä tehtävät edellyttäisivät aina asianmukaista lääkehoidon koulutusta ja osaamista. Toimintayksikön henkilöstörakennetta ja -mi-

toitusta suunniteltaessa olisi varmistettava turvallisen lääkehoidon toteutuminen kaikkina vuorokauden aikoina yksikön lääkehoitosuunnitelman mukaisesti Turvallinen lääkehoito –opasta noudattaen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on 2016 päivittänyt sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2005 julkaiseman Turvallinen lääkehoito -oppaan. STM on antanut Fimealle tehtäväksi oppaan päivityksen 31.12.2020 mennessä.

Lääkehoidon toteuttamisesta asianmukaisesti huolehtivat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä yleensä terveydenhuollon ammattihenkilöt (esimerkiksi sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, lähihoitaja) silloin, kun potilas ei pysty itse huolehtimaan oman lääkehoitonsa toteuttamisesta tai tarvitsee siinä apua. Toimintayksiköissä, joissa lääkehoidon toteuttaminen on joka päiväistä, työnantajan on huolehdittava siitä, että jokaisessa työvuorossa on riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä toteuttamaan lääkehoitoa. Kuten edellä 3 momentissa todettaisiin, työnantajan yleisenä velvollisuutena on huolehtia siitä, että työntekijöiden osaaminen vastaa työn vaatimuksia ja että toimintayksikössä työskentelevien työntekijäryhmien työnjako vastaa asiakkaiden ja toiminnan tarpeita kaikkina vuorokauden aikoina.

Valvontaviranomainen arvioi yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain mukaista lupaa myöntäessään sen, että toimintayksikön henkilöstön rakenne kokonaisuudessaan vastaa asiakkaiden palvelutarpeita. Ennakollisessa valvonnassa esimerkiksi edellytetään, että toimintayksikössä on riittävä määrä sairaanhoitajia yksikön kokoon ja asiakkaiden tarpeeseen nähden. Esimerkiksi saattohoitotilanteet ja niiden aikana tarvittava sairaanhoitajan työpanos tulisi tältä osin ottaa huomioon. Yksiköllä olisi näin ollen aina oltava käytettävissään sairaanhoitajan työpanosta asiakkaiden tarpeita vastaavasti.

15 §. *Palvelutarpeiden selvittäminen.* Vanhuspalvelulaki täydentää sosiaalihuoltolain säännöksiä palvelujen toteuttamisesta iäkkäiden henkilöiden kohdalla. Vanhuspalvelulain 13 §:ssä oleva säännös palvelutarpeisiin vastaamista ohjaavista yleisistä periaatteista sisältää kootusti ne periaatteet, jotka on otettava huomioon iäkkäiden henkilöiden palveluja toteutettaessa. Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muun palvelutarpeen ennalta ehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin.

Lain 14 §:ssä säädetään pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttamista koskevista periaatteista. Kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Palvelut on sovitettava sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisiakin palvelutarpeita. Hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa pitkäaikaisena laitoshoidona vain tässä laissa säädettyillä perusteilla. Mainitut säännökset velvoittavat kuntaa järjestämään iäkkäälle henkilölle laadukkaita ja hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluita.

Edellä kuvatut velvoitteet tarkentuvat muun muassa lain 15 §:n 1 momentissa, jossa säädetään iäkkään henkilön palvelutarpeiden kokonaisvaltaisesta selvittämisestä. Kattava ja monipuolinen palvelutarpeiden selvittäminen ja arviointi edellyttävät monialaista henkilöstöä ja on keskeistä sen varmistamiseksi, että iäkäs henkilö saa tarpeitaan vastaavat, laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. Iäkkäiden palvelujen laadun varmistamisesta säädetään lain 4 luvun säännöksissä palvelujen laadusta, henkilöstöstä, johtamisesta, toimitiloista sekä omavalvonnasta.

Voimassa olevan lain 15 §:ssä säädetään sosiaalihuoltolain palvelutarpeen arviointia koskevia 36, 37 ja 38 pykälää täydentäen iäkkään henkilön palvelutarpeiden selvittämisestä, selvittämisen aloittamiseen vaikuttavista seikoista sekä siitä, miten iäkkään henkilön toimintakykyä palvelu-

tarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava. Pykälän 1 momentin mukaan iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystarpeiden sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve on selvitettävä kokonaisvaltaisesti yhteistyössä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan 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 viivytyksiä. 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 asiakkuudessa olevaan henkilöön ja palvelutarpeen selvittämisvelvoitteeseen siinä tapauksessa, kun sellaisen henkilön olosuhteissa tapahtuu olennaisia muutoksia.

Sosiaalihuoltolain 36 §:n 2 momentti sisältää tarkemmat säännökset siitä, milloin palvelutarpeen arviointi on aloitettava laissa säädetyssä 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 arvioitaessa 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 henkilön 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. Palvelujen tarvetta kokonaisuutena arvioitaessa on otettava huomioon, että iäkkäällä henkilöllä on oikeus tarpeensa mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saamiseen riippumatta palvelumuodosta. Näin ollen esimerkiksi tehostetun palveluasumisen piiriin siirtyvä asiakas on edelleen oikeutettu tarpeensa mukaisiin muihin sosiaalihuollon palveluihin. Vastaavasti terveydenhuollon tarpeisiin, muun muassa lääkäri- ja muut asiantuntijapalvelujen saatavuus turvaamalla, on vastattava myös tehostetussa palveluasumisessa.

Ehdotettavassa laissa vanhuspalvelulain 15 §:ään lisättäisiin uusi 4 momentti, jolla tarkennettaisiin voimassa olevaa iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden selvittämistä ja arviointia koskevaa sääntelyä. Momentin mukaan palvelujen järjestäjällä olisi velvoite käyttää säännöllisesti annettavissa palveluissa yhtenäistä arviointi- ja seurantajärjestelmää. Tämä järjestelmä olisi RAI-arviointijärjestelmä, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI-arviointijärjestelmän tunnuslukujen avulla voidaan arvioida myös palvelun laatua. RAI-järjestelmä noudattaa geriatrisen ja gerontologisen kokonaisarvioinnin sekä palvelutarpeiden moniulotteisen selvittämisen periaatteita.

TOIMIA-tietokannan suositusten mukaan ja RAI-arviointijärjestelmän 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.

RAIn ohella voidaan tarvittaessa edelleen käyttää myös muita arviointikeinoja asiakkaan edun ja palvelujen laadun sekä asiakasturvallisuuden varmistamiseksi. Asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointia on usein tarpeen täydentää muun muassa havainnoinnilla, haastattelulla ja muilla mahdollisilla asiakkaan tilanteeseen soveltuvilla menetelmillä.

Ehdotettavalla velvoitteella yhtenäisen kansallisen arviointi- ja seurantavälineen käyttämiseen tarkennettaisiin sosiaalihuoltolaissa ja vanhuspalvelulaissa jo olevia säännöksiä palvelujen järjestämisen ja toteuttamisen keskeisistä lähtökohdista. Iäkkään henkilön palvelutarve on lain mukaan selvitettävä kokonaisvaltaisesti ja palvelut järjestettävä iäkkään henkilön toimintakyvyn edellyttämän yksilöllisen palvelutarpeen mukaisesti. Myös RAI-arviointijärjestelmää käytettäessä palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioisi vanhuspalvelulain 15 §:n 1 momentissa tarkoitettu ammattihenkilö. Iäkkään henkilön ollessa jo palvelujen piirissä toimintayksikössä arvioinnin tekisi yleensä iäkkään henkilön omahoitaja tai muu työntekijä, joka parhaiten tuntee asiakkaan. Säännöstä sovellettaisiin kaikissa iäkkäille henkilöille annettavissa säännöllisissä palveluissa. RAI-arviointi tehtäisiin myös ensi kertaa hoidon ja palvelujen tarvetta arvioitaessa silloin, kun asianmukaisen arvioinnin perusteella on oletettavissa, että asiakkaalla on säännöllinen palvelujen tarve. Säännöllisten (pitkäaikaisten) palvelujen piirissä oleville iäkkäille henkilöille arviointi tehtäisiin puolivuositain tai aikaisemmin, jos asiakkaan muuttunut tilanne sitä edellyttää.

Riippumatta käytettävistä palvelutarpeen arviointimenetelmistä on iäkkään henkilön palveluja koskeva suunnitelma ja hänen palvelujensa kokonaisuus tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä siten kuin sosiaalihuoltolain 39 §:n 3 momentissa ja vanhuspalvelulain palvelusuunnitelmaa koskevassa 16 §:n 3 momentissa säädetään. Perustuslain 19 §:n mukaiset oikeudet sekä asiakkaan oikeus asiakasturvallisuuteen sekä laadukkaaseen ja hyvään hoitoon edellyttää aina viime kädessä yksilöllistä arviota asiakkaan palvelun tarpeesta.

Palvelujen järjestäjä turvaisi kaikille palveluntuottajille mahdollisuuden RAI-arviointijärjestelmän ja sen edellyttämän tietojärjestelmän käyttöön sekä siinä tarvittavaan riittävään koulutukseen. Palveluntuottaja voisi hankkia ehdotettua toimintakyvyn arviointi- ja seurantamittaristoa tukevan tietojärjestelmän myös itse.

20§ Henkilöstö. Kaikkea sosiaalihuollon toteuttamista ohjaavat sosiaalihuoltolain 30 §:n mukaiset keskeiset periaatteet. Säännöksen mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Sosiaalihuoltoa koskevia päätöksiä ja ratkaisuja tehtäessä ja sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan etu. 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 ammattitaitoisista henkilöstöä on laadukkaiden palvelujen ehdoton edellytys. Tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkaat ovat usein monisairaita ja muun muassa 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 säädetyt periaatteita sekä että palvelut täyttävät muutkin niille asetetut vaatimukset. Säännös vastaa sisällöltään yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 5 §:n 3 momenttia toimintayksikön vastuuhenkilöstä. Lisäksi on otettava huomioon sosiaalihuoltolain 46 a §:n ja sosiaalihuollon ammattihenkilölain 9 §:n säännökset sosiaalityön ammatillisessa johtamisessa sekä muissa asiakastyön ohjausta sisältävissä sosiaalihuollon johtotehtävissä edellytettävästä koulutuksesta ja osaamisesta.

Lakiehdotuksessa pykälään ehdotetaan lisättäväksi *uusi 2 momentti*, jossa säädettäisiin iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa sovellettavasta henkilöstön toteutuneesta vähimmäismitoituksesta. Edellä mainituissa palveluissa iäkkäät henkilöt ovat ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon piirissä. Säännöksessä mainittujen palvelujen sisällöstä säädetään sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Iäkkään henkilön palvelut voidaan vanhuspalvelulain 14 §:n 1 momentin mukaan järjestää pitkäaikaisena laitoshoidona vain, jos siihen on lääketieteelliset tai potilasturvallisuuden liittyvät perusteet.

Ehdotetun 2 momentin mukaan toteutuneen henkilöstömitoituksen iäkkäiden henkilöiden tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksikössä olisi oltava vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohti. Koska henkilöstömitoitusta koskevan lakiuudistuksen tavoitteena on ottaa huomioon yksiköittäin vaihteleva asiakasrakenne riittävää henkilöstömitoitusta arvioitaessa, toimintayksiköllä tässä yhteydessä tarkoitettaisiin yksikköä, jolla on yhteiset toimitilat, oma työvuorosunnittelu ja joka toimii yhden esimiehen alaisuudessa. Vanhuspalvelulain 3 §:n 3 kohdan mukaan toimintayksiköllä tarkoitetaan julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista kokonaisuutta, jossa tuotetaan sosiaali- tai terveyspalveluja pääasiassa iäkkäille henkilöille siten, että palvelut toteutetaan palveluntuottajan tiloissa tai iäkkään henkilön yksityiskodissa. Kyseisen säännöksen perustelujen (HE 160/2012 vp) määritelmä on tarpeen, koska lain 4 luvun säännöksiä sovellettaisiin toimintayksiköihin, jotka tarjoavat sosiaali- ja terveyspalveluja pääasiassa iäkkäille henkilöille. Nyt ehdotettavalla säännöksellä tarkennettaisiin toimintayksikön käsitettä sellaisen toiminnallisen kokonaisuuden osalta, jossa henkilöstön vähimmäismitoituksen tulisi toteutua.

Toteutuneesta henkilöstömitoituksesta säädettäisiin pykälään lisättävässä *uudessa 3 momentissa*. Säännöksen mukaan toteutunut henkilöstömitoitus tarkoittaisi todellista, toimintayksikössä paikalla olevien välitöntä asiakastyötä tekevien 3 a §:ssä tarkoitettujen työntekijöiden työpanosta suhteessa toimintayksikössä kolmen viikon seurantajakson aikana olevien asiakkaiden määrään. Seurantajakson pituus olisi Vanhuspalvelujen tila – seurannassa tähän asti käytetyn yhden viikon sijaan kolme viikkoa ja mitoituksen laskemisessa käytettäisiin 38.25 tunnin

laskennallista viikkotuntimäärää. Tämä olisi sama kuin vuoden 2018 seurannassa käytetty viikkotuntimäärä. Tätä tuntimäärää käytettäisiin kaikissa henkilöstöryhmissä sekä julkisen että yksityisen sektorin toimintayksiköissä. Kolmen viikon seurantajakso olisi riittävän pitkä aika tosiasiallisen, toteutuneen henkilöstömitoituksen todentamiseksi. Se myös estäisi nykyisin käytetyn yhden viikon seuranta-ajan osalta joissain tilanteissa esiin tuodun riskin tietojen manipuloimisesta. Kolmen viikon seurantajakso mitoitukselle vastaisi pääsääntöisesti myös työaikalain (872/2019) 7 §:ssä tarkoitettua työvuorolistan pituutta. Tätä käytettäisiin THL:n seurannassa ja toimintayksiköt voisivat käyttää sitä myös työvuorosuunnittelussaan, koska mitoituksen pitäisi toteutua yhdenvertaisesti myös muina kuin THL:n seurantaviikkoina.

Toimintayksiköt ilmoittaisivat THL:lle toimintaansa varten suunniteltujen työntekijöiden määrän, suunnitellun työntekijäryhmien välittömän asiakastyön osuuden ja suunnitellun asiakaspaikkojen määrän sekä yksikössä toteutuneet kokonaistyötunnit ja toteutuneet asiakaspaikat kolmen viikon seuranta-ajalta. Tiedot kerättäisiin aina vuorokausikohtaisesti, jolloin ne ovat myös valvontaviranomaisten käytettävissä.

THL:lle lainsäädännössä (THL-laki, toisiolaki) säädetty valtuudet tietojen saamiseen, keräämiseen, kerättävien tietojen sisällön määrittelyyn sekä tietojen käsittelyyn mahdollistavat henkilöstömitoitusta koskevien tietojen keräämisen ja käsittelyn. Yhdenmukaisen ja lainsäädännön tavoitteita vastaavan henkilöstömitoituksen toteutumisen arvioimiseksi THL laatii ennen lainsäädännön voimaantuloa tarkemman ohjeistuksen toimintayksiköille.

Selvyyden vuoksi pykälässä säädettäisiin, että välillistä työtä ei otettaisi huomioon henkilöstömitoituksessa. Kuten nykyäänkin, työnantajan velvollisuus olisi aina huolehtia siitä, että toimintayksikössä on asiakkaiden tarpeisiin ja määrään nähden riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö kuten 20 §:n 1 momentti edellyttää.

Esityksessä käytettäisiin termiä henkilöstömitoitus, joka kuvaisi henkilöstörakenteen monipuolisuuden ja moniammatillisuuden merkitystä kyseisissä palveluissa iäkkäiden henkilöiden mielekkään, turvallisen, merkityksellisen ja arvokkaan arjen toteutuksessa ja näin ollen myös henkilöstön mitoituksessa. Henkilöstömitoituksessa otettaisiin huomioon vain välittömään asiakastyöhön osallistuvien henkilöiden työpanos eli välitön asiakastyö. Välillistä työtä ei otettaisi huomioon henkilöstömitoituksessa ja sitä varten olisi pääsääntöisesti varattava erillinen resurssi. Välitön asiakastyö ja välillinen työ, sellaisina kuin niitä tarkoitetaan tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa, määriteltäisiin lain 3 §:ään lisättävissä 4 ja 5 –kohdissa.

Henkilöstömitoituksessa otettaisiin huomioon voimassa olevan iäkkäiden palvelujen laatusuosituksen 2017-2019 mukaisesti välittömään asiakastyöhön osallistuminen eräin tarkennuksin. Välittömään asiakastyöhön osallistuvat työntekijät täsmennettäisiin lakiin ehdotetussa uudessa 3 a §:ssä samoin kuin se, millä edellytyksin tietyt henkilöstöryhmät otettaisiin huomioon mitoituksessa.

Mitoituksen seurannassa huomioon otettavan henkilöstön muutokset koskisivat sairaan- ja terveydenhoitajia, lähi- ja perushoitajia, kodinhoitajia ja kotiaavustajia, hoiva-avustajia sekä henkilöstöä, jolla on jokin muu sosiaali- ja terveyden huollon opistoasteen tutkinto tai ammatti- tai erikoistutkinto. Heidän työaikansa otetaan nykyisin kokonaan huomioon henkilöstömitoituksen seurannassa rajaamatta heidän mahdollisesti tekemäänsä välillistä työtä pois mitoituksesta. Jatkossa 3 a §:n 1 momentissa mainitut työntekijät otettaisiin välittömään asiakastyön osuudella huomioon henkilöstömitoituksessa. Tilanteissa, joissa mainittujen työntekijöiden työhön sisältyisi välillistä työtä, sitä ei jatkossa otettaisi huomioon mitoituksessa. Jos kuitenkin toimintayksikössä säännönmukaisesti sisällytettäisiin 3 a §:ssä tarkoitettujen työntekijöiden työhön myös

välillistä työtä, sen osuus määriteltäisiin tehtävänkuvassa ja siltä osin työaika ei otettaisi huomioon henkilöstömitoituksessa.

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, esimerkiksi kun kokoaikainen työntekijä työskentelee toimintayksikössä 20 prosenttia työajastaan. Mitoituksessa otettaisiin mukaan yksikön asiakkaille kohdennettu välitön asiakastyö, vaikka sen suorittaisi esimerkiksi kunnan kuntoutus- tai kotiutustiimin työntekijä tai ostopalveluna hankittu palveluntuottaja.

Määrittelemällä laissa välitön asiakastyö ja välillinen työ (tukipalvelut) sekä erottamalla ne toisistaan varmistettaisiin riittävä resurssi ja osaaminen asiakkaiden välittömiin tarpeisiin vastaamiseen, kuten lääkehuollon toteuttamiseen laadukkaasti ja asiakkaiden asianmukaisesta ravitsemuksesta huolehtimiseen ja virikkeelliseen ja sosiaalista osallistumista ja hyvinvointia tukevaan elämään toimintayksikössä. Samalla turvattaisiin riittävä resurssi ja osaaminen välillisten tukipalvelujen toteuttamiseen siten, että esimerkiksi hygieniataso ja ravinnon laatu vastaavat asiakkaiden tarpeita.

Välittömän ja välillisen työn erottelusta huolimatta tavoitteena olisi, että työt toimintayksiköissä hoidetaan joustavasti ja asiakaslähtöisesti. Henkilöstömitoituksen toimeenpano edellyttää koko yksikön työprosessien sekä työnjaon ennakkointia 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. Henkilöstömitoituksen 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. Jakoa välittömään asiakastyöhön ja välilliseen työhön ei tulisi soveltaa mekaanisesti niin, että se vaikeuttaa toimintaa yksikössä eikä sillä puututtaisi työnantajan työsuojelulain (55/2001) mukaiseen työnjohto-oikeuteen.

Jaon välittömään asiakastyöhön ja välilliseen työhön tulisi muodostaa perusta kussakin toimintayksikössä tarvittavalle tarkemmalle koulutus- ja osaamisperusteiselle työnjaolle, jonka on varmistettava asiakas- ja potilasturvallisuus kaikissa työvuoroissa eri vuorokaudenaikoina. Tällaisen työnjaon lähtökohtana tulisi olla asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen kokonaisvaltaisesti. Työnjaon toimivuutta tulisi tarkastella myös osana omavalvontaa.

THL:ltä saatujen syksyn 2018 RAI-tietoihin perustuvien suuntaa antavien lukujen mukaan iäkkäiden tehostetun palveluasumisen asiakkaista (n=22 942) 74 prosentilla oli dementia-diagnoosi. Henkilön kognitiota mittaavaan CPS-mittarin avulla arvioituna asukkaista 5 prosentilla kognitio oli normaali, 24 prosentilla oli 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 perustoiminnoiltaan 6 prosentilla arvioituista asiakkaista oli luokiteltu normaaleiksi ja 24 prosentilla oli lievää avun tarvetta. Asiakkaita, joilla oli keskivaikeaa avuntarvetta eli ainakin yhden henkilön apua päivittäisissä toiminnoissa, oli 24 prosenttia arvioituista. Tätä enemmän eli yhden tai kahden henkilön apua tarvitsevia asiakkaita oli 46 prosenttia. Käytännössä nämä henkilöt tarvitsivat yhden tai kahden henkilön apua päivittäisissä toiminnoissa, kuten syömisessä, liikkumisessa ja wc-käynneillä.

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 kodeissaan 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 lisäksi. Mitoitukseen laskettavan henkilöstön rakenteessa on tärkeää huolehtia riittävästä sosiaalihuollon ammattihenkilöiden osuudesta, koska henkilöstön tulee hoidon lisäksi tukea ja edistää sosiaalista hyvinvointia, turvallisuutta ja osallisuutta. Tämä on myös olennainen osa asiakasturvallisuuden kokonaisuutta.

Valvontaviranomaiset arvioivat yksityisten palveluntuottajien riittävää henkilöstömitoitusta lupamenettelyssään. Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 4 §:n 2 momentin mukaan henkilöstön lukumäärän tulee olla riittävä palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden lukumäärään nähden. Lain 10 §:n 2 momentin mukaan lupaan voidaan liittää asiakasturvallisuuden varmistamiseksi välttämättömiä ehtoja palvelujen määrästä, henkilöstöstä, tiloista, laitteista ja tarvikkeista sekä toimintatavoista.

Henkilöstömitoituksen tulisi aina toteutua asiakkaiden tarpeen mukaisesti sellaisen palvelutason mukaisena, jota 20 §:n 1 momentissa edellytetään. THL arvioisi ja seuraisi mitoituksen toteutumista vastaavasti kuin se on arvioinut nykyisen laatusuosituksen mukaisen vähimmäismitoituksen toteutumista. Henkilöstömitoituksen toteutumisen seurannan sääntelyn tarvetta on tarkoitettu arvioida vanhuspalvelulain uudistuksen toisessa vaiheessa. THL toteuttaa ennen henkilöstömitoitusta koskevan säännöksen voimaantuloa vuonna 2020 tehtävän seurannan erillis-seurantana.

Toimintayksikön kokonaispalvelutarve ja asiakasrakenne voi joissakin tilanteissa edellyttää 0,7 mitoituksen ylittävää 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. Valviran ja aluehallintovirastojen laatiman taulukkomuotoisen arviointityövälineen laatimisessa on hyödynnetty erilaisten toimintakykymitareiden 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.

Tarvetta 0,7 korkeampaan henkilöstömitoitukseen voitaisiin jatkossa arvioida RAI-järjestelmän RUG-luokituksen avulla. Asiakasrakennetta arvioidaan tällöin kokonaisuutena, jossa asiakkaat jaetaan kolmeen ryhmään: kevythoitoisiin, normaalihoitoisiin ja raskashoitoisiin. Jos yksikössä on enemmän raskashoitoisia kuin kevythoitoisia asiakkaita, tarkastellaan näiden eroa. Jos ero on yli 10 prosenttiyksikköä, yksikössä tarvitaan yli 0,7 mitoitusta. Esimerkiksi, jos kevythoitoisia on 25 prosenttia ja raskashoitoisia 30 prosenttia asiakkaista, näiden erotus on 5 prosenttiyksikköä. Tällöin yksikössä ei tarvita yli 0,7 henkilöstömitoitusta. Tarvittava lisämitoitus arvioitaisiin asiakkaiden sosiaalihuoltolain säännösten ja vanhuspalvelulain 15 §:n mukaisesti tehtävän palvelutarpeiden selvittämisen ja arvioinnin perusteella.

Asiakasryhmien hoitoisuus määritellään nykyäänkin RUG-luokituksen perusteella. Raskashoitoiset asiakkaat kuuluvat 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. Kevythoitoisia ovat hyvin arkitoinnista

suoriutuvat asiakkaat luokissa ”kognitiivisten toimintojen heikentyminen”, ”käytöshäiriöt” tai ”heikentynyt fyysinen toimintakyky”. Näitä kevyen avun tarpeen asiakkaita oli 25 prosenttia kaikista asiakkaista vuonna 2018. Loput asiakkaista kuuluvat normaalihoitoisiin. 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. RUG-luokitusta on tarkoitus uudistaa vastaamaan paremmin asiakkaiden hoidon ja palvelujen tarvetta.

Nykyisen laatusuosituksen mukaan asiakkaiden hyvinvoinnin ja turvallisuuden lisäämiseksi sekä henkilöstön työajan uudelleen kohdentamiseksi tai korvaamiseksi tulisi hyödyntää robotisaation ja muun teknologian mahdollisuuksia nykyistä laajemmin. Näin voitaisiin vaikuttaa asiakkaiden toimintakyvyn, palvelutarpeen ja hoitoisuuden sekä henkilöstömitoituksen väliseen suhteeseen. Teknologian kehitystä on tapahtunut liittyen muun muassa lääkehoidon turvallisuuteen (esimerkiksi lääkkeiden koneellinen annosjakelu), sähköiseen kirjaamiseen sekä erilaisiin aktiivisiin ja passiivisiin hälytysjärjestelmiin (esimerkiksi turvarannekkeet, liiketunnistimet sekä kulunvalvonta). Teknologian hyödyistä henkilöstömitoituksessa ei kuitenkaan ole vielä tutkittua tietoa. Tämä kehitys ja siten teknologian hyödyntäminen otettaisiin jatkossa huomioon henkilöstömitoituksen määrittelyä edelleen kehittämiseksi.

Toteutuneen henkilöstömitoituksen tulisi turvata iäkkään henkilön palvelut sosiaalihuoltolain 21 §:n 4 ja 5 momentin sekä 22 §:n 2 momentin mukaisesti. Sosiaalihuoltolain asumispalveluja sekä laitospalveluja koskevassa säännöksessä on määriteltä 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 edistävä toiminta, 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.

Iäkkäät henkilöt, joille tehostettua palveluasumista tai laitoshoidon 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 tulkittavana 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.

Nykyinen 20 §:n 2 momentti siirtyisi *4 momentiksi*.

2 Voimaantulo

Laki ehdotetaan tulemaan voimaan 1 päivänä elokuuta 2020.

Lain 15 §:n 4 momentissa tarkoitettu palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointijärjestelmä olisi otettava käyttöön viimeistään 1.4.2023. Siirtymäaika lain voimaantulosta 1.4.2023 saakka mahdollistaisi RAI-arviointijärjestelmän käyttöönoton edellyttämät toimet ja kuntien sekä palveluntuottajien valmistautuminen RAI:n käyttöönottoon.

Ennen 1.4.2023 toteutunut henkilöstömitoitus 20 §:n 2 momentissa tarkoitetuissa toimintayksiköissä saisi alittaa 0,7 mitoituksen asiakasta kohti sillä edellytyksellä, että toimintayksikkö voi osoittaa, että siellä annettava hoito ja huolenpito vastaavat yksikössä olevien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelutarvetta sekä turvaavat heille laadukkaat palvelut siten kuin 20 §:n 1 momentissa säädetään. Tällöinkin henkilöstömitoituksen olisi oltava kuitenkin vähintään 0,5 työntekijää asiakasta kohti.

Toimintayksikön tulisi ensisijaisesti omavalvonnan keinoin, kuten nykyisinkin, varmistaa henkilöstön määrä, osaaminen ja rakenne sellaisena kuin 20 §:n 1 momentti edellyttää. Omavalvonnan avulla olisi mahdollista kehittää ja seurata palvelujen laatua toimintayksiköiden päivittäisessä asiakastyössä. Tämä tapahtuisi muun muassa siten, että toimintayksiköiden johto, esimiehet ja henkilökunta arvioivat jatkuvasti omaa toimintaansa, kuulevat asiakkaita ja omaisia laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyvissä asioissa sekä ottavat 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 henkilömitoituksen riittävyyttä tarvittaessa valvonta- ja lupamenettelyssään. Luovissa sovelletaan yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain yleissäännöstä sekä vanhuspalvelulain tarkentavia erityissäännöksiä henkilöstön riittävyydestä. Näin ollen arvioinnin lähtökohta olisi, kuten nykyisinkin voimassa olevassa sääntelyssä, myös ehdotettuna siirtymäaikana palvelujen sisällön, palvelutarpeen ja asiakasmäärän edellyttämä yksittäistapauksellisesti harkittu mitoitus. Siirtymäaikana henkilöstön riittävyyttä arvioitaisiin siis vastaavalla sisällöllä ja menettelyllä kuin nykyisin, kuitenkin sillä rajauksella, että mitoituksen tulisi aina olla vähintään 0,5 työntekijää asiakasta kohti. Sen osoittaminen, että toiminta täyttää kaikilta osin lainsäädännön vaatimukset, on valvottavan eli toimintayksikön velvollisuutena, kuten nykyisinkin. Yksityisistä so-

siaalipalveluista annetun lain 10 §:n mukaan lupaan voidaan liittää asiakasturvallisuuden varmistamiseksi välttämättömiä ehtoja palvelujen määrästä, henkilöstöstä, tiloista, laitteista ja tarvikkeista sekä toimintatavoista. Lupaviranomaisen arvion mukaan lupaan voidaan siis yksittäistapauksessa asettaa ehtoja, jotka voivat koskea myös henkilöstön riittävää määrää.

Nyt ehdotettavalla sääntelyllä tarkoitetaan lakisääteistä vähimmäismitoitusta, joka ei syrjäytä mahdollisia lupaehtoja, joissa on lain nojalla asetettu vaatimus sitä korkeammasta mitoituksesta perustuen yksikkökohtaiseen arviointiin palvelujen tarpeesta ja asiakkaiden lukumäärästä. Tällaiset luvat olisivat niissä mahdollisesti asetettuine ehtoineen sellaisenaan voimassa myös lakiin ehdotettavana siirtymäaikana, eikä luvanhaltijoilla tai lupaviranomaisilla ole siten tarvetta pelkästään siirtymäkauden sääntelyn perusteella tarkastella vanhojen lupien sisältöä uudelleen. Siirtymäaikana voimassa olevia lupia ei siis automaattisesti otettaisi uuteen tarkasteluun siirtymäsäännöksen perusteella. Henkilöstömitoituksen riittävyttä arvioitaisiin edellä kuvatuin tavoin ja sisällöin osana normaaleja lupa- ja valvontaprosesseja. Myös uusia lupia arvioitaessa noudatettaisiin erityissäännöksenä ehdotetun siirtymäsäännöksen alle 0,7 mitoituksen mahdollistavaa poikkeusta niin, että yksilöllinen mitoitusvaatimus määräytyy kuten nykyisinkin ja on vähintään 0,5. Luvan hakijalla on aina näyttövelvollisuus siitä, että laissa toiminnalle asetetut edellytykset täyttyvät. Tällöin lupaehdoissa mahdollisesti tarvittavaa korkeampaa mitoitusta arvioidaan edellä kuvatun lainsäädännön mukaisesti ottaen huomioon myös siirtymäsäännöksen sääntely sekä muut toiminnassa huomioon otettavat edellytykset.

Siirtymäsäännöksen mahdollistamaa alle 0,7 henkilöstömitoitusta koskevaa poikkeusperustetta sekä ylipäänsä henkilöstön riittävyttä koskevaa sääntelyä tulisi soveltaa yhtenevästi julkisten ja yksityisten toimijoiden kohdalla. Tämä tarkoittaisi, etteivät valvontaviranomaiset voisi lupahallinnossa edellyttää 0,7 henkilöstömitoitusta yksityisiltä toimijoilta, jos se sallii julkiselle toiminnan vastaavissa tilanteissa 0,5 mitoituksella.

Kun vähimmäismitoitus 0,7 työntekijää asiakasta kohti tulee voimaan 1.4.2023, se syrjäyttää tuolloin voimassa olevissa luvissa mahdollisesti olevat alemmat lupaehdot. Tällöinkään muutos ei siten automaattisesti johda kaikkien lupien uudelleentarkasteluun, vaan mitoituksen toteutumisen valvonta suoritetaan osana normaaleja lupa- ja valvontaprosesseja. Lupaehtoja on tarkoituksenmukaista luonnollisesti päivittää mahdollisten muutosasioiden käsittelyn yhteydessä ja luvanhaltijoita informoida lain tasoisen sääntelyn merkityksestä.

Palveluntuottajien kanssa tehtyjen sopimusten osalta kunnilla olisi nykyiseen tapaan täysi vapaus edellyttää siirtymäaikana 0,5 minimin lisäksi korkeampaa mitoitusta, jos kunta niin haluaa, palvelun kustannukset huomioiden. Hankittavien palvelujen on vastattava kunnan omaa tasoa, mikä myös osaltaan määrittää sopimusten sisältöä.

Arvioitaessa toimintayksikön riittävää henkilöstömitoitusta olisi otettava huomioon, että 20 §:n 1 momentin mukainen hoito ja huolenpito voi myös siirtymäaikana ja sen jälkeen edellyttää korkeampaa mitoitusta kuin 0,7 työntekijää asiakasta kohti.

Henkilöstömitoituksen 0,7 osalta siirtymäaika tukisi mitoituksen nostamisesta aiheutuvan lisähenkilöstön rekrytointitarpeeseen varautumista hallitusti sekä mahdollistaisi kunnille ja palveluntuottajille tarvittavan henkilöstön saamisen sekä kustannusten korvaamisen jo siirtymäaikana.

3 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys

3.1 Esityksen sisältö ja tavoitteet

Lakiehdotuksella muutettaisiin vanhuspalvelulakia lisäämällä siihen säännökset iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden ja toimintakyvyn selvittämisessä ja arvioinnissa käytettävästä yhtenäisestä seuranta- ja arviointijärjestelmästä sekä iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa noudatettavasta henkilöstömitoituksesta. Henkilöstömitoitusta koskevaan ehdotukseen liittyen täydennettäisiin lisäksi laissa olevaa määritelmäpykälää ja lisättäisiin lakiin säännös henkilöstömitoituksessa huomioon otettavasta henkilöstöstä. Palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arviointi- ja seurantajärjestelmä liittyy kiinteästi henkilöstön vähimmäismitoitusta koskevaan säännökseen.

Ehdotetun lain tarkoituksena on turvata iäkkäiden henkilöiden oikeutta välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sekä laadultaan hyviin sosiaali- ja terveyspalveluihin 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 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 veloitteet henkilöstön vähimmäismitoituksesta ja sitä täsmentävät säännökset sekä säännökset yhtenäisen arviointi- ja seurantajärjestelmän käytöstä helpottavat, selkeyttävät ja yhdenmukaistavat iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon palvelujen valvontaa.

Ehdotuksessa säädettäisiin kunnalle uusia veloitteita. Vanhuspalvelulain 15 §:ään ehdotetulla säännöksellä kunnat veloitettaisiin ottamaan iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden selvittämisessä käyttöön yhtenäinen arviointi- ja seurantajärjestelmä, joka olisi THL:n käyttämä ja hallinnoima RAI-arviointijärjestelmä. Ehdotus valtakunnallisesti yhtenäisestä hoidon tarpeen arvioinnista on tarkoitettu turvaamaan yli 0,7 mitoitus sellaisissa iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä, joissa asiakkaiden palvelutarve sitä edellyttää. Veloitte 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 palveluntuottajia muun muassa palvelujen laadun, henkilöstön, johtamisen ja toimitilojen osalta.

Ehdotuksen mukaan vanhuspalvelulakiin lisättäisiin henkilöstömitoituksen määrittelyssä keskeisten käsitteiden, välittömän asiakastyön ja välillisen työn määritelmät, sekä säännös välittömään asiakastyöhön osallistuvasta henkilöstöstä ja siihen sovellettavista edellytyksistä. Henki-

löstöä koskevaan 20 §:ään lisättäisiin säännökset iäkkäiden henkilöiden tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksiköissä noudatettavasta henkilöstön toteutuksesta vähimmäismitoituksesta sekä mitoituksessa huomioon otettavasta välitöntä asiakastyötä tekevistä henkilöstöstä. Säännös täsmentää vanhuspalvelulain 20 §:n 1 momenttia, jonka mukaan toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden lukumäärää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut. Henkilöstömitoitusta koskevaa säännöstä sovellettaisiin täysimääräisesti siirtymäajan jälkeen, jotta kunnille voidaan varata riittävät taloudelliset resurssit tehtävään sekä huolehtia tarvittavan merkittävän lisähenkilöstön saatavuudesta. Samalla nykyisin iäkkäiden palvelujen laatuosuutuksessa oleva suositus 0,5 työntekijän vähimmäismitoituksesta asiakasta kohti tulisi velvoittavaksi lain voimaantulosta siirtymäajan loppuun.

3.1.1 Kansainväliset ihmisoikeussopimukset

Ehdotuksen kannalta keskeisiä ihmisoikeussopimuksia ovat uudistettu Euroopan sosiaalinen peruskirja sekä Euroopan unionin perussopimukset mukaan lukien perusoikeuskirja. Uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan 23 artikla velvoittaa turvaamaan ikääntyneille henkilöille heidän tarvitsemansa sosiaaliturvan, hoidon, huolenpidon ja mahdollisuuden osallistua yhteiskunnan eri toimintoihin sen täysivaltaisina jäseninä. Lisäksi artikla velvoittaa sopimuspuolia takaamaan laitoksissa asuville mahdollisuuden vaikuttaa saamaansa hoitoon. Euroopan unionin perusoikeuskirjan 25 artiklassa unioni tunnustaa ikääntyneiden henkilöiden oikeuden ihmisarvoiseen ja itsenäiseen elämään sekä oikeuden osallistua yhteiskunnalliseen elämään.

YK:n kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus ja taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus takaavat kaikki niiden sisältämät ihmisoikeudet kaikille henkilöille ilman rotuun, väriin, sukupuoleen, kieleen, uskontoon, poliittiseen tai muuhun mielipiteeseen, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, omaisuuteen, syntyperään tai muuhun seikkaan perustuvaa syrjintää. Vaikka sopimuksissa ei mainita ikää yhtenä syrjintäperusteena, sen katsotaan yleensä sisältyvän näihin ”muihin seikkoihin”.

YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevaa yleissopimusta ja sen valinnaista pöytäkirjaa valitusmenettelystä voidaan soveltaa ainakin osaan ikääntyneistä. Sen soveltaminen edellyttää myös iäkkäiden henkilöiden kohdalla, että he kuuluvat sopimuksen 1 artiklan määrittämään soveltamisalaan, eli että heillä on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa. Suomi on ratifioinut myös YK:n kidutuksen vastaisen yleissopimuksen valinnaisen pöytäkirjan. Valinnaisen pöytäkirjan edellyttämän kansallinen valvontaelimen tehtävänä on tehdä tarkastuksia paikkoihin, joissa pidetään vapautensa menettäneitä henkilöitä. Tällaisia paikkoja voivat olla vankiloiden, säilöönottoyksiköiden, lastensuojelulaitosten lisäksi tietyin edellytyksin myös vanhusten asumisyksiköt ja laitokset. Valvontaelimenä Suomessa toimii eduskunnan oikeusasiamies.

3.2 Ehdotuksen kannalta keskeiset perusoikeudet

3.2.1 Yleistä

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 terveystalvet 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 iäkään henkilön edellä mainituissa säännöksissä tarkoitettut perusoikeudet voidaan turvata.

Lakiehdotuksiin sisältyvillä säännöksillä on lain säätämijärjestyksen kannalta merkitystä myös suhteessa kunnalliseen itsehallintoon, josta on säädetty perustuslain 121 §:ssä sekä perustuslain 80 §:ssä olevaan lailla säätämisen velvoitteeseen. Perustuslain 121 §:n 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. Perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaisesta säännöksessä olevasta asetuksenantovaltuudesta huolimatta lailla on säädettävä yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista sekä asioista, jotka perustuslain mukaan muuten kuuluvat lain alaan.

3.2.2 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 tasa-arvon 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 yhdenver-

taisuussäännöksistä 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 käytettävästä yhtenäisestä arviointivälineestä liittyy myös sen varmistamiseen, että iäkkäälle henkilölle voidaan turvata oikeus välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä muiden edellä mainittujen perusoikeuksien turvaamiseen varmistamalla lakisääteisellä henkilöstön vähimmäismitoituksella riittävä henkilöstö ja osaaminen ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon palveluissa.

Ehdotettua sääntelyä henkilöstömitoituksesta 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 siltä osin kuin heidän arvioidaan olevan samassa asemassa kuin ehdotetun sääntelyn kohteena olevat iäkkäät henkilöt. 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 henkilöstön riittävyttä koskevaan sääntelyyn on iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön riittävyys arvioitu kiireellisimmäksi saattaa lakisääteisen mitoituksen piiriin. Tähän ovat olleet keskeisenä syynä merkittävät ja lukuisat asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantaneet epäkohdat ja puutteet erityisesti tehostetussa palveluasumisessa. Kotihoidon henkilöstön riittävyttä ja vahvemman säädöspohjan tarvetta arvioidaan vanhuspalvelulain uudistuksen meneillään olevassa jatkovalmistelussa. Tämän 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. Olennaista suhteessa perustuslain yhdenvertaisuussäännökseen tältäkin osin on edellä kuvattu perustuslakivaliokunnan vakiintunut kanta, 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). Lisäksi tältä osin on tärkeää myös se, että muiden palvelukokonaisuuksien, kuten kotihoidon, tulee nyt omaksuttavista ratkaisuista riippumatta täyttää muun muassa perustuslain 19, 7 ja 10 §:stä nousevat vaatimukset.

Arvioitaessa ehdotetun sääntelyn yhdenvertaisuutta suhteessa muihin vastaavanlaisia ympärivuorokautisia palveluja tarvitseviin ryhmiin, kuten 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 vähintään 30 tuntia henkilökohtaista apua kuukaudessa. Iäkkäiden henkilöiden tehostettu palveluasuminen kohdentuu käytännössä pääosin toimintayksikössä toteutettavaan 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 henkilöstömitoitukset 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. Edellä kuvatun perusteella vammaisten henkilöiden eri palvelukokonaisuuksissa ja niiden asiakkaita ei lähtökohtaisesti ole kyse sellaisista samanlaisista tapauksista, joiden osalta ehdotettuja iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon palvelujen henkilöstömitoitusta koskevia säännöksiä voitaisiin pitää yleisen yhdenvertaisuusperiaatteen kannalta ongelmallisena erilaisena kohteluna.

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 ja palveluihin kohdentuvat uudistukset, joiden tilanne on kriittisin.

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

3.2.3 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 terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain säännöksellä ei määritellä näiden palvelujen järjestämistapaa, vaan sillä velvoitetaan 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 kieltä tai oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Palvelujen riittävyyttä 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.

3.2.4 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 fyysistä 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 lakiin ehdotettu henkilöstömitoitusta koskeva siirtymäsäännös 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.

3.2.5 Yksityiselämän suoja

Perustuslain 10 §:ssä säädetään yksityiselämän suojasta. Säännöksen mukaan jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu. Perusoikeusdistusta koskevan hallituksen esityksen perustelujen mukaan pykälän 1 momentissa säännellyn yksityiselämän suojan lähtökohtana on, että yksilöllä on oikeus elää omaa elämäänsä ilman viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen mielivastaista tai aiheetonta puuttumista hänen yksityiselämänsä. 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.

3.2.6 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.

3.3 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.

3.4 Sääntelytason valinta

Esityksen osalta tulee tarkastella perustuslaista kohdistuvia vaatimuksia ehdotetun henkilöstömitoituksesta säätämisen sääntelytasoon sekä sen täsmällisyyteen ja tarkkarajaisuuteen. Perustuslakivaliokunta on arvioinut kysymystä henkilöstömitoituksesta säätämisestä voimassa olevasta laista antamassaan lausunnossa (PeVL 36/2012 vp). Se katsoi tuolloin, että henkilöstömitoituksesta tulee joko säätää lailla tai täsmällisyysvaatimuksen täyttäen muotoilla asetuksenantovaltuus siten, että siinä olennaisesti rajataan asetuksenantajan harkintavaltaa. Tämän arvionsa perustuslakivaliokunta kiinnitti toisaalta esitysluonnoksen merkittäviin vaikutuksiin perustuslain 121 §:ssä turvattuun kunnalliseen itsehallintoon ja toisaalta perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle asetettuun velvollisuuteen turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut laintasoisin säännöksin. Sääntelyn tarkistaminen tältä osin oli valiokunnan arvion mukaan lain säätämisyjärjestykseen vaikuttava tekijä.

HE 4/2020 vp

Tältä osin merkityksellisenä voidaan pitää sitä, että nyt käsiteltävänä olevassa esityksessä ehdotetaan säädettäväksi lain tasolla keskeisistä henkilöstömitoitusta koskevista perusedellytyksistä: välitöntä asiakastyötä tekevien työntekijöiden vähimmäismäärästä (0,7), henkilöstömitoitukseen laskettavista välittömään asiakastyöhön osallistuvista työntekijöistä sekä siitä, keitä työntekijöitä ja millä perusteilla otetaan huomioon henkilöstömitoituksessa. Tämän sääntelyn osalta esitys vastaa perustuslakivaliokunnan aiemmassa lausunnossaan asettamia vaatimuksia sekä myös perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaisia lailla säätämisen vaatimuksia. Henkilöstömitoitusta koskevalla sääntelyllä on kokonaisuudessaan merkitystä yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien kannalta, joten niistä on perusteltua säätää laissa.

Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotus voidaan käsitellä tavallisen lain säätämisjärjestyksessä. Esitys ei hallituksen mielestä esitys loukkaa kunnallista itsehallintoa siten, että se rajoittaisi kuntalaisille kuuluvaa oikeutta päättää kunnan taloudesta ja sosiaali- ja terveystalouden 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 sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012) 3 §:n 3 kohta sekä lisätään 3 §:ään uusi 4 ja 5 kohta, lakiin uusi 3 a §, 15 §:ään, sellaisena kuin se on osaksi laeissa 1323/2014 ja 294/2016, uusi 4 momentti sekä 20 §:ään uusi 2 ja 3 momentti, jolloin nykyinen 2 momentti siirtyy 4 momentiksi, seuraavasti:

3 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

-
- 3) *toimintayksiköllä* julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämää toiminnallista kokonaisuutta, jossa tuotetaan sosiaali- tai terveyspalveluja pääasiassa iäkkäille henkilöille siten, että palvelut toteutetaan palveluntuottajan tiloissa tai iäkkään henkilön yksityiskodissa;
- 4) *välittömällä asiakastyöllä* hoitoa ja huolenpitoa sekä asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista edistäviä ja ylläpitäviä tehtäviä, asiakasta koskevien tietojen kirjaamista, palvelutarpeen arviointia sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ja päivittämistä;
- 5) *välillisellä työllä* huoneiden ja yhteisten tilojen siivousta, pyykki- ja kiinteistöhuoltoa, ruoan valmistusta ja lämmitystä, yksikön johtajan ja vastuuhenkilön esimies- ja hallinnollista työtä sekä muita vastaavia hoitoa ja huolenpitoa mahdollistavia tehtäviä.

3 a §

Välittömään asiakastyöhön osallistuvat henkilöt tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa

Iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa välittömään asiakastyöhön osallistuvia työntekijöitä ovat:

- 1) sairaan- ja terveydenhoitajat;

- 2) lähi- ja perushoitajat;
- 3) geronomit;
- 4) kodinhoitajat;
- 5) sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat;
- 6) sosionomi AMK -tutkinnon suorittaneet;
- 7) soveltuvan ammatti- tai erikoisammattitutkinnon suorittaneet;
- 8) soveltuvan opistoasteisen tutkinnon suorittaneet;
- 9) fysio- ja toimintaterapeutit;
- 10) kuntoutuksen ohjaajat;
- 11) kotiavustajat, hoitoapulaiset ja hoiva-avustajat;
- 12) viriketoiminnan ohjaajat ja muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat työntekijät;
- 13) toimintayksiköiden johtajat ja vastuhenkilöt.

Välittömään asiakastyöhön osallistuvat myös työopimussuhteessa toimintayksikköön olevat opiskelijat koulutusmuodosta riippumatta, jos heillä on opintojen kautta hankittu riittävä osaaminen suhteessa tutkinnon perusteisiin, ammattihenkilölainsäädännön edellyttämään osaamiseen sekä työpaikan osaamistarpeisiin.

Työvuoron henkilöstö ei saa koostua pelkästään 1 momentin 9-12 kohdassa tarkoitetuista työntekijöistä eikä 2 momentissa tarkoitetuista opiskelijoista. Työnantajan on huolehdittava, että toimintayksikössä on asiakkaiden tarpeisiin ja määrään nähden riittävä määrä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä jokaisessa työvuorossa.

Toimintayksikön työntekijä ei saa ilman lääkehoidon koulutusta osallistua lääkehoidon tehtäviin ja toteuttamiseen.

15 §

Palvelutarpeiden selvittäminen

Säännöllisesti annettavissa palveluissa iäkkään henkilön palvelutarpeiden, toimintakyvyn ja hoitoisuuden selvittämisessä ja arvioinnissa on käytettävä kansallisena arviointi- ja seurantavälineenä RAI-arviointijärjestelmää.

20 §

Henkilöstö

Toteutuneen henkilöstömitoituksen tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksikössä, jolla on yhteiset toimitilat ja oma työvuorosuunnittelu ja joka toimii yhden esimiehen alaisuudessa, on oltava vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohti.

Toteutunut henkilöstömitoitus tarkoittaa toimintayksikössä paikalla olevien välitöntä asiakastyötä tekevien 3 a §:ssä tarkoitettujen työntekijöiden työpanosta suhteessa toimintayksikössä kolmen viikon seurantajakson aikana olevien asiakkaiden määrään. Välillistä työtä ei oteta huomioon henkilöstömitoituksessa.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____ kuuta 20 .

HE 4/2020 vp

Lain 15 §:n 4 momentissa tarkoitetun arviointijärjestelmän käyttö on aloitettava viimeistään 1 päivänä huhtikuuta 2023.

Ennen 1 päivää huhtikuuta 2023 toteutunut henkilöstömitoitus 20 §:n 2 momentissa tarkoitetuissa toimintayksiköissä saa olla pienempi kuin 0,7 asiakasta kohti, jos toimintayksikkö voi osoittaa, että siellä annettava hoito ja huolenpito vastaavat yksikössä olevien iäkkäiden henkilöiden määrän ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelutarvetta sekä turvaavat heille laadukkaat palvelut. Henkilöstömitoituksen on oltava kuitenkin vähintään 0,5 työntekijää asiakasta kohti.

Helsingissä 6 päivänä helmikuuta 2020

Pääministeri

Sanna Marin

Perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru