

Tehyn julkaisusarja B
Selvityksiä 1/15

B



Säästöistä kustannuksia

Lyhytnäköiset
säästöt estävät
tuloksellisuuden

Eve Becker

Eve Becker

Säästöistä kustannuksia

Lyhytnäköiset säästöt estävät tuloksellisuuden

Tehyn julkaisusarja B: 1/2015

Tehy ry

ISBN 978-952-6667-42-3 (nid.)
978-952-6667-43-0 (PDF)

Ulkoasu: Viestintä Oy Drum
Taitto: Innocorp Oy
Paino: Multiprint Oy, Vantaa 2015

Sisältö

Säästöistä kustannuksia

1	Johdanto	6
2	Säästötoimenpiteet ja niiden vaikutukset	7
2.1	Toteutettuja säästötoimia	7
2.2	Säästöjen vaikutukset henkilöstöön	8
2.3	Säästöjen vaikutukset hoidon laatuun ja saatavuuteen	9
3	Tuloksellisuutta työnjakoa ja prosesseja kehittämällä	11
4	Selvityksen tarkoitus	14
5	Selvityksen toteutus ja aineisto	15
6	Tulokset	16
6.1	Taustatiedot	16
6.2	Vuonna 2014 toteutetut toimenpiteet	19
6.2.1	Säästötoimenpiteiden perustelut	19
6.2.2	Rahalliset säästöt	19
6.2.3	Säästötoimet työllistävät luottamusmiehiä	20
6.3	Säästötoimenpiteiden vaikutukset henkilöstön hyvinvointiin	21
6.3.1	Säästöjen vaikutukset esimiesten ja johtajien asemaan	22
6.3.2	Säästöjen vaikutukset ammatilliseen täydennyskoulutukseen	22
6.3.3	Vastaajien kommentit henkilöstövaikutuksista	23
6.4	Säästöjen vaikutukset hoidon laatuun ja saatavuuteen	23
7	Yhteenveto ja johtopäätökset	25
	Lähteet	27
	Liitteet	31

Asiasanat: säästötoimenpiteet, kuntasektori, potilaan hoidon laatu, johtaminen

Lukijalle

Julkinen sektori kärsii verotulojen puutteesta, kun väestö ikääntyy. Erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitus on vaakalaudalla, kun vanhenevan väestön palvelutarve kasvaa. Kuntasektorin säästöpainetta on tuotu mediassa hyvin usein esille. Tällä selvityksellä Tehy haluaa nostaa koulutetun hoitohenkilöstön äänen ja kokemuksen julkiseen keskusteluun.

Tehy selvitti kuntasektorin työnantajien vuonna 2014 toteuttamia säästötoimia. Selvitys tehtiin helmikuussa 2015 sähköisenä kyselynä. Se lähetettiin kuntasektorin tehläisille luottamusmielille, osastonhoitajille ja ylihoitajille, joiden organisaatioissa oli tehty säästötoimenpiteitä.

Tarkasteluun nostettiin säästötoimenpiteiden todelliset vaikutukset – hoidon laadulle, saatavuudelle sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden

henkilöstölle. Konkreettisella tiedolla halutaan vaikuttaa tuleviin kuntasektorin säästöihin. Tuloksia käytetään valtakunnallisen ja paikallisen edunvalvonnan tukena.

Kiitos kaikille teille tehläisille, jotka vastasitte kyselyyn. On tärkeää, että saamme työyksikötason tietoa säästöjen vaikutuksista.

Selvityksen tekemisestä ja raportin kirjoittamisesta on vastannut Eve Becker. Kyselyn laadinnassa on ollut mukana kehittämispäällikkö Kirsi Markkanen ja Tehyn tutkimustyöryhmä. He ovat antaneet kiitettävän panoksen työskentelyn eri vaiheissa. Julkaisun on editoinut julkaisutoimittaja Tuija Kinnunen-Moilanen. Kiitos teille kaikille! Kiitos myös Tehyn yhteiskuntasuhteet ja kehittäminen toimialan asiantuntijoille sekä Tehyn säästötoimintoryhmälle arvokkaasta avusta.

Helsingissä toukokuussa 2015

Kirsi Sillanpää, johtaja

yhteiskuntasuhteet ja kehittäminen toimiala

Tiivistelmä

Selvityksen tarkoituksena oli koota tietoa kuntasektorin säästötoimien vaikutuksista hoidon laatuun ja saatavuuteen sekä henkilöstölle. Aineisto kerättiin niiltä kuntasektorin tehläisiltä luottamusmiehiltä, osastonhoitajilta ja ylihoitajilta, joiden organisaatioissa oli toteutettu säästöjä vuonna 2014. Osastonhoitajien ja ylihoitajien sähköpostiosoitteet haettiin Tehyn jäsenrekisterin hallinnon- ja esimiesjaostojen jäsenistä, joilla oli merkintänä lähiesimies tai keskijohdon tehtävä. Luottamusmiesten yhteystiedot saatiin Tehyn edunvalvontayksiköstä, jonne he olivat ilmoittaneet säästötoimenpiteistä. Aineisto kerättiin sähköisesti. Kohdejoukkona oli 661 henkilöä 33 organisaatiosta. Vastauksia saatiin 176 kaikista organisaatioista ja maantieteellisesti kaikilta erityisvastuualueilta.

Säästöjä on haettu monin eri toimenpitein, mutta niitä on saavutettu vain vähän. Juustohöylällä säästäminen johtaa helposti osaoptimointiin. Kun kokonaisuus ei ole hallinnassa, menot kasvavat muuta kautta. Tehdyillä säästötoimenpiteillä on ollut laajoja ja monitahoisia vaikutuksia. Säästöjen seurauksena useissa organisaatioissa hoidon laatu on heikentynyt, saatavuus huonontunut ja henkilöstö voi pahoin. Lisäksi hoitotyön johtajien määrää ja toimivaltuuksia sekä henkilöstön täydennyskoulutusta on vähennetty.

Selvityksen perusteella vääränlaiset säästöt näyttävät tuovan lisäkustannuksia. Saman työ määrän teettäminen pienemmällä henkilöstöllä kuormittaa heitä, vaarantaa hyvinvointia ja siten potilasturvallisuutta. Säästöt ja niiden vaikutukset heikentävät organisaation vetovoimaa työnantajana. Jos sote-palvelut säästöjen myötä heikentyvät – hoito viivästyy tai tulee hoitovirheitä – seurauksena on inhimillistä kärsimystä, lisäkustannuksia ja kansalaisten luottamus terveyspalvelujärjestelmään rapautuu. Säästöjä olisi toteutettava tuloksellisuutta kehittämällä: parantamalla esimiestyötä, sujuvoittamalla työprosesseja, rakentamalla toimivia hoitoketjuja ja hyödyntämällä osaamista (työnjako). Henkilöstö on otettava mukaan toiminnan tehostamisen suunnitteluun yhteistoimintalain (yt-lain) mukaisesti.

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveyspalveluiden resurssien riittävydestä on käyty julkista keskustelua talouden taantumana vuoksi. Kuntien verotulot ja valtionosuudet vähenevät samalla, kun hyvinvointipalveluiden tarve kasvaa. Kuntataloutta on sopeutettu ja säästötoimenpiteitä joudutaan tekemään lisää tulevina vuosina. (Kuntaliitto 2015 ja KT Kuntatyönantajat 2014).

Vaikeana jatkunut taloustilanne on näkynyt tehyläisten kuntasektorin työpaikoilla lisääntyvinä säästötoimenpiteinä. Siksi Tehy kokosi säästötoimintoryhmän, joka kerää tietoa paikallisista säästötoimista, analysoi niiden vaikutuksia ja jakaa tietoa paikallisille toimijoille. Yksityissektorin säästöjä on selvitetty kaksi kertaa. Tämä selvitys on tehty työryhmän aloitteesta.

KT Kuntatyönantajat selvitti (2014) minkälaisia säästötoimenpiteitä kuntasektorin organisaatiot ovat toteuttaneet ja paljonko säästöjä on syntynyt. Tehyä kiinnostaa erityisesti minkälaisia säästötoimenpiteitä on kohdistettu sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin ja kuinka hyvin suunniteltuja ja tuloksellisia ne ovat kokonai-

suutena olleet. Julkisen sektorin haasteet edellyttävät tarkkaa taloudenpitoa, mutta sillä on merkitystä miten säästöjä toteutetaan. Toimintaa voidaan tehostaa huolellisella suunnittelulla, mutta juustohöylällä säästäminen kasvattaa menoja helposti muuta kautta. Tehyn näkemyksen mukaan on tärkeä selvittää, miten henkilöstöresursseihin kohdistuvat säästötoimenpiteet vaikuttavat henkilöstön hyvinvointiin ja jaksamiseen sekä miten ne näkyvät kansalaisten hoidon laadussa ja saatavuudessa.

Selvityksellä halutaan vaikuttaa siihen, että toteutettavien säästötoimenpiteiden on jatkossa oltava mahdollisimman pitkäjänteisiä ja perusteltuja. Säästötoimenpiteet on suunniteltava yhteistoiminnassa henkilöstön kanssa niin, ettei henkilöstö kuormitu liikaa eikä kansalaisten hoidon laatu tai sen saatavuus kärsi.

Tässä selvityksessä käytetään käsitteitä säästö tai säästötoimenpide, jotka kuvaavat kaikkia työnantajan toteuttamia toimenpiteitä, joilla tavoitellaan rahallisia säästöjä.

2 Säästötoimenpiteet ja niiden vaikutukset

2.1 Toteutettuja säästötoimia

Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset ovat Kunnallisalan kehittämissäätiön ja Aalto-yliopiston raportin mukaan kasvaneet vuosina 2000–2013 noin 110 prosenttia (10,7–22,5 mrd), kun vastaavana ajanjaksona bruttokansantuote on kasvanut vain 48 prosenttia. Kustannusten kasvu on pysäytettävä, jotta yhteiskunnan varat riittävät. (Kinnulla ym. 2015.) Samaan aikaan hyvinvointipalveluiden tarve kuntasektorilla kuitenkin kasvaa.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden palkkakustannukset kattavat jo noin 70 % kuntien sote-palveluiden kokonaismenoista (Hotti 2009). Kuntien valtionosuuksia on leikattu ja verotulojen kehitys on ollut huono. Tiukassa taloustilanteessa kunnat pyrkivät säästämään myös henkilöstömenoista. Kuntaliiton mukaan kunnat ovat kuroneet umpeen julkisen talouden kestävyysvajetta vähentämällä henkilöstökuluja 400 miljoonalla eurolla vuonna 2014. (Kuntaliitto 2015a.) Lomautuksilta ja irtisanomisiltakaan ei ole välttytty. Kunnista 29 lomautti ja 30 irtisanoi työntekijöitään. (KT Kuntatyöntantajat 2014.) Pääsopijajärjestöjen ja paikallisten toimijoiden yhteistyöllä on torjuttu työnantajan esittämiä palkkaleikkauksia useissa kunnissa (Kunta-alan pääsopijajärjestöt 2009). Valtaosa säästöistä, kolme neljäsosaa, on saavutettu muilla keinoilla kuin lomautuksilla tai irtisanomisilla.

Työnantaja on säästänyt henkilöstömenoista, kun virkoja ja toimia ei ole täytetty. Se on hyödyntänyt eläkkeelle jäämisiä ja irtisanoutumisia. Lisäksi rekrytointia on tiukennettu niin, että määräraikaisuksia ei ole jatkettu ja sijaisten käyttöä on vähennetty. Töitä ja toimintoja on myös te-

hostettu, kehitetty ja järjestelty uudelleen. Säästöjä on tavoiteltu myös poistamalla tulos- ja kokouspalkkioita sekä vähentämällä kokoustarjoilua ja henkilöstökoulutusta. Lisäksi säästöjä on haettu työvuorosuunnittelulla ja investointeja ja hankintoja karsimalla. Edellä mainittujen lisäksi useilla kunnilla on pitkän tähtäimen ohjelmia talouden tasapainottamiseksi. (KT Kuntatyöntantaja, selvitys 12/2014.)

Vaikka toimintoja on tehostettu ja investointeja karsittu, kuntien tulojen (verotulot ja valtionosuudet) vähentyminen, tehtävien lisääntyminen, palveluiden kysynnän lisäys sekä tehdyt investoinnit ovat velkaannuttaneet kuntia yhä enemmän. Kuntien ja kuntayhtymien lainakanta oli viime vuoden lopussa arviolta 16,6 miljardia euroa, kuntien omistamat yhtiöt mukaan lukien luku on kaksinkertainen (Kuntaliitto 2015b). Henkilöstömenojen vähentäminen on suuri haaste, kun hyvinvointipalveluiden tarve kasvaa. Kuntatyöntantajien kysely 2014 kattaa 87 % kunta-alan henkilöstöstä. Siihen vastanneista työnantajista noin 76 % arvioi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstömäärän jatkossa joko pysyvän ennallaan tai jopa kasvavan. (KT Kuntatyöntantajat 2014.) Näiden taloustietojen valossa säästöpainneet jatkuvat.

Säästöillä tarkoitetaan tässä selvityksessä työnantajan kaikkia toimia, joilla haetaan rahallisia säästöjä. Myös normaali toiminnan kehittäminen otetaan huomioon, jos se tehdään säästö-tarkoituksessa.

”Työnantaja on säästänyt henkilöstömenoista, kun virkoja ja toimia ei ole täytetty.”

2.2 Säästöjen vaikutukset henkilöstöön

Työturvallisuus- ja terveysriskit kasvavat, jos samat työt tehdään säästöjen nimissä pienemmällä henkilömäärällä. Työnantajan velvollisuus on huolehtia, että työntekijät eivät kuormitu työssään terveyttä vaarantavasti. Työturvallisuuslaki 738/2002 velvoittaa työnantajaa huolehtimaan työturvallisuudesta, työterveydestä ja työntekijän työkyvyn turvaamisesta työssä kaikissa tilanteissa. Laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta sekä kunta-alan työsuojelun yhteistoimintasopimus edellyttävät, että velvoitteita (erityisesti työn järjestelyyn, mitoitukseen ja niiden muutoksiin liittyvissä tilanteissa) käsitellään sekä lähiesimiehen ja työntekijöiden kesken että edustuksellisessa työsuojeluyhteistoiminnassa.

Kunta-alan pääsopijajärjestöt muistuttavat julkaisussaan (Syntykö säästöjä?): ”Työturvallisuuslain 13 § edellyttää työnantajalta, että työn suunnittelussa ja mitoituksessa otetaan huomioon työntekijöiden fyysiset ja henkiset edellytykset, jotta työn kuormitustekijöistä ei aiheudu haittaa työntekijöiden turvallisuudelle tai terveydelle. Jos kunnassa/työyksikössä sama työ aiotaan teettää vähemmällä henkilöstömäärällä, on todennäköistä, että työn kuormittavuus kasvaa niiden osalta, jotka työn tekevät. Väärin mitoitettu työ aiheuttaa haitallista fyysistä ja/tai psyykkistä kuormitusta. Työympäristöä on tarkkailtava sekä työyhteisön tilaa ja työtapojen turvallisuutta on seurattava myös lomautuksen aikana.” (Kunta-alan pääsopijajärjestöt 2009.) Jos työprosessissa on kiirettä, tapaturmariski kasvaa ja seurauksena saattaa ilmetä jaksamisongelmia ja muita häiriötekijöitä, jotka lisäävät henkilöstöongelmia ja kuluja (Aiken 2013). Työtehtävien kuormittavuus vaikuttaa myös oleellisesti työssä jatkamiseen, kun työntekijä lähestyy eläkeikää (Ojanperä 2014).

Täydennyskoulutus on henkilöstömäärän lisäksi sellainen säästökohde, joka osuu kipeästi henki-

löstöön. Ammatillisesta täydennyskoulutuksesta säästäminen vaikuttaa negatiivisesti työviihtyvyyteen, henkilöstön osaamiseen ja työpaikan veto-voimaisuuteen. (Toode 2015.) Hälyttävän moni terveydenhuollon ammattihenkilö jää käytännössä kokonaan ilman täydennyskoulutusta. Vuonna 2011 kunnan palveluksessa olleista tehyläisistä 20 prosenttia jäi kokonaan vaille täydennyskoulutusta. (Tehy tilastoina 2013.) Sairaanhoidajaliiton (2014) työolobarometrin mukaan sairaanhoidajien kuuden päivän asetuksen mukainen täydennyskoulutus ei myöskään toteutunut. (Hahtela 2015.)

Työnantajan on kannettava lakisääteinen vastuunsa henkilöstön täydennyskoulutuksen mahdollistamisesta ja sen rahoittamisesta. Terveydenhuollon ammattihenkilöstön täydennyskoulutuksesta säädetään terveydenhuoltolaissa, työterveyslaissa, laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä STM:n asetuksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut lisäksi suositukset täydennyskoulutuksen toteuttamiseksi. (STM 2004.)

Johtamisella voidaan vaikuttaa henkilöstön työhyvinvointiin ja organisaation tuloksellisuuteen. Hoitotyön johtamisella on merkittävä vaikutus potilaiden saamaan hoitoon. Johtajalla on mahdollisuus vaikuttaa palveluprosessien sujuvuuteen, henkilöstön rekrytointiin, osaamisen kehittämiseen ja kohdentamiseen, työntekijöiden hyvinvointiin ja innovatiivisuuteen sekä työpaikkojen vetovoimaisuuteen. Hoitotyön johtajan toiminta vaikuttaa joko suoraan tai välillisesti potilashoidon tuloksiin. (Särkelä 2015.)

Johtajat ovat tärkeässä roolissa myös muutoksissa. Tällä hetkellä käynnissä oleva haastava sote-uudistus on muutostilanne, jossa tarvitaan johtajien tukea aivan erityisesti. Siksi lähiesimiesten ja keskijohdon määrä ja toimivaltuudet ovat tärkeä tekijä onnistuneen muutoksen ja laadukkaan hoidon toteuttamiseksi.

2.3 Säästöjen vaikutukset hoidon laatuun ja saatavuuteen

Monet säästötoimenpiteet voivat tuoda säästöjä nopealla aikavälillä, mutta pitkällä ne aiheuttavat lisäkustannuksia ja vaarantavat kuntalaisten sosiaali- ja terveyspalvelut. On tärkeä tiedostaa, että liian niukalla henkilöstöllä ei ole mahdollista tuottaa laadukkaita kuntapalveluja. Jos henkilöstöä vähennetään, hoitojonot pidentyvät ja potilaiden hoito viivästyy. Alimiehityksellä on monenlaisia taloudellisia seurauksia esim. sairaaloille. Säästöt perusterveydenhuollossa siirtyvät erikoissairaanhoidon maksettaviksi, koska ihmiset tarvitsevat hoitoa taloustilanteesta riippumatta. (Lintunen 2014.) Muun muassa sairaanhoitajien määrän vähentämisen on todettu näkyvän siinä, että päivityslähetteet lisääntyvät (McHugh, 2013). Potilaspaikkojen vähentäminen säästösyistä näkyi Irlannissa lyhyellä aikavälillä 20 prosentin lisäyksenä poliklinikan potilasmäärässä (Houston ym. 2011).

Säästöjä on mahdollista saada, kun tehostetaan palveluita paljon käyttävien hoitoa. Sitran, Kelan ja Oulun kaupungin tekemässä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä koskevassa selvityksessä kävi ilmi, että palveluita eniten tarvitseva 10 prosenttia kerryttää 74 % kustannuksista (Sitra 2015). Ratkaisuksi on tarjottu esim. terveyshyötymallia. Lomautusten ja muiden säästöjen organisoimiseen menevä aika ja energia ovat usein pois muusta kehittämisestä ja saadut säästöt pieniä.

Säästöpainetta on Suomen lisäksi myös muissa Euroopan maissa. Henkilöstömenoja säästetään mm. kelpoisuusehtoja madaltamalla. Korkeasti koulutettua henkilöstöä korvataan vähemmän koulutetulla ja heitä puolestaan kouluttamattomalla henkilöstöllä. Muutokset hoitajakunnan osaamisessa saattavat heijastua hoitotuloksiin. (Wray 2013, Alameddine ym. 2012.) Yksi esimerkki on englantilainen Mid Staffordshiren sai-

raala, jossa henkilökuntaa korvattiin halvemmalla työvoimalla. Se oli yksi syy, jonka vuoksi kuolemantapaukset lisääntyivät (Francis 2013). Tehokkuus ja tuloksellisuus edellyttävät, että henkilöstöön panostetaan myös taloudellisesti huonoina aikoina (Alameddine ym. 2012), sillä huono hoito tulee kalliiksi (Pappas 2008).

Kiire on laadukkaan hoitotyön vihollinen. Isossa-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan 86 prosenttia hoitajista raportoi jättäneensä yhden tai useamman tehtävän tekemättä viimeisen työvuoron aikana kiireen takia. Mitä enemmän potilaita yhdellä hoitajalla on, sitä suurempi osa hoitotyöstä jää tekemättä. (Ball ym. 2014.) Eurooppalaiseen sairaanhoitajien työvoimatutkimuksen (RN4CAST) dataan perustuvassa tutkimuksessa todetaan, että kiireen takia hoitajat eivät ennättäneet hoivata, lohduttaa ja puhua potilaille (53 %), kehittää ja päivittää hoitosuunnitelmaa (42 %) eivätkä ohjata potilaita ja heidän perheitään (41 %). Huomionarvoista on, että useampi kuin joka neljäs (27,2 %) raportoi siitä, että hän ei ehdi valvoa leikkauspotilaiden vointia riittävästi. Suomessa tilanne ei ole aivan yhtä huono. Meillä vastaavat prosentit ovat 37, 36 ja 25. Ainoastaan leikkauspotilaiden valvonta on samalla tasolla eli 27 %. (Ausserhofer et al. 2013.)

Kiire ja piilopriorisointi johtavat siihen, että tehtäviä jää hoitamatta. Se aiheuttaa hoitajille moraalista ristiriitaa, mikä johtaa työstressiin (Silvan 2014). Kiire on yksi keskeinen syy, joka altistaa lääkitysvirheille. Härkäsen väitöstutkimuksessa (2014) havaittiin lääkehoitoprosessissa vaaratapahtuma joka viidennen annetun lääkkeen yhteydessä. Lääkitysvirhe löytyi joka neljännen sattunnaisesti valitun potilaan hoitajaksoilta, kun potilasasiakirjoja käytiin läpi. Työyhteisön olisi oltava häiriötön ja kiireetön ja työntekijöille tarjottava lisäkoulutusta. (Härkänen 2014.)

Koulutettuja hoitajia ja avustavaa henkilöstöä on oltava riittävästi, jotta hoitajat voivat keskittyä siihen työhön, johon heidät on koulutettu –

valvomaan potilaiden vointia ja hoitamaan heitä. Lisäksi hoitajien koulutustasolla on merkitystä. Mitä paremmin hoitaja on koulutettu, sitä parempi on hoitotulos. Koulutettu hoitaja huomaa komplikaatiot ja reagoi niihin ajoissa.”Hoitaja merkitsee investointia hoitoon ja hoidon laatuun, se ei ole jotain mitä kannattaa minimoida.” (Silvan 2014.)

Sairaanhoitajamitoituksella on kansainvälisen tutkimuksen valossa oleellisesti merkitystä potilaille ja hoitotuloksille. Henkilöstömäärän lisääminen on kallista, mutta se voi maksaa itsensä takaisin parempina hoitotuloksina ja lyhyempinä hoitojaksoina. (Aiken 2014, Patterson 2011.) Mitoituksen on osoitettu olevan yhteydessä potilaiden sairaalassaoloaikaan, komplikaatioiden

”Mitä paremmin hoitaja on koulutettu, sitä parempi on hoitotulos.”

määrään, selviytymisennusteeseen ja jopa kuolleisuuslukuihin. RN4CAST -tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajan työtaakan lisääminen alkutilanteesta yhdellä potilaalla per päivä, kasvatti potilaskuolleisuutta seitsemällä prosentilla 30 päivän sisällä kotiuttamisesta. Sairaanhoitajien määrän nostaminen 10 prosentilla vähensi puolestaan potilaskuolleisuuden todennäköisyyttä seitsemän prosenttia. (Aiken 2014.)

Belgialaisessa tutkimuksessa selvitettiin, miten hoitajamitoituksen nostaminen vaikuttaa hoidon tuloksiin sydänpotilaan postoperatiivisessa hoidossa. Jos hoitajamitoitusta nostettaisiin kaikissa yksiköissä parhaiten mitoitettujen yksiköiden tasolle, estettäisiin 45 potilaan kuolema vuodessa ja säästettäisiin 458 elinvuotta. Tutkijat laskevat, että yhden estetyn kuoleman hinnaksi tulisi hoitajamitoitusta nostamalla 26 372 euroa. Se on tutkijoiden mukaan yhtä kustannustehokasta kuin moni muu interventio (esim. tietyt lääkkeet ja toimenpiteet). (Van der Heede ym. 2010.)

3 Tuloksellisuutta työnjakoa ja prosesseja kehittämällä

Kun päällekkäisyyksiä karsitaan, työprosesseja sujuvoitetaan ja hoitoketjuista tehdään toimivampia, tuloksellisuus kasvaa. Kustannuserot kuntien sote-menoissa eivät johdu kuntalaisten sairastavuudesta tai ikärakenteesta vaan palvelurakenteen eroista, selviää Kunnallissalan kehittämissäätien ja Aalto-yliopiston selvityksestä (2015).

Sairaanhoitopiirien välillä on suuria eroja siinä, mitä operaatioita tehdään. Sama vaiva voidaan hoitaa joko leikkauksella tai fysioterapialla. Myös poliklinikkakäyntejä on tietyillä alueilla enemmän kuin olisi tarpeellista. (Kinula ym. 2015.) Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys kiireettömään hoitoon pääsystä (Peltari & Kaila 2014) painottaa, että jonkin tahon on vastattava hoidon kokonaisuuden toteutumisesta, laadusta ja potilasturvallisuudesta. Palvelut olisi saatava ”yhdeeltä luukulta”.

Seuraavassa esitellään muutamia malleja toimintaprosessien kehittämistä sekä esimerkkejä työn tehostamisesta hoitajien ja muiden ammattiryhmien välistä työnjakoa kehittämällä.

Triage-kiireellisyysluokittelu

Päivystysasetus (voimaan 1.1.2015) korostaa kiireellistä hoitoa tarvitsevien päivystyspotilaiden hoidon järjestämistä ja esittää, että kiireellisyysluokittelua käytetään päivystyksissä. Sillä arvioidaan hoidon tarpeen kiireellisyys ja nopeutetaan hoitoon pääsyä. Kantosen väitöstutkimuksen mukaan lääkärille pääsy nopeutui terveyskeskuspäivystyksessä ABCDE-triage-luokitusta käyttämällä. Lääkärisäkäyntien määrä väheni jopa 24 % ja hoitajakäyntien nousi. (Kantonen 2014.)

LEAN tehostaa toimintaa

Yksi esimerkki toiminnan tehostamisesta on LEAN-malli, jolla voidaan tehostaa jo olemassa olevia hoitoketjuja ja toimintaprosesseja. Kaikki turha karsitaan pois. Työprosessit suunnitellaan mahdollisimman sujuviksi ja työtilat tarkoitukseenmukaisiksi ja esteettömiksi. LEAN tarkoittaa organisaatiokulttuuria, jossa sitoudutaan kehittämään jatkuvasti moniammatillisia toimintamalleja. Niillä saavutetaan enemmän lisäarvoa potilaille. Tavoitteena on suurin mahdollinen lisäarvo pienillä resursseilla, kun työntekijöiden osaamista ja taitoja hyödynnetään tehokkaasti. (Työterveyslaitoksen verkkosivut, Ratkaisupankki). LEAN-pilottihankkeiden tulokset ovat olleet erinomaisia Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Projektit toteutettiin HUSLABissa, HUS-Kuvantamisen toimialueella ja Medisiinisen tulosyksikön Jorvin sairaalan päivystyksessä. Hankkeet olivat onnistuneita ja tulokset konkreettisia. Kustannussäästöjen yhteismäärä nousi yli kahden miljoonan euron. Tuotannon lisäykset (15-30 %) saavutettiin ilman merkittävää lisäresurssointia. (Mäkijärvi 2010.)

Asiakasvastaava-malli

Perusterveydenhuollossa hoidon kokonaisuuden hallinnoinnin tarpeeseen vastaa asiakasvastaava-malli, missä koulutettu vastuuhenkilö toimii monisairaiden asiakkaiden tukena ja koordinoi kokonaishoitoa. Malli sisältyy silloisen peruspalveluministeri Paula Risikon vuonna 2008 käynnistämään Toimiva terveyskeskus -toimintapideohjelmaan. Se syntyi Suomen sairaanhoitajaliiton, STM:n ja pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallia kehittäneen työryhmän yhteistyönä.

Malli ohjaa oikeaan työnjakoon, jolloin resurssit voidaan käyttää mahdollisimman järkevästi ja taloudellisesti.

Moniongelmaiset tarvitsevat muutakin kuin lääkärin tarjoamaa sairaudenhoitoa ja lääketieteellisen viitekehyksen rajattua näkökulmaa. Koulutetulla hoitohenkilökunnalla on moniongelmaisten asiakkaiden kokonaishoitoon paljon annettavaa. Asiakasvastaavana työskentely edellyttää 30 opintopisteen erikoistumiskoulutusta. (Muurinen & Mäntyranta 2011.) Asiakasvastaava-toiminnalla on siirretty hoidon painopistettä perusterveydenhuoltoon, vähennetty sekä terveyskeskuslääkäri- että päällekkäisiä käyntejä terveyskeskuksessa ja yliopistosairaalassa (HUCCO- ja Potku2-hanke, Ruoranen ym. 2013).

Sairaanhoitajan vastaanotto ja rajattu lääkkeenmäärämisoikeus

Pitkäaikaissairaiden seuranta, ohjaaminen ja lääkeresepien uusiminen sekä potilaiden lähettäminen jatkotutkimuksiin voidaan useissa tapauksissa siirtää sairaanhoitajille. Silloin hoitoonpääsy helpottuu, ja terveyskeskusten resurssit saadaan tehokkaampaan käyttöön. Terveyskeskusten vetovoima työpaikkoina paranee, kun sekä hoitajat että lääkärit saavat kehittää omaa ammatitosaamistaan. Sairaanhoitajan vastaanottokäynnit muodostivat Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteissa enimmillään lähes 30 % terveyskeskuksen päivystys- ja noin 60 % kaikista vastaanottokäynneistä. Hoito on kansainvälisten tutkimusten mukaan laadukasta ja turvallista. (HE 283/2009.)

Hoitajavetoisista vastaanotoista on hyviä esimerkkejä muun muassa Jyväskylässä ja Hämeenlinnassa. Ensimmäiset rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneet suomalaiset sairaanhoitajat saivat Valviralta lääkkeenmääräämisluvan kesällä 2012. Vesterisen (2014) tutkimuksen mukaan rajattuun lääkkeenmääräämiseen ovat tyytyväisiä asiakkaat, lääkärit

ja myös hoitajat itse. Hoitajavastaanotot tuovat myös kustannussäästöjä: ”Valtakunnallisessa tutkimuksessa tehtiin Eksoten terveysasemille kuvitteellinen laskelma, jossa 14 lääkäriä ja 12 sairaanhoitajaa korvattiin lääkkeenmääräämishoitajilla. Henkilökulusäästöt olisivat sen mukaan vuositasolla 439 000 euroa. Alkutilanteessa lääkäreitä oli 44 ja sairaanhoitajia 71”. (Vesterinen 2014, 2,31.)

Bioanalyttikkojen työnkuvien kehittäminen

Sopenlehdon (2014) selvityksen mukaan bioanalytikoille on siirretty tehtäviä lääkäreiltä, kemisteiltä, biologeilta ja fyysikoilta. Suurimmat syyt työnjakoon olivat resurssien parempi kohdentaminen, työn joustavuuden lisääminen ja kustannusten pienentäminen. Kyselyyn vastanneista laboratorioista noin kolmannes (29 %) raportoi, että tehtäviä oli siirretty – lääkäreiltä bioanalytikoille ja viidennes (20 %) raportoi siirroista kemisteiltä bioanalytikoille. Yleisin lääkäreiltä siirtynyt tehtävä oli laboratoriotutkimustulosten analysointi ja lausunnot. Kemisteiltä siirtyneet tehtävät liittyivät laboratorion laadunhallintaan. Biologeilta oli joissain laboratorioissa siirtynyt FISH-tutkimus ja laboratoriotutkimustulosten vastaaminen. Siirtyneistä tehtävistä mainittiin myös menetelmien kehittäminen ja uusien validointi ja käyttöönotto. Fyysikoilta siirtyneiksi mainittiin laitteiden laadunhallintaan ja käyttöönottoon liittyviä tehtäviä. (Sopenlehto 2014.)

Fysioterapeuttien ja lääkäreiden työnjaon kehittäminen

Suomen Fysioterapeuttien (Kukka 2009) selvityksen mukaan sote-palveluita on saatu tarkoituksenmukaisemmiksi ja joustavimmiksi myös lääkäreiden ja fysioterapeuttien välistä työnjakoa kehittämällä. Kokeneille fysioterapeuteille, jotka ovat saaneet erikoisalallaan lisäkoulutusta, on siirretty esimerkiksi nivelkirurgiaan liittyviä postoperatiivisia seurantakäyntejä sekä apuvälinei-

den hankintapäätöksiä. Neurologisten potilaiden seurantaan on toteutettu erikoissairaanhoidon poliklinikoilla fysioterapeutti-lääkäri -työpariyhteistyönä. Fysioterapeutin tekemä toimintakykyarvio lausuntoineen nopeuttaa lääkärin työtä neurologisten potilasryhmien seurannassa. Se auttaa lääkärää myös lääkityksen kohdentamisessa ja hoidon suunnittelussa. Myös palovammapotilaille on fysio- ja toimintaterapeuttien vastaanotto-toimintaa. PEDIATRIAN ALUEELLA joidenkin sairauksien seuranta lääkärin vastaanotolla on korvattu fysioterapeutin vastaanottokäynnillä. Esimerkkeinä lasten ryhtivirheiden konservatiivinen hoito sekä tuki- ja liikuntaelinten ja hermo-lihasjärjestelmän toimintaan vaikuttavat harvinaiset sairaudet. Kokemukset tule-potilaiden akuuttivastaanotto-toiminnasta ovat myönteisiä ja samansuuntaisia kansainvälisten tulosten kanssa. Myös perusterveydenhuollon asiakkaat pitivät fysioterapeuttia ammattitaitoisena ja olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Fysioterapeutin vastaanotto-toiminta on kustannusvaikuttavampaa kuin lääkärillä käynti. (Kukka 2009.)

Suuhygienistien osaamista hyödynnettävä

Kunnallista hammashoitoa voitaisiin tehostaa, jos suuhygienistien osaamista hyödynnettäisiin paremmin. Nykykustannuksista voitaisiin säästää jopa 40 %, jos suuhygienistit tekisivät 70 % lasten ja nuorten sekä 40 % aikuisten toimenpiteistä (nykyisin 30 ja 10). Hammaslääkäreiden resurssit olisi suunnattava tehtäviin, joita suuhygienistit eivät voi tehdä. (Widström & Seppälä 2014.)

Endoproteesihoitaja-toimintamalli

Hoitoketjua järkevöittämillä on säästetty tekoni-velpotilaiden hoidossa. Kontrollikäynti endoproteesihoitajan vastaanotolla on järjestetty siten, että ensin hoitaja työskentelee yhden potilaan kanssa noin 30 minuuttia ja täydentää kontrollikäyntiin liittyvät dokumentit, jonka jälkeen ortopedi tarkistaa ne (potilasasiakirjamerkin-

ne) röntgenkuvat ja seurantalomakkeen). Pro gradu -tutkielmassa vertailtiin kustannuksina palkkamenoja ja tuloina kunnilta laskutettavia toimenpiteitä. Toimintamallia toteuttaneen organisaation tulos oli vuodessa 36 387 euroa. Hoitajavastaa-annot mahdollistivat kontrollikäyntien toteuttamisen pienemmillä panoksilla. Asiakaspalautteen perusteella myös potilaat olivat tyytyväisiä. ”Endoproteesihoitaja-toimintamalli on kustannustehokasta ja tuottaa organisaatiolle tuloa eli tällä toimintamallilla on taloudellista merkitystä kirurgian poliklinikalle.” (Naboulsi ja Teitto 2013.)

Säästöt vaikuttavat suuresti potilaiden hoitoon

Hoitajien osaamista olisi hyödynnettävä ennakkoluulottomasti, kun kehitetään asiakaslähtöisiä sote-palveluja. Sairaanhoidajat (Adams 2011) ja muut ammattiryhmät osaavat kehittää ja toteuttaa potilaslähtöisiä palveluja terveyden edistämisen näkökulmasta. Laajennetut tehtäväkuvat ja tehtäväsiirrot ammattiryhmältä toiselle vaativat aina osaamisen varmistamista. Muutokset edellyttävät, että henkilöillä on riittävä kokemus ja kliininen osaaminen sekä tehtäväkohtaiset vaatimukset täyttävä lisäkoulutus. Laajennettuja tehtäväkuvia kehitettäessä on lisäksi huolehdittava, että palkkaus nousee tehtävän vaativuuden mukaisesti. Uusilla työnkuilla saavutettu tehokkuus tuo palkankorotuksiin tarvittavaa palkanmaksuvaraa.

”Laajennettuja tehtäväkuvia kehitettäessä on lisäksi huolehdittava, että palkkaus nousee tehtävän vaativuuden mukaisesti.”

4 Selvityksen tarkoitus

Tämän selvityksen avulla kartoitimme tehyläisten luottamusmiesten, osastonhoitajien ja ylihoitajien näkemyksiä siitä, minkälaisia toimenpiteitä työnantaja on säästöjen nimissä toteuttanut ja miten säästötoimenpiteet ovat vaikuttaneet henkilöstöön ja hoidon laatuun sekä saatavuuteen.

Tässä selvityksessä säästötoimenpiteillä tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla työnantaja voi tavoitella rahallisia säästöjä.

Tuloksia käytetään sekä valtakunnallisen että paikallisen edunvalvonnan tukena. Tavoitteena on koota konkreettista tietoa, jolla voidaan vaikuttaa tuleviin säästötoimenpiteisiin.

Vastaajien käsitykset

- työnantajien toteuttamista säästötoimenpiteistä sekä niiden perusteluista
- säästötoimenpiteillä saavutetuista rahallisista säästöistä
- säästötoimenpiteiden vaikutuksista henkilöstön hyvinvoinnille
- säästötoimenpiteiden vaikutuksista hoidon saatavuuteen
- säästötoimenpiteiden vaikutuksista hoidon laatuun

5 Selvityksen toteutus ja aineisto

Selvityksen kohdejoukkona olivat Tehyn luottamusmiehet sekä Tehyn hallinnon että esimiesjaostojen jäseninä olevat osastonhoitajat ja ylihoitajat. Kysely rajattiin 33 organisaatioon, joissa oli toteutettu säästötoimenpiteitä vuonna 2014.

Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella helmikuussa 2015. Kysely lähetettiin sähköpostilla kaikille em. kohderyhmien henkilölle (559 kpl), jotka olivat ilmoittaneet sähköpostiosoitteen jäsentietoihinsa (tai joiden tietoihin se täydennettiin). Otokseen lisättiin luottamusmiehet 1/organisaatio (yhteensä 33 kpl) ja poistettiin päällekkäisyyksiä (sama henkilö kahden jaoston jäsen). Henkilömääräksi saatiin 583, johon lisättiin vielä Tehyn luottamusmiehiltä saadut sähköpostiosoitteet (84), jotta edustavuus varmistui.

Lopulliseen vastaajajoukkoon tuli 661 henkilöä. Heistä 33 oli luottamusmiehiä, 582 osastonhoitajia tai muulla nimikkeellä toimivia esimiehiä ja 46 ylihoitajaa tai muulla nimikkeellä keskijohdossa toimivaa tehyläistä. Vastauksia saatiin

176, mutta neljä vastasi, etteivät kuulu mihinkään kohderyhmään. Vastaaajia oli siis 172 ja vastausprosentti 26 %. Kokonaisprosenttia voidaan pitää alhaisena, mutta postikyselyille tyypillisenä. Osa vastaajista on saattanut tietää, että joku muu vastaa kyselyyn ko. organisaation puolesta. Kaikista 33 organisaatiosta saatiin vastauksia, eri puolilta Suomea ja erilaisista sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikoista. Tuloksia ei voida yleistää, mutta niitä voitaneen pitää suuntaa-antavina.

Kyselylomakkeeseen koottiin kaikki toimenpiteet, joilla työnantaja voi tavoitella rahallisia säästöjä. Lähteinä käytettiin mm. Kunta-alan pääsopijajärjestöjen Syntykö säästöjä? -julkaisua sekä KT Kuntatyönantajien julkaisemaa selvitystä henkilöstömenosäästöistä (joulukuu 2014).

Tuloksista esitellään suorat jakaumat ja sen lisäksi osa vastaajaryhmien mukaan. Avovastausten analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä.

6 Tulokset

Tässä luvussa kuvataan vastaajien näkemyksiä siitä, minkälaisia säästötoimenpiteitä kuntatyöntekijät ovat heidän organisaatioissaan toteuttaneet. Ne perustellaan ja kerrotaan, onko niillä säästetty, ja miten toimenpiteet ovat vaikuttaneet henkilöstön hyvinvointiin, palveluiden laatuun ja saatavuuteen.

6.1 Taustatiedot

Selvityksen kohdejoukkona olivat kuntasektorin tehläiset luottamusmiehet, osastonhoitajat ja ylihoitajat sellaisissa organisaatioissa, joissa säästötoimenpiteitä tehtiin vuonna 2014. Tehyn edunvalvontatoimiala sai ilmoituksen luottamusmiehiltä säästötoimenpiteistä noin 70:stä kuntaorganisaatiosta. Kyselyyn valittiin 33 organisaatiota, joiden säästötoimenpiteet oli toteutettu vuoden alkupuolella. Vastaajien edellytykset tehdä johtopäätöksiä toteutettujen säästötoimenpiteiden vaikutuksista arvioitiin hyväksi, koska toimenpiteistä oli kulunut riittävästi aikaa.

Vastaajista valtaosa oli osastonhoitajia tai muita lähiesimiehiä (78 %, n=138). Toiseksi suurin vastaajaryhmä olivat luottamusmiehet (14 %, n=24) ja pienin ylihoitajat tai vastaava keskijohdo (6 %, n=10). Osastonhoitajien lisäksi lähiesimiehiä olivat mm. hoitotyön esimies, kotihoidon esimies, palveluasumisen esimies ja palveluesimies. Keskijohdon edustajissa olivat ylihoitajien lisäksi mm. hoitotyön johtajien, johtajien ja johtavien ylihoitajien nimikkeellä toimivia. Vastaajien taustatiedot esitetään taulukossa 1.

Puolet vastaajista (52 %) edusti sairaalaympäristössä ja hieman yli viidennes (22 %) avohoitosektorilla kuten terveyskeskuksissa ja kotisairaanhoidossa työskenteleviä tehläisiä.

Vastaajista 12 % työskenteli vanhainkodeissa tai palveluasumisen yksiköissä ja 2 % varhaiskasvatuksessa. Vaihtoehdon – Muu, mikä – vastaukset sisälsivät mm. sellaisia toimialoja kuin sosiaalipalvelut, ensihoito, työterveyshuolto ja kouluterveydenhuolto. Organisaation sijaintia kysyttiin, mutta 16 % vastaajista ei osannut sanoa mihin tulevaan sote-alueeseen he kuuluisivat. Kyselyn aikaan ehdotus uusista sote-alueista noudatteli pitkälti nykyisiä erityisvastuu- eli erva-alueita. Vastauksia saatiin kaikilta sote-/erva-alueilta. Suurin osa vastauksista (29 %, n=49) tuli itäiseltä eli KYS-ervan, neljäsosa (25 %, n=43) eteläiseltä eli HYKS-ervan, noin viidesosa (19 %, n=32) läntiseltä eli TYKS-ervan ja 8 % (n=14) pohjoiselta eli OYS-ervan alueelta. Keskiseltä eli TAYS-ervan alueelta vastauksia tuli vain 3 % (n=5). Sekä luottamusmiesten, osastonhoitajien että ylihoitajien näkemyksiä saatiin lähes kaikilta maantieteellisiltä alueilta. Ainoastaan pohjoiselta alueelta ei saatu ylihoitajien vastauksia.

”Tehyn edunvalvontatoimiala sai ilmoituksen luottamusmiehiltä säästötoimenpiteistä noin 70:stä kuntaorganisaatiosta.”

Vastaajilta kysyttiin kuinka suurelle väestömäärälle heidän organisaationsa tuottaa palveluita. Väestöpohjat vaihtelivat ja jakautuivat kaikkiin kuu-teen kategoriaan, alle 10 000:sta yli 200 000:een. Vastaajista 16 % (n=27) sanoi, että väestömäärä on alle 20 000. Noin neljäsosa (24 %) edusti organisaatiota, joka tarjoaa palveluja 20 000–49 999 asukkaalle, 13 % edusti 50 000–99 999 henkilön ja neljäsosa 100 000–200 000 henkilön

Taulukko 1 Vastajien taustatiedot

Muuttajat	Muuttujakuvaus	%	n
Asema työyhteisössä	Luottamusmies	14	24
	Osastonhoitaja tai vastaava	78	138
	Ylihoitaja tai vastaava	6	10
	En toimi em. tehtävissä	2	4
Työpaikat, joita vastaukset koskevat.	Sairaalat		
	Yliopistollinen keskussairaala	17	30
	Muu erikoislääkärijohtoinen sairaala (myös terveyskeskussairaala)	33	56
	Psykiatrinen sairaala	2	4
	Avohoito		
	Terveyskeskus (avohoito)	19	32
	Kotisairaanhoido	3	5
	Päiväkoti/varhaiskasvatus	1	2
	Vanhainkoti ja ympärivuorokautinen palveluasuminen	12	21
	Muu palveluasuminen	1	1
	Muu, mikä	12	21
	Millä tulevalla sote-alueella organisaatio sijaitsee?	Eteläinen sote-alue/ HYKS-erva	25
Keskinen sote-alue/ TAYS-erva		3	5
Läntinen sote-alue/ TYKS-erva		19	32
Itäinen sote-alue/ KYS-erva		29	49
Pohjoinen sote-alue/ OYS-erva		8	14
En tiedä vielä		16	28
Mikä on organisaation väestöpohja eli kuinka suurelle väestölle edustamanne organisaatio tuottaa palveluja?	Alle 10 000	5	9
	10 000–19 999	11	18
	20 000–49 999	24	41
	50 000–99 999	13	22
	100 000–200 000	25	42
	Yli 200 000	22	37
Mikä on yksikkösi henkilöstömäärä? Kuinka monta suoraa alaista/ luottamusmiehenä edustettavaa sinulla on?	Ei suoria alaisia/edustettavia	2	3
	Alle 10	5	8
	11–25	42	72
	26–50	27	47
	51–100	12	20
	Yli 100	12	21

väestömäärää. Yli 200 000 henkilön väestöpohjaa edusti 22 %.

Noin kolmella neljäsosalla (74 %) oli 1–50 alaista. Se on linjassa sen kanssa, että suurin osa on

lähiesimiehiä. Vastajista 12 prosentilla oli 51–100 suoraa alaista tai edustettavaa ja 12 prosentilla yli 100.

Taulukko 2 Vuoden 2014 säästötoimenpiteet

Toteutetut/suunnitellut säästötoimenpiteet	Toteutettu %	Ei tot, mutta suunn. %	Ei tot/ suunn. %	En osaa sanoa %	Vas- taajien määrä
Henkilöstön irtisanomiset	16	12	68	4	171
Henkilöstön lomautukset	19	26	49	6	169
Henkilöstön osa-aikaistaminen	10	6	69	14	170
Vapautuvien toimien/virkojen (esim. eläköityminen tai irtisanoutuminen) täyttämättä jättäminen	61	13	20	6	171
Sijaisten palkkauskielto (rajoitus, esto tai määräaikaistuksia ei uusita)	64	15	18	3	169
Täyttölupamenettely/ vaikeutettu rekrytointimenettely	71	4	15	10	169
Sovittujen palkankorotusten siirtäminen tai maksamatta jättäminen	7	4	69	20	168
Säästösopimukset (palkattomat vapaat, lomarahasta luopuminen, lomarahaan vaihtaminen vapaaksi)	50	15	30	6	171
Valtakunnallisten sopimusten tasoa parempien, palvelussuhteen ehtoja koskevien sopimusten purkamisen (esim. kutsurahasopimuksen irtisanominen)	5	9	60	26	171
Harkinnanvaraisista etuuksista luopuminen/henkilöstöetuuksien karsiminen	37	11	40	13	171
Toiminnan muuttaminen pysyvästi/uudet toimintatavat/ muu tehostaminen	75	8	12	4	170
Tehtävien muuttaminen/ uudelleenjärjestelyt	71	12	14	3	171
Yksikkökokojen kasvattaminen	36	16	33	16	167
Palvelujen ja toimintojen supistaminen	57	11	25	7	169
Ostopalvelu- ja vuokratyövoimanlisääminen	20	4	54	22	171
Ulkoistaminen/ yhtiöittäminen	24	10	48	18	168
Ylityökiellot	44	16	30	11	166
Työaikamuodon vaihtuminen (jaksotyöstä yleistyöajaksi)	28	34	29	9	170
Työaikapankki	19	18	41	22	169
Toimenpiteet, joilla pyritti vähentämään sairauspoissaolokustannuksia ja/tai varhaiseläkemaksuja	56	10	15	19	169
Seutuyhteistyö	29	15	20	36	170
Hankintakielto	32	12	35	21	168
Muu, mikä	25	3	19	53	32

6.2 Vuonna 2014 toteutetut toimenpiteet

Vastaajille esitettiin säästötoimenpidelistä ja kysyttiin, onko kyseisiä toimenpiteitä toteutettu tai oliko niitä suunniteltu heidän organisaatioissaan. Kaikkia säästötoimenpiteitä (kts. taulukko 2) oli toteutettu vähintään yhdeksässä eri organisaatiossa.

Toimintatapojen (75 %) ja tehtävien uudelleenjärjestelyt (71 %) olivat yleisin tapa säästää. Irtisanomisiin (16 %) ja lomautuksiin (19 %) oli turvaututtu vain harvoin. Lomautettujen määrästä arvionsa antoivat 17 organisaation edustajat. Yhteismääräksi arvioitiin 2 676 henkilöä. Yli puolet organisaatioista (56 %) halusi vähentää sairauspoissaoloja. Reilu puolet (57 %) ilmoitti, että palveluja ja toimintoja on supistettu.

Suuri osa koki, että säästöt kohdistuvat myös henkilöstöresursseihin. Rekrytointia on vaikeutettu (71 %), sijaisia ei palkata (64 %) eikä avautuvia paikkoja täytetä (61 %). Säästöjä on haettu myös säästösopimuksilla (50 %) ja ylityökielloilla (44 %). Lisäksi säästöt harkinnanvaraisissa etuuksissa kohdistuivat henkilöstöön. Reilu kolmannes (37 %) ilmoitti henkilöstöetujen karsimisesta.

Kolme vastaajaa kertoi avovastauksissa omin sanoin mitä säästökohteita listan ulkopuolelta oli toteutettu: kustannuksia oli karsittu, koulutusta vähennetty ja toimipisteitä lakkautettu. Täydellinen listaus säästötoimenpiteiden toteutuksesta ja suunnittelusta on taulukossa 2.

6.2.1 Säästötoimenpiteiden perustelut

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, miten edellä mainittuja ja toteutettuja säästötoimenpiteitä perusteltiin. Oliko syynä ensisijaisesti säästöt, valmistautuminen soteen eli sosiaali- ja terveydenhuoltouudistukseen vai toiminnan kehittäminen. Lähes kaikissa (20/23) perustelut painottuivat rahallisen säästön tavoitteluun. Vain muutamia oli perusteltu soteen valmistautumisella. Sellaisia olivat seutuyhteistyö (23 %) sekä ostopalvelu ja

vuokratyövoiman lisääminen (8 %). Yli puolet ilmoitti, että toiminnan kehittämisen perusteltiin seuraavia säästötoimenpiteitä: tehtävien muuttaminen/uudelleenjärjestely (52 %), seutuyhteistyö (52 %) ja työaikapankki (51 %). Noin puolet perusteli työaikamuodon vaihtamista jaksotyöajasta yleistyöajaksi (53 %) ja työaikapankkia (48 %) säästösyillä. Taulukko säästötoimenpiteiden perusteluista (Liite 1).

6.2.2 Rahalliset säästöt

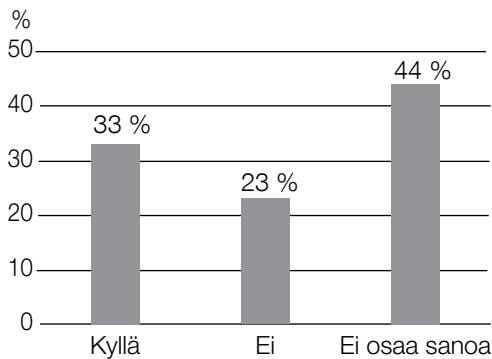
Vastaajilta kysyttiin olivatko toimenpiteet heidän mielestään tuoneet rahallista säästöä, kuinka paljon sitä oli syntynyt, olivatko menot kasvanneet, ja jos niin mitä kautta.

Vastaajista noin neljäsosa (23 %) koki, että valituilla säästötoimenpiteillä ei syntynyt rahallista säästöä. Kolmannes (33 %) luottamusmiehistä, viidennes (21 %) osastonhoitajista ja viidennes (22 %) ylihoitajistakin koki säästöjen lopputuloksen negatiivisena. Saavutettuja säästöjä oli vaikea arvioida, koska 44 % vastaajista ei osannut sanoa, oliko niitä syntynyt vai ei. Erityisesti luottamusmiehet ja osastonhoitajat kokivat arvioinnin vaikeaksi, koska 42 % luottamusmiehistä ja 46 % osastonhoitajista ei osannut sanoa, oliko säästöjä syntynyt.

Kaksikymmentä vastaajaa arvioi toteutuneiden säästöjen euromäärää. Määrä on vähäinen ja vastauksista näkyy, että organisaatiot ovat hyvin eri suuruisia.

Taulukko 3 Arvio saavutetuista säästöistä euroissa

Säästöt euroissa	Vastaajien määrä n=20
0 -> 500 000	7
500 000 -> 1 000 000	2
1 000 000 -> 2 000 000	6
2 000 000 -> 8 000 000	5



Kuvio 1. Onko valituilla toimenpiteillä käsityksesi mukaan syntynyt rahallista säästöä?

Kysely lähetettiin vain niille vastaajille, joiden organisaatioissa oli toteutettu säästötoimenpiteitä vuonna 2014. Vaikka monella ei ollut selkeää kuvaa siitä, onko säästöjä saatu, neljä vastaajaa kymmenestä (n=64) oli siinä käsityksessä, että menot kasvoivat muuta kautta. Ne, joiden mielestä säästöjä syntyi (n=54), edustivat kahtakymmentä eri organisaatiota. Heistä noin puolet (9 organisaation edustajat) koki menojen kasvaneen muuta kautta. Kyseinen vastaajaryhmä edusti neljää sairaanhoitopiiriä ja viittä kaupunkia. Ryhmä koki säästöjä syntyneen, mutta menojen kasvaneen toisaalla. Suurin osa vastaajaryhmästä oli osastonhoitajia ja muutamat luottamusmiehiä.

Taulukko 4 Menojen kasvu muuta kautta

Ovatko menot mielestäsi kasvaneet muuta kautta?		n=165
Kyllä	39 %	64
Ei	19 %	31
En osaa sanoa	42 %	70

Avovastauksissa 58 vastaajaa kuvasi omin sanoin mitä kautta menot olivat kasvaneet. Vastauksista löytyi viisi selkeää osa-aluetta, joiden kautta menojen nähtiin lisääntyneen.

Ryhmä 1 kuvasi sairauslomien lisääntyneen (14 vastausta). Yksi vastauksista kuvaa hyvin ryhmän ajatuksia: ”Mikä on henkilökunnassa säästetty, se on sairauslomissa kulutettu”.

Ryhmä 2 kuvasi kokonaismenojen kasvaneen, koska ulkopuolelta hankittiin aiempaa enemmän palveluita (11 vastausta). Vastauksista näkyi, että vuokratyövoimaa ja ostopalveluja oli käytetty sekä palveluita ulkoistettu. ”Vuokratyövoiman palkkakustannukset suuret, budjetti ylittyi.”

Ryhmä 3 koostui 10 vastauksesta, joissa korostui lisäresurssien palkkaaminen. Lisämenoja aiheuttivat esimerkiksi hälytysrahat, ylityökorvaukset, ylipaikoista johtuvat henkilöstön lisäämiset sekä ”jonojen purku erillisillä korvauksilla.”

Ryhmä 4 koostui 10 vastauksesta, joissa kuvattiin hoidon saatavuuden heikentyneen. Kulut kasvoivat erikoissairaanhoidossa tai kotihoidossa. ”Potilaiden kuljetukset toisiin sairaaloihin ovat lisääntyneet.”

Ryhmä 5 kertoi, että rahaa kului myös organisaatiouudistuksiin ja hankkeisiin (10 vastausta). Hankkeita olivat mm. uusien sairaalarakennusten rakentaminen ja erilaiset organisaatiouudistukset. Vastausryhmää kuvaa seuraava lainaus: ”Virkamiestyöaika valmisteluineen. Organisaatiouudistukset kahden vuoden välein.”

6.2.3 Säästötoimet työllistävät luottamusmiehiä

Luottamusmiehiltä kysyttiin, ovatko säästötoimiin liittyvät yhteydenotot lisääntyneet, ja jos niin mitä aiheita ne ovat koskeneet. Kysymykseen vastasi

24 luottamusmiestä, joista ¼ (n=18) ilmoitti, että säästötoimia koskevat yhteydenotot olivat lisääntyneet. Viisi koki, että yhteydenotot eivät olleet lisääntyneet ja yksi vastasi, ettei osaa sanoa.

Avovastauksissa 17 henkilöä kuvasi minkälaiset yhteydenotot olivat lisääntyneet säästöihin liittyen. Työntekijöiden huoli resurssien vähydestä ja siihen liittyvästä kuormituksesta, epätietoisuus lomautusten ja säästövapaiden menettelytavoista sekä huoli työn jatkumisesta nousivat esille avovastauksissa.

6.3 Säästötoimenpiteiden vaikutukset henkilöstön hyvinvointiin

Vastaajista noin ¾ (72 %) oli siinä käsityksessä, että säästötoimenpiteet olivat vaikuttaneet työilmapiiriin negatiivisesti. Yli puolet (51 %) vastasi, että henkilöstö viestitti työmäärän kasvaneen kohtuuttomaksi. Lähes puolet (45 %) koki, että

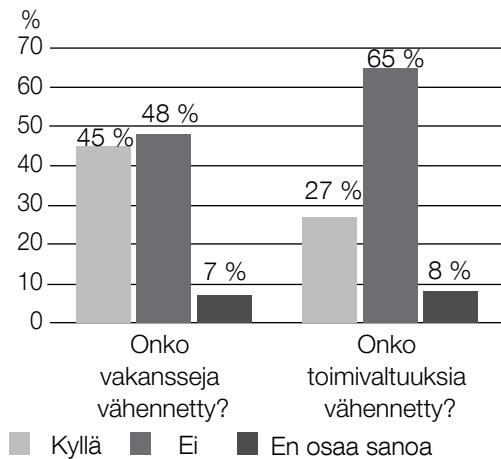
Luottamusmiesten vastauksia säästötoimiin liittyneistä yhteydenotoista

- ”asiakaspalaute, henkilöstön palaute työtahdista, omaispalaute, yleisönosastokirjoitukset
- ylityökieltoon liittyvät yhteydenotot, lomarahen vaihtaminen vapaaksi
- resurssien vähyys, potilasturvallisuus ja työturvallisuus
- määräaikaisten huoli sopimusten jatkumisesta
- lomautukset, työkuormitus, epäasiallinen kohtelu työyhteisöissä,
- kysymyksiä lomautuksesta (menettelytavat, töihin kutsuminen...)”

työturvallisuus oli säästöjen seurauksena vaarantunut ja reilu kolmasosa (35 %) arvioi sairauspoissaolojen lisääntyneen. Lähes viidennes (17 %) näki henkilöstön kokeman väkivallan uhan kasvaneen ja 8 % työtapaturmien määrän nousseen.

Taulukko 5 Vaikutukset henkilöstön hyvinvointiin

Säästöjen vaikutukset henkilöstön hyvinvointiin prosenttia % lukumäärä n	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Yhteensä
Ovatko säästötoimenpiteet aiheuttaneet kokemusta työturvallisuuden vaarantumisesta?	45 % 75	41 % 68	14 % 23	166
Ovatko henkilöstön sairauspoissaolot lisääntyneet?	35 % 75	52 % 85	13 % 22	164
Onko työtapaturmien määrä kasvanut?	8 % 14	75 % 124	16 % 27	165
Ovatko säästöt vaikuttaneet työilmapiiriin negatiivisesti?	72 % 120	18 % 30	10 % 16	166
Onko henkilöstö viestittänyt, että työmäärä on säästöistä johtuen kasvanut kohtuuttomaksi (vrt. työturvallisuuslaki)?	51 % 85	42 % 69	7 % 12	166
Onko henkilöstön kokemus väkivallan uhka lisääntynyt?	17 % 28	62 % 103	21 % 34	165
Onko työnjako hallittua eli onko suunnitelmallista, riittävät resurssit, täydennyskoulutuksen ja palkkauksen huomioivaa (vrt. ammattihenkilölaki)	36 % 59	51 % 84	13 % 22	165

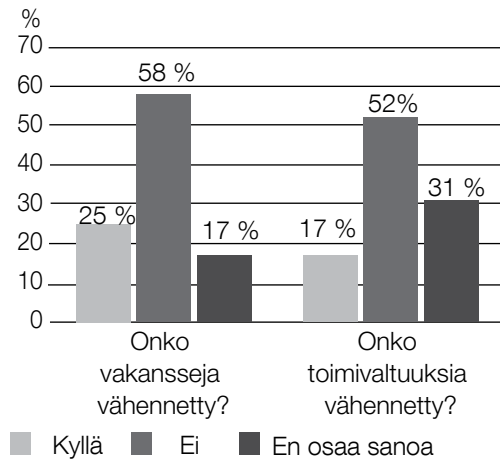


Kuvio 2 Miten toteutuneet säästötoimenpiteet ovat vaikuttaneet hoitotyön esimiesten (esim. osastonhoitajien) asemaan? (n = 170)

Negatiivisista vaikutuksista raportoitiin useasta eri organisaatiosta. Työilmapiiriin heikkenemisestä ilmoitti 31 eri organisaation edustajaa, 29:ssä organisaatiossa työmäärän koettiin kasvaneen kohtuuttomaksi. Kokemus työturvallisuuden vaarantumisesta nousi esille 10 organisaation vastauksista. Yhtä monesta organisaatiosta arvioitiin, että henkilöstön kokemus väkivallan uhka ja työtapaturmat kasvoivat säästöjen seurauksena. Sairauspoissaolojen arvioitiin lisääntyneen 8:ssä eri organisaatiossa. Yli puolet kaikista vastaajista (21 eri organisaatiosta) katsoi, että työnjako ei ollut hallittua. Heidän mielestään ammattihenkilöiden edellyttämä täydennyskoulutus ja muutoinkin riittävä resursointi puuttuivat työnjaon toteutuksesta.

6.3.1 Säästöjen vaikutukset esimiesten ja johtajien asemaan

Noin puolet (45 %) vastaajista koki, että esimiesten vakansseja oli vähennetty säästötoimenpiteenä ja noin kolmannes (27 %), että esimiesten toimivaltuuksia oli vähennetty. Neljännes (25 %)



Kuvio 3 Miten toteutuneet säästötoimenpiteet ovat vaikuttaneet hoitotyön johtajien (esim. ylihoitajien) asemaan? (n=150)

raportoi, että ylihoitajien vakansseja ja 17 %, että toimivaltuuksia oli vähennetty. Näkemykset ovat hyvin samankaltaisia eri vastaajaryhmissä. Osastonhoitajat raportoivat hieman enemmän lähiesimiesten toimivaltuuksien vähenemisestä ja ylihoitajat säästöjen vaikutuksista keskijohdon vakansseihin ja toimivaltuuksiin.

6.3.2 Säästöjen vaikutukset ammatilliseen täydennyskoulutukseen

Vastaajista 38 % (n = 167) kokee, että täydennyskoulutuksen määrää oli vähennetty säästösyistä. Kyselyssä selvitettiin myös, onko henkilöstöllä mahdollisuus käydä talon ulkopuolisessa koulutuksessa. Vastaajia oli 162 ja heistä 61 % raportoi, että henkilöstö käy talon ulkopuolisissa koulutuksissa. Vastaajista 35 prosenttia arvioi, että henkilöstö pääsee vain työnantajan järjestämään koulutukseen ja 4 prosenttia, että henkilöstö ei käy lainkaan täydennyskoulutuksessa. Ylihoitajat raportoivat eniten pääsystä talon ulkopuoliseen koulutukseen ja luottamusmiehet

vähiten. Ero saattaa johtua siitä, että luottamusmiesten edustama henkilöstömäärä on suurempi kuin osastonhoitajien tai ylihoitajien.

6.3.3 Vastaajien kommentit henkilöstövaikutuksista

Vastaajat saivat kertoa, mitä muuta he halusivat sanoa säästöjen henkilöstövaikutuksista. Avoimissa vastauksissa annettiin 75 kommenttia, joista 65 negatiivista ja 10 positiivista. Niistä ilmeni, että vastaajat ovat huolissaan hoidon

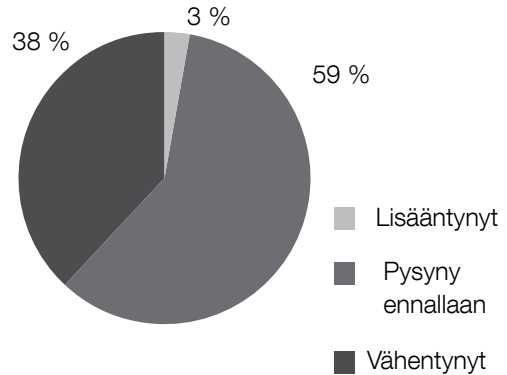
Esimerkkejä

Positiivisista henkilöstövaikutuksista

- ”Toiminnan kannalta hyvin suunnitellut palkattomat vapaat yksittäisinä päivinä vaikuttavat vähiten sekä henkilöstön hyvinvointiin että yksikön tulokseen.
- Säästöistä puhuminen on tuonut myös hyvää; asioita on pohdittu ja mietitty enemmän ja itsestään selvyiksiä on kyseenalaistettu.
- ...toisaalta yhteishenki ja toisen yksikön auttamisvalmius on lisääntynyt.
- Henkilöstön työtyytyväisyys on lisääntynyt, kun ovat itse olleet kehittämässä ja keksimässä tuottavuustoimenpiteitä.”

Negatiivisista henkilöstövaikutuksista

- ”Epävarmuus lisää huonoa työilmapiiriä ja potilasonot kasvavat, asiakas kärsii.
- Huoli potilasturvallisuudesta on todellista.
- Koska sijaisia ei ole saanut enää palkata kaikkiin poissaoloihin, säästöt otetaan jäljellä olevan henkilökunnan selkänahasta. Työilmapiiri kärsii ja sitä kautta potilaiden saaman palvelun laatu huononee.
- Hoidon saatavuus on heikentynyt, tutkimuksiin pääsy pidentynyt – hoitotakuu ylittynyt.
- Ihmiset ajetaan loppuun säästöillä, joilla ei ole merkitystä kunnan talouden kannalta.”



Kuvio 4 Täydenniskoulutuksen määrä

laadusta ja henkilökunnan jaksamisesta. Positiivisissa vastauksissa iloitettiin siitä, että yhteistyöllä ja hyvällä suunnittelulla on saatu tuloksia aikaan.

6.4 Säästöjen vaikutukset hoidon laatuun ja saatavuuteen

Vastaajilta kysyttiin, miten säästöt olivat heidän kokemuksensa mukaan vaikuttaneet hoidon laatuun. Vastaajat kokivat, että potilasturvallisuutta koskevat ilmoitukset (24 %, n=41) ja hoitovirheilmoitukset (16 %, n=27) lisääntyivät. Myös aluehallintovirastoon (AVI) tai Valviraan tehtyjen kanteluiden määrä (12 %, n=21) kasvoi. Koska selvityksen kohdejoukko oli pieni, kokemuksia hoidon laadun heikkenemisestä haluttiin käsitellä myös siitä näkökulmasta, kuinka monen organisaation edustajat raportoivat heikennyksistä. Vaaratilanneilmoitusten lisääntymisestä ilmoitti 20 eri organisaation edustajat, hoitovirheiden lisääntymisestä 17 organisaation ja AVI:n tai Valviraan tehdyistä kanteluista 13 eri organisaation vastaajat. Kaikissa kysymyksissä hoitotyön johtajilla (osastonhoitajat ja ylihoitajat) oli enemmän negatiivisia havaintoja kuin luottamusmiehillä.

Taulukko 6 Säästöjen vaikutukset hoidon laatuun

Vaikutukset hoidon laatuun	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Vastaajien määrä
Ovatko (suulliset tai kirjalliset) ilmoitukset potilasturvallisuuden vaarantumisesta lisääntyneet?	24 % 41	58 % 99	18 % 30	170
Ovatko kantelut AVlin tai Valviraan lisääntyneet?	12 % 21	50 % 86	37 % 64	171
Ovatko kirjalliset muistutukset/ hoitovirheilmoitukset lisääntyneet?	16 % 27	54 % 92	30 % 52	171

Noin kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, että potilaita pompotellaan. Potilaat jonottavat hoitoon kauemmin (36 %), heidät kotiutetaan liian nopeasti (33 %) ja päivystyksen potilasmäärät ovat kasvaneet (29 %). Lisäksi potilaita ohjataan entistä useammin erikoissairaanhoidon (20 %). Vastaajista joka kymmenes arvioi, että AVI on määrännyt organisaatiolle uhkasakkoja ja lähes kolmannes (28 %) raportoi, että AVI on tehnyt tarkastuksen.

Vastaajamäärät olivat pieniä, mutta 20 eri organisaation edustajat arvelivat, että potilaiden

hoitojonot kasvoivat. Pyörövi-ilmioistä raportoi 22:n organisaation vastaajat. Kahdeksassa-toista (18) organisaatiossa työskentelevät arvelivat potilaiden ohjautuvan entistä useammin erikoissairaanhoidon. Päivystyksen potilasmäärän kasvaminen näkyi 19 eri organisaation edustajien vastauksissa. Lisäksi 7:ää eri organisaatiota edustavat vastaajat raportoivat, että AVI oli määrännyt organisaatiolle uhkasakkoja ja 19 organisaation vastaajat kertoivat AVIn tehneen tarkastuksen. Nämä tulokset on suhteutettava selvityksen kokonaisotokseen (33 organisaatiota).

Taulukko 7 Säästöjen vaikutukset hoidon saatavuuteen

Vaikutukset hoidon saatavuuteen prosenttia % lukumäärä n	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Vastaajien määrä
Joutuvatko potilaat jonottamaan hoitoon entistä pidempään?	36 % 62	41 % 69	23 % 39	170
Onko pyörövi-ilmio (potilaat palaavat pian kotiuttamisen jälkeen) lisääntynyt?	33 % 56	27 % 46	40 % 69	171
Onko päivystyksen potilasmäärä lisääntynyt?	29 % 49	18 % 31	53 % 89	169
Onko AVI tehnyt tarkastuksen?	28 % 47	38 % 64	35 % 59	170
Onko potilaita jouduttu lähettämään entistä useammin erikoissairaanhoidon?	20 % 33	39 % 64	41 % 67	164
Onko AVI määrännyt organisaatiolle uhkasakkoja?	10 % 17	52 % 89	38 % 65	171

7 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tässä selvityksessä kartoitettiin minkälaisia säästötoimenpiteitä kunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on toteutettu ja miten ne ovat vaikuttaneet. Tavoitteena oli selvittää säästöjen vaikutukset henkilöstön hyvinvointiin sekä hoidon laatuun ja saatavuuteen.

Kohdejoukkona olivat 33:n organisaation luottamusmiehet, osastonhoitajat ja ylihoitajat, jotka valittiin säästöjä toteuttaneista organisaatioista. Vähäinen vastaajamäärä heikentää tulosten merkittävyyttä, mutta otoksen kaikista organisaatioista saatiin vastauksia, jotka kattavat maantieteellisesti kaikki erityisvastuualueet. Käsitykset säästöjen vaikutuksista henkilöstön hyvinvointiin koskivat vastaajien toimialueen henkilöstöä. Näin ollen käsitykset kuvaavat todellista tilannetta.

Kyselyn tavoitteet saavutettiin ja tuloksia voidaan hyödyntää sekä alueellisessa vaikuttamisessa että yhteiskunnallisessa keskustelussa. Tuloksia voidaan hyödyntää myös säästötoimenpiteitä suunniteltaessa.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että vastaajien organisaatioissa on toteutettu niitä yli 20:tä säästötoimenpidettä, joita kyselyssä selvitettiin. Pääasiallisin säästömuoto näyttäisi olevan toimintatapojen ja tehtävien uudelleenjärjestelyt. Jos se tarkoittaa osaamisen parempaa hyödyntämistä, tieto on positiivinen. Jos tehtävien uudelleenjärjestelyt toteutettiin kelpoisuusehtoja alentamalla, se näkyy todennäköisesti sote-palveluiden heikompana laatuina.

Valituilla menetelmillä ei ole saavutettu mittavia säästöjä. Menot ovat kasvaneet muuta kautta, myös niiden vastaajien mielestä, jotka kokevat säästöjä syntyneen. Vääränlaiset säästöt tuovat lisäkustannuksia. Juustohöylällä säästä-

minen johtaa osaoptimointiin. Kun kokonaisuus ei ole hallinnassa, menot kasvavat muuta kautta.

Selvityksen mukaan suurin osa vastaajista koki, että säästöt kohdistuvat henkilöstöresursseihin. Supistetut henkilöstöressit näyttävät heijastuvan työntekijöiden hyvinvointiin monella tapaa. Sairauspoissaolot ovat lisääntyneet, työturvallisuus vaarantunut, työilmapiiri huonontunut ja henkilöstö kokee, että työmäärä on kasvanut kohtuuttomaksi. Tulokset nostavat esiin kysymyksen siitä, onko työnantaja pitänyt työmäärän kohtuullisena kuten työturvallisuuslaki velvoittaa. Hyvinvointiin kohdistuvat heikennykset eivät voi olla vaikuttamatta potilasturvallisuuteen. Lisäksi säästöt palkkakustannuksissa heikentävät organisaation vetovoimaa työnantajana.

Henkilöstön täydennyskoulutusta on vähennetty, vaikka terveydenhuollon ammattihenkilöiden on ylläpidettävä ammattitaitoaan ja työnantajan tarjottava täydennyskoulutusta. Olennaista on, että jo ennen vuoden 2014 säästötoimenpiteitä täydennyskoulutuksen määrä oli huolestuttavan alhaisella tasolla. Vuonna 2011 neljännes tehläisistä työntekijöistä jäi kokonaan vaille ammatillista täydennyskoulutusta (Tehy tilastoina 2013). Täydennyskoulutuspäivien määrä on olennaisesti yhteydessä hoitajien korkeampaan työmotivaatioon (Toode 2015). Eläköitymisen seurauksena Suomea uhkaa hoitajapula, jolloin työnantajat joutuvat kilpailemaan osaavasta työvoimasta. Tutkija Esa Jokinen esittää Kuntalehdessä (14/2014), että henkilöstö olisi nähtävä voimavarana ja leikkaukset olisi kohdistettava henkilöstöön vasta viimeisenä keinona (Huovila 2014).

Vastausten perusteella hoitotyön johtajien määrää ja toimivaltuuksia on vähennetty. Kuitenkin hoitotyön johtajat ja esimiehet vaikuttavat merkittävästi organisaation vetovoimaisuuteen, työntekijöiden hyvinvointiin ja hoitotyön tuloksellisuuteen. Viinikainen (2015) osoittaa väitöstutkimuksessaan, että hoitotyön johtajien merkitys painottuu historiallista sote-muutosta odotellessa. Nyt ei ole järkevää, että heidän vakanssejaan lakkautetaan tai toimivaltuuksiaan vähennetään.

Hoidon laatu ja saatavuus näyttäisi heikentyneen säästötoimenpiteiden seurauksena. Kun terveyspalvelut säästöjen myötä heikentyvät (hoito viivästyy tai tulee hoitovirheitä), seurauksena on inhimillistä kärsimystä, hoito on kalliimpaa ja kansalaisten luottamus terveyspalvelujärjestelmään rapautuu.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuloksellisuutta voidaan lisätä laajempia tehtäväkuvia kehittämällä. Yksi keino lisätä ja ylläpitää osaamista organisaatiossa on edetä kliinisellä uralla. Kun tehtäväkuvat ovat laajempia, organisaation osaaminen kasvaa ja motivoituneet työntekijät viihtyvät ja pysyvät paremmin organisaatiossa. Korkeampi osaaminen myös nostaa organisaation tuloksellisuutta.

Tuloksellinen ja tehokas sote-organisaatioiden johtaminen edellyttää pitkäjänteistä toiminnan

suunnittelua, ennakointia ja seurantaa (Honkalampi 2009). Kun osaavan työvoiman saanti sosiaali- ja terveydenhullossa halutaan varmistaa, työprosesseja ja palvelukonsepteja sekä tehtävärakenteita pitää uudistaa (Koponen 2015). Myös Kunnallisalan kehittämissäätiön mukaan (2014) toiminnan ja talouden kehittämisessä on talouteen liittyvien hallinto- ja dokumentointiratkaisujen lisäksi otettava huomioon työnjakokäytännöt (Mättö ym. 2014).

Valtiovarainministeriön työryhmä on valmistellut sote-palveluiden budjettikehysjärjestelmää ja esittää sote-budjettikehystä osaksi julkisen talouden suunnitelmaa. Työryhmä korostaa pitkäjänteisen taloussuunnittelun tärkeyttä (Valtiovarainministeriö 2015). Tahallisesta alibudjetoinnista on päästävä eroon.

Lyhytnäköiset säästöt ovat tuloksellisuuden esteenä. Säästöjä kannattaisi toteuttaa kehittämällä toimintaa – tavoittelemalla hyvää esimiestyötä, sujuvia työprosesseja, toimivia hoitoketjuja sekä työnjakoa, joka hyödyntää osaamista.

Jatkossa olisi selvitettävä mitkä säästötoimenpiteet parantavat tulosta pidemmällä aikavälillä, kun vaihtoehtona on juustohöylällä säästäminen. Henkilöstön ehdotukset säästökohteista ja -tavoista on myös selvitettävä. Tärkeää on, että säästösuunnitelmat perustuvat näyttöön ja tutkimukseen ja ne tehdään pitkäjänteisesti.

Tehyn toimenpide- ja kehittämissuositukset

- **Kuntien suunniteltava taloutta pitkäjänteisemmin.** Henkilöstövoimavaroja korostava strateginen toiminta ja realistinen budjetointi luovat hyvinvointia ja tuovat tulosta.
- **Hoitotyön johtajien ja esimiesten määrä ja toimivaltuudet on turvattava.** Hoitotyön johtajat ja esimiehet ovat avainhenkilöitä. He varmistavat henkilöstön saatavuuden ja hyvinvoinnin, kohdentavat osaamisen sekä kehittävät toimivia prosesseja.
- **Henkilöstö on otettava mukaan toiminnan tehostamisen suunnitteluun** yt-lain mukaisesti. Henkilöstön on saatava vaikuttaa. Työntekijä on oman työnsä paras asiantuntija ja hänellä on arvokkaita ideoita siitä mistä ja miten voidaan säästää.
- **Työnjakoa ja laajoja tehtäväkuvia on kehitettävä,** lisäkoulutus ja palkkaus tehtävän vaativuus huomioiden.

Lähteet

Adams, E. 2011. Nursing and Health Policy Perspectives. *International Nursing Review* 58(4), 401-402.

Aiken, LH., Sloane, DM., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W. for the RN4CAST Consortium. 2013. Nurse's reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* 50(2),143-53.

Aiken, LH., Sloane, MD., Ciomidous, M., Kinnunen, J., Kozka, M., Lesaffre, E., McHugh, MD., Moreno-Casbas, MT., Rafferty, AM., Schwendimann, R., Scott, PA., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W. for the RN4CAST consortium. 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 24;383(9931),1824-30.

Alameddine, M., Baumann, A., Laporte, A. & Deber, R. 2012. A narrative review on the effect of economic downturns on the nursing labour market: implications for the policy and planning. *Human Resources for Health* 10(23),1-7.

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, AM., Ball, A., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Strømseng Sjetne, I., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, LH. & Schwendimann, R. on behalf of the RN4CAST consortium. 2014. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: result from the multicounty cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality and Safety* 23,126-135.

Ball, J., Murrells, T., Rafferty, AM., Morrow, E. & Griffiths P. 2014. 'Care left undone' during nursing shifts: association with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality and Safety* 23,116-125.

Butler, M., Collins, R., Drennan J., Haligan, P., O'Mathuna, DP., Schultz, TJ., Sheridan, A. & Vilis, E. 2011. Hospital nurse staffing models and patient and self-related outcomes. *Cochrane Database Systematic Review* 6(7):CD007019.

Francis, R (chair). 2013. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. London: Department of Health. Viitattu 29.4.2015.
<http://www.midstaffpublicinquiry.com/sites/default/files/report/Executive%20summary.pdf>

Hahtela, Nina. 2015. Sairaanhoidajaliiton selvitys sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Sairaanhoidajaliiton julkaisu 26.1.2015. Viitattu 11.5.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/01/Sairaanhoitajien-ty%C3%B6barometri-2014.pdf>.

HE 283/2009 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Suomen säädöskokoelma. Helsinki. www.finlex.fi <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2009/20090283#idp3076000>

Honkalampi, T. (toim.) 2009. Johtaminen avainasemassa muutoksessa. Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveysalan johtamisesta. Tehyn julkaisusarja F 2. Multiprint Oy, Helsinki.

Hotti, A. 2009. Kunnissa haetaan säästöjä. *Kuntatyönantajalehti* 2009/4 Viitattu 16.5.2015.

Houston, M., Day, M., de Lago, M. & Zarocostas, J. 2011. Health Services across Europe face cuts as dept crises begins to bite. *BMJ* 343:d5266.

HUCCO –hanke. 2015. Suurkäyttäjien hoito- ja palveluketjujen rakentaminen Oulunkaarella. Oulunkaaren kuntayhtymän verkkosivut. Viitattu 30.4.2015. http://www.oulunkaari.com/sivu/fi/oulunkaari/hankkeet/hucco-suurkayttajien_hoito-ja_palveluketjujen_rakentaminen/

Huovila, L. 2014. Onnistuneet yt-neuvottelut. *Kuntalehti* 14, 30-31. <http://www.kuntatyonantajalehti.fi/fi/arkisto/2014/6/Sivut/default.aspx>

Härkänen, M. 2014. Medication-related adverse outcomes and contributing factors among hospital patients: an analysis using hospitals incident reports, the Global Trigger Tool method, and observations with record reviews. University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences. Publication of the University of Eastern Finland. *Dissertations in Health Sciences* 260. Viitattu 12.5.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1636-5/urn_isbn_978-952-61-1636-5.pdf

Kanttonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. *Acta Universitatis Tampereensis* 1988. Tampere University Press. Viitattu 28.4.2015. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96219/978-951-44-9609-7.pdf?sequence=1>

Kinnula, P., Malmi, T., Riippa, I. & Vauramo, E. 2015. Kunnallisan kehittämissäätö & Aalto-yliopisto. Sotella säästöjä. Sote-sektori tarvitsee poliittisesti asetetut kustannustavoitteet. Viitattu 28.4.2015. http://www.kaks.fi/sites/default/files/Sotella_saastoja2.pdf

Koponen, E-L. 2015. Sosiaali ja terveysalan työvoiman riittävyys nyt ja tulevaisuudessa. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. TEM raportteja 13/2015. Viitattu 28.4.2015. https://www.tem.fi/files/42288/TEMraportti_13_2015_web_27022015.pdf

KT Kuntatyönantaja. 2014. Säästötarve henkilöstömenoista jatkuu. Tiedote 12/2014. Viitattu 28.4.2015. <http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet/2014/Sivut/saastotarve-henkilostomenoissa.aspx>

Kukka, A. 2009. Selvitys fysioterapeuttien laajennetuista tehtävänkuvista ja tehtäväsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. *Suomen fysioterapeutit* 12/2009.

Kunta-alan pääsopijajärjestöt. 2009. Syntykö säästöjä. Kunta-alan pääsopijajärjestöjen yhteiset ohjeet henkilöstösäästöjen torjumiseksi. Viitattu 28.2.2015. <http://ktk--ry-fi-bin.directo.fi/@Bin/55d354cff15c212de766911d47326c2/1424683801/application/pdf/131261/Opas%20hl%C3%B6st%C3%B6s%C3%A4%C3%A4st%C3%B6en%20torjumiseksi.pdf>

Kuntaliitto. 2015a: Tilinpäätösarvot 2014: Kunnat tehostivat tuloksellisesti. Viitattu 28.4.2015. <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/02/Sivut/tilinpaatosarvot-2014.aspx>

Kuntaliitto. 2015b. Kuntatalouden selviytymisen eväät 2015–2019. Viitattu 28.4.2015. http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/kuntataloudensopeutusohjelma/Documents/Liite%201_Kuntatalouden_selviytymisen_ev%C3%A4%C3%A4t_2015.pdf

Lintunen, J. 2014. Terveysalan säästöt tulevat kalliiksi. *Kansan uutiset* 15.4.2014. Viitattu 24.2.2015. <http://www.kansanuutiset.fi/uutiset/kotimaa/3153929/terveysalan-saastot-tulevat-kalliiksi>

McHugh, MD. & Ma, C. 2013. The effect of hospital nursing on 30-day readmission among Medicare patients with heart failure, acute myocardial infarction, and pneumonia. *Journal of Nursing Administration*. 51,52-59.

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2011. Asiakasvastaava-toiminta Terveysyhtymämallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimiva terveyskeskusohjelma. Viitattu 22.3.2015.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf

Mäkijärvi, M. 2010. Lean - menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa - kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA –tutkielma 5/2010. Tampereen yliopisto. Tampereen teknillinen yliopisto.
http://www.hus.fi/hus-etoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf

Mättö, T., Pellinen, J., Rautiainen, A. & Sippola, K. 2014. Talousohjaus terveysasemilla - näennäisohjaus luo näennäistehokkuutta. Kunnallissalan kehittämissäätiö. Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 80, Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala 2014. Viitattu 5.5.2015 http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_80_net.pdf

Naboulsi, H. & Teitto T. 2013. Asiantuntijasairaanhoidajan vastaanotto toiminnan taloudellinen merkitys kirurgian poliklinikalla. Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 28.4.2015. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/69296/Naboulsi_Helena.pdf?sequence=2

Ojanperä K. 2014. Joustoilla jatkoa - Selvitys tehyläisten aikomuksista työssä jatkamiseen. Tehyn julkaisusarja B:2/2014. Viitattu 5.5.2015. <http://www.tehy.fi/@Bin/28584285/523080+Joustoilla+jatkoa+NETTI.pdf>

Pappas, SH. 2008. The cost of nurse-sensitive adverse events. *Journal of Nursing Administration* 38, 230-236.

Patterson, J. 2010. The effects of nurse to patient ratio. *Nursing times*. 106(2),22-25.

Peltari, H. & Kaila, M. 2014. Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Nykytila ja toimenpide ehdotuksia Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27. Viitattu 27.4.2015. STM http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-31102.pdf. 22.4.2015

Potku2-hanke. 2012-2014. Terveysyhtymämalli. Viitattu 28.4.2015.
<http://www.potkuhanke.fi/terveysyhtymamalli>

Ruoronen, M., Koikkalainen, P., Ahonen, T., Salminen, S., Hämäläinen, V., Lämsä, T., Muranen, A., Hänninen J. & Kettunen, T. 2013. Rautaiset ammattilaiset terveyshyödyn tuottajina: lääkäreiden ja hoitajien työn ja osaamisen kehittäminen. RAMPE-hankkeen loppuraportti 2010–2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 127/2013.

Silvan, S. 2014. Hoitajien määrä ja koulutus vaikuttavat kuolleisuuteen. *Premissi* 4,34-43.

Sitra, Kela & Oulun kaupunki. 2015. Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö –selvitys. Viitattu 15.2.2015.
http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/74944_Komssi_Monikavaraohitus_Peurunka2.pdf

Sopenlehto, K. 2014. Bioanalytikoiden tehtäväsiirrot ja tehtäväkuvien laajentaminen. Metropolia ammattikorkeakoulu, Bioanalytiikka ylempi AMK, Kliininen asiantuntija. Opinnäytetyö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504227148>

Särkelä, K. 2015. Hoitotyön johtamisen vaikuttavuus hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos, Pro gradu –tutkielma. Viitattu 28.4.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150139/urn_nbn_fi_uef-20150139.pdf

Tehy. 2014. Tehy tilastoina 2013. Tehyn julkaisusarja D 1/2014. Viitattu 28.4.2015. http://www.tehy.fi/@Bin/25201537/Tehy_tilastoina_2013.pdf

Toode, K. 2015. Nurses' work motivation: Essence and association. Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1525, Tampere University Press 2015. Viitattu 28.4.2015. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96785/978-951-44-9746-9.pdf?sequence=1>

Työterveyslaitos. Lean-ajattelu – tehostaa ja sujuvoittaa terveydenhuollon toimintaprosesseja. Viitattu 23.4.2015. <http://www.ttl.fi/fi/ratkaisupankki/Sivut/details.aspx?luokka=Ergonomia&item=546>

Valtiovarainministeriö. 2015. Sote-budjettikehys sosiaali- ja terveystalouden hallinnan keinona. Taloudelliset ja talospoliittiset katsaukset 6/2015. Viitattu 30.4.2015. <http://vm.fi/documents/10623/456829/Sote-budjettikehys+sosiaali--ja+terveyspalvelujen+kustannusten+hallinnan+keino/cd6dd198-25d3-4758-9dd1-ba950d4e060d>.

Van den Heede, K., Simoens, S., Diya, L., Lesaffre, E., Vleugels, A. & Sermeus, W. 2010. Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention? *Journal of Advanced Nursing* 66(6), 1291-1296.

Viinikainen, S. 2015. Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta sekä organisaation sosiaalinen todellisuus. Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1532, Tampere University Press 2015. Viitattu 20.5.2015. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96978/978-951-44-9770-4.pdf?sequence=1>

Widström, E. & Seppälä, T.T. 2014. Aikuisten hammashoito vaatii uudenlaista otetta. Helsingin Sanomien Vieraskynäpalsta 4.1.2014 <http://www.hs.fi/kotimaa/a1388748064537>

Wray, J. 2013. Editorial. The impact of the financial crisis on nurses and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 69(3), 497-499.

Liitteet

Liitetaulukko 1 Onko toteutettuja säästötoimia perusteltu ensisijaisesti säästöyillä, soteen valmistautumisella vai toiminnan kehittämisen näkökulmasta? (N=162)

Perustelut säästötoimenpiteille	Säästö-syyt	Soteen valmistautuminen	Toiminnan kehittäminen	Vastaa-jien määrä
Henkilöstön irtisanomiset	83 %	1 %	16 %	70
Henkilöstön lomautukset	91 %	1 %	7 %	81
Henkilöstön osa-aikaistaminen	80 %	2 %	19 %	54
Vapautuvien toimien / virkojen (esim. eläköityminen tai irtisanoutuminen) täyttämättä jättäminen	85 %	2 %	13 %	131
Sijaisten palkkaamiskielto (rajoitus, esto tai määräaikaista ei uusita)	94 %	0 %	6 %	132
Täyttölupamenettely / vaikeutettu rekrytointimenettely	89 %	2 %	9 %	128
Määräaikaisen henkilöstön vähentäminen	90 %	1 %	9 %	111
Sovittujen palkankorotusten siirtäminen tai maksamatta jättäminen	90 %	3 %	8 %	40
Säästösopimukset (säästötarkoituksessa pidettävät palkattomat vapaat, lomarahasta luopuminen, lomarahaa vaihtaminen vapaaksi)	97 %	0 %	3 %	102
Valtakunnallisten sopimusten tasoa parempien palvelussuhteen ehtoja koskevien sopimusten purkaminen (esim. kutsurahasopimuksen irtisanominen)	90 %	0%	10 %	39
Harkinnanvaraisista etuuksista luopuminen / henkilöstöetuuksien karsiminen	95 %	0 %	5 %	82
Toiminnan muuttaminen pysyvästi / uudet toimintatavat / muu tehostaminen	44 %	5 %	52 %	128
Tehtävien muuttaminen / uudelleenjärjestelyt	45 %	2 %	52 %	130
Yksikkökokojen kasvattaminen	53 %	6 %	41 %	90
Palvelujen ja toimintojen supistaminen	73 %	4 %	23 %	105
Ostopalvelu- ja vuokratyövoiman lisääminen	55 %	8 %	37 %	51
Ulkoistaminen / yhtiöittäminen	74 %	1 %	25 %	69
Ylityökiellot	97 %	0 %	3 %	94
Työaika- ja työehtojen vaihtuminen (jaksotyöstä yleistyöajaksi)	53 %	1 %	46 %	87
Työaika- ja työehtojen pankki	48 %	2 %	51 %	63
Toimenpiteet joilla pyritty vähentämään sairauspoissaolokustannuksia ja/tai varhaiseläkemaksuja	67 %	0 %	33 %	105
Seutuyhteistyö	25 %	23 %	52 %	64
Hankintakielto	93 %	1 %	6 %	70
Muu, mikä	83 %	0 %	17 %	6

Muistiinpanoja

A series of 28 horizontal dotted lines for taking notes.

Muistiinpanoja

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

Muistiinpanoja

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

Tehy on maamme suurin terveys- ja sosiaalialan tutkinnon suorittaneiden ja alalle opiskelevien ammattijärjestö.



Tehy ammattijärjestönä

Tehyn tehtävä on:

- **parantaa** jäsentensä taloudellista asemaa
- **valvoa** palvelussuhteen ehtoja ja ammatillisia, sosiaalisia ja oikeudellisia etuja
- **toimia** työolosuhteiden kehittämiseksi
- **osallistua** koulutuksen, ammattitaidon sekä terveyden- ja sosiaalihuollon kehittämiseen
- **lisätä** jäsenten keskinäistä yhteenkuuluvuutta

- Tehyläiset toimivat sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.
- Tehy yhdistää terveys- ja sosiaalialan tutkinnon suorittaneet ja alalle opiskelevat yhteiseen ammatti- ja etujärjestöön. Tehyyn kuuluu yhdeksän ammatillista yhteistyöjäsenjärjestöä sekä jaostoja, jotka edistävät jäsentensä ammatillista toimintaa.
- Tehyn toiminnan perustana on yli 230 ammattiosastoa, jotka hoitavat mm. paikallista edunvalvontaa. Ammattiosastot yhdistävät saman työnantajan palveluksessa olevat ja saman alueen tehyläiset. Kaikki tehyläiset kuuluvat ammattiosastoihin tai Tehyn opiskelija-yhdistykseen.
- Tehyn jäsenmäärä on 160 000. Tehyyn kuuluu mm. bioanalytikoita, ensihoitajia, fysioterapeutteja, hammashoitajia, kätilöitä, laboratoriohoitajia, lastenhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia, mielen-terveyshoitajia, röntgenhoitajia, sairaanhoitajia, suuhygienistejä, terveydenhoitajia ja toimintaterapeutteja.
- Tehy on Toimihenkilökeskusjärjestö STTK:n jäsen. Järjestäytymisaste hoitoalalla on korkea ja noin 90 % työssä olevista kuuluu ammattiliittoon. Yli 70 % jäsenistä työskentelee kuntien, kuntainliittojen tai kuntayhtymien palveluksessa.

Tehy ry • Postiosoite: PL 10, 00060 Tehy • Puhelinvaihe (09) 5422 7000
Käyntiosoite: Järjestötalo, Asemamiehenkatu 4, Itä-Pasila, 00520 HELSINKI

www.tehy.fi

Säästöistä kustannuksia

Kunnissa on haettu säästöjä monin eri toimin, mutta niitä on saavutettu vain vähän. Juustohöylällä säästäminen johtaa helposti osaoptimointiin. Kun kokonaisuus ei ole hallinnassa, menot kasvavat muuta kautta.

Tämä helmikuussa 2015 tehty selvitys osoittaa, että tehdyt säästötoimenpiteet ovat vaikuttaneet laajasti ja monitahoisesti. Hoidon laatu on säästöjen seurauksena heikentynyt useissa organisaatioissa, saatavuus huonontunut ja henkilöstö voi pahoin. Lisäksi hoitotyön johtajia ja heidän toimivaltuuksiaan sekä henkilöstön täydennyskoulutusta on vähennetty.

Tehyn mielestä kuntien on suunniteltava taloutta pitkäjänteisemmin ja otettava henkilöstö mukaan toiminnan tehostamiseen. Lisäksi kunnissa on varmistettava, että hoitotyön johtajia on riittävästi. Avainhenkilöinä heillä on oltava riittävät toimivaltuudet kehittää toimintaa tuloksellisemmaksi.



Tehy ry

Asemamiehenkatu 4
00520 HELSINKI
Puh/tel +358 9 5422 7000
Fax (09) 6150 0278

Postiosoite:

PL 10, 00060 Tehy

www.tehy.fi

Tehyn julkaisusarja:

- A: Tutkimusraportteja
- B: Selvityksiä
- C: Muistioita
- D: Tilastoja
- E: Videot
- F: Muut julkaisut

Tehyn julkaisut löytyvät myös verkosta.