

# Henkilöstömitoituksen hallittu tulevaisuus

---

Sosiaali- ja terveydenhuollon  
ammattihenkilöt lukujen takana

*”Henkilöstömitoitus on laajempi kuin yksi lukuarvo!”*



# **Henkilöstömitoituksen hallittu tulevaisuus**

**Sosiaali- ja terveydenhuollon  
ammattihenkilöt lukujen takana**

Tuulariitta Ruontimo

*”Henkilöstömitoitus on laajempi kuin yksi lukuarvo”*

**Tehy ry**

Tuulariitta Ruontimo  
**Henkilöstömitoituksen hallittu tulevaisuus**



Tehyn julkaisusarja B: 2/2012

**Tehy ry**

ISBN 978-951-9172-04-1

Painopaikka: Multiprint Oy, Vantaa 2012

Keskustelu sosiaali- ja terveydenhuollon koulutetun ammattihenkilöstön saatavuudesta, riittävydestä ja osaamisesta on käynyt vilkkaana. Väestön ikääntymisen on ennustettu lisäävän palvelun ja sitä tuottavan henkilöstön tarvetta seuraavien vuosikymmenten aikana, kun suuret ikäluokat tulevat eläkeikään. Työssä käyvän väestön osuus pienenee ja huoltosuhde muuttuu negatiiviseksi. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon kasvava työvoimatarve turvataan ja muodostetaan hoito- ja hoivapalveluista vetovoimainen työala?

Kun elinikä pitenee, terveen ja toimintakykyisen elinajan osuus kasvaa. Vain osa tarvitsee raskainta hoitoa tai hoivaa, jotka sijoittuvat pääasiallisesti kahdelle viimeiselle vuodelle. Ikääntyneen väestön ekonominen asema on oleellisesti aikaisempaa parempi. Eläke mahdollistaa jo nykyisellään elintason ja kohtuullisen kulutuksen ylläpitämisen sekä palvelujen ostamisen.

Henkilöstön näkökulmasta vetovoimaisia ovat ne työalat ja työpaikat, joilla ammattihenkilö voi toimia itsenäisesti koulutuksensa mukaisissa tehtävissä. Niissä arvostetaan ammattityötä, jonka tekemiseen on kohtuulliset edellytykset. Työntekijät palkitaan oikeudenmukaisesti ja heitä on riittävästi. Käyttäjän kannalta laadukas ja hyvä palvelu toteutetaan ammattitaidolla yksilöllisesti eivätkä kustannukset ylitä käyttäjän maksukykyä. Palvelua on lisäksi saatavilla tarvittaessa, sillä sen tarve vaihtelee, yksilötasolla nopeastikin. Palvelujen tuottamisessa henkilöstö on aina pääosassa. Hyvää palvelua ei synny ilman asiantuntevaa ja osaavaa henkilöstöä, joka on oikeassa suhteessa palvelun tarpeeseen. Toteutuuko palveluissa riittämättömyyden kauhuskenaario vai hallittu tulevaisuuden visio?

Pohdinnoista syntyi tarve selvittää henkilöstömääriä, -mitoituksia ja -rakenteita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä kansainvälisen ja kansallisen kirjallisuuskatsauksen muodossa että tehdä niihin perustuvia päätelmiä. Kiitän lämpimästi kaikkia selvitystyöhön osallistuneita: Marja-Kaarina Koskista ja Kirsi Markkasta kannustuksesta ja asiaan liittyvistä syvällisistä keskusteluista, Mervi Flinkmania kirjallisuuskatsauksen kokoamisesta, Tuija Kinnunen-Moilasta editoinnista sekä kaikkia muita saamastani tuesta. Ilman laajaa yhteistyötä tämä selvitys ei olisi syntynyt.

Toivon, että henkilöstömitoitusselvityksestä on hyötyä kehittämistyössä ja ajankohtaisissa organisaatiomuutoksissa. Toivon, että siitä löytyy toimijoillemme perusteluja paikallisissa muutostilanteissa. Lukujen takana on aina ihmisiä, joiden välisessä vuorovaikutuksessa syntyvät sosiaali- ja terveydenhuollon hyvät palvelut.

*Helsinki, toukokuussa 2012*

*Tuulariitta Ruontimo  
Asiantuntija, ThM  
Tehy*

Henkilöstön minimimitoituksia eri potilasryhmille tai organisaatioille on tutkimustiedon perusteella vaikea tarkasti määritellä. Henkilöstömitoituksen lukuarvo ei yksinään takaa palvelujen laatua. Tarkoituksenmukainen mitoitus huomioi palvelutarpeen muutokset terveydenhuollon kompleksisessa toimintaympäristössä sekä asiakkaan tarpeet joustavasti.

Henkilöstömitoituksen käsite on vakiintumaton: sitä käytetään kuvaamaan sekä palvelun tuottamisen kokonaisen henkilöstön määrää että välittömään hoitotyöhön osallistuvaa koulutettua hoitohenkilöstöä. Mitoitusten laskevat eivät ole yhteismitallisia. Siksi organisaatioiden ja palveluntuottajien ilmoittamia lukuja ei voi luotettavasti vertailla.

Tutkimusten mukaan ei ole perusteltua asettaa ehdottomia rajoja sille, kuinka monta hoidettavaa yhtä hoitajaa kohden on. Lakisääteiset minimimitoitussäädökset hoitajamääristä ovat muissa maissa parantaneet tilannetta, mutta ne velvoittavat pienempään hoitajamäärään potilasta ja yksikköä kohden kuin Suomen nykyiset suositukset. Määrällinen yhden lukuarvon henkilöstömitoitus ei huomioi riittävästi väestörakenteesta, terveyseroista tai sosiaalisista ongelmista johtuvia palvelutarpeita. Pysyvien vähimmäismitoitusten taustalla on oletus, että terveydenhuollon konteksti pysyy samana, vaikka hoitoteknologiat, tuotantotavat tai potilaiden tarpeet muuttuvat. Palvelumuotojen sisältöä ei ole määritelty valtakunnallisesti ja tilastotieto on puutteellis-

ta. Lukuarvoon perustuva henkilöstön mitoitusnormi voi myös rajoittaa moniammatillisesti toteutettavan palvelun tarkoituksenmukaisuutta.

Tehyn tavoitteena on turvata ammattihenkilöstön määrä ja rakenne suositusta veloitavammin iäkkään henkilön palveluissa ja suhteessa asiakkaan palvelutarpeeseen ja toimintakykyyn. Henkilöstömitoitus ei ole erillinen eikä irrallinen lukuarvo, vaan näkökulman on laajennuttava asiakkaan palvelutarpeen kokonaisuuteen. Hyvän hoitotuloksen tuottaa henkilöstö, joka on ammatillisesti riittävästi koulutettu. Mitoituksessa otetaan huomioon henkilöstömäärä ja -rakenne, asiakkaiden hoidon tarve, toimintaympäristö ja hoitotyön tulokset. Tavoitteen toteuttamiseksi Tehy on kannattanut välittömään hoitotyöhön osallistuvan henkilöstön tarkempaa säätelyä STM:n asetusvaltuutuksella.

Tämän selvityksen tarkoituksena on perustella hoidossa tarvittavien henkilöstövoimavarojen käyttöä. Selvitys toimii apuna ja ohjeena, kun laaditaan määrällisiä, rakenteellisia sekä koulutukseen ja ammatilliseen toimintaan perustuvia henkilöstösuunnitelmia. Eriytyisen ajankohtaiseksi keskustelun henkilöstömitoituksista tekee valmistelussa oleva Laki ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden turvaamisesta (vanhuspalvelulaki).

Asiasanat: henkilöstömitoitus, hoidon ja palvelun tarve

# Sammandrag

---

På basis av forskningsresultat är det svårt att exakt definiera personalens minimidimensionering för olika patientgrupper eller organisationer. Enbart numeriska värden i personaldimensioneringar garanterar inte kvaliteten på tjänsterna. En ändamålsenlig dimensionering beaktar smidigt både ändringarna i servicebehovet inom hälsovårdens komplexa verksamhetsmiljö och klienternas behov.

Begreppet personaldimensionering är inte etablerat; det används både för att beskriva den totala personalmängden för tjänsteproduktionen och den utbildade vårdpersonalen som deltar i det omedelbara vårdarbetet. Sätten att räkna dimensioneringarna är inte kommensurabla. Därför kan man inte tillförlitligt jämföra de siffror som organisationerna och tjänsteproducenterna redovisar.

Enligt undersökningar är det inte befogat att sätta absoluta gränser för hur många patienter en skötare skall sköta. Lagstadgade bestämmelser för minimidimensionering av antalet vårdare har i andra länder förbättrat situationen, men de förpliktar till mindre antal vårdare per patient och enhet än de nuvarande rekommendationerna i Finland. En kvantitativ personaldimensionering som anger ett numeriskt värde beaktar inte i tillräckligt hög grad servicebehov som baserar sig på befolkningsstruktur, hälsoskillnader eller sociala problem. Bakom permanenta minimidimensioneringar ligger ett antagande att hälsovårdens kontext förblir detsamma trots att vårdteknologier, produktionsmetoder eller patienternas behov förändras. Innehållet i serviceformerna har inte definierats på riksnivå och

statistiken är bristfällig. På numeriska värden baserad norm för personaldimensionering kan dessutom begränsa ändamålsenligheten hos service som utförs multiprofessionellt.

Tehys syfte är att säkerställa den utbildade personalens antal och struktur på ett mer förpliktande sätt än rekommendationen vad gäller service för äldre personer och i relation till klienternas servicebehov och funktionsförmåga. Personaldimensionering är inte ett separat eller fristående numeriskt värde, utan perspektivet måste breddas till att omfatta klientens servicebehov som helhet. Ett gott vårdresultat produceras av personal som har tillräcklig yrkesutbildning. I dimensioneringen beaktas personalantal och -struktur, och klienternas vårdbehov, verksamhetsmiljö och resultatet av vårdarbetet. För att uppnå målet har Tehy förespråkatt att personalen som deltar i det omedelbara vårdarbetet regleras noggrannare med SHM:s förordningsbemyndigande.

Syftet med denna utredning är att motivera användningen av de personalresurser som behövs i vårdarbetet. Utredningen tjänstgör som hjälp och vägledning då man utarbetar kvantitativa, strukturella och på utbildning och yrkesverksamhet baserade personaldimensioneringar. Debatten om personaldimensioneringar är speciellt aktuell på grund av beredningen av Lagen om tryggnad av tillgången till social- och hälsovårdstjänster för äldre personer (äldreomsorgslagen).

Nyckelord: personaldimensionering, behovet av vård och service





# Sisällys

---

|   |    |
|---|----|
| <b>1. Johdanto</b>  | 8  |
| <b>2. Väestön ikääntyminen ja ikääntyneiden palvelut Suomessa</b>                       | 11 |
| 2.1 Määrä kasvaa  | 11 |
| 2.2 Palvelujen järjestäminen  | 12 |
| <b>3. Henkilöstömitoituksen ja henkilöstörakenteen yhteys hoidon laatuun</b>            | 15 |
| 3.1 Ulkomaisia tutkimuksia  | 15 |
| 3.2 Kotimaisia tutkimuksia  | 16 |
| <b>4. Henkilöstömitoituksen yhteys työhyvinvointiin</b>                                 | 18 |
| <b>5. Kansainvälisistä henkilöstömitoituksista</b>                                      | 19 |
| <b>6. Henkilöstömitoituksen määrittelyä</b>   | 21 |
| <b>7. Potilaiden hoitoisuus ja sen mittaaminen</b>                                      | 23 |
| 7.1 RAVA  | 23 |
| 7.2 RAI   | 23 |
| 7.3 Rafaela   | 24 |
| <b>8. Henkilöstövoimavarojen hallinnan tunnusluvut</b>                                  | 25 |
| <b>9. Hoitohenkilöstön mitoitukset Suomen lainsäädännössä ja suosituksissa</b>          | 26 |
| 9.1 Terveydenhuollon hoitohenkilöstön mitoitukset                                       | 26 |
| 9.2 Sosiaalialan henkilöstön mitoitukset  | 27 |
| <b>10. Valtakunnallinen ikäihmisten palveluiden laatusuositus ja henkilöstömitoitus</b> | 28 |
| 10.1 Henkilöstömitoituksen sisältö laatusuosituksessa                                   | 28 |
| 10.2 Henkilöstömitoituksen laskeminen   | 29 |
| <b>11. Ikäihmisten hoidon valvonnasta</b>   | 31 |
| <b>12. Aluehallintoviraston huomautuksia mitoitukseen</b>                               | 33 |
| <b>13. Pohdinta ja Tehyn näkemykset</b>   | 34 |
| <b>LÄHTEET</b>  | 38 |
| <b>LIITTEET</b>   | 44 |

# 1 Johdanto

Kaikissa kehittyneissä maissa väestön ikärakenne on muuttumassa merkittävästi. Työikäiset vähenevät, koska syntyvyys on alentunut viimeisten vuosikymmenien aikana. Tämä kehitys johtaa huoltosuhteen epäedulliseen muutokseen. Eliniän pidentyessä lisääntyvät kuitenkin erityisesti toimintakykyiset vuodet. Iäkkään väestön määrällinen kasvu vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin vähemmän kuin terveyttä ja toimintakykyä kohentava kehitys. Palvelutarjonnan vaatimus- ja laatutaso kasvavat ja palveluilta edellytetään uusiutumista, yksilöllisiä ratkaisuja ja joustavaa sovellettavuutta. Myös lääketieteen ja sairaanhoidon tekninen kehitys tuonee kaikenikäisille kansalaisille uusia hoitomahdollisuuksia, jotka laajentavat vaihtoehtoja, mutta myös lisäävät kustannuksia.

Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja edistettävä terveyttä. Taloustilanne asettaa rajat sille, miten kunnat itsehallinnon puitteissa velvoitteensa täyttävät. Kuntarakennemuutoksissa ja kaikissa toiminnoissa on pyrittävä löytämään kustannustehokkaita ratkaisuja. Palveluvaltaisessa sosiaali- ja terveystoimessa tarvitaan sellaisia toimintamalleja, joissa asiakas/käyttäjälähtöinen palvelu toteutuu ja henkilöstön lisästarve minimoituu. Tämä kehityssuunta on yleensä saavutettavissa, kun palveluprosessit ovat sujuvia ja tarkoituksenmukaisia.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista pohtiva työryhmä (STM 2010:19) on arvioinut, että sosiaalipalveluiden työvoimatarve kasvaa voimakkaasti seuraavan 20 vuoden aikana. Lisätarve kohdistuu lähes täysin van-

husten hoito- ja asumispalveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriö arvioi, että toimialalle avautuu pääosin eläköitymisen myötä noin 200 000 työpaikkaa vuoteen 2020 mennessä. Kevan (ennen Kuntien eläkevakuutus) tilastot vahvistavat suurta eläkepoistumaa: vuonna 2008 vakuutettuina olleista sairaanhoitajista siirtyy vuosina 2010–2030 eläkkeelle puolet (49,7 %), perus- ja lähihoitajista yli puolet (60,5 %) ja osastonhoitajista jopa 79,8 % (Halmeenmäki 2009). Luvut perustuvat tilastoista johdettuun laskennalliseen ennustearvioon.

Henkilöstön merkitys laadukkaan palvelun tuottamisessa on kiistaton. Tärkeä laadun rakenteellinen edellytys on sellainen henkilöstömitoitus, joka huomioi määrän lisäksi henkilöstön koulutustason ja eri ammattiryhmät sekä asiakkaiden/potilaiden hoidon tarpeen. Henkilöstömitoituksen ja rakenteen yhteys hoidon laatuun on osoitettu useissa tutkimuksissa, joissa vahvimmat näytöt kohdistuvat potilasturvallisuuteen, potilasvahinkoihin, infektioiden määrään ja lyhentyneeseen hoitoaikaan sairaalassa. Useimmissa tutkimuksissa henkilöstömitoitus todetaan laajaksi syy- ja seuraussuhteeksi, jota ei voi kuvata yhdellä määrällisellä mitoitusluvulla. Mitoitukseen vaikuttavia tekijöitä ovat hoidettavien määrä, palvelutarve ja hoitoisuus sekä henkilöstön osaaminen ja ammattirakenne.

Henkilöstömitoituksen käsitelmääritys ei ole vakiintunutta eikä se kansainvälisesti tai kansallisesti noudata johdonmukaisesti samoja linjauksia. Tutkijat määrittävät käsitteen melko väljästi tutkimuksissaan. Tämän selvityksen hoitotyötaustaiset tutkijat sisällyttivät määrän ohella myös muita laatutekijöitä hen-

kilöstömitoitukseen, kun muilla mitoitus perustui ainoastaan henkilöstön määrään. Henkilöstömitoituksella tarkoitetaan sitä, että riittävät tiedot ja taidot omaava henkilöstö tuottaa määrällisesti ja laadullisesti asianmukaiset palvelut. Toisella tavalla ilmaistuna henkilöstömitoitutus on kannanotto sekä palvelun tuottamiseen tarvittavan henkilöstön määrään että koulutusrakenteeseen. Määritelmässä todetaan myös, ettei henkilöstön mitoitus voi tarkastella irrallaan tehtävän työn kohteista tai tavoitteista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstömitoituksen tasoa ja rakennetta koskevien päätösten tulisi aina olla näyttöön perustuvia (Partanen 2002). Hoitotyössä esimiehet ja johtajat tekevät sekä strategisia että päivittäistoiminnan päätöksiä, jotka koskevat riittävää henkilöstömäärää ja työpanosten tarkoituksenmukaista käyttöä. Henkilöstöpäätösten valmistelu ja toimeenpano edellyttävät vankkoja perusteluja: seurantamenetelmiä, huolellista nykytilan arviointia sekä siitä johtuvia suunnitelmia tavoitteiden saavuttamiseksi.

Kansainvälisiä kokemuksia tulkittaessa ja tutkimustuloksia sovellettaessa on muistettava, että palvelujärjestelmät ovat maittain varsin erilaiset, varsinkin ikääntyneen väestön sairaanhoidon ja muiden palveluiden tuottamisessa. Suomalaista verorahoitteista ympärivuorokautisen hoidon organisaatiota vastaavaa, kattavaa hoitomuotoa ei löydy muualla vanhusten pitkäaikaishoidosta. Muissa Pohjoismaissa vanhustenhoito ei ole samalla tavalla yhteiskunnan vastuulla kuin Suomessa, vaikka se hyvinvointivaltion ydintehtäviin sielläkin kuuluu.

Vanhuspalveluissa on tavoitteena ihmisarvoinen ikääntyminen ja tarpeen mukainen laadukas hoito sekä hyvä elämä hoidettavalle ja hoitajalle. Ikäihmisten hoitohenkilöstön on oltava osaavaa ja määrällisesti riittävää. Kaikilla välittömään hoitotyöhön osallistuvilla työntekijöillä on oltava sosiaali- ja/tai tervey-

denhuollon ammatillinen koulutus sekä perus-, jatko- ja/tai täydennyskoulutuksessa hankittua gerontologista asiantuntemusta. Henkilöstön työhyvinvoinnista, -terveydestä ja -turvallisuudesta on huolehdittava.

Palveluihin ja hoitoon tarvitaan jatkossa enemmän koulutettua hoitohenkilöstöä, jotta ikääntymisestä johtuva hoitotarpeen lisäys voidaan korvata. Terveydenhuollon työpaikkojen vetovoimaisuus, osaajien rekrytoinnin onnistuminen ja hoitohenkilöstön pysyminen oman alan työssä ovat keskeisiä haasteita 2010-luvulla (Meretoja & Koponen 2008). Riittävä mitoitus eli työn edellyttämä henkilöstö työpaikoilla myös houkuttaa kouluttautumaan hoitoammatteihin ja pysymään alalla (Pitkäaho 2011).

Sairaan- ja terveydenhoidon ammatti- ja koulutusrakenteet eivät vastaa toisiaan eri maissa. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöön kuuluvilta edellytetään jokin laillistettu tai nimikesuojattu, koulutukseen perustuva ammattitutkinto. Tutkintoja on useita, joista vain osalle löytyy vastavuus muista maista. Esimerkiksi USA:ssa ja Kanadassa sairaanhoitajat ovat hoitohenkilöstön suurin ryhmä. Sairaanhoitajien ammatti-pätevyys voi olla porrastettua nimikkeen perusosan muuttumatta. Useissa maissa vallitsevan hoitokulttuurin mukaisesti ikäihmisten päivittäistoiminnan avustavista tehtävistä vastaavat suurelta osalta perhe ja suku. Nämä toimivat siis huolenpitotehtävissä ja ammatillinen hoivakäsite on tuntematon.

Tämän selvityksen tarkoituksena on perustella hoidossa tarvittavien henkilöstövoimavarojen optimaalista käyttöä Suomessa, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjun toiminnossa, kirjallisuuden, tutkimusten ja raporttien avulla. Selvityksessä on käytetty myös kansainvälisiä tutkimuksia ja hyödynnetty niistä saatuja tuloslinjauksia. Selvitys toimii apuvälineenä tai ohjeena, kun laaditaan sosiaali- ja terveystoimen palveluissa määrälli-

siä, rakenteellisia sekä koulutukseen ja ammatilliseen toimintaan perustuvia henkilöstösuunnitelmia. Keskustelun henkilöstömitoituksesta tekee ajankohtaiseksi valmistelussa

oleva laki, joka turvaa iäkkäälle henkilölle sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut vanhusten hoidon ja palvelujen toimintaympäristöissä.

## 2

# Väestön ikääntyminen ja ikääntyneiden palvelut Suomessa

Väestö Suomessa ikääntyy nopeasti, mutta eliniän pidentyessä lisääntyvät nimenomaan toimintakykyiset eivätkä raihnaiset vuodet. Koska odotettavissa oleva toimintakykyinen aika on lisääntynyt enemmän kuin elinaika, on toimintarajoitteisten elinvuosien odote jopa hieman vähentynyt (Parkkinen 2007). Vanhemmat ikäluokat säilyvät terveempinä ja omatoimisempina nykytilannetta pidempään. Lisääntynyt palvelutarve koskee iäkkäämpää väestön osaa kuin ennen. Kansalaiset ovat hoito- ja hoivapalveluiden suhteen laatumietoisempia ja osaavat vaatia palveluilta vaikuttavuutta nykyistä painokkaammin.

Eliniän pidentyessä kansansairauksien määrän kasvu saattaa lisätä hoidon tarvetta toimintakyvyn kohentumista voimakkaammin. Palvelu- ja hoivatarve kasvavat ja toimintarajoitteisten määrä pysyy korkeana, vaikka kansalaiset on haastettu huolehtimaan terveydestään pitkäjännitteisemmin. Terveyden ja toimintakyvyn kehitys vaikuttaa sosiaali- ja terveystenonjen kustannuspaineisiin enemmän kuin iäkkäiden määrän kehitys sinänsä (HE 90/2010 vp).

Väestöennusteen mukaan huoltosuhde heikkenee ja pienenevä työväestö joutuu huolehtimaan yhä suuremmasta joukosta lapsia ja vanhuksia. Se aiheuttaa suuria haasteita julkiselle taloudelle, jota taantuma jo nyt rasittaa. Erityisesti terveyspalvelujen kysyntä tulee kasvamaan ja alueiden talous joutuu vastaamaan nykyistä selvästi korkeammista hoivakustannuksista. Kunta- ja palvelurakennetta on kehitettävä niin, että haasteisiin pystytään jatkossakin vastaamaan. Palveluiden saataavuuden, vaikuttavuuden, tehokkuuden ja laa-

dun kehittäminen on keskeisessä roolissa kaikilla työpaikoilla (Parkkinen 2007, Mäkitalo ym. 2010, Lassila ym. 2011).

### 2.1 Määrä kasvaa

Kaikissa EU-maissa väestön ikärakenne on muuttumassa merkittävästi. Työikäiset vähenevät, koska syntyvyys on alentunut. Elinikä on pidentynyt ja vanhuuseläkeläisten määrä kasvaa. Euroopan maista juuri Suomella arvioidaan olevan vuonna 2030 epäedullisin huoltosuhde, jossa 100 työikäistä kohti on 73 huollettavaa (Nieminen 2005).

Kehittyneiden teollisuusmaiden joukossa vain Japanissa ikärakenteen muutos on nopeampaa kuin Suomessa (Mäkitalo ym. 2010.) Tilastokeskus arvioi, että yli 65-vuotiaiden osuus nousee vuoteen 2040 mennessä nykyisestä 17 prosentista 27:een ja vuoteen 2060 mennessä 29 prosenttiin. Eläkeikäisten eli 65 vuotta täyttäneiden ja vanhempien määrä lähes kaksinkertaistuu nykyisestä 905 000:sta 1,79 miljoonaan vuoteen 2060 mennessä (Tilastokeskus 2009). Valtiovarainministeriön laskelmien mukaan ikääntyneiden määrä eri hoitomuodoissa ja jatkuvan hoidon piirissä oli vuonna 2008 noin 157 000. Seuraavan 20 vuoden kuluessa jatkuvaa hoitoa ja hoivaa tarvitsevien määrä todennäköisesti kaksinkertaistuu (Mäkitalo ym. 2010). Laskennalliset luvut perustuvat nykyisen palvelutuotannon mukaisen toiminnan arvioihin eikä niissä ole huomioitu mahdollisia muutoksia palveluiden tuottamistavoissa.

Muistihäiriöiden esiintyvyys kytkeytyy vahvasti väestön ikärakenteeseen. Sulkava arvioi artikkelissaan jo vuonna 2005, että keskivaikeasta ja vaikeasta dementiaasta kärsiviä on Suomessa vuonna 2005 noin 85 000. Vuonna 2010 määrä on jo yli 90 000 ja vuonna 2015 yli 100 000. Tämän lisäksi pääosin itsenäisesti selviytyviä, lievistä dementiaasta kärsiviä potilaita on noin 30 000. Tämän potilasryhmän määrän lisääntyminen merkitsee laitostarpeen suurta kasvua (Sulkava 2005). Samansuuntaiseen tulokseen on päätenyt Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Pelkästään keskivaikean tai vaikean demencian ilmaantuvuuden perusteella lasketaan uusien ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevien määrän yli kaksinkertaistuvan vuoteen 2020 mennessä (Mäkitalo ym. 2010).

Valtionvarainministeriö arvioi, että hoito- ja hoivamenot lisääntyvät vuosittain lähes prosenttiyksiköllä suhteessa bruttokansantuotteeseen (BKT) vuoteen 2020 mennessä, jos tuottavuus säilyy nykyisellään. Vastaavasti 20 vuoden päästä vuotuiset hoito- ja hoivamenot olisivat jo noin 4 miljardia euroa (2,2 % BKT:sta) nykyistä suuremmat siitakin huolimatta, että toimintakyvyn paraneminen vähästyttää laitoshoidon tarvetta. Se puolestaan hillitsee osaltaan terveyden- ja vanhustenhuollon menojen kasvua (Mäkitalo ym. 2010).

## 2.2 Palveluiden järjestäminen

Perustuslain (731/1999) mukaan julkisen vallan on turvattava kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Kunnilla on hyvinvointipalveluiden järjestämisvastuu. Palveluita ei kuitenkaan tarvitse tuottaa itse, vaan yhdessä muiden kuntien kanssa. Ne voidaan myös ostaa yksityisiltä palveluntuottajilta tai kuntayhtymiltä.

Kuntien itsehallinto on vaikuttanut siihen, että palveluja järjestetään hyvin eri tavalla eri

puolella Suomea. Koska palveluita ei ole yhtenäisesti tuoteistettu, laatu ja sisältö vaihtelevat eri organisaatioissa merkittävästi. Kansalaiset eivät pysty perustellusti vertailemaan palveluita. Kilpailuttamisen haasteena on, että hankinta-asiakirjoihin ja sopimukseen on vaikea sisällyttää yksityiskohtaisesti kaikki sellaiset laadun kriteerit, jotka muodostavat hyvän hoivan kokonaisuuden. Sopimuksista, muoto-seikoista tai hankintalainsäädännöstä riippumatta hoivapaikan tarvitsija on aina yksilönä ainutkertainen ja hänen tarpeensa erilaiset kuin muilla. Hoito- ja hoivatyö on työ- ja tietointensiivistä, luonteeltaan vahvasti henkilötyötä ja siksi tuottavuuden parantaminen korvaamalla työvoimaa muilla tuotantopanosilla on hankalaa. Terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluissa on pyrittävä löytämään toimintatapoja, joissa henkilökunnan lisätarve perustuisi mahdollisimman pieneen määrälliseen lisäykseen. Aidosti asiakas/käyttäjälähtöinen ja laadukas palvelu parantaa osapuolten motivaatiota ja tyytyväisyyttä. Kun palveluprosessit ja laadunhallinta ovat kunnossa, yleensä myös tuottavuus on hyvä ja kustannukset kohtuullisia (Parkkinen 2007, Ylikänö 2009, Mäkitalo ym. 2010).

Ikääntymisestä johtuen vanhenevan väestön määrä palveluiden käyttäjinä kasvaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Iäkkäät ovat pääryhmä niin terveysasemilla, poliklinikoilla, tehohoidossa kuin vuodeosastoillakin sekä perusterveydenhuollon että erikoissairanhoidon toimipisteissä. Ikäihmisten hoito on erikoisala, joka vaatii oman erityisosaamisen. Gerontologisen ja geriatrinen osaamisen ja asiantuntijuuden vahvistaminen palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa on välttämätöntä. Koko palvelurakenteen kehittämisen yhteisenä tavoitteena on oltava väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen.

Jos eliniän pidentyessä iäkkäät suoriutuvat jokapäiväisistä toiminnoistaan paremmin

kuin samanikäiset nyt eli toimintakyky säilyy hyvänä pitempään, avuntarve vähenee ikääntymisestä huolimatta. Omaisavun lisäksi alentuisi myös julkisten ja yksityisten hoito- ja hoivapalvelujen kysyntä ikävakiointua vanhusta kohti. Samaan suuntaan vaikuttaa taajama-asumisen yleistyminen, sillä huonokuntoisten on ilman ulkopuolisia palveluja helpompi selvitä taajamissa kuin haja-asutusalueilla. Miesten elinajan naisia nopeampi pidentyminen saattaa osaltaan vähentää terveydenhoidon ja sosiaalipalvelujen tarvetta. Kun tulevaisuudessa yhä useampi vanhus elää puolisonsa kanssa, tarvitsevat he yhdessä vähemmän apua kuin yksin asuvat (Parkkinen 2007).

Suomessa on vanhusten palveluissa ollut viime vuosikymmeninä keskeisenä tavoitteena muuttaa laitoskeskeistä palvelurakennetta avohuollon suuntaan (STM 2008:3). Nykyisin terveyskeskusten vuodeosastojen, vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asiakkaat ja potilaat ovat hoidon tarpeeltaan osittain samankaltaisia. Osana Kaste-ohjelmaa ja Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen toimeenpanoa STM asetti työryhmän, joka valmistelee ehdotuksia ympärivuorokautisen hoiva- ja hoitopalvelujen rakenteiden ja sisällön kehittämisestä sekä asumispalvelujen asiakasmaksujen linjauksista. Lähtöajatuksena on, että iäkkäällä henkilöllä on oikeus kotiin ja arkeen. Lisäksi on pyrittävä minimoimaan eri hoitomuotojen ja -paikkojen välillä tapahtuvat siirrot. Ympäri vuorokautisen hoidon rakenteita ehdotetaan muutettavaksi siten, että nykyisestä kolmiportaisesta ympärivuorokautisesta hoidosta (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit, terveyskeskussairaaloiden vuodeosastot) siirrytään asteittain kohti yksiportaista ympärivuorokautisen hoidon järjestelmää (STM 2010:28).

Vanhuspalveluiden toimintaympäristöt ovat muuttuneet merkittävästi 2000-luvulla. Julkisen sektorin rinnalle on tullut yksityisiä palveluntarjoajia sekä markkinatalouden mu-

kaisia kansallisia ja kansainvälisiä palveluyrityksiä. Kustannustietojen perusteella yksityinen sektori on kasvanut sekä sosiaali- että terveyspalveluissa suhteellisesti selvästi enemmän kuin julkinen sektori. Vuoden 2008 tilastotietojen mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstöstä jo 25 prosenttia työskenteli yksityisten työnantajien toimipaikoissa. (THL 2011).

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen mukaan asumis- ja hoitoympäristöjen on oltava laadukkaita, esteettömiä, turvallisia ja viihtyisiä. Palvelut on toteutettava asiakkaiden tarpeita vastaavasti ja yhdessä palvelua käyttävän ja hänen läheistensä kanssa. Tavoitteena on palveluiden tarjoaminen kotiin tai niiden tuottaminen mahdollisimman kodinomaisissa olosuhteissa. Pitkäaikaishoivaa tarjoavat yksiköt tarvitsevat toimitiloissaan huomattavia uudistuksia. Konkreettista parantamista vaativat yksityisyys kuten oma huone, hygieniatila tai mahdollisuus toivoa asuinkumppania, yhteiset toimintatilat ja ulkoilumahdollisuudet. Lisäksi jokainen pitkäaikaishoidettava tarvitsee yksilöllisen palvelu- ja hoitosuunnitelman, jonka toteutumista seurataan säännöllisesti ja johon tehdään tarvittaessa tarkoituksenmukaiset muutokset (STM 2008:3).

Laitoksissa ja asumispalveluyksiköissä tehtävä työ koetaan fyysisesti ja psyykkisesti rasokkaaksi. Lääkärin ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys -kohorttitutkimuksen mukaan vanhustenhuolto nousi vastauksissa toistuvasti negatiivisesti esiin. Vanhustenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien vastauksissa halukkuus jäädä eläkkeelle, väkivaltatilanteet, psyykinen rasittuneisuus, heikko työkyky, huono terveys ja työtyytyväisyys olivat yleisempiä kuin muualla työskentelevillä (Heponiemi ym. 2008).

Yhteispohjoismaisen Omsorgsvardag i Norden -tutkimuksen Suomen hankeosuuden Hoivan tekijät -loppuraportin mukaan hoivatyöntekijöiden suurin toive vanhustenhuollon

kehittämisessä oli henkilöstön määrän lisääminen. Lisäksi työntekijät toivoivat enemmän aikaa välttämättömälle perushoivalle ja mahdollisuutta kokonaisvaltaisempaan työskentelyyn. Laitoshoidon ja palveluasumisyksikköjen osalta suomalaisten työntekijöiden asiakasmäärä oli selvästi muita Pohjoismaita korkeampi, noin kaksinkertainen. Kotihoidon osalta työpaineessa ei ollut merkittäviä eroja. Perus- ja lähihoitajien, kodinhoitajien sekä hoitoapulaisten mielestä ongelmat hoivatyön laadussa ja riittävydessä kärjistyvät laitoshoidossa: työpaine, fyysiset ja henkiset rasitusoireet, sairauspoissa- ja läsnäolot sekä riittämättömyyden tunne ovat hyvin korkealla, koetut vaikutusmahdollisuudet ja esimiehen tuki

matalalla. Tutkimuksen mukaan neljännes hoivatyöntekijöistä harkitsee työn jättämistä (Kröger ym. 2009). Samansuuntainen tulos saatiin Laineen (2005) väitöskirjatutkimuksessa Hoitajana huomennakin. Joka viides suomalainen hoitaja harkitsi usein työpaikasta lähtemistä, joka kuudes ammatista luopumista. Työolojen kehittäminen terveyskeskusten vuodeosastoilla todettiin molemmissa tutkimusaineistoissa erityisen tärkeäksi. Henkilökunnan vähyys ja vajaus osoittautui jatkuvaksi ja säännönmukaiseksi kaikissa palvelumuodoissa, ja kotipalvelutyössä se näyttäytyi lähes vallitsevana asiainatilana (Laine 2005, Kröger ym. 2009).



## Henkilöstömitoituksen ja -rakenteen yhteys hoidon laatuun

### 3.1 Ulkomaisia tutkimuksia

Kansainvälisten tutkimusten päätelmät ja kaantuvat kahteen ryhmään. Toisessa ovat ne, jotka ovat melko yksimielisiä henkilöstömitoituksen (staffing) yhteydestä hoitotyön tuloksiin (nursing outcomes) ja potilasturvallisuuteen (Van den Heede ym. 2007, Lang ym. 2004, Stanton 2004) ja toisessa ne, jotka pitävät näyttöä yhteydestä riittämättömänä (Salin ym. 2010, Lankshear ym. 2005).

Kun henkilöstömitoitusta on verrattu haitallisiin potilastapahtumiin, on saatu selkeää näyttöä siitä, että potilaiden lisääntynyt määrä hoitajaa kohden vähentää hoidon onnistumista (Aiken ym. 2002). Kanen kirjallisuusanalyysin mukaan löydettiin kirurgisilla potilailla ja tehohoidossa käännteinen yhteys rekisteröityjen sairaanhoitajien mitoituksen ja hoitoon liittyvien komplikaatioiden määrän sekä sairaalakuolleisuuden välillä. Kun hoitajia oli enemmän, ilmeni komplikaatioita selvästi vähemmän. Saman tutkijan mukaan henkilöstömitoitusta tutkittaessa on useimmiten tarkasteltu hoitajien suorittamaa hoitotyön määrää ja kiinnitetty vähemmän huomiota hoitajien koulutustasoon. Kuitenkin osaamisella, koulutuksella ja hoidon organisoinnilla sekä johtamisella on vaikutusta toteutettuun hoitotyöhön ja sen laatuun (Kane ym. 2007.)

Kirjallisuuskatsauksen perusteella Salin ym. (2010) taas toteavat, että vakuuttava tutkimusnäyttö henkilöstömäärän ja hoitotyön tulosten yhteydestä puuttuu. Kahden muun kansainvälisen tutkimuksen mukaan ei ole pystytty riittävän luotettavasti määrittelemään sopivaa hoitohenkilöstön mitoitusta

akuuttisairaaloissa (Lang et al 2004), vaikka suurempi sairaanhoitajamäärä näyttikin johtavan parempiin hoitotyön tuloksiin, jotka kuitenkin olivat heikosti mitattavia (Lankshear ym. 2005).

Mitoitustutkimuksessa on keskitytty henkilöstömitoituksen ja haitallisten potilastapahtumien väliseen yhteyteen (kuolleisuus ja infektiot) eikä hoitotyön positiivisiin tuloksiin. Tämä voi Stantonin (2004) mukaan johtua siitä, että haitalliset tapahtumat dokumentoidaan systemaattisemmin potilasasiakirjoihin kuin hoitotyön tulokset. Buchan ym. (2000) toteavat, että WHO:n raportin mukaan terveydenhuollon henkilöstörakennetta koskevassa tutkimuksessa on vielä merkittäviä puutteita. Henkilöstörakenteen ja terveydenhuollon tehtävien jakaminen eri ammattiryhmien välillä vaatii lisää tutkimusta ja on haaste ammattilaisille, hoitotyön johdolle ja poliitikoille.

Aikenin tutkimuksessa potilaiden määrä hoitajaa kohden oli selkeästi yhteydessä hoidon onnistumiseen. Potilaslisäys hoitajaa kohden kriittisen pisteen jälkeen lisäsi 7 % potilaan todennäköisyyttä kuolla hoidosta aiheutuviin komplikaatioihin tai 30 päivän sisällä kotiutumisesta. Aineisto oli varsin laaja: 232 342 kirurgista potilasta, 10 184 hoitajaa ja 168 sairaalaa. Yhtä sopivaa ja oikeaa mitoitustilua, kriittistä pistettä, ei ollut osoitettavissa (Aiken ym. 2002).

Myös Needleman ym. (2002) selvittivät laajassa tutkimuksessaan sairaalan hoitajien antamaa hoitoa ja hoidon tuloksia. Tilastollinen aineisto sisälsi tiedot 799 sairaalasta ja viidesstä miljoonasta sisätautien ja 1,1 miljoonasta

kirurgisesta potilaasta. Tutkijoiden mukaan suurempi sairaanhoitajien työpanos oli yhteydessä esimerkiksi potilaiden lyhyempään sairaalassaoloaikaan sekä vähempiin virtsatieinfektioihin, ylempään ruuansulatuskanavan vuotoihin ja vähempään määrään keuhkokuumeita. Sairaanhoitajien suurempi työtuntien määrä ja suurempi määrä koulutettuja hoitajia (RN & LPN) oli selkeästi yhteydessä alempaan hoidon aikaisten komplikaatioiden määrään. Keuhkokuumeiden ja virtsatieinfektioiden määrä oli vähäisempi myös silloin, kun hoitajat olivat koulutetumpia, vaikka näiden osalta tilastollinen yhteys oli heikompi.

Raffertyn Englannissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että sairaaloissa, joissa oli matalampi hoitajamitoitus, oli suurempi potilaskuolleisuus. Matalimman hoitajamitoituksen sairaaloissa kuolleisuus oli 26 % suurempi kuin paremmin miehityksessä sairaaloissa (Rafferty ym. 2007.)

Langin kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajien työkuormituksen ja hoitotyön laadun välillä on löydetty yhteys lukuisissa tutkimuksissa kahden vuosikymmenen ajalta. Katsauksessa mukana olleiden tutkimusten perusteella riittävä koulutetun henkilöstön määrä on yhteydessä vähäisempään potilaskuolleisuuteen ja lyhyempiin sairaalajaksoihin. Parempi hoitajamitoitus akuuttisairaloissa on tutkimuksissa yhdistetty matalampaan potilaiden komplikaatiokuolleisuuteen, matalampaan hoidon aikaiseen kuolleisuuteen ja lyhyempään sairaalassaoloaikaan. Tutkijat toteavat kuitenkin, että hoitaja-potilas minimimitoitus ei ehkä ole riittävä yksinään varmistamaan hoidon laatua. Potilaiden hoidon tarve, henkilöstörakenne, hoitajien osaaminen, hoitamisen prosessin osatekijät, teknologian kehittyminen ja organisaation tuki hoitajille tulisi ottaa henkilöstömitoituksessa huomioon (Lang ym. 2004.)

Tässä käsiteltyjen ulkomaisten tutkimusten mukaan hoidon tuloksiin vaikuttaa koulute-

tun hoitohenkilöstön mitoituksen lisäksi monet muutkin tekijät. Sellaisia ovat esimerkiksi sairaaloiden lääketieteellisen hoidon laatu ja siihen sitoutuminen, näyttöön perustuva työskentely, potilaan vaikutusmahdollisuudet valintoihin sekä terveydenhuollon organisointi ja rahoitusjärjestelmä. Kahden viimeksi mainitun tekijän johdosta kansainvälisten tutkimusten tulokset eivät sellaisenaan ole suoraan sovellettavissa Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä.

### **3.2 Kotimaiset mitoitustutkimukset**

Suomessa on vain vähän tutkimuksia henkilöstömitoituksen vaikutuksista hoidon tuloksiin, vaikka aiheesta on keskusteltu paljon (Pitkäaho 2011).

Tervo-Heikkisen (2008) tutkimuksessa todettiin yliopistosairaaloiden osastojen henkilöstömitoitus alhaiseksi kansainväliseen kirjallisuuteen verrattuna. Tutkimuksessa ei pystytty osoittamaan suoraa yhteyttä hoitotyön henkilöstömitoituksen ja toimintaympäristön tai tulosten välillä. Aineiston perusteella oli kuitenkin viitteitä siitä, että kahdeksan potilasta sairaanhoitajaa kohti (8:1) olisi raja-arvo, jonka jälkeen hoitotyön tulokset alkavat heiketä selkeästi.

Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) teki vuonna 2008 vanhusten kotihoidon organisoinnista kysely- ja haastattelututkimuksen. Vastaajat olivat melko laajasti sitä mieltä, että kotihoidossa on asiakkaiden määrään ja työlle asetettuihin tavoitteisiin nähden liian vähän työntekijöitä. Työntekijöiden mukaan resursointi oli riittämätöntä kokonaisvaltaisen hoidon kriteereillä arvioituna. Työntekijät joustivat jatkuvasti ja hoitivat esimerkiksi sairastuneiden tehtäviä, kun sijaisia ei ollut käytettävissä. Työn kuormittavuus lisääntyi ja johti lähes pysyvästi alimitoitettuun työntekijämää-

rään (Haapakorpi & Haapola 2008.) Tulokset ovat samansuuntaisia kuin ne, joita Kröger ym. (2009) ja Laine (2005) saivat omissa tutkimuksissaan.

Voutilaisen kirjallisuuskatsauksen mukaan ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa on näyttöä siitä, että henkilöstömitoitus ja hoitotyön laatu ovat yhteydessä toisiinsa. Matala henkilöstömitoitus eli pieni henkilöstön kokonaismäärä ja sairaanhoitajien vähäinen osuus siinä ovat yhteydessä heikkoon hoidon laatuun. Tulos tukee käsitystä henkilöstön määrän ja rakenteen sekä koulutuksellisen osaamisen merkityksestä tuotetun palvelun laatuun (Voutilainen ym. 2005.)

Henkilöstömitoituksella on yhteys myös potilaiden tyytyväisyyteen. Aallon tutkimuksessa potilaat olivat tyytyväisempiä osastoilla (operatiivinen, konservatiivinen, psykiatrisen, lastentaudit, lastenpsykiatria, naistentautien erikoissairaanhoito), joilla oli sairaanhoi-

tajapainotteinen henkilöstörakenne. Potilastyytyväisyys lisääntyi myös niissä tapauksissa, joissa hoitajaa kohden oli vähemmän potilaita tai potilasmäärä pienempi kuin vertailuyksiköissä (Aalto ym. 2005.)

Partasen väitöstutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan arvioima riittämätön henkilöstömitoitus laski hoitotyön laatua keskimäärin miltei viidenneksen (17 %). Tavanomaista tai keskimääräistä suurempi potilasmäärä, potilaiden suuri ja vaihteleva avun tarve sekä suunniteltu liian vähäinen hoitajamäärä vaikuttivat siihen, että henkilöstö arvioi hoitajamitoituksen liian matalaksi (Partanen 2002.)

Valtaosa suomalaisista hoitotyön henkilöstömitoituksen tutkimuksista on tehty erikoissairaanhoidon toimialueelta. Vain Voutilaisen aineisto kuvaa ikääntyneiden pitkäaikaista laitoshoidoa ja on siten suoraan käytettävissä ikäihmistien hoidon edellyttämän hoitohenkilöstömitoituksen arviointiin.

## 4

# Henkilöstömitoituksen yhteys työhyvinvointiin

---

Aikenin ym. (2002) tutkimuksessa suurempi potilasmäärä hoitajaa kohden oli selkeästi yhteydessä hoitajien työuupumukseen ja työtytymättömyyteen. Langin ym. (2004) kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajien työkuormituksen ja hoidon laadun välinen yhteys on löydetty useissa tutkimuksissa viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana. Kirjallisuuskatsauksessa löydettiin myös heikko yhteys matalamman hoitajamitoituksen ja hoitajien burnout-kokemuksen välillä. Mitoituksen on lisäksi osoitettu olevan yhteydessä hoitajien neulanpistotapaturmien lisääntymiseen (Clarke ym. 2002).

Raffertyn ym. (2007) tutkimuksen mukaan sairaaloissa, joissa oli alempi hoitajamitoitus, hoitajat olivat tyytymättömämpiä työhönsä, heillä oli enemmän uupumusta ja he raportoivat matalammasta hoidon laadusta kuin henkilöstöltään hyvin mitoitetuissa sairaaloissa. Myös Adamsin ja Bondin (2000) sairaalassa työskentelevien hoitajien työtyytyväisyyttä mittaavassa tutkimuksessa hoidon organisointiin liittyvät kysymykset kuten riittävä henkilöstön mitoitus ja oikea rakenne olivat yhteydessä työtyytyväisyyteen.

Salin ym. (2010) toteavat kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen perusteella, että henki-

löstömitoituksella on kiistaton yhteys hoitajien työhyvinvointiin. Tyytymättömyys työhön, emotionaalinen uupumus, työtapaturmien määrä ja stressi lisääntyvät, kun potilaiden määrä kasvaa hoitajaa kohden. Hirvosen (2000) tutkimuksen mukaan matala hoitajamitoitus voi olla yhteydessä lisä- ja ylitöiden lisääntymiseen, ja niillä taas on vaikutusta hoitajien jaksamiseen.

Aallon ym. (2005) mukaan henkilöstö koki työnsä sitä kuormittavammaksi, mitä korkeampia osaston hoitoisuusindeksi ja hoitopäivien lukumäärä olivat. Poliklinikkahenkilöstön työn kuormittavuus oli sitä suurempaa, mitä enemmän oli potilaita tai poliklinikkakäyntejä ja mitä vähemmän oli sairaanhoitajien ja muun hoitohenkilöstön työtunteja. Tutkimuksen päätelmissä todetaan, että liian kuormitettu hoitohenkilöstö ei kykene tarjoamaan parasta mahdollista palvelua.

Hoitajamitoituksen ja työhyvinvoinnin kaikki tutkimukset on tehty akuuttisairaaloissa eikä erityisesti vanhustenhoidon osalta löytynyt tutkittua aineistoa. Tulosten yleistäminen koko sosiaali- ja terveydenhuoltoon tai ikäihmisten hoitoon ei sellaisenaan ole mahdollista, mutta todennäköisesti tulokset ovat samansuuntaisia hoidon eri osa-alueilla.

# 5

## Kansainvälisistä henkilöstömitoituksista

Kalifornia on Yhdysvalloissa ensimmäinen osavaltio, jonka lainsäädännössä on määräykset hoitajien minimimitoituksesta. Lainsäädäntö hyväksyttiin vuonna 1999 ja astui voimaan vuonna 2004. Terveydenhuollon suurista organisaatioista Kaiser Permanente -sairaala otti käyttöön minimimitoitukset jo vuonna 2002. Minimimitoitukseksi asetettiin neljä potilasta hoitajaa kohden sisätautien ja kirurgisilla osastoilla. Mitotukset eivät sisältäneet keskeisiä määräyksiä sairaanhoitajien ja muun henkilöstön osuuksista kokonaismitoituksessa. Tavoitteena oli parantaa minimimitoituksella sairaalan hoitotyön laatua, turvallisuutta ja vetovoimaisuutta. (Neisner & Raymond 2002.)

**Taulukko 1. Kalifornian lainsäädännön mukaiset hoitajien minimimitoitukset 2008.**

Nurse-to-Patient staffing ratios require a minimum number of nurses in specific hospital units during a nurse's shift.

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| Intensive/Critical Care   | 1:2 |
| Neo-natal Intensive care  | 1:2 |
| Operating Room            | 1:1 |
| Post-anesthesia Recovery  | 1:2 |
| Labor and Delivery        | 1:2 |
| Antepartum                | 1:4 |
| Postpartum couplets       | 1:4 |
| Postpartum women only     | 1:6 |
| Pediatrics                | 1:4 |
| Emergency room            | 1:4 |
| ICU patients in the ER    | 1:2 |
| Trauma patients in the ER | 1:1 |
| Step Down                 | 1:3 |
| Telemetry                 | 1:4 |
| Medical/Surgical          | 1:5 |
| Other Specialty Care      | 1:4 |
| Psychiatric               | 1:6 |

Lähde: <http://www.nationalnursesunited.org/issues/entry/ratios>

Kalifornian osavaltion lainsäädäntöä edelsi sekä hoitajajärjestöjen intensiivinen usean vuoden lobbaus että terveysministeriön tutkimus- ja selvitystyö. Lainsäädäntö luotiin takaamaan potilaiden turvallinen hoito sairaaloissa ja helpottamaan hoitajapulaa. Hoitajien työtyytyväisyydellä, työssä jatkamisella ja riittävällä mitoituksella nähtiin olevan vahva yhteys. Vähimmäismitoitukset paransivat työolosuhteita ja vähensivät hoitajien vaihtuvuutta. Myös nuoret kiinnostuivat hoitotyöstä, jossa työolosuhteet ovat kunnossa (Aiken ym. 2010, Coffman ym. 2002, DPE 2011). Lainsäädännön voimaantulon jälkeen rekisteröityjen sairaanhoitajien määrä on lisääntynyt Kaliforniassa 40 % vuosina 1999–2009 (CNA/NNOC 2009).

Kalifornian minimimitoituslainsäädäntö edellyttää, että vähintään puolet minimimitoituksen henkilökunnasta on rekisteröityjä sairaanhoitajia, ja mitoituksen on täyttyvä jokaisessa työvuorossa. Sairaaloiden on lain mukaan nostettava mitoitusta, kun yksittäisten potilaiden tarpeet sitä edellyttävät (Coffman ym. 2002).

Myös Australiassa Victorian osavaltion lainsäädännössä on määräyksiä hoitajien minimimitoituksesta sisätautien ja kirurgian vuodeosastolla sekä vanhusten hoitoyksiköissä. Minimimitoitus on asetettu osastotasolle, jossa on oltava vähintään 5 hoitajaa 20 potilasta kohden. Minimimitoitus on Victoriassa lisännyt rekisteröityjen sairaanhoitajien määrää ja houkutelut hoitajia muusta työstä takaisin hoitotyöhön. Myös oppilaitoksiin hakeutuminen on lisääntynyt merkittävästi. Tutkimusnäyttö hoitajamitoituksen oikeasta ta-

sosta eri toiminnoissa kuitenkin puuttuu (Gerdtz & Nelson 2007, Simoens ym. 2005.)

Euroopan maista Belgiassa on lainsäädäntöä, joka määrittää hoitajien minimimitoitusta osastotasolla. Esimerkiksi kirurgisella osastolla minimimitoitusta on 12 hoitajaa 30 potilasta kohden 24 tunnin sisällä. Valtion rahoitus palvelun tuottamiselle on osin kytketty minimimitoituksen toteutumiseen. (Scott 2003, Van den Heede ym. 2009.)

WHO on julkaissut katsauksen ja suosituksen terveydenhuollon henkilöstörakenteesta (Buchan & O'May 2000, Buchan & Dal Poz 2002) sekä hyväksynyt päätöslauselmia, joissa on nostettu esille hoitotyön ja kätilötyön henkilöstön merkitys kansalaisten hyvinvoinnille ja terveydelle (WHO 2006, 2011). Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN) on antanut suosituksia hoitohenkilöstörakenteen suunnitteluun sekä organisaatioille että poliittiseen

päätöksentekoon (O'Brien-Pallas ym. 2005.) Isossa-Britanniassa on useita suosituksia hoitotyön henkilöstömitoituksiksi, esimerkiksi lastensairaanhoidossa, aikuisten tehohoidossa, mielenterveyshoidossa ja kätilötyössä (Scott 2003.) Maan sairaanhoitajien ammattiliitto, Royal Collage of Nursing, on julkaissut Turvallisen henkilöstömitoituksen oppaan (Ball 2010) ja antanut ohjeistuksia henkilöstömitoituksen suunnitteluun (Buchan 2007).

Yhdysvaltojen sairaanhoitajajärjestö (American Nurses Association, ANA) julkaisi henkilöstömitoituksen periaatelinjauksen ensimmäisen kerran jo vuonna 1999. Henkilöstömitoitusta nähdään järjestössä laajempaan kuin vain yhtenä mitoitustilana. Mitoitukseen vaikuttavia tekijöitä ovat yksikön potilaiden määrä, potilaiden hoitoisuus, hoidon konteksti ja henkilöstön osaaminen (taulukko 2).

**Taulukko 2. American Nurses Association (ANA) The Principles for Nurse Staffing (1999)**

| Muuttuja  | Määritelmä   |
|---|--|
| Potilaat/asiakkaat<br>(Patients)                            | Yksikön potilaiden määrä   |
| Yksikön ja hoidon vaativuus<br>(Intensity of unit and care) | Yksittäisen potilaan ja koko yksikön potilaiden hoitoisuus, hoitoisuuden vaihtelu, kotiutusten ja siirtyvien potilaiden määrä. |
| Hoitoympäristö/konteksti<br>(Context)                       | Fyysinen hoitoympäristö, hoituhuoneet, apuvälineet, tietotekniikka.  |
| Osaaminen<br>(Expertise)                                    | Yksittäisten hoitajien ja koko henkilökunnan kompetenssi. Henkilöstön rakenne, pysyvyys, yhtenäisyys ja ammatillinen kokemus.  |

Lähde: ANA (2005) Utilization Guide for the ANA Principles for Nurse Staffing.

# 6

## Henkilöstömitoituksen määrittelyä

---

Henkilöstömitoituksen määritelmät perustuvat kansainväliseen kirjallisuuteen. Eri tutkimuksissa ja yhteyksissä mitoitukselle on annettu toisistaan eroavia sisältöjä, arviointitapoja sekä painotustekijöitä.

Van den Heeden ym. (2007) Delphi-menetelmällä toteutetussa tutkimuksessa asiantuntijat arvioivat tärkeimmäksi henkilöstömitoitusmuuttujaksi sairaanhoitajan tekemät tunnit potilaspäivää kohden (NHPPD, nursing hours per patient day).

Henkilöstömitoituksia on määritelty ylhäältä-alas (top-down planning) eli mallilla, jossa ministeriö antaa lainsäädännössä tai suosituksissa yleiset minimimitoitukset, joita toteutetaan organisaation ratkaisuihin. Järjestelmä on ns. keskitetty malli. Alhaalta-ylös (bottom-up planning) määrittelyssä tarkastellaan potilaiden hoitoisuutta ja hoitajien työkuormitusta työyksikössä, ja mitoitus määritellään organisaatiokohtaisesti tai yksiköissä toiminnan edellyttämälle tasolle. Järjestelmää kutsutaan hajautetuksi malliksi (Ball 2010.)

Lakshear ym. (2005) ja Stanton (2004) kuvaavat kirjallisuuskatsauksissaan eri tutkimuksissa määriteltyjä henkilöstömitoitustal- leja:

Hoitotyön tunnit potilasta kohden päivässä *‘Hour per patient day (HPPD) – the average total number of patients in hospital divided by the total number of nursing hours of staff on duty. Where this included only productive hours, it may be termed worked hours per patient day (WHPPD)’*

Hoitaja-potilas-suhdeluku *‘Nurse-to-patient ratio – the number of patients for whom one nurse has direct responsibility at any one*

*time. This ratio may relate to RNs alone or to RNs and LPN/LVNs, together known as ‘licensed nurses’*

Partanen (2002) määrittelee henkilöstömitoituksen väitöskirjassaan seuraavasti: *”Henkilöstömitoituksella tarkoitetaan määrällisesti ja laadullisesti asianmukaisten hoitotyön palveluiden tuottamista riittävät tiedot ja taidot omaavien henkilöiden toimesta suurimmalle mahdolliselle määrälle potilaita kustannustehokkaimmalla ja inhimillisesti vaikuttavimmalla tavalla, siten, että halutut potilastuloksen ja henkilöstön tyytyväisyystarpeet tyydytyvät.”*

Aalto ym. (2005) määrittelevät henkilöstömitoituksen seuraavasti: *Optimaalinen henkilöstömäärä ja – rakenne tietyn potilasmäärän tai potilaslaadun hoitamiseksi.*

Pitkäaho (2011) määrittelee väitöskirjatutkimuksessaan mitoituksen seuraavasti: *Hoitotyön henkilöstömitoituksella tarkoitetaan määrällisesti ja laadullisesti asianmukaisten hoitotyön palveluiden tuottamista riittävät taidot ja tiedot omaavien henkilöiden toimesta.*

Voutilaisen ym. (2005) mukaan *Henkilöstömitoitus käsittää kannanoton sekä hoitotyössä tarvittavan henkilöstön määrään että koulutusrakenteeseen.*

Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävarakennesuosituksessa (2007) henkilöstömitoituksen tarkoitus määritellään seuraavasti: *”Henkilöstömitoituksen tarkoituksena on varmistaa asiakasprosessien toimivuus, asiakkaan saama vaikuttava palvelu ja viime kädessä tuloksellinen palvelujärjestelmä. Henkilöstön mitoittamista ei voi tarkastella irrallaan tehtävän työn kohteista ja tavoitteista, joita*

*ovat asiakkaat ja asiakkaiden saama vaikuttava palvelu.”*

Huomioitavaa on, että kaikissa tarkastelluissa selvityksissä hoitotyötaustaiset tutkijat sisällyttivät henkilöstömitoitukseen määrän ja laatutekijät ja muut tutkijat ainoastaan henki-

löstön määrän. Kansainvälisissä tutkimuksissa henkilöstömitoituksen perusteina käytettiin yleisesti sairaanhoitajien työtunteja. Tehdyissä tutkimuksissa ja selvityksissä ei siis ole *käytetty* yhtenäisiä henkilöstömitoituksen perusteita.



# 7

## Potilaiden hoitoisuus ja sen mittaaminen

---

Keskeisimpänä hoitotyön henkilöstötarpeeseen vaikuttavana tekijänä on pidetty potilaiden hoitoisuutta. (Partanen 2002). Optimaalinen henkilöstömitoitus edellyttää mittaamista ja luokitusten systemaattista käyttöä. Vasta niiden perusteella voidaan arvioida, ovatko asiakkaiden ja potilaiden tarpeet ja heille tarjotut palvelut oikeassa suhteessa toisiinsa. Hoitoisuuden luokitusjärjestelmien ongelmana on, että ne antavat tietoa tilanteista ja tarpeista jälkikäteen, mutta eivät ennusta hoidon tarvetta tai sen muutoksia tulevaisuudessa (Rainio & Ohinmaa 2004.)

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytössä erilaisia toimintakykymittareita ja hoitoisuusluokituksia erityyppisiä asiakas/potilasryhmiä sekä optimaalista henkilöstömitoitusta varten. Tällaisia ovat mm. RAVA, Hilmo-luokitus, Vasa-mittari, Mini-Mental State Examination (MMSE), geriatrinen depressio-skaala GDS, FIM-toimintakykymittari, sekä Monitor- ja Senior-Monitor-hoitoisuusmittarit.

Osa mittareista on tarkoitettu erityisesti ikääntyneiden henkilöiden toimintakyvyn ja hoitoisuuden arviointiin, osaa käytetään pääasiassa erikoissairaanhoidon yksiköissä. Käytetyimmät toimintakykymittarit ja hoitoisuusluokitukset vanhusten hoidossa ovat RAVA-indeksi ja RAI-mittari (Resident Assessment Instrument). RAFAELA on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon potilasryhmitys- ja tuoteistusjärjestelmä, jota käytetään hoidon vaatavuusasteen määrittelyssä ja hoitoon tarvittavan henkilökunnan määrän arvioinnissa (Peiponen 2004.)

### 7.1 RAVA-mittari

RAVA-mittari on Suomessa kehitetty kaupallisesti lisensoitu ikäihmisten toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari. Se pohjautuu 12 kysymykseen, joiden avulla muodostetaan vanhusten toimintakykyä ja hoidon tarvetta kuvaava indeksiluku. RAVA-indeksin avulla voidaan vertailla asiakkaiden toimintakykyä ja avun tarvetta eli hoitoisuutta eri palvelumuodoissa. Indeksia käytetään apuna, kun vanhukselle esimerkiksi valitaan sopivaa ja taroituksenmukaista hoitopaikkaa. Toimintakykyä arvioidaan seuraavien toimintojen avulla: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon ja suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti sekä psyyke. RAVA-mittari on helppokäyttöinen ja soveltuu apuvälineeksi kotihoitoon, SAS-toimintaan (Selvitä, Arvioi, Sijoita) ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Mittarin käyttöoikeudet saa hankkimalla lisenssin järjestelmää hallinnoivalta yritykseltä, joka kouluttaa arvioinnin tekijät mittarin oikeaan käyttöön ja tuottaa käyttäjille vertailuraportteja. (FCG 2011, Tilvis 2001.). RAVA-arviointi on yleisin perusterveydenhuollossa hoitoisuuden arviointiin käytetty mittari, ja se on ollut kattavasti käytössä koko Suomen alueella.

### 7.2 RAI-mittaristo

Eräs uudemmista laaja-alaisista vanhusten toimintakyvyn ja hoitoisuuden arviointimittareista on RAI. Mittaristo on kehitetty gerontologisessa tiedeyhteisössä Yhdysvalloissa 1980-luvulla vanhusasiakkaiden hoidon tar-

peen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmäksi. Se perustuu yksilön tarpeiden monipuoliseen systemaattiseen arviointiin. RAI-mittarit ja -tunnusluvut muodostavat työvälineet palvelujen suunnitteluun, tulosten seurantaan, hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan sekä henkilöstön johtamiseen iäkkäiden hoitoketjun kaikilla portailla. RAI-mittaristo on kansainvälisesti hyvin validoitu. Esimerkiksi Yhdysvalloissa kaikkien hoitokotien on käytettävä sitä hoidon laadun arvioimiseen ja raportoitava kuukausittain tulokset 15 laatuindikaattorin osalta. RAI on monipuolinen laatutyökalu, joka mahdollistaa sekä kansainvälisen että kansallisen vertailun (Tilvis 2001, Peiponen 2004).

RAI-mittariston käyttö Suomessa ei vielä ole kattavaa. Vuonna 2009 mittaria käytettiin runsaimmin vanhainkodeissa ja palveluasumisessa, joissa hoito- ja palvelusuunnitelmia oli RAI-kriteerein laadittu kolmasosalle (32%) vanhainkotien ja noin neljännekselle (24%) palveluasumisen asiakkaista. Terveyskeskusten vanhuspotilaista RAI-arvioinnin piirissä oli vain 19 % ja kotihoidossa mittariston käyttö kattoi niukasti 16 % asiakaskunnasta (STAKES 2009.) Järjestelmä on ollut käytettävissä 10 vuotta, mutta kustannussyistä pitkäaikais-hoidon yksiköt eivät ole voineet itsenäisesti päättää kaupallisen tuotteen käyttöönotosta. Osin tästä syystä mittariston käytön kattavuus on kasvanut vain hitaasti ja sen avulla arviointiin vuonna 2009 vasta noin kolmasosa maamme laitoshoidon vanhusasukkaista. Tällä käyttäjämäärällä valtakunnalliset tulokset eivät ole tilastollisesti yleistettävissä.

### 7.3 RAFAELA-hoitoisuusmittari

RAFAELA-hoitoisuusmittari on toinen suomalainen arviointijärjestelmä, jonka kehittäminen aloitettiin vuonna 1992 Vaasan keskussairaalassa ja sen laajempi implementointi

muutamaa vuotta myöhemmin eli 1994–1995. Järjestelmän kokonaisuus muodostuu kolmen hoitoisuusluokitusmittarin yhdistelmästä (Rainio & Ohinmaa 2004.)

RAFAELA™-järjestelmän sisältämien mittareiden avulla voidaan määrittää potilaan hoidossa toteutunut hoitotyön määrä. Työn kirjaaminen tehdään hoitoisuusluokitusmittarin avulla kuudelta eri osa-alueelta suoraan tietojärjestelmään. Järjestelmään kuuluvat erikoissairaanhoidon somaattisilla vuodeosastoilla ja perusterveydenhuollossa käytettävä OPCq-mittari, somaattisilla poliklinikoilla käytettävä POLIHOIq-mittari, psykiatriassa käytettävä PPCq-mittari sekä sädehoitotyössä käytettävä SÄDEHOIq-mittari. Hoitoon käytetyn ja kirjatun hoitotyön määrän perusteella RAFAELA™-järjestelmä tuottaa tiedon hoitotyöhön käytetystä ja tarvitusta hoitajaresursista. Järjestelmä laskee hoitajan keskimääräisen työn määrän kunakin päivänä eli niin kutsutun hoitoisuus hoitajaa kohden -arvon. RAFAELA™-järjestelmään kuuluva PAONCIL-mittari selvittää tiedoista optimaalisen työmäärän hoitajaa kohden ja tuottaa sen ajantasaisena käyttäjälle. Optimaalisessa tilanteessa hoitohenkilökunta on käytössä tehokkaasti, asiakkaat saavat hyvää hoitoa ja hoitohenkilökunta jaksaa tehdä työnsä hyvin, kun työvoimatarve voidaan viiveettä työvuoro kohtaisesti tasata työyksiköiden välillä. (FCG 2011.)

RAFAELA™-järjestelmän käyttäjäorganisaatioita oli Suomessa vuonna 2011 vasta kaksikymmentä. Järjestelmän kaupallisen hallinnoijan ilmoituksen mukaan käyttäjinä on julkisen sektorin ohella myös yksityisiä organisaatioita ja yli 650 yksikköä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Käyttäjiin on liittynyt organisaatioita myös Islannista ja Norjasta (FCG 2011.). Vaikka lukumäärällisesti osallistuvia yksiköitä näyttää olevan paljon, on mittariston kattavuus toimialalla vielä varsin alhainen ja alueellisesti rajoittunut.

## 8

# Henkilöstövoimavarojen hallinnan tunnusluvut

Hoitotyön henkilöstömitoituksen arviointia ja vertailua varten tarvitaan yhtenevät tunnusluvut, joilla kuvataan henkilöstön käyttöä sekä arvioidaan mitoituksen tasoa ja rakennetta (Partanen 2002.) Hoitotyötä ja sen tuloksia mittaavien yhtenäisten tunnuslukujen tuottamista on jatkossa aktiivisesti kehitettävä eri organisaatioiden välisen vertailun mahdollistamiseksi (Tervo-Heikkinen 2008). Maassamme olisi tarve sellaisille kansallisesti yhteneväisille tunnusluville, joiden avulla voitaisiin varmistua riittävästä ja osaavasta henkilöstöresurssista sekä potilaiden hoidon laadusta ja turvallisuudesta (Meretoja ym. 2008.). Salinin ym. (2010) mukaan näyttöön perustuvia henkilöstömitoitusmenetelmiä on tutkittava enemmän, koska Suomessa on vielä vähän aiheeseen liittyvää tutkimusta. Pitkäaho (2011) tuo esille väitöksessään, että terveydenhuollon tietojärjestelmät tallentavat laadukasta tietoa potilasprosesseista ja hoitohenkilöstöstä, mutta eivät kuitenkaan tuota riittävästi käyttökelpoista tietoa henkilöstöhallinnan tarpeisiin.

Henkilöstövoimavarojen hallintaan käytetään Salinin ym. (2010) ja Aallon ym. (2005) mukaan useimmiten kolmenlaisia tunnuslukuja:

- organisaatiolähtöisiä (esimerkiksi hoitotyön määrä, kuormittavuus ja toimintaympäristö)
- potilaslähtöisiä (esimerkiksi potilasprofiilit, -palautteet, hoitokomplikaatiot, hoitopoikkeamat)
- henkilöstölähtöisiä (esimerkiksi asiantuntijuus, ajankäyttö, hyvinvointi)

Pitkäaho (2011) suosittelee, että hoitotyön henkilöstömitoituksen suunnitteluun ja seurantaan tulisi tuottaa osastoilta aikasarjoina tietoa henkilöstömitoituksesta ja hoitotyön tuloksesta. Terveyspalveluiden moniammatillisen johtajiston olisi saatava tunnuslukutiedot helposti tietojärjestelmistä sekä ajantasaiseen että pitkän aikavälin suunnitteluun. Osastoilla pitäisi Pitkäahon mukaan seurata aikasarjoina muun muassa seuraavia asioita:

- kuormitusprosenttia
- tukipalvelujen osuutta
- hoitotyöntunteja hoitopäivää kohti
- sairaanhoitajien osuutta hoitohenkilöstöstä

Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeen (KASTE) yhtenä osana oli hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinta. Tämän (HH)-osahankkeen tarkoituksena oli tuottaa valtakunnallisesti yhteneviin tunnuslukuihin perustuvaa tietoa hoitotyön henkilöstövoimavaroja koskevaan päätöksentekoon. Ensimmäisenä päätettiin määrittää tietojärjestelmäperusteiset hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinnan tunnusluvut erikoissairaanhoidon vuodeosastoille kirjallisuus- ja asiantuntijatieta integroimalla. Kansallisesti yhtenäisten hoitotyön henkilöstöhallinnan tunnuslukujen määrittelylistalle seuloutui yhteensä 41 tunnuslukua. Niitä olivat esimerkiksi: päivystys ja elektiiivisten potilaiden osuus, potilaiden määrä, bruttohoitopäivät ja hoitoisuusluokkien prosenttiosuudet (Pitkäaho & Tervo-Heikkinen 2011.)

## Hoitohenkilöstön mitoitukset Suomen lainsäädännössä ja suosituksissa

Henkilöstön koulutustaso vaikuttaa ratkaisevasti hoitotulokseen ja palvelun laatuun, siksi henkilöstörakenteen ja -määrän tarkoituksenmukainen suhde on keskeinen tekijä ikääntyneiden palvelujen laadukkaassa kehittämisessä. Sellainen henkilöstömitoitus, joka huomioi määrän lisäksi koulutustason ja eri ammattiryhmien osuudet sekä asiakkaiden/potilaiden hoidon tarpeen, on tärkeä rakenteellinen edellytys hoitotyön laadulle. Tutkimusten mukaan iäkkäiden potilaiden toimintakyvyn myönteiset muutokset ovat yhteydessä korkeaan henkilöstömitoitukseen ja vähäiseen vaihtuvuuteen. Matala henkilöstömitoitus taas johtaa erilaisiin laatuongelmiin palvelussa. (Voutilainen ym. 2007, Voutilainen ym. 2006, Voutilainen ym. 2005).

### 9.1 Terveydenhuollon hoitohenkilöstön mitoitukset

Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annettiin vuonna 2008 (STM 2008:37). Siinä ei säädetä henkilöstön mitoituksesta tai resurssista, mutta sosiaali- ja terveysministeriön soveltamisohjeissa edellytetään vähintään ministeriön suositusten mukaista henkilöstömäärää. Ne perustuvat vuosien 2002–2006 oppaisiin ja ohjeisiin. (Liite 1).

Äitiysneuvolatyössä ei ole suosituksia henkilöstömäärästä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä valmistelee ehdo-

tuksia raskausajan ja synnytyksen jälkeisen ajan määräaikaisten terveystarkastusten sisällöistä ja määrästä sekä tarvittavista henkilöstövoimavaroista, osaamisesta ja työnjaosta. Ohjeistus valmistuu vuoden 2012 aikana. (THL 2011.)

Suomessa ei ole fysioterapiapalveluiden henkilöstön mitoitussuosituksia tai lainsäädäntöä, vaikka siitä on runsaasti kansainvälisiä tutkimuksia, selvityksiä ja suosituksia mm. Kanadasta, Australiasta ja Englannista. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on KASTE-ohjelman osahankkeissa arvioida kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien henkilöstötarvetta (Kaste 2009). Kun kunta- ja palvelurakennemuutoksessa muodostetaan suurempia palvelukonaisuuksia, joutuvat kunnat, palvelun tuottajat ja palveluyksiköt tarkistamaan palvelujen järjestämistä ja henkilöstön resursointia. Myös fysioterapiahenkilöstön määrän arviointiin tarvitaan valtakunnallinen suositushanke. Suomen Fysioterapeutit ry on käynnistänyt selvityksen ja taustatietojen keruun fysioterapiapalveluiden ja fysioterapiahenkilöstön nykytilasta perusterveydenhuollossa (Kukka 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008:3) sisältää esimerkkejä vanhusten hoidon ja asiakaspalvelun tarpeeseen, toimintakykyyn ja hyvän hoidon laatuun suhteutetusta ammatillisesta hoitohenkilöstöstä, jota käsitellään yksityiskohdaisemmin tämän selvityksen luvussa 10.

## 9.2 Sosiaalialan henkilöstömitoitukset

Sosiaalialan henkilöstön mitoitus perustuu vain muutamilta osin ja epäsuorasti lainsäädäntöön, lasten päivähoitoa lukuun ottamatta. Mitoitusta ohjaava asiakirja on STM:n julkaisema Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Sen tarkoituksena on selkiyttää sosiaalihuollon keskeisten ammattiryhmien työnjakoa ja muuttaa sosiaalialan tehtävärakennetta vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeisiin sekä hyödyntää täysimääräisesti sosiaalialan uudistuneen koulutuksen tuottamaa osaamista. (STM 2007:14.)

Sosiaalihuoltolaki (710/1982) ei ota kantaa henkilöstömääriin. Lain 10 §:n mukaan kunnassa on oltava ammatillista henkilöstöä sosiaalihuollon toimeenpanoon liittyviä tehtäviä varten. Päihdepalvelujen laatusuosituksessa (STM Oppaita 2002:3) on useita henkilöstömitoitukseen liittyviä suosituksia (Liite 2).

Henkilöstömitoitusten säätely on tarkinta lasten päivähoitossa. Päivähoitoasetus (239/1973, 1345/2006) säätelee hoito- ja kasvatustehtävissä toimivien määrää päiväko-

deissa, perhepäivähoidossa ja leikkitoiminnassa. Asetus määrää säädetyn ammatillisen kelpoisuuden omaavan hoito- ja kasvatushenkilöitten määrän suhteessa hoidettaviin lapsiin yli ja alle 3-vuotiaitten ryhmissä sekä osapäiväryhmissä. Päiväkodissa on oltava suhdeluvun edellyttämä määrä tätä henkilöstöä hoitosuhteessa olevaa ja tosiasiallisesti hoitopaikkaa käyttävää lapsimäärää kohden.

Vaikka päivähoiton henkilöstön mitoitus on säädöksin normitettu, sen käytännön toteutumisessa on ilmennyt runsaasti epäselvyyksiä ja ongelmia. Asetus on tulkinnanvarainen ja mahdollistaa satunnaisen ja lyhyt aikaisen poikkeamisen säädetystä mitoituksen suhdeluvusta. Eduskunnan oikeusasiamies on muun muassa 14.11.2005 antamassaan ratkaisussa (Dnro 821/4/03) arvioinut päivähoitoasetuksen 6 §:n säännöksen henkilöstömitoituksen tulkinnanvaraiseksi siten, ettei se anna selvää vastausta asetuksen soveltamisesta eri tilanteissa. Oikeusasiamiehen mukaan riittävä ja asianmukaisesti koulutettu henkilöstö on välttämätön edellytys päivähoiton kasvatustavoitteiden toteutumiseksi ja lasten turvallisuuden takaamiseksi koko toimintajan (Paunio 2005.)

# 10

## Ikäihmisten palveluiden laatusuositus ja henkilöstömitoitus

### 10.1 Henkilöstömitoituksen sisältö laatusuosituksessa

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2001. Uusittuna se julkaistiin vuonna 2008 (STM 2008:3) nimellä Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Asiakirjassa esitetty välittömään hoitotyöhön osallistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön mitoitus on suositus, varsinaista normisäädöstä alan henkilöstöstä ei ole. Laatusuosituksen hoitohenkilöstömitoitus koskee vanhusten ympärivuorokautista hoitoa vanhainkodeissa, tehostetun palvelun yksiköissä ja vanhuksia hoitavilla terveyskeskusten vuodeosastoilla (Valvira 2011). Kotihoidon henkilöstöstä varsinaisia suosituksia ei ole. Asiantuntijat ja tutkijat ovat kuitenkin laatineet useita oppaita vanhustenhuollon päättäjille, johtajille ja kehittäjille riittävän henkilöstömitoituksen ja -rakenteen varmistamiseksi, toiminnan johtamiseksi ja voimavarojen tarkoituksenmukaiseksi kohdentamiseksi myös kotihoidossa. Tällaisia ovat esimerkiksi Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas (2006) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu sekä osin samojen tutkijoiden tutkimukset ja selvitykset RAI-tietojärjestelmän käyttöönoton perusteluiksi avopalveluissa.

Uusitun laatusuosituksen henkilöstön ja johtamisen strategisissa linjauksissa esitetään, että henkilöstön mitoittamisen peruslähtökohtana on asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve. Tavoitteena on, että kaikilla ikääntyneiden palveluiden välittömässä hoitotyössä toi-

mivilla työntekijöillä on sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillinen koulutus sekä perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa hankittu gerontologinen asiantuntemus. Lisäksi henkilöstön osaaminen on varmistettava sekä terveydenhuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuutta ja ammatinharjoittamisoikeutta koskevan lainsäädännön vaatimuksia että sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuosituksia noudattaen.

Laatusuosituksen mukaista henkilöstömitoitusta suunniteltaessa ja arvioitaessa tulee ottaa huomioon seuraavat seikat:

- asiakkaiden toimintakyky ja tarve
- palvelurakenne, palveluiden tuottaminen ja saatavuus
- henkilöstöön ja työn organisointiin liittyvät tekijät

Laki yksityisten sosiaalipalveluiden valvonnasta (603/1996, 2 luku, 3 §) edellyttää henkilöstön määrän ja toiminnan edellytysten osalta vaatimustasoa seuraavin sanamuodoin:

*”Henkilöstön lukumäärän tulee olla riittävä palvelujen tarpeeseen ja hoidettavien lukumäärään nähden. Toimintayksikössä tulee olla riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä toiminnan edellyttämä henkilöstö. Henkilöstön on täytettävä samat kelpoisuudet kuin mitä kunnan tai kuntayhtymän sosiaalihuollon ammatilliselta henkilöstöltä vastaavissa tehtävissä vaaditaan.”*

Vanhustenhoidon henkilöstömitoituksen on oltava sellainen, että vanhuksen perustarpeista huolehtiminen onnistuu. Valvira on antanut ilmenneiden epäkohtien korjaamiseksi muun muassa ravitsemusta koskevan ohjeen

(3/2011) Vanhusten ravitsemus ja ruokailurytmi. Ravitsemusneuvottelukunnan suosituksen mukaan iäkkäiden on ruokailtava useita kertoja päivässä, sillä he eivät jaksaa syödä suuria aterioita kerrallaan. Aterioiden tulee jakaantua tasaisesti koko päivälle. Illan viimeisen ja aamun ensimmäisen ruokailun välinen yöpaasto ei saa olla yli 11 tuntia. Valvira kehottaa ohjeessaan palveluntuottajia ottamaan toiminnassaan huomioon ravitsemusneuvottelukunnan suositukset ja kiinnittämään erityistä huomiota viimeisen iltapalan ja aamiaisen väliseen aikaan.

## 10.2 Mitoituksen laskeminen

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen mukaisesti henkilöstömitoitukseen lasketaan asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat työntekijät. Esimerkiksi terapiahenkilöstöstä lasketaan mitoitukseen vain heidän asiakastyöpanostaan vastaava työaikaosuus. Esimies tehtävä ei ole välittömään asiakaspalveluun tai välittömään hoitotyöhön laskettavaa. Yksikön muu henkilökunta, joka osallistuu välitöntä hoitotyötä tukeviin ja avustaviin tehtäviin, lasketaan henkilöstömitoitukseen vain siltä osuudelta kuin heidän työnsä on asiakkaan perustarpeisiin vastaamista (auttaminen, peseytyminen, ruokailu, wc-käynnit). Mitoituksessa poissaolevien työntekijöiden työpanos on korvattu sijaisilla. Pysyvä varahenkilöjärjestelmä on tästä syystä sekä perusteltua että välttämätöntä. Myös lääkäri työvoiman saataavuudesta on huolehdittava, vaikka mitoitussuutta ei siitä lasketakaan. (STM 2008:3).

Valtakunnallinen suositus ympärivuorokautisen hoidon ammatillisen henkilöstön vähimmäismääräksi on 0,5–0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. Vähimmäismitoitusta korkeampi vaihtoehto on suositeltavaa, kun asiakkailta on vaikeita somaattisia käytöshäiriöitä tai hoitoympäristön koko ja/

tai rakenteelliset puitteet edellyttävät lisää henkilökuntaa. Jokainen lisätekijä korottaa mitoitusta 0,1 suuruisesti. Mikäli lääketieteellistä hoitoa vaativia on pitkäaikaishoidossa terveyskeskuksen vuodeosastoilla, hoitohenkilöstön vähimmäismitoitus on 0,6–0,7 ja hyvä mitoitus 0,8 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. Mitoituksen lähtökohtana ovat aina asiakkaat tarpeineen riippumatta siitä, minkä nimisessä yksikössä he ovat (STM 2008:3.)

Henkilöstömitoituksessa otetaan huomioon asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve, palvelujen rakenne, tuottaminen ja saataavuus sekä henkilöstöön ja työn organisointiin liittyvät tekijät. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa henkilöstömitoitus tarkoittaa koulutetun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön ja hoidettavien asiakkaiden välistä laskennallista suhdelukua (STM 2008:3.)

**Taulukko 2: Esimerkkejä 25-paikkaisen yksikön työvuorokohtaisista henkilöstötarpeista eri mitoitustasoilla. (STM, Kuntaliitto 2001, mukailen taulukko 5, sivu 24)**

|      | Hyvä mitoitus 0,80/asukas<br>20 hoitajaa/osasto |          | Vähimmäismitoitus<br>0,60/asukas<br>15 hoitajaa/osasto |          |
|------|---|----------|--|----------|
|      | TT  | Mitoitus | TT   | Mitoitus |
| Aamu | 6   | 0,24     | 4  | 0,16     |
| Ilta | 6   | 0,24     | 4  | 0,16     |
| Yö   | 2   | 0,08     | 2  | 0,08     |

Laskelmassa on otettu huomioon ainoastaan henkilökunnan lakisääteiset vapaapäivät; kaksi vapaapäivää/työntekijä/viikko. TT = Hoitotehtäviä suorittavan henkilöstön laskennallinen kokonaismäärä ja Mitoitus = hoitajia/asiakas/työvuoro. Mitoituksessa tulisi ottaa huomioon asiakkaiden toimintakyky ja hoitoisuus sekä erityisesti dementoituneiden määrä.

Hoito- ja laitospulaiset osallistuvat hoitotyöhön avustavana henkilöstönä ja heidän työpanoksestaan voidaan laskea henkilöstömitoitukseen ainoastaan välitön asiakkaan/potilaan avustamisen osuus. Asumispalveluja ja laitoshoidon tarjoavissa yksiköissä tarvitaan

sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi n. 0,1 työntekijää asukasta kohden välttämättömien ammattiryhmien työn-

tekijöitä. Esimiestyötä, terapia-, kuntoutus- tai viriketoiminnan henkilöstöä ei lasketa välittömän hoitotyön henkilöstömitoitukseen.



Valvira on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden valvontaviranomainen, joka vastaa palvelujen lain ja säädösten mukaisesta tuottamisesta, palvelujen laadusta sekä henkilöstön vähimmäistasojen toteutumisesta. Se kerää säännöllisesti ja kattavasti tietoa koko maasta (Valvira 2011). Lisäksi aluehallintovirastot (AVIt) kohdentavat valvontaa säännöllisen tiedonkeruun tulosten osoittamiin riskikohteisiin alueillaan. Ne tekevät tarkastuskäyntejä vanhustenhuollon toimintayksiköihin ja käsittelevät niitä koskevat kantelut ja valitukset.

Myös Eduskunnan oikeusasiamies on osaltaan valvojan roolissa. Oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio pyysi kesäkuussa 2009 lääneiltä selvitystä vanhusten ympärivuorokautisesta hoidosta. Lääninhallitusten (myöhemmin aluehallintovirasto) mukaan ikäihmisten hoidon laatusuositus on hyvä perusta toimintayksikön henkilöstön vähimmäismäärän arvioinnille. Lääninhallitusten kantana oli, että mitoitukseen on laskettava vain sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saanut ammattihenkilöstö. Hoitohenkilöstön lisäksi on oltava erillinen henkilöstö ruokahuolto- siivous- ja pyykkihuollon tehtäviin (Paunio 2009.)

Johtopäätöksissä Paunio (2009) toteaa:

*”Käsitykseni mukaan on tärkeätä, että vähimmäismitoitus toteutuu kaikissa hoitoyksiköissä ja että se toteutuu laatusuosituksessa tarkoitettulla tavalla. Tämä edellyttää, että poissaolevien työntekijöiden osuus korvataan sijaisilla ja että henkilöstö jaetaan eri työvuoroihin siten, että vanhuksille turvataan mahdollisuus riittävään hoitoon kaikkina vuorokauden aikoina. Myös muutokset vanhusten*

*hoitoisuudessa tulee ottaa asianmukaisesti huomioon henkilöstömitoituksessa.”*

*”Käsitykseni mukaan sosiaali- ja terveysministeriön tulee arvioida, onko laatusuositus riittävä turvaamaan ympärivuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten perusoikeuksien toteutumista erityisesti henkilöstömitoituksen osalta, vai tarvitaanko asiassa lainsäädäntöä. Mielestäni lainsäädäntö olisi omiaan turvaamaan laatusuositusta paremmin riittävän henkilöstömitoituksen. Ministeriön tulee mielestäni ottaa kantaa myös siihen, onko lääninhallitusten selvityksissä todettujen puutteiden johdosta henkilöstömitoituksen perusteissa syytä muutoksiin.”*

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot tekivät 11/2010–2/2011 välisenä aikana terveyskeskusten vuodeosastoilla (n = 536) kyselyn, jonka avulla selvitettiin iäkkäiden (75-vuotiaiden ja vanhempien) potilaiden hoidon laatua. Vastausten perusteella hoitohenkilökunnan mitoituksessa oli puutteita. Vanhusten hoidon laatusuosituksen mukaiseen hyvään tasoon (vähintään 0,8 hoitotyöntekijää/ potilas/vrk) ylsi noin joka kymmenes (13 %) vuodeosastoista. Tyydyttävään (0,6–0,7) pääsi yli puolet (65 %) ja alle vähimmäistason (alle 0,6) jäi viidennes (22 %). Raportissa Valvira huomauttaa, että nykyisessä lainsäädännössä ei ole normia terveyskeskusten yleisestä (mm. akuuttihoiton potilaiden) hoitohenkilöstömitoituksesta. (Valvira 2011.)

Valvira selvitti kyselyllä ympärivuorokautisia vanhuspalveluja tuottavien yksiköiden palvelun laatua tietyillä indikaattoreilla maalisi-

kuussa 2010. Se lähetettiin ympärivuorokautista hoitoa tai hoivaa vanhuksille tarjoavien laitosten johtajille. Tarkoituksena oli hankkia perustietoa vanhustenhuollon valvonnan suunnittelun ja toteutuksen tueksi. Laatusuosituksen mukainen henkilöstön vähimmäismitoitus toteutui kahdessa kolmasosassa kyselyyn vastanneista laitoksista. Vähän yli 10 prosentissa laitoksista oli kuitenkin suositeltua vähemmän henkilökuntaa hoidettaviin

nähdessä. Joka neljännessä laitoksessa kaikki ammatilliseen henkilökuntaan kuuluvat eivät täyttäneet kelpoisuusehtoja (Valvira 2010.)

Huomioitavaa on, etteivät laitokset ja palvelua tuottavat yksiköt käyttäneet henkilöstölaskennassa yhtenäistä tai yhteisesti hyväksyttyä laskentatapaa ja siitä syystä ilmoitetut henkilöstömäärät eivät ole sisällöltään samoja tai vertailukelpoisia.

## 12

# Aluehallintoviranomaisten huomautuksia mitoitukseen

---

Aluehallintovirastot ja aikaisemmat lääninhallitukset ovat viimeisten vuosien aikana tehneet päätöksiä vanhustenhuollon valvontaan ja riittämättömään henkilöstömäärään liittyen vanhustenhuollon laitoksissa. Tässä kappaleessa on esimerkinomaisesti nostettu esille muutama ratkaisu. Esimerkeistä käy ilmi laajuus, jolla valvova viranomaisen on henkilöstömitoitusta tarkastellut. Kyseessä ei ole pelkästään minimimitoitustilanne, vaan ratkaisuissa on tarkasteltu laajasti hyvän ja laadukkaan hoidon edellytyksiä.

Lääninhallitus antoi vuonna 2006 Tampereen kaupungille huomautuksen, koska se ei ollut huolehtinut Koukkuniemen vanhainkodin henkilöstön kehittämisestä laadullisesti eikä määrällisesti asukkaiden hoidon vaatimalle tasolle. Lääninhallituksen mukaan Tampereen kaupungin tuli lisätä 103 hoitajaa Koukkuniemen vanhainkotiin, jotta suosituksen mukainen mitoitustilanne olisi riittävä. Päätöksessä nostettiin esille, että vanhainkotien henkilöstömitoitusta arvioitaessa on otettava huomioon asukkaiden toimintakyky ja avuntarve

sekä toimintayksikön koko, rakenteellinen toimivuus, paloturvallisuus ja yksikön tarjoamien erillisten palveluiden vaikutus henkilöstön määrään. (Lääninhallitus 2006).

Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto antoi Attendo MedOne Hoiva Oy:lle maaliskuussa 2011 huomautuksen, koska palveluntuottaja ei ole huolehtinut Vastamajan hoivakodin ammatillisen hoitohenkilöstön riittävydestä. Aluehallintoviraston mukaan Vastamajan hoitohenkilöstön mitoituksen on oltava korkeampi kuin 0,6 työntekijää asukasta kohti. Sen lisäksi muuta henkilökuntaa on oltava 0,1 työntekijää asukasta kohti. Aluehallintoviraston perusteluna oli, että osa asukkaista on muistisairaita ja/tai psyykkisesti ja fyysisesti pitkäaikaissairaita, jotka tarvitsevat paljon hoivaa ja huolenpitoa. Lisäksi hoitotyöntekijöiden vastuualueeseen kuului avustavia keittiö- ja siivoustehtäviä, joihin ei ollut muuta henkilökuntaa. Niin ikään hoivakodin toimintaympäristön rakenteelliset puitteet, monikeroksisuus ja sokkeloiset sekä kapeat kulkuväylät aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita.

Jo 1990-luvun loppupuolelta lähtien on tehty kansainvälistä ja kansallista tutkimusta hoitotyön henkilöstövoimavarojen merkityksestä potilashoidon turvallisuuteen ja tuloksellisuuteen sekä henkilöstön työhyvinvointiin. Vaikuttava tutkimusnäyttö on vielä vähäistä eikä nykyisen tutkimustiedon perusteella pystytä määrittelemään henkilöstön minimimitoituksia eri potilasryhmille tai organisaatioille. Tarkasti määritelty henkilöstömitoitus ei sosiaali- ja terveydenhuollon kompleksisessa toimintaympäristössä yksinään takaa haluttujen tavoitteiden saavuttamista. Jos henkilöstömitoitustiluksia halutaan asettaa, olisi niiden oltava liukuvia ja palvelun tarpeen muutokset tarkoituksenmukaisesti huomioivia.

Hoitotyön henkilöstömitoituksen lainsäädännöstä on kansainvälistä tietoa ja kokemuksia. Esimerkiksi Kaliforniassa hoitajien minimimitoitukset ovat lisänneet koulutettujen sairaanhoitajien määrää sairaaloissa. Australian Victorian osavaltiossa ovat monet hoitotyöstä poissaolleet hoitajat palanneet takaisin hoitotyöhön, kun sairaaloiden hoitajien minimimitoituksesta säädettiin laissa.

Minimimitoituksiin on liitetty myös uhkakuvia, muun muassa se, että osa sairaaloista madaltaa korkeampaa mitoitustaan, jos laissa on määritelty vain henkilöstön minimimäärä. Hoitotyön henkilöstön rakennetta voidaan minimimitoituksia käytettäessä yksipuolistaa ja muuttaa kokonaisuuden kannalta epäedullisempaan suuntaan, jos kalliimpaa sairaanhoitajatyövoimaa korvataan lyhyemmän koulutuksen saaneilla hoitajilla palkkakustannusten pienentämiseksi. Huomiota herättävää tässä katsauksessa käytetyissä kansainvälisis-

sä selvityksissä on se, että niissä lain tasolla annetut hoitajien minimimitoitussäädökset velvoittavat Suomessa annettuja suosituksia vähäisempään hoitajamäärään potilasta tai yksikköä kohden.

Hoitajien minimimitoitukset johtavat myös siihen, että avustavaa henkilöstöä ei palkata ja hoitotyön tehtäväalue laajenee koskemaan ruoka-, siivous- ja muuta huoltoa. Suomessa voidaan havaita ikäihmisten laatusuosituksen mitoitusesimerkkien johtaneen lähinnä tämän uhkakuvan toteutumiseen. Henkilöstömitoitus on ymmärretty kokonaisen henkilöstömääränä ja henkilöstörakenteen yksipuolistamisen oikeutuksena. Mitoitusten laskentatavat eivät ole muotoutuneet yhteismitallisiksi, siksi eri organisaatioiden ja palvelun tuottajien käyttämiä tai ilmoittamia henkilöstömitoitustiluksia ei voida luotettavasti vertailla.

Minimimitoituksen vaikutusta työtyytyväisyyteen on vaikea suoraan mitata. Työtyytyväisyyteen vaikuttaa mitoituksen ohella moni muu asia, esimerkiksi palkkaus, johtaminen ja esimiestyö, työvuorosunnittelu ja työturvallisuustekijät sekä arvostus ja asenteet. Potilaiden hoitoisuuden kasvaessa ja muuttuessa minimimitoitukset eivät välttämättä riitä laadukkaan ja turvallisen hoidon tuottamiseen. Pysyvien vähimmäismitoitusten taustalla on oletus, että terveydenhuollon konteksti pysyy ennallaan ja samanlaisena kuin arviointitietokellä eikä siinä tapahdu minkäänlaisia merkittäviä muutoksia esim. hoitoteknologioiden, tuotantotapojen tai potilaiden tarpeiden ja vaatimusten suhteen.

Tehyn tavoite on turvata iäkkään henkilön palveluissa ammattihenkilöstön määrä ja ra-

kenne suositusta velvoittavammin. Ammattihenkilöstömitoitus on lainsäädännössä suhteutettava palvelutarpeeseen ja toimintakykyyn. Tehyn lausunnoissa on esitetty sekä terveydenhoitolain että vanhuspalvelulain valmisteluvaiheissa, että sosiaali- ja terveystoimintamääräyksiin annetaan asetuksenanto-oikeus henkilöstön rakenteesta ja riittävästä määrästä. Näin eri palvelumuodoissa toiminnan vaativuustaso, sisältö ja laatutekijät sekä tarvittavat painottuisivat pelkkää henkilöstöluokkaa monipuolisemmin ja kuvaavammin. Asiakkaiden/potilaiden tarpeiden ja hoitoisuuden sekä niiden vaihtelujen huomiointi henkilöstövahvuudessa ja -rakenteissa sekä eri organisaatioissa edellyttävät monipuolista arviointia ja jatkuvaa, järjestelmällisesti dokumentoitua seuranta. Kokonaisuus on taattava sekä potilasturvallisuuden että asiakkaiden ja hoitajien hyvinvoinnin näkökulmasta.

Suomalaisessa hoito- ja hoivatyössä on sekä vahvuuksia että mahdollisuuksia. Työ ikäihmisten parissa koetaan mielekkääksi ja kiinnostavaksi. Perinteisesti ammattitietikka on korkeaa ja työhön on sitouduttu vahvasti. Työntekijöiden koulutustaso on ollut muita maita, myös Pohjoismaita korkeampi. Viimeaikaiset palvelu- ja maksurakennemuutokset kiristyneen taloudellisen tilanteen ja säästötoimien paineissa ovat muuttamassa asiaa. Vanhusten hoidon voimakas ympärivuorokautisen laitoshoidon korvaaminen kevyemmillä palveluilla on muuttamassa henkilöstön koulutusrakennetta merkittävästi ja heikentämässä monialaista osaamista. Erityisesti terveydenhuollon ammattihenkilöiden osuus on huolestuttavasti vähentymässä. Ikääntyvän väestön mahdollisuus sairaanhoidollisen asiantuntemuksen käyttöön ja tarvittavan hoidon saantiin on oleellisesti vaikeutunut korostettaessa asumispalveluja ja omatoimisuutta.

Tapa tuottaa ikäihmisten palveluita on suuressa muutoksessa. Moniportaisesta hoidon järjestämisestä siirrytään kohti yksiportaista

organisaatorakennetta. Ikäihmisellä on oltava oikeus kodinomaiseen asumiseen ja arkeen koko elämänsä ajan, palvelutarpeen lisääntymisestä riippumatta. Hänen on myös saatava tarvitsemansa tieto päätöksen teossa ja apu oman toimintakyvyn alentuessa. Palvelurakenteen muutokset on voitava huomioida tarkoituksenmukaisesti ja joustavasti henkilöstörakenteissa palvelutarjonnan sisällön muuttuessa. Jos henkilöstön minimimitoitukset säädetään laissa tietyille palvelurakenteelle ja/tai tietyille nimiselle palvelulle, ovat ne käytännössä jo lain antovaiheessa vanhentuneita eivätkä vastaa nopeasti muuttuvissa palveluissa toiminnan sisällön vaatimuksia.

Ikäihmisten palveluiden henkilöstömitoituksessa on keskeisenä otettava huomioon palvelutarve ja siinä tapahtuvat muutokset. Säännöllisen ja jatkuvan hoidon piiriin tulevat ovat yhä huonokuntoisempia, pääasiassa sairauksien aiheuttaman toimintakyvyn laskun seurauksena. Palveluiden tarve ja asiakkaiden hoitoisuus on arvioitava riittävin aikavälein ja muutoksiin on osattava herkästi reagoida. Arviointiin ja hoitoisuuden mittaamiseen tarvitaan valideja välineitä ja tiedon on oltava vertailukelpoista muihin yksiköihin nähden ja käytettävissä palvelun sekä mitoitusten valvonnassa.

Erilaiset sairaudet ovat suurin syy ikäihmisten omatoimisuuden heikentymiseen, toimintakyvyn laskuun ja avun tarpeen lisääntymiseen sekä palvelujen piiriin hakeutumiseen. Tarvittavat palvelut eivät ole pääsääntöisesti enää avustamista tai henkilöstä huolehtimista, vaan useimmiten asianmukaisen ja riittävän ammattikoulutuksen saaneen antamaa hoitoa. Virheratkaisujen välttämiseksi hoivan ja pitkäaikaisen hoidon erilliselle määrittelylle on perusteltu tarve.

Tehy on esittänyt, että sosiaalihuoltolain mukaisista palveluista käytettäisiin käsitteitä huolto, huolenpito, kotipalvelu ja asumispalvelu ja terveydenhuoltolain mukaiset palvelut

kuvataan käsitteillä kotisairaanhoido, laitoshoito ja hoitotyö. Tämä jako olisi linjassa EU-maiden yhteisesti sopimien pitkäaikaishoidon periaatteitten kanssa. Ainoastaan Suomessa ikäihmisten hoidon rinnalle on otettu hoivan käsite, jota muualla ei tunnisteta.

Hoiva, huolenpito ja hoito ovat käsitteinä nykyisellään riittämättömästi määriteltyjä, ja niiden sisältö on toisistaan erottelematta. Käsitteitä käytetään epätarkasti ja osin toistensa synonyymeinä. Hoiva tarkoittaa henkilöstön avustamista kotona tai kodin ulkopuolella sellaisissa päivittäisissä perustoiminnoissa, joista henkilö ei ilman toisen apua suoriudu. Hoivaa ei voi käyttää ympärivuorokautisen hoidon tai sen järjestämisen synonyyminä. Hoivakäsitteen käyttöä pitäisi joko selkeyttää tai väärinkäsitysten välttämiseksi korvata kokonaan huolenpitokäsitteellä.

Tutkimukset vahvistavat, ettei ole perusteltua asettaa absoluuttisia rajoja sille, kuinka monta potilasta hoitajaa kohden yksikössä on. Toiminnan on oltava joustavaa ja kehityttävä hoidon tarpeen sekä toimintaympäristön muuttuessa. Ennalta määritellyissä mitoituksissa vaarana on se, että toiminnan tavoite kohdentuu hyvän hoitotuloksen sijasta vain määriteltyyn mitoitukseen ja sen täyttymisen valvontaan. Henkilöstömitoitus ei ole erillinen tai itsenäinen irrallinen lukuarvo, vaan arviointinäkökulman on laajennettava asiakkaan palvelutarpeen kokonaisuuden tarkasteluun. Hyvän hoitotuloksen tuottava henkilöstö on ammatillisesti riittävästi koulutettu ja mitoitettu tavalla, joka ottaa henkilöstömäärässä ja -rakenteessa huomioon asiakkaiden/potilaiden hoidon tarpeen, toimintaympäristön, henkilöstövoimavarat ja hoitotyön tulokset.

Terveysturvakeskus (TEO, nykyinen Valvira) antoi lausunnon

vuonna 2007 ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevasta laatusuosituksesta. Valvova viranomaisena ei nähnyt tarpeellisuutta yhtä jäykkää ohjelukuarvoa. Sen mukaan mitoituksen tulisi perustua asukkaiden toimintakykyyn:

*”Jäykän yhden ohjelukuarvon tilalla tulisi henkilöstömitoituksen perustana olla hoitopaikan asukkaiden toimintakyky (hoitoisuus avun tarve), jota seurataan esimerkiksi vuosittain. Valtakunnallinen hoitoisuusmittari voisi olla RAVA-indeksi tai muu vastaava helppokäyttöinen ja nopea ikäihmisen hoitoisuutta mittaava menetelmä.”*

Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen laatu- ja mitoitussuosituksissa on päädytty johtopäätökseen, että henkilöstömitoitusten olisi perustuttava velvoittaviin suosituksiin, tarkan säädöspohjaisen ohjauksen sijasta. Valtakunnallisia lukuja ei voida pitää hyvinä lähtökohdina laatusuosituksen mitoituksiin, koska ne eivät perustu paikallisiin tarpeisiin.

Määrällinen yhden lukuarvon henkilöstömitoitus ei huomioi riittävästi väestörakenteesta, terveyseroista tai sosiaalisista ongelmista johtuvia ja eri tavalla painottuvia palvelutarpeita. Kuntien erilaiset palvelujen järjestämistavat vaikeuttavat toimintojen vertailtavuutta. Osa tuotetuista palveluista on yhteisiä, osa omia ja osa ostopalveluita. Valtakunnallisesti ei ole määritelty eri palvelumuotojen sisältöä. Tilastotieto on puutteellista ja vertailtavuus vaikeaa. Tarkka säädöspohjainen, määrällisesti painottuva henkilöstön mitoituskriteeri voi olla myös rajoite. Yksilöllisesti tarkoitukseenmukaisen ja moniammatillisesti toteutettavan palvelun saanti voi vaikeutua tilanteissa, joissa joko järjestämistavat tai väestön ja yksilön palvelutarpeet ovat jatkuvassa muutoksessa.

## Tehyn näkemys ikäihmisten hoidon henkilöstörakenteesta ja -mitoituksesta

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on oltava asetuksenanto-oikeus ammattihenkilöstön määrästä, rakenteesta ja koulutusvaatimuksista sosiaali- ja terveyspalvelujen toimialalla

- Hoitohenkilöstön mitoituksen perustana on asiakkaiden/potilaiden hoidon ja yksilöllisen palvelun tarve ja oma toimintakyky sekä niissä tapahtuvat muutokset. Ammattihenkilöstön toiminta on näyttöön perustuvaa ja dokumentoitua.
- Kaikilla välittömään hoitotyöhön osallistuvilla on oltava sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillinen koulutus sekä perus-, jatko- ja/ tai täydennyskoulutuksessa hankittua gerontologista asiantuntemusta.
- Tuki- ja avustavissa tehtävissä (esim. puhtaanapito, ruokahuolto, vaatehuolto) on oltava riittävästi kyseisen alan henkilöstöä. Koulutetulle hoitohenkilöstölle on turvattava mahdollisuus perustehtävään eli tehdä näyttöön perustuvaa hoitotyötä.
- Hoitotyössä on oltava potilasturvallisuuden ja asianmukaisen hoidon edellyttämä riittävä koulutettu hoitohenkilöstö jokaisessa työvuorossa ja kaikkina vuorokauden aikoina.
- Palvelun tuottajalla on oltava riittävä ja toimiva varahenkilöstöjärjestelmä henkilöstön poissaolojen korvaamiseksi. Hoitohenkilöstön määrän tulee säilyä myös tilapäisten poissaolojen aikana sovitulla hyväksyttävällä tasolla.
- Henkilöstön hyvinvoinnista, työterveydestä ja -turvallisuudesta on huolehdittava.
- Hoitotyön johdon asema ja mahdollisuus vastata hoitotyöstä ja toiminnan kehittämisestä on turvattava.
- Fyysinen hoitoympäristö on huomioitava henkilöstömitoitusta määriteltäessä. Epätarkoituksenmukaiset, epäkäytännölliset ja ikäihmisten hoitoon soveltumattomat, ahtaat ja sokkeloiset tilat vaativat enemmän henkilöstöä.
- Ikäihmisten hoidon ja palvelujen valvonnan on oltava säännöllistä ja riittävää. Valvonnassa ilmenneet henkilöstörakenne-, -määrä ja -laatuopikkeamat on korjattava sanktioiden uhall.
- Määrällinen yhden lukuarvon henkilöstömitoitus ei huomioi riittävästi muutoksia ja väestörakenteen, terveyserojen sekä sosiaalisten ongelmien aiheuttamia eroja palvelun tarpeissa ja eri tuotantotavoissa.

- Aalto P. Karhe L. Koivisto A-M. & Välimäki M. 2005. Henkilöstöressurssien tarpeen arviointi tietokantojen avulla: Helmi-hanke. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2005.
- Adams A. & Bond S. 200. Hospital nurses' satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 32(3), 536-543.
- Aiken LH. Clarke SP. Sloane DM. Sochalski J. & Silber JH. 2002. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *The Journal of American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- ANA. American Nurse Association. 2005. Utilization guide for the ANA principles for nurse staffing. URL <<http://www.nursing-world.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/NursingStandards/ANAPrinciples/UtilizationGuide.pdf>> 1.11.2011.
- Ball J. 2010. Guidance on safe nurse staffing levels in the UK. Royal College of Nursing (RCN). URL <[http://www.rcn.org.uk/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/353237/003860.pdf](http://www.rcn.org.uk/___data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf)> 20.12.2011.
- Buchan J. & O'May F. 2000. Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals. Special Article. Geneva: World Health Organization. URL <[http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_4\\_2\\_07.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_2_07.pdf)> 20.12.2011
- Buchan J. & Dal Poz M. 2002. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization* 2002;80:575-580. URL <[http://www.who.int/bulletin/archives/80\(7\)575.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(7)575.pdf)> 20.12.2011
- Buchan J. 2007. Nurse workforce planning in the UK. A report for the Royal College of Nursing. URL <[http://www.rcn.org.uk/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/107260/003203.pdf](http://www.rcn.org.uk/___data/assets/pdf_file/0016/107260/003203.pdf)> 22.12.2011
- California A.B. 394. URL <[http://info.sen.ca.gov/pub/99-00/bill/asm/ab\\_0351-0400/ab\\_394\\_bill\\_19991010\\_chaptered.html](http://info.sen.ca.gov/pub/99-00/bill/asm/ab_0351-0400/ab_394_bill_19991010_chaptered.html)> 24.11.2011
- Clarke S.P. Sloane D.M & Aiken L. 2002. Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1115-1119.
- CNA/NNOC (California Nurses Association/National Nurses Organizing Committee). 2009. The Ratio Solution. CNA/NNOC's RN-to-Patient Ratios Work – Better Care, More Nurses. URL <[http://nurses.3cdn.net/cd91f6731ee0c22b41\\_uqm6yx8dy.pdf](http://nurses.3cdn.net/cd91f6731ee0c22b41_uqm6yx8dy.pdf)> 18.12.2011
- Coffman J.M., Ann Seago J. & Spetz J. 2002. Minimum Nurse-To-Patient Ratios In Acute Care Hospitals in California. *Health Affairs* 21 (5), 53–64.
- DPE:2011. Safe-staffing ratios: benefiting Nurses and Patients. Fact Sheet 2011. URL <<http://dpeaflcio.org/wp-content/uploads/Safe-Staffing-Ratios-20112.pdf>> 30.1.2012.
- FCG. 2011. ICT-järjestelmät. Finnish Consulting Group. URL <<http://www.fcg.fi/fin/palvelut/ict-palvelut/ict-jarjestelmat/>> 19.12.2011.



- Finne-Soveri H. & Björkgren M. & Vähäkangas P. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL.
- Gerdtz M.F. & Nelson S. 2007. 5-20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. *Journal of Nursing Management*, 15, 64-71.
- Haapakorpi A. & Haapola I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoido. *Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 35/2008*.
- Halmeenmäki T. 2009. Kunta-alan eläkepoistuma 2010–2030. *Kuntien Eläkevakuutuksen raportteja 2/2009. Kuntien Eläkevakuutus. Helsinki*.
- Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi. *Perustusl. HE 90/2010 vp*.
- Heponiemi T, Sinervo T, Räsänen K, Vänskä J, Halila H & Elovainio M. 2008. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus -hankkeen loppuraportti. *Raportteja 35/2008*. URL [http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkojulkaisut/raportteja08/VR35\\_2008.htm](http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkojulkaisut/raportteja08/VR35_2008.htm) > 30.1.2012.
- Hirvonen L. 2000, Lähtökohtia hoitohenkilökunnan mitoitukseen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Hoitotyön ryhmä, Mitoitustyöryhmä 16.5.2010.
- Kane R. Shamliyan T. Mueller C. Duval S. & Wilt T. 2007. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care* 45(2), 1195-1204.
- Kröger T, Leinonen A. & Vuorensyrjä M. (2009) Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Jyväskylän yliopisto, Sosiaalityön julkaisusarja 6. Hoivatyön arkipäivä Pohjoismaissa -hankkeen loppuraportti. URL < <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkitu/2006/106110Loppuraportti.pdf> > haettu 6.9.2011
- Kukka A. 2011. Terapiahenkilöstötärpeen arviointi kansainvälisten kokemusten valossa. *Raportti 2011*.
- Laine M. 2005. Hoitajana huomennakin. Hoitajien työpaikkaan ja ammattiin sitoutuminen. Turun yliopiston julkaisuja *Annales Universitatis Turkuensis sarja C, osa 233*, Turku.
- Lang T.A. Hodge M. & Olson V. 2004. Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration* 34(7/8), 326–337.
- Lankshear, A.J. Trevor A. Sheldon, T.A. & Maynard A. 2005. Nurse Staffing and Healthcare Outcomes. A Systematic Review of the International Research Evidence. *Advances in Nursing Science* 28(2), 163–174.
- Lassila, J & Valkonen, T. 2011. Julkisen talouden rahoituksellinen kestävyys Suomessa. ETLA no 1237 Keskusteluaiheita.
- Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto. 2011. Vastamajan palvelukeskuksen toiminta. <http://www.avi.fi/fi/virastot/lansijasiasuomenavi/Sosiaalijaterveydenhuolto/Documents/AttendoMedOneVastamajaNokia2011.pdf>
- Lääninhallitus. 2006. Koukkuniemen vanhainkoti sai huomautuksen. Tiedote 30.3.2006. <http://www.laeninhallitus.fi/lh/lansi/bulletin.nsf/vwSearchView/2B52BEE0ABEC6AAC225714100257831>
- Meretoja R. Aschan H. Määttä M. & Kvist T. 2008. Sairaalan vetovoimaa voidaan arvioida. *Premissi 5/2008*. 22-24.
- Meretoja R. & Koponen L. 2008. Vetovoimainen sairaala. Teoksessa: L. Koponen & H. Hopia. *vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008*. Suomen sairaanhoitajaliitto, s. 9-20.

- Mäkitalo R, Hautala U, Narikka J. & Tuukkanen J. (2010) Hyvinvointia kestävästi. Valtiovarainministeriö. Joulukuu 2010. URL < [http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/08\\_muut\\_julkaisut/20110112Hyvinv/Hyvinvointia-kestaevaesti.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/08_muut_julkaisut/20110112Hyvinv/Hyvinvointia-kestaevaesti.pdf)> haettu 14.12.2011
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M. & Zelevinsky K. 2002. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Neisner J & Raymond B. 2002. Nurse staffing and care delivery models: A Review of the Evidence. Kaiser Permanente Institute for Health Policy. URL < [http://xnet.kp.org/ihp/publications/docs/nurse\\_staffing.pdf](http://xnet.kp.org/ihp/publications/docs/nurse_staffing.pdf)>30.1.2012
- Nieminen M. 2005. Eurooppa eläköityy eri tahtiin. Tilastokeskus. URL< [http://www.stat.fi/tup/tietotrendit/tt\\_01\\_05\\_nieminen.html](http://www.stat.fi/tup/tietotrendit/tt_01_05_nieminen.html)>14.12.2011
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus, RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Saarjärvi.
- O'Brien-Pallas L, Duffield C, Tomblin Murphy G, Birch S and Meyer R (2005). Nursing Workforce Planning: Mapping the Policy Trail. International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.
- Parkkinen P. 2007. Riittääkö työvoima terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluihin? Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT-keskustelualoitteita. Helsinki.
- Partanen P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa, Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopion yliopisto painatuskeskus.
- Paunio R-L. 2005. Päivähoitoasetuksessa säädetyn henkilöstömitoituksen toteutumatta jääminen. URL<[http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?\\${APPL}=ereopaa&\\${BASE}=ereopaa&\\${THWIDS}=0.24/1324546404\\_522753&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?${APPL}=ereopaa&${BASE}=ereopaa&${THWIDS}=0.24/1324546404_522753&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)>22.12.2011
- Paunio R-L. 2009. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten hoito ja sen valvonta. URL<<http://www.eduskunta.fi/eaoratkaisut/eaoratkaisut/2009>>19.12.2011
- Peiponen A. (2004) Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatu kriteerit. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2004:2. URL<<http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/a1d489004a176e2694e8fc3d8d1d4668/peiponen.pdf?MOD=AJPERES>> 14.9.2011.
- Pitkäaho T. 2011. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences., no 49. URL<[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0395-2/urn\\_isbn\\_978-952-61-0395-2.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0395-2/urn_isbn_978-952-61-0395-2.pdf)>22.12.2011.
- Pitkäaho T, Partanen P, Miettinen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 2011. Hoitotyön johtaminen kompleksisessä toimintaympäristössä: kaaoksen ja tiukan suunnitelmallisuuden välissä on tila innovatiivisuudelle. *Pro terveys* 6/2011, 4-6.
- Pitkäaho T. & Tervo-Heikkinen T. 2011. Kansallisesti yhtenäisten hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinnan tunnuslukujen määrittäminen: Vuodeosastotunnusluvut erikoissairaanhoidossa. Raportti R1A. Veto voimainen ja terveyttä edistävä terveyden huolto 2009–2011 –hanke. Hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinta –osahanke. URL< [http://www.vete.fi/Raportit/HH/Loppuraportit/HH\\_Raportti\\_R1a.pdf](http://www.vete.fi/Raportit/HH/Loppuraportit/HH_Raportti_R1a.pdf)> 22.12.2011.
- Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M and Aiken LH. (2007) Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis

- of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 175-182.
- Rainio A-K. & Ohinmaa A. 2004. Henkilöstövoimavarojen käytön arviointi RAFA-ELA-hoitaisuusluokitusjärjestelmän avulla. Teoksessa H. Mikkola & M Klavus (toim.) *Terveystaloustiede* 2004. Aiheita 3/2004. Stakesin monistamo, Helsinki 2004. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/muut/Aiheita3-2004.pdf> viitattu 22.11.2011.
- Salin S. Stenberg P. & Aalto P. 2010. Akuuttisairaalan hoitotyön henkilöstöhallinnassa käytetyt tunnusluvut – systemaattinen katsaus. *Hoitotiede* 23(4), 258-272.
- Scott C. 2003. Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues. *Research Reports*. Royal Collage of Nursing. URL<[http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/78551/001934.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf)
- Sean P. Clarke S.P. Douglas M. Sloane & Aiken L. 2002. Effects of Hospital Staffing and Organizational Climate on Needlestick Injuries to Nurses. *American Journal of Public Health* 92 (7), 1115- 1119.
- Simoens S., Villeneuve M. & Hurst J. Tackling nurse shortages in OECD countries. OECD health working papers no. 19. DELSA/ELSA /WD/HEA (2005)1. URL<<http://www.oecd.org/dataoecd/11/10/34571365.pdf>> 25.11.2011
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. (2001) Ikäihmisten hoitoa ja palveluita koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Helsinki 2001. URL<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ikaihminen/ikaihminen.pdf>> 14.9.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Päihdepalvelujen laatusuositus. Oppaita 2002:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työn-tekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 14. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004b. Koulu-terveydenhuollon laatusuositus. Oppaita 18. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006b. Opiskeluterveydenhuollon opas. Julkaisuja 12.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Sosiaali- huollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Julkaisuja 2007:14.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmistien palvelujen laatusuositus. Julkaisuja 2008:3. URL< [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1063089>30.1.2012](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089>30.1.2012).
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:37. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. URL< [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-11139.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11139.pdf)>14.12.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, KASTE-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9 Helsinki. [www.stm.fi](http://www.stm.fi) Julkaisun pysyvä osoite: [http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-00-2778-0](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2778-0)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. URL< [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf)>14.12.2011

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaali- huollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19. URL <[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11731.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11731.pdf)>14.12.2011
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Lausuntoyhteenveto luonnoksesta laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta. URL <[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2664824&name=dlfe-16249.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=dlfe-16249.pdf)> 30.1.2012.
- Stakes. 2002. Kouluterveydenhuollon opas. Oppaita 51. Helsinki.
- Stakes. 2009. <http://info.stakes.fi/finrai/FI/Index.htm>.
- Stanton M.W. 2004. Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. Research in Action, Issue 14. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) URL <<http://www.ahrq.gov/research/nursestaffing/nurses-taff.htm>>8.12.2011
- Sulkava R. 2005. Dementia. Duodecim Terveyskirjasto. URL <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00035#T2](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00035#T2)> 14.12.2011
- TEO. (2007) Lausunto ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevasta laatusuosituksesta. Dnro 3377/00/002/07. URL <[http://www.valvira.fi/tietopankki/lausunnot/lausunto\\_ikaihmissen\\_hoitoa\\_ja\\_palveluja\\_koskevasta\\_laatusuosituksesta](http://www.valvira.fi/tietopankki/lausunnot/lausunto_ikaihmissen_hoitoa_ja_palveluja_koskevasta_laatusuosituksesta)>. > 14.9.2011.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL. 2011a. Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilötö 2008. Tilastoraportti 13/2011. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. URL <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/henkilosto\\_palvelut.htm](http://www.thl.fi/fi_FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/henkilosto_palvelut.htm)> 30.1.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL. 2011b. Neuvolatarkastusten käytännöt kaipaavat yhtenäistämistä. URL <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tiedote?id=26968](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=26968)>14.12.2011
- Tervo-Heikkinen T. 2008. Nursing effectiveness in specialized care hospitals (Hoito-työn vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa). Kuopion yliopisto, 2008. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet, no 162.
- Tilastokeskus.2009.Väestöennuste 2009-2060. Suomen virallinen tilasto. URL <[http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn\\_2009\\_2009-09-30\\_fi.pdf](http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_fi.pdf)> 14.12.2011
- Tilvis R. 2001. Vanhus potilaana. Kirjassa: Geriatria. Toim. Tilvis R, Hervonen A, Jäntti P, Lehtonen A & Sulkava R. Hämeenlinna. Duodecim.
- Vaarama. M. 2009. Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Valtioneuvoston kanslia. Raportteja 3/2009. Helsinki.
- Valvonnan avaimet. Selvitys vanhainkotien ja asumispalveluyksiköiden mitoituspereusteista. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 2001. Hakapaino, Helsinki 2001. <http://www.tesory.com/img/file/valvonta.pdf>
- Valvira. 2010. Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvonta. Valviran kysely palvelua tuottaville yksiköille maaliskuuhuh- tikuussa 2010. URL <[http://www.valvira.fi/files/Vanhusten\\_ymparivuorokautisten\\_palvelujen\\_valvonta.pdf](http://www.valvira.fi/files/Vanhusten_ymparivuorokautisten_palvelujen_valvonta.pdf)>8.12.2011
- Valvira. 2011a. Vanhusten hoidon laatu terveyskeskusten vuodeosastoilla. Selvityksiä 1:2011. Helsinki. URL <[http://www.valvira.fi/files/Selvityksia\\_1\\_2011.pdf](http://www.valvira.fi/files/Selvityksia_1_2011.pdf)> 8.12.2011
- Valvira. 2011b. Ohje 3/2011. Vanhusten ravitsemus ja ruokailurytmi. URL <[http://www.valvira.fi/files/Valvira\\_ohje\\_3\\_2011.pdf](http://www.valvira.fi/files/Valvira_ohje_3_2011.pdf)> 30.1.2012.
- Van den Heede K., Sermeus W., Diya L., Clarke S.P., Lesaffre E., Vleugels A. & Aiken L. 2009. Nurse staffing and patient outcomes

- in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies* 46(7), 928-939
- WHO. 2006. Strengthening nursing and midwifery. Fifty-ninth world health assembly. WHA 59.27. Agenda item 11.17. URL < <http://www.who.int/hrh/resources/WHA59-27.pdf> > 19.12.2011
- WHO. 2011. Strengthening nursing and midwifery. Sixty-fourth world health assembly. WHA64.7. Agenda item 13.4. URL < [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_R7-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R7-en.pdf) > 19.12.2011
- Voutilainen P., Isola A., Backman K. 2005. Laadulla on tekijänsä – Katsaus ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrään ja rakenteeseen. *Hoitotiede* (17) 3/2005 166-175.
- Voutilainen P., Peiponen A., Noro A. & Kauppinen S. 2006. Henkilöstömitoituksen määrittely ja kehittäminen hoitotyön johtajien haasteena ikääntyneiden palveluasumisessa ja pitkäaikaista laitoshoidoa tarjoavissa yksiköissä. *Premissi* 1/2006 33-38.
- Voutilainen P., Kauppinen S., Sinervo T., Finne-Soveri H., Laine M. & Ailasmaa R. Ikääntyneen palveluissa toimivan henkilöstön määrän ja rakenteen kehitys. Raportissa: Voutilainen P. (toim.) *Laatua laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta arviointi*. Stakesin raportteja 2/2007.
- Ylikännö M. 2009. *Julkisten hyvinvointipalveluiden järjestäminen Suomessa*. KSS working papers 2/2009. URL < [www.sorsa-foundation.fi/documents/key20120130113452/dokumentit/KSS%20Ylik%E4nn%F6%20palveluiden%20j%E4rjest%E4minen.pdf](http://www.sorsa-foundation.fi/documents/key20120130113452/dokumentit/KSS%20Ylik%E4nn%F6%20palveluiden%20j%E4rjest%E4minen.pdf) > 30.1.2012.

# Liitteet

## Liite 1

Taulukko 1. Lastenneuvolan, kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon oppaisiin sisältyvät suositukset hoitotyön henkilöstömitoitukseksi sekä henkilömitoitukseen vaikuttavia tekijöitä (STM 2009:20, s. 106)

| Toimintasektori ja lähde                       | Suositus henkilöstömitoitukseksi (laskennallinen)  | Muita henkilöstömitoitukseen vaikuttavia tekijöitä   |
|--|--|--|
| Lastenneuvola<br>STM 2004a                     | 400 lasta/terveydenhoitaja, jos on sijainen, 340 lasta, kun ei ole sijaista.   | Lasten määrän tulee olla alhaisempi, jos terveydenhoitaja työskentelee useammalla kuin kahdella sektorilla, jos alueella on runsaasti maahanmuuttajia tai erityistä tukea tarvitsevia perheitä.  |
| Kouluterveydenhuolto<br>Stakes 2002, STM 2004b | 600 oppilasta/terveydenhoitaja.  | Paikalliset olosuhteet, yhteistyö sekä psykososiaalisen työn vaativuus, erityistukea tarvitsevien koululaisten määrä sekä koulupsykologin ja koulukuraattorin saatavuus.   |
| Opiskeluterveydenhuolto<br>STM 2006b           | Lukiot ja ammatilliset oppilaitokset:<br>600–800 opiskelijaa/terveydenhoitaja<br>Ammattikorkeakoulut ja yliopistot:<br>800–1000 opiskelijaa/terveydenhoitaja<br>2500–3000 opiskelijaa/lääkäri,<br>kun sijaista ei ole. | Opiskelijamäärän on oltava alhaisempi, jos terveydenhoitaja työskentelee useammassa kuin yhdessä toimipisteessä, opiskeluterveydenhuollon käytössä ei ole riittävästi psykologeja eikä muita sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä, työparina ei ole nimettyä opiskeluterveydenhuollon lääkäriä. |

## Liite 2

Taulukko 2. Päihdepalvelujen laatusuosituksen (STM Oppaita 2002:3) liittyvät henkilöstömitoitukseen liittyvät suositukset

|   |
|---|
| Polikliinisen päihdetyön henkilöstömitoituksen tavoitteena on kolme henkilötyövuotta 10 000 asukasta kohti.   |
| Ympäri vuorokautisessa katkaisu- ja vieroitushoidossa henkilöstön mitoitus edellyttää 0,8 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää asiakasta kohti. Joidenkin asiakasryhmien, kuten alaikäisten, huumeiden käyttäjien ja sekakäyttäjien, psyykkisistä ongelmista kärsivien tai päihtyneiden hoidossa ammattikoulutetun henkilöstön tarve saattaa olla 1,5 työntekijää asiakasta kohti.   |
| Kuntoutuslaitoksen henkilöstömitoitus edellyttää laatusuositusten mukaan 0,5 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää kuntoutettavaa asiakasta kohti. Laitosmuotoisessa (huoltosuhteisessa) palveluasumisessa kohtuullisena henkilöstön mitoituksena voidaan pitää 0,3 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää asiakasta kohti. Muuta kuin varsinaiseen asiakastyöhön osallistuvaa henkilöstöä (hallinto, siivous, ruokahuolto jne.) on oltava tarvittava määrä. |
| Polikliinisisissa palveluissa sekä akuutissa laitoshoidossa (katkaisu- ja vieroitushoito sekä päivystys- ja päihtyneiden palveluissa) työvuorot ja henkilöstömitoitus järjestetään siten, että toimintayksikössä on aina vähintään kaksi työntekijää. Samoin muissa yksiköissä, joissa toiminta ja turvallisuus sitä edellyttävät.  |
| Laatusuositusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa olisi oltava vähintään yksi päihdetyöhön erikoistunut työntekijä, jonka tehtävänä on asiakastyön lisäksi kouluttaa muita oman yksikkönsä työntekijöitä ja tehdä yhteistyötä muiden päihdetyötä tekevien ja eri viranomaistahojen kanssa.  |

Lähde: STM 2007:14, s. 60–62

## Liite 3

Sosiaali- ja terveysministeriö

PL 33

00023 Valtioneuvosto

Viite Lausuntopyyntö STM037:00/2009, 30.3.2011

### Tehy ry:n lausunto luonnoksesta laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta

**Tehy ry pitää tärkeänä**, että sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä tarkastellaan ja uudistetaan kokonaisuutena, jonka tavoitteena on kaiken ikäisten kansalaisten oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen kohtelu sekä palvelujen saanti. Lainsäädännöllä tulee turvata saumattomien palveluiden ketju ja toimintojen hallittavuus erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnoilla. Tehy on painottanut asiaa jo uudistamistyön väliraportin lausunnossa (6.8.2010).

**Tehy pitää hyvänä, että** luonnoksessa **lain tarkoituksena on** edistää iäkkäiden henkilöiden hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä eli **siirtyä korjaavista toiminnoista** kokonaisvaltaista **elämänlaatua tukeviin palveluihin**. Muutos voi kuitenkin onnistua vain moniammatillisesti toimien ja ”professioneutraalisti” arvioiden. Palveluiden piiriin tulevat ne iäkkäät henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut tai itsenäinen selviytyminen heikentynyt pääasiassa sairauksien vuoksi. Ikäihmisten sosiaalipalvelujen palveluketjut toimivat tulevaisuudessa yhä tiiviimmin terveydenhuollon rajapinnassa, josta syystä terveydenhuollon ammattiosaimisen vaatimus korostuu entisestään. Kun vanhustenhuolto sisällytetään sosiaalipalveluihin silloinkin kun kyseessä eivät ole huollon ja huolenpidon vaan hoidon palvelut, saattaa tästä muodostua iäkkään henkilön asianmukaisen hoidontarpeen havaitsemiselle merkittäviä esteitä. Hoiva ei ole hoidon synonyymi missään palveluissa.

**Tehy ei voi hyväksyä** sellaista **hoivan määritelmää, jossa se rinnastetaan hoitoon** (3§). Hoiva tarkoittaa henkilön avustamista hänen kotonaan ja kodin ulkopuolella päivittäisissä perustoiminnoissa, joista henkilö ei suoriudu ilman toisen apua. Hoivaa ei voida käyttää tarkoittamaan ympärivuorokautisen hoidon järjestämistä.

**Hoivakäsitteen** käyttöä **pitäisi** rajata ja selkeyttää tai **korvata kokonaan huolenpitokäsitteellä**. Hoivan ja pitkäaikaisen hoidon erilliselle määrittelylle on perusteltu tarve. Lakiluonnoksen 5§:ssä esitetään sosiaalipalveluina kotipalvelu, asumispalvelu ja laitoshuolto ja viittaus terveyden- ja sairaanhoidonpalveluihin. Tehy esittää, että pykälän 15§ otsikon tulisi olla muodossa ”Palvelun järjestäminen”, jonka jälkeen sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut ovat luonnoksessa johdonmukaisesti huoltoa, huolenpitoa, kotipalvelua tai asumispalvelua ja terveydenhuoltolain tarkoittamat palvelut kotisairaanhoidon ja laitoshoidon. Tämä olisi linjassa siihen, että EU-jäsenvaltioiden yhteisesti sopimissa pitkäaikaishoidon periaatteissa ei tunneta käsitettä hoiva. Suomessa se on otettu pitkäaikaishoidon rinnalle ja johtaa lähinnä ikäihmisiä koskevaan epätasa-arvoon ja suoranaiseen syrjintään tai muodostuu esteeksi asianmukaiseen pitkäaikaishoittoon pääsyyn.

Käsitteet hoiva, huolenpito ja hoito ovat riittämättömästi määriteltyjä. Tämä johtaa epäselvyyksiin arvioinnin asiantuntijasta palvelun tarpeen selvittämisessä sekä palvelu/hoitosuunnitelmaan sisällytettävistä asioista ja palveluista. Iäkkään henkilön ja palvelun käyttäjän edun mukaista olisi löytää **yksi nimitys** sille yksilölliselle **suunnitelmalle, jolle** jatkossa **palvelujen saannin oikeus perustuu** ja joka korvaisi erilliset tai irralliset laadittavat palvelu-, hoito- ja kuntoutussuunnitelmat. Yhden kattavan suunnitelman tulee sisältää kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisten toimijoiden osuudet iäkkään henkilön palvelukokonaisuudessa.

**Tehy pitää hyvänä eri viranomaisten yhteistyön velvoitetta**, mutta liian väljänä luonnoksen mainintaa yhteistyön koordinoinnista vastaavan henkilön nimeä-

misestä (8§). Kuntien varsin erilaisista organisaatiokenteista johtuen olisi välttämätöntä lain tasolla määritellä tarkemmin koordinoinnista vastaavan henkilön asemaa ja toimintavaltuuksia sekä tehtävän edellyttämää kelpoisuutta. Viranomaisyhteistyön veloitteen tulisi myös olla kattavasti hallintokuntien rajat ylittävä; esimerkiksi esteettömän ympäristön aikaansaaminen, asioinnin rajoitteiden vähentäminen tai ikäihmisten turvallisen liikkumisen mahdollistaminen.

Lakiluonnoksen 10§:n sanamuodon tulee olla kuntia velvoittavampi iäkkään henkilön terveystarkastusten ja ehkäisevien kotikäyntien järjestämisessä, jos näitä palveluja on tarkoitus saada laajemmin käyttöön. Luonnoksen ilmaus ”kunta voi järjestää...” ei toimi riittävänä kannusteena asian hoitamiseksi.

Iäkkään henkilön palvelutarpeen selvittäminen (11§) on lakiluonnoksen ydinasia ja käytännössä merkittävän tehtäväkokonaisuus palvelun tarvisijan kannalta. Kunnan järjestämisveloitteen osalta se muodostaa myös käytännössä suurimmat haasteet sekä taloudellisesti että henkilöstöhallinnollisesti.

**Tehy ei pidä riittävänä** lakiluonnoksen tekstiä, jossa **palvelutarpeen arviojaksi** nimetään **ainoastaan** sosiaalityöntekijä tai **sosiaaliohjaaja eli sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun lain (272/2005)** mukainen **ammattihenkilö**. Sekä palvelutarpeen selvittäjä että vastuuhenkilö tulee nimetä sosiaalihuollon- tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä sen mukaan mitä iäkkään henkilön palvelutarve edellyttää.

**Tehy pitää välttämättömänä määrittää** vastuuhenkilöksi nimitettävän työntekijän (**vastuutyöntekijä**) **kelpoisuuksia ja toimintaedellytyksiä** laaja-alaiseen ja kokonaisvastuulliseen ohjaus-, neuvonta-, seuranta- ja toteuttamistehtävään lakiluonnoksessa esitettyä tarkemmin. Vastuuhoitajajärjestelmän käyttöönotto avo- ja kotihoitossa on tavoitesuuntana oikea, mutta edellyttää kotiin annettavien palveluiden henkilöstön ammatillisen osaamisen ja määrän lisäämistä. Tehyn käsityksen mukaan arviointi, vastuutyöntekijätoiminta ja ehkäisevät kotikäynnit eivät ole toteutettavissa ilman lisäresursseja minkään ammattiryhmän osalta. Sekä arvioinnin että

vastuutyöntekijän tehtävä edellyttää laillistetun ammattihenkilön toimintavastuuta. Toiminnan edellyttämään lisäresurssointiin ja/tai kustannuksiin lakiluonnos ei ole antanut viitteitä.

Iäkkään henkilön oikeus palveluihin (14§) muodostaa subjektiivisen oikeuden luonteisen pääsyn omiin tarpeisiin perustuvien palveluiden piiriin. Esitys korostaa sosiaalipalveluna annettavia palveluita ja vain viittaa terveydenhuoltolain mukaisiin palveluihin. **Tehy korostaa** edelleen iäkkään ihmisen **sairauksista aiheutuvan toimintakyvyn laskun osuutta palvelutarpeen arvioinnissa** ja arvion kokonaisvaltaista merkitystä yksilölle. Palvelusuunnitelman arviointi ei luonnoksessa esitettyssä muodossa ole riittävän moniammatillinen iäkkään henkilön hyvinvoinnin ja terveyden laaja-alaiseen huomiointiin.

Kokonaisvaltaista iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointia ja palveluja toteutettaessa olisi ollut toivottavaa säädellä myös ammattihenkilöstön määrää ja rakennetta suosituksia sitovammalla tasolla siten, että henkilöstömitoitus on suhteutettu asiakkaan palvelutarpeeseen ja toimintakykyyn. **Tehy on esittänyt** jo terveydenhuoltolain uudistamisen yhteydessä, että **sosiaali- ja terveysministeriölle** lisätään **asetuksenanto-oikeus henkilöstörakenteesta** ja riittävästä henkilömäärästä (13.10.2008). Tämä oikeus kattaisi myös sosiaalihuolto- ja ns. ikälain toiminta-alueet.

**Tehy pitää hyvänä vanhusneuvostojen aseman** vakiinnuttamista ja **vahvistamista** samoin kuin mahdollisimman suurta iäkkään henkilön omaa osallisuutta häntä itseään koskevassa päätöksenteossa. Realistisesti on kuitenkin muistutettava, että palvelun piirissä on myös sellaisia, joilla ei rajoitteistaan johtuen ole kykyä tai mahdollisuutta itsenäiseen päätöksentekoon ja myös heidän osaltaan tulee voida tehdä yhtä lailla oikeudenmukaisia päätöksiä turvallisissa olosuhteissa.

**Tehyn mielestä ikälakiluonnos on tavoitteiltaan oikean suuntainen mutta siitä puuttuu todellinen moniammatillinen ja laaja yhteistyön** ja yhteistoiminnan näkökulma. Se olisi siihen sisällytettävä luonnoksessa esitettyä konkreettisemmin. Perinteinen ammattilurgia tai jonkun ammattiryhmän erityiskorostaminen



ei moniammatillisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudessa lain tasolla palvele yhteisen tavoitteen toteuttamista eikä iäkkään henkilön yksilöllisten tarpeiden mukaisten palveluiden turvaamista.

Helsingissä 31.5.2011

Jaana Laitinen-Pesola  
Puheenjohtaja  
Tehy ry

Marja-Kaarina Koskinen  
Kehittämisyksikön vt. johtaja  
Tehy ry

Lisätietoja:  
Tuulariitta Ruontimo  
Asiantuntija, ThM  
Tehy ry  
0400 512 170



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

**Tehyn tehtävänä on:**

- valvoa ja parantaa jäsentensä taloudellista asemaa
- valvoa ja parantaa palvelussuhteen ehtoja ja ammatillisia, sosiaalisia ja oikeudellisia etuja
- toimia työolosuhteiden kehittämiseksi
- osallistua koulutuksen, ammattitaidon ja terveyden- ja sosiaalihuollon kehittämiseen
- jäsenten keskinäisen yhteenkuuluvuuden lisääminen

**Tehyläiset toimivat** kaikenlaisissa tehtävissä 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 ammatillisia jaostoja, jotka edistävät jäsentensä ammatillista toimintaa.

Tehyn toiminnan perustana on noin 270 ammattiosastoa, jotka hoitavat mm. paikallista edunvalvontaa ja työn kehittämistä työpaikoilla. Kaikki tehyläiset kuuluvat ammattiosastoihin tai Tehyn opiskelijayhdistykseen.

Tehyn jäsenmäärä on 153 000. Tehyyn kuuluu mm. bioanalyytikoita, ensihoitajia, fysioterapeutteja, hammashoitajia, kätilöitä, laboratoriohoitajia, lastenhoitajia, lähi- ja perushoitajia, lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia, mielenterveyshoitajia, osastonhoitajia, röntgenhoitajia, sairaanhoitajia, suuhygienistejä, terveydenhoitajia, toimintaterapeutteja ja ylihoitajia.

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 I, Asemamiehenkatu 4, Itä-Pasila, Helsinki | [www.tehy.fi](http://www.tehy.fi)

## Henkilöstömitoitus

*Jäykkä mitoitus ei yksin takaa hoidon laatua – yksi luku ei riitä henkilöstömitoitukseen.*

Hyvän hoidon ja palvelun kannalta tärkeää on hoitohenkilöstön osaaminen ja koulutetun henkilöstön sijoittuminen oikeisiin tehtäviin. Kaikille palveluille ei ole tarkoituksenmukaista normittaa samaa henkilöstömitoitusta. Yhden lukuarvon mitoitus ei huomioi riittävästi väestörakenteen, terveyserojen, palvelun tarpeen ja toimintaympäristön muutoksia. Se ei myöskään edistä yksilöllisen ja asiakaslähtöisen palvelun tuottamista.

Tehyn tavoitteena on turvata ammattihenkilöstön määrä ja rakenne iäkkään henkilön palveluissa suhteessa asiakkaan palvelutarpeeseen ja toimintakykyyn. Henkilöstömitoituksen määrittelyssä tarvitaan laajaa, palvelutarpeen kokonaisuuden huomioon ottavaa näkökulmaa. Mitoituksessa on otettava huomioon henkilöstömäärä ja -rakenne sekä asiakkaiden hoidon tarve, toimintaympäristö ja hoitotyön tulokset. Tavoitteen toteuttamiseksi Tehy on kannattanut välittömään hoitotyöhön osallistuvan henkilöstön tarkempaa säätelyä STM:n asetusvaltuutuksella.

Mitoitus selvitys on tarkoitettu toimimaan apuna ja ohjeena, kun laaditaan määrällisiä, rakenteellisia sekä koulutukseen ja ammatilliseen toimintaan perustuvia henkilöstösuunnitelmia sosiaali- ja terveystoimen palveluissa. Ajankohtaiseksi keskustelun henkilöstömitoituksista tekee valmistelussa oleva Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystoimen palveluista (vanhuspalvelulaki).

---

**Tehyn julkaisusarja:** A: Tutkimusraportteja • B: Selvityksiä • C: Muistioita • D: Tilastoja • E: Videot • F: Muut julkaisut  
Tehyn selvitykset internetissä: [www.tehy.fi/selvitykset](http://www.tehy.fi/selvitykset)

