



**VANHUSPALVELULAIN HENKILÖSTÖMITOITUSTA KOSKEVAN MUUTOKSEN
VAIKUTUKSET HOIDON LAATUUN, KUSTANNUKSIIN JA PALVELUN-
TARJOAJAN TOIMINTAAN**

Lappeenrannan–Lahden teknillinen yliopisto LUT

Kauppätieteiden pro gradu -tutkielma

2023

Niina Härkänen

Tarkastajat: Professori Ari Jantunen

Tutkijaopettaja Anni Tuppuru

TIIVISTELMÄ

Lappeenrannan–Lahden teknillinen yliopisto LUT

LUT-kauppakorkeakoulu

Kauppätieteet

Niina Härkänen

Vanhuspalvelulain henkilöstömitoitusta koskevan muutoksen vaikutukset hoidon laatuun, kustannuksiin ja palveluntarjoajan toimintaan

Kauppätieteiden pro gradu -tutkielma

2023

82 sivua, 4 kuvaa, 4 taulukkoa ja 1 liite

Tarkastajat: Professori Ari Jantunen ja Tutkijaopettaja Anni Tuppura

Avainsanat: vanhuspalvelulaki, henkilöstömitoitus, laatu, talous, henkilöstön saatavuus

Lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980 (Vanhuspalvelulakiin) tuli lokakuussa 2020 voimaan muutos, jossa määritettiin tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksiköissä välitöntä asiakastyötä tekevän henkilöstön vähimmäismitoitus. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, millaisia vaikutuksia lakimuutoksella on ollut palvelujen tarjoajien toimintaan. Tutkimus on toteutettu kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että palveluntarjoajilla on ollut vaikeuksia lain vaatiman henkilöstömitoituksen täyttämässä henkilöstöpulan vuoksi. Täyttääkseen vaaditun mitoituksen, palveluntarjoajat ovat muun muassa lisänneet lyhytaikaisten sijaisten käyttöä, turvautuneet vakituisten työntekijöiden joustoihin sekä vähentäneet asiakaspaikkoja. Lain voimaantulolla on ollut sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia hoidon laatuun. Organisaatioissa, joissa työtä on organisoitu uudelleen, otettu käyttöön uusia tehtäväkuvia ja lisätty moniammatillisuutta on kyetty lisäämään asiakkaiden kuntouttavaa ja viriketoimintaa, millä on ollut positiivisia vaikutuksia asiakkaiden toimintakykyyn ja vireystilaan. Toisaalta lyhytaikaisten sijaisten käyttö on lisääntynyt, millä on saattanut olla negatiivinen vaikutus hoidon laatuun. Lisäksi henkilöstöpula kuormittaa vakituista henkilöstöä. Suuremman henkilöstömitoituksen ylläpitämisellä on ollut myös merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Henkilöstökulut ovat kasvaneet, ja etenkin vuokratyövoiman käyttö on ollut kallista. Lisäksi asiakaspaikkojen sulkeminen vähentää tuloja. Kasvaneiden kulujen kattamiseksi yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat ovat pyrkineet pääsemään sopimukseen hinnoista kuntien tai hyvinvointialueiden kanssa. Julkisenpuolen rahoitus tulee verovarosta. Ainostaan yksi kahdeksasta haastateltavasta uskoi, että suurempi henkilöstömitoituksella olisi saattanut olla sellaisia laadullisia vaikutuksia, jotka olisivat voineet kompensoida syntyneitä lisäkustannuksia.

ABSTRACT

Lappeenranta–Lahti University of Technology LUT

School of Business and Management

Business Administration

Niina Härkänen

The effects of the change in the personnel dimensioning of the Elderly Services Act on the quality of care, costs and the operation of the service provider

Master's thesis

2023

82 pages, 4 figures, 4 tables and 1 appendage

Examiners: Professor Ari Jantunen and Associate professor Anni Tuppurä

Keywords: elderly services act, staffing, quality, economy, staffing shortage

In October 2020, an amendment of the Elderly Services Act entered into force, which defines the minimum number of personnel working directly with customers. The purpose of this study is to find out what kind of effects the change in the law has had on the activities of service providers. The research was carried out as a qualitative study. The results of the study show that the service providers have had difficulties in achieving enough personnel due to a shortage of personnel. To meet the required staffing, service providers have increased the use of short-term substitutes, resorted to the flexibility of permanent employees, and reduced customer positions. The entry into force of the law has had both positive and negative effects on the quality of care. In organizations where work has been reorganized, new job descriptions have been introduced and multi-professionalism has been added, it has been possible to increase the clients' rehabilitative and stimulating activities, which has had positive effects on the clients' ability to function and their state of alertness. On the other hand, the use of short-term substitutes has increased, which may have had a negative effect on the quality of care. In addition, the staffing shortage puts a strain on permanent staff. Maintaining a larger staff size has also had significant financial effects. Personnel costs have risen, and the use of temporary labor has been expensive. In addition, closing resident places reduces income. To cover the increased costs, private and third sector operators have tried to reach an agreement on prices with municipalities or welfare regions. The financing of the public sector comes mainly from tax funds. Only one of eight interviewees believed that a larger number of personnel could have had such qualitative effects that could partially compensate for the additional costs incurred.

KIITOKSET

Kiitokset ohjaajilleni Ari Jantuselle ja Anni Tuppuralle tuesta ja neuvoista, joita sain prosessin aikana. Kiitos myös kaikille niille, jotka auttoivat minua tutkimuslupien hakemisessa ja haastateltavien rekrytoinnissa. Erityiskiitokset kaikille haastatteluihin osallistuneille. Haluan myös kiittää perhettäni ja ystäviäni kärsivällisyydestä ja saamastani tuesta tutkimusprosessin aikana.

Sisällysluettelo

Tiivistelmä

Abstract

Kiitokset

1	Johdanto.....	7
1.1	Tutkimuksen tavoite, tutkimuskysymykset ja aiheen rajaus.....	9
1.2	Tutkimusmenetelmä ja aineisto.....	10
1.3	Teoreettinen viitekehys ja aikaisempi tutkimus.....	11
1.4	Työn rakenne.....	16
1.5	Tutkimusprosessi.....	16
2	Henkilöstömitoitus ja keinot riittävän henkilöstön varmistamiseksi.....	18
2.1	Henkilöstömitoitus.....	18
2.2	Keinot riittävän henkilöstön varmistamiseksi.....	20
2.2.1	Lyhyen aikavälin strategiat.....	21
2.2.2	Pitkän aikavälin strategiat.....	23
3	Henkilöstömitoituksen vaikutukset hoidon laatuun ja taloudellisiin tekijöihin.....	27
3.1	Henkilöstömitoituksen vaikutukset hoidon laatuun.....	27
3.2	Hoidon laadun ja henkilöstömitoituksen vaikutus taloudellisiin tekijöihin.....	31
3.2.1	Henkilöstöön ja henkilöstöstrategioihin liittyvät kustannusvaikutukset.....	32
3.2.2	Laadullisten tekijöiden vaikutus kustannuksiin.....	33
4	Tutkimusmenetelmä ja – aineisto.....	37
4.1	Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu.....	37
4.2	Tutkimusaineisto ja aineiston analysointi.....	39
5	Tutkimustulokset.....	41
5.1	Lain vaatiman henkilöstömitoituksen toteutuminen sekä vaaditun henkilöstömitoituksen alittumiseen johtaneet syyt.....	41
5.2	Palveluntarjoajien käyttämät keinot riittävän henkilöstömitoituksen varmistamiseksi.....	43
5.2.1	Lyhyenaikavälin strategiat.....	44

5.2.2	Pitkän aikavälin strategiat	46
5.3	Henkilöstömitoituksen vaikutukset hoidon laatuun	51
5.4	Henkilöstömitoituksen vaikutukset henkilöstöön	55
5.5	Laadullisten tekijöiden ja henkilöstömitoituksen taloudelliset vaikutukset.....	58
5.6	Yhteenveto tuloksista ja pohdinta	61
6	Johtopäätökset	68
6.1	Vastaukset tutkimuskysymyksiin.....	68
6.2	Tutkimuksen rajoitteet ja luotettavuus	72
6.3	Tutkimuksessa esiin nousseet kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet	73
6.4	Lopuksi.....	75
	Lähteet	76

Liitteet

Liite 1: Haastattelujen teemat

Kuvaluettelo

Kuva 1: Teoreettinen viitekehys

Kuva 2: Käytettyjen artikkelien ajallinen ja alueellinen jakauma

Kuva 3: Tutkimusprosessi

Kuva 4: Henkilöstömitoituksen asteittainen voimaantulo hallituksen ehdotus lykkäyksestä huomioon (THL 2022a).

Taulukkuuettelo

Taulukko 1: Tutkimusten lähestymistavat aiheeseen

Taulukko 2: Henkilöstömitoituksen vaikutukset

Taulukko 3: Riittävän henkilöstön varmistamiseksi käytetyt strategiat

Taulukko 4: Haastatteluissa esille tulleet taloudelliset kannustimet

1 Johdanto

Yli 60-vuotiaiden määrä ja osuus maailman väestöstä kasvaa. Vuonna 2019 yli 60-vuotiaita oli miljardi. Määrä kasvaa 1,4 miljardiin vuoteen 2030 mennessä ja 2,1 miljardiin vuoteen 2050 mennessä. Tämä historiallisesti merkittävä muutos maailman väestössä edellyttää muutoksia yhteiskuntien rakenteeseen kaikilla sektoreilla kuten myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. (WHO 2022a.) Väestön ikääntyessä myös pitkäaikaishoitoa tarvitsevien määrä kasvaa. Vaikka ikääntyneiden ihmisten toimintakyky heikkenee he tarvitsevat edelleen hyvinvointia ja kunnioitusta. Laadukas pitkäaikaishoito on avainasemassa, jotta iäkkäille voidaan tarjota perusoikeuksien ja ihmisarvon mukaisesti tukea toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (WHO 2022b.) Jotta ikääntyneiden laadukkaan hoidon järjestäminen olisi mahdollista, on varmistettava riittävä hoitohenkilöstön määrä. Useissa tutkimuksissa henkilöstömitoituksella on havaittu olevan yhteys hoidon laatuun (McHugh, Aiken, Sloane, Windsor, Douglas & Yates 2021).

Suomessa on viimevuosina ollut vilkasta keskustelua useisiin hoitoalan ongelmiin liittyen. Vuonna 2019 keskusteluun nousi vanhusten ympärivuorokautiseen hoitoon liittyvät puutteet ja epäkohdat, joiden arvioitiin vaarantavan ikäihmisten oikeus hyvään hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun (HE 4/2020). Tämän huolen pohjalta Lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980 (Vanhuspalvelulakiin) tuli lokakuussa 2020 voimaan muutos, jonka mukaan tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksiköissä on oltava vähintään 0,7 välitöntä asiakastyötä tekevää työntekijää asukasta kohden. Lain voimaantulolle annettiin siirtymäaika siten, että muutokset tulevat voimaan asteittain niin, että lain voimaantullessa mitoituksen oli oltava vähintään 0,5 ja lopulliseen 0,7 tavoitteeseen tulee päästä 1.4.2023 mennessä (HE 4/2020).

Vaikka lakimuutoksen asteittaisesta voimaantulosta on jo kulunut aikaa, keskustelu hoidon laadusta jatkuu edelleen. Helsingin Sanomat uutisoi tammikuussa 2023, että aluehallintovirastoon vireille tulleiden vanhusten asumispalvelua koskevien valvontojen ja kanteluiden määrä on vuonna 2022 lisääntynyt lähes samalle tasolle, kuin niitä oli vuoden 2019 hoivakriisin aikana (Rajamäki, Silvennoinen & Siniauer 2023). Artikkelissa tuodaan esille, että määrään vaikuttaa ihmisten parempi tietoisuus mahdollisuudesta ilmoitusten tekemiseen.

Siinä ei kuitenkaan oteta kantaa esimerkiksi siihen, kuinka paljon kanteluiden määrä on lisääntynyt Tehyn kehotettua jäseniään ilmoittamaan matalalla kynnyksellä AVIin kaikista vaaratilanteista.

Vuonna 2022 keskustelu siitä, kuinka riittävä henkilöstö saadaan varmistettua, kiihtyi. THL julkaisi elokuun 2022 lopussa tiedotteen, jossa se kertoi, että henkilöstömitoituksen toteuttamiseksi tarvittaisiin 3400 lisähoitajaa. Hoitajien rekrytoinnissa on kuitenkin usein epäonnistuttu, koska koulutettua henkilökuntaa ei ole ollut riittävästi saatavilla. (THL 2022b.) Henkilöstön riittävyysongelmien vuoksi hallitus päätti syyskuun 2022 lopussa esittää lykystä 0,7 henkilöstömitoituksen voimaantulolle siten, että se tulisi voimaan joulukuussa 2023. Samaan aikaan hoitajajärjestöt kävivät työehtosopimusneuvotteluja, joiden tavoitteena oli alan veto- ja pitovoiman turvaaminen esisijaisesti palkankorotusten sekä työolojen parantamisen avulla (Tehy 2022).

Väestön ikääntyminen, henkilöstömitoituksen mukanaan tuoma lisähenkilöstön tarve ja hoitajien palkankorotukset kasvattavat hoitoalan kustannuksia entisestään. Heinonen & Aejmelaeus (2020) tuovat esille valtiovarainministeriön edustajien asiantuntijalausunnossa, että lakimuutoksella voi olla kielteisiä vaikutuksia koko kuntatalouteen ja joidenkin kuntien talouden osalta merkitys voi olla erityinen. Kunnat hankkivat suuren osan ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon palveluista yksityisiltä palveluntuottajilta, joiden kanssa on yleensä tehty suhteellisen pitkiä sopimuksia. Lainsäädännön muutokset sopimuskauden aikana aiheuttavat kustannusten kasvua, jota on vaikea ennakoida. (Heinonen & Aejmelaeus 2020). Juuri henkilöstömitoituksen mukanaan tuomien kustannustennousun vuoksi jotkut ikääntyneiden ympärivuorokautista hoitoa tarjoavat palveluntarjoajat ovat irtisanoneet kuntien kanssa tekemiään sopimuksia Suomessa (Myllyoja 2022).

Väestön ikääntyminen ja sen mukanaan tuoma pitkäaikaishoidon tarpeen kasvu on puhuttanut jo useamman vuoden myös kansainvälisesti. Keskustelussa on noussut esille etenkin huoli siitä, kuinka ikääntyneiden hoito saadaan järjestettyä ja rahoitettua. (Nagode & Lebar 2019.) Suomessa ikääntyneiden palvelutarpeiden selvittäminen ja niihin vastaaminen kuuluvat kuntien ja hyvinvointialueiden vastuulle. Peruspalvelujen rahoittamiseen kunnat saavat kuntien asukkaiden palveluntarpeeseen ja olosuhdetekijöihin perustuvaa laskennallista valtionosuutta. Hallituksen esityksessä 4/2020 esitettiin, että henkilöstömitoituksen voimaantulon mukanaan tuomat lisäkustannukset korvattaisiin kunnille täysimääräisesti valtionosuutta lisäämällä. (HE4/2020.)

Koska Suomessa vanhuspalvelulain henkilöstömitoitusta koskeva muutos on otettu vasta osittain käyttöön ja jo tässä vaiheessa THL:n seurannasta on havaittavissa, että yhä useammilla yksiköillä on ollut vaikeuksia saavuttaa lain vaatima henkilöstömitoitusta, on aiheellista tutkia, millaisia vaikutuksia henkilöstömitoitusta koskevan lakimuutoksen käyttöönotolla on jo nyt ollut palveluntarjoajien toimintaan, hoidon laatuun sekä kustannuksiin. Lain voimaantulon jälkeen Suomessa tehtyä aiheeseen liittyvää tutkimusta, muutamaa ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä lukuun ottamatta, en ole onnistunut löytämään, joten tältäkin osin tutkimuksessa on aukko.

1.1 Tutkimuksen tavoite, tutkimuskysymykset ja aiheen rajaus

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, millaisia taloudellisiin ja laadullisiin tekijöihin liittyviä vaikutuksia henkilöstömitoituksella on ollut palveluntarjoajan näkökulmasta, ja kuinka ne ovat vaikuttaneet palveluntarjoajan toimintaan. Aluksi pyritään selvittämään millaisia taloudellisia ja laadullisia vaikutuksia henkilöstömitoituksella on ollut aikaisemman tutkimuksen mukaan. Tämän jälkeen pyritään selvittämään palvelun tarjoajien kokemuksia siitä, miten lakimuutos henkilöstömitoituksessa on tähän mennessä vaikuttanut näihin tekijöihin, ja onko noussut esille muita taloudellisia tai laadullisia tekijöitä joihin henkilöstömitoitus vaikuttaa.

Päätutkimuskysymys on:

Millaisia vaikutuksia hoitajien henkilömitoituksella on palveluntarjoajien toimintaan?

Päätutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittää millaisiin laadullisiin tekijöihin henkilöstömitoitus vaikuttaa aikaisemman tutkimuksen perusteella ja mikä näiden tekijöiden taloudellinen vaikutus on. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, kuinka henkilöstömitoitus on käytännössä vaikuttanut palveluntarjoajan toimintaan.

Alatutkimuskysymyksiä ovat;

1. *Millaisia toimia on tehty riittävän henkilöstömitoituksen varmistamiseksi?*

Koska suurin kuluerä vanhustenhoidossa liittyy henkilöstökuluihin (Bowblis 2015; Lankshear, Sheldon & Maynard 2005) ja koska hoitajista on tällä hetkellä pulaa (THL

2022b) ensimmäinen alatutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittää, millaisten toimien avulla riittävä henkilöstömitoitus on pyritty varmistamaan.

2. *Millaisia laadullisia vaikutuksia henkilöstömitoituksen käyttöönotolla on ollut?*

Koska useilla laadullisilla tekijöillä on myös taloudellisia vaikutuksia (Needleman, Buerhaus, Stewart, Zelevinsky & Mattke 2006; Unruh 2008; Lankshear ym. 2005), toisen alatutkimuskysymyksen tarkoituksena on kartoittaa, millainen vaikutus henkilöstömitoituksen käyttöönotolla on ollut näihin tekijöihin. Onko mahdollisella lisääntyneellä henkilöstömäärällä ollut vaikutusta esimerkiksi potilaan hoitotuloksiin, haittatapahtumien määrään tai asiakastytyväisyyteen?

3. *Millaisia henkilöstöön liittyviä vaikutuksia henkilöstömitoituksella on ollut?*

Kolmannen alatutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittää, millaisia vaikutuksia henkilöstömitoituksen käyttöönotolla on mahdollisesti ollut henkilöstön terveyteen tai työtyytyväisyyteen. Onko henkilöstömitoituksen käyttöönoton jälkeen havaittu muutosta sairauspoissaolojen määrään, työtyytyväisyyteen tai henkilöstön vaihtuvuuteen?

4. *Millaisia taloudellisia vaikutuksia henkilöstömitoituksen käyttöönotolla on ollut?*

Neljännän alatutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittää, millaisia kustannuksia henkilöstömitoituksen käyttöönotosta on syntynyt palveluntarjoajalle ja kuinka nämä kustannukset on katettu. Onko havaittu, että henkilöstömitoituksen käyttöönoton jälkeen olisi joillain osa-alueilla syntynyt kustannussäästöjä joko suoraan palveluntarjoajalle tai yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsottuna? Kuinka hyvin mahdolliset kustannussäästöt kompensoivat lisähenkilöstöstä syntyviä kustannuksia?

1.2 Tutkimusmenetelmä ja aineisto

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena ja aineisto kerättiin haastattelujen avulla. Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu on ehkä yleisin (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 106; Eskola & Suoranta 2005, 85). Haastattelun etuna on aineistonkeruun säädeltävyys tilanteen mukaan. Yleensä haastateltavat on myös mahdollista tavoittaa uudelleen täydentävien tietojen saamiseksi. Haastattelun heikkoudeksi voidaan nähdä se, että se vie aikaa. Lisäksi

haastattelutilanteeseen, haastateltavaan sekä haastatteliijaan liittyvät tekijät vaikuttavat haastattelun luotettavuuteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205-206.)

Aineisto kerättiin teemahaastattelua käyttäen haastatteleamalla eri pitkäaikaishoitoa tarjoavien organisaatioiden edustajia sekä julkiselta, yksityiseltä että kolmannelta sektorilta. Haastateltavat pyrittiin löytämään ensisijaisesti Uudenmaan alueelta. Vaikka Uusimaa ei välttämättä anna koko Suomen kannalta yleistettävää tulosta henkilöstömitoituksen vaikutuksista, Uudellamaalla on useita pitkäaikaishoitoa tarjoavia yksiköitä ja THL:n seurannan mukaan näiden yksiköiden henkilöstömitoituksen saavuttamisessa on vaihtelua. Jotkut yksiköt ovat poistuneet THL:n lakisääteisen henkilöstömitoituksen alittaneiden listalta samalla kun uusia on tullut tilalle. Haastattelut toteutettiin Teamsin välityksellä marraskuun 2022 ja tammi-kuun 2023 välisenä aikana ja ne tallennettiin jatkokäsittelyä varten. Haastateltavia oli yhteensä kahdeksan. Yksi haastatteluista toteutettiin parihaastatteluna ja loput kuusi yksilöhaastatteluina. Tallennetut haastattelut litteroitiin, jotta niitä oli helpompi analysoida.

1.3 Teoreettinen viitekehys ja aikaisempi tutkimus

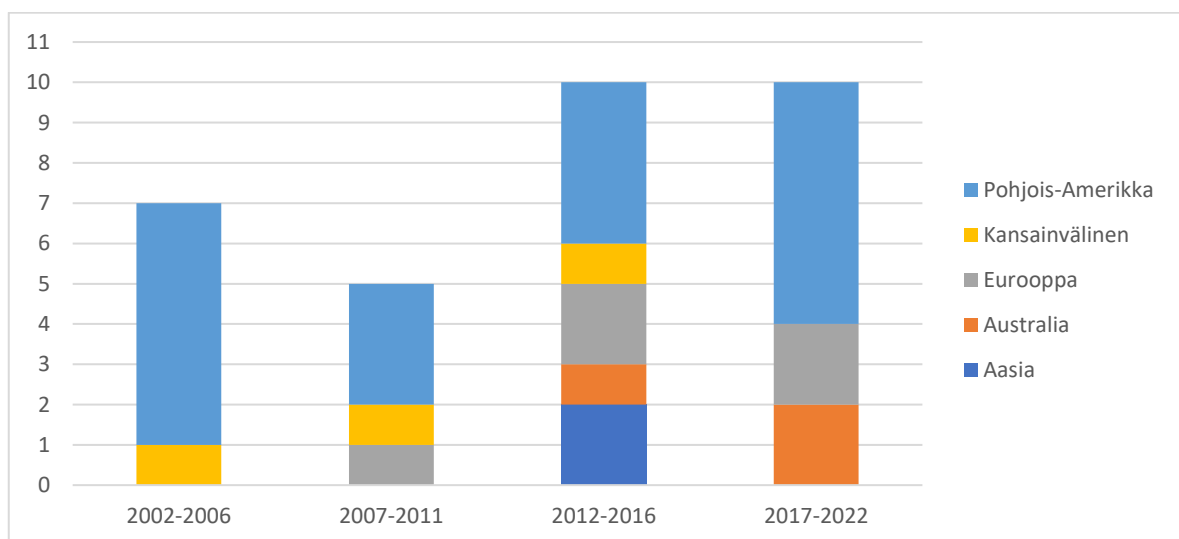
Teoriaosaa varten on lähteitä haettu erilaisia tietokantoja hyödyntämällä. Suurin osa lähteistä on löydetty LUT-Primon perushakua käyttäen, mutta myös muita tietokantoja kuten EBSCO ja ProQuest on käytetty lähteiden löytämiseksi. Hakusanoina käytettiin muun muassa sanoja: nurse, staffing, costs, quality ja finance. Jotkin lähteet on löydetty Googlen perushaun avulla, hakemalla muun muassa aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä kirjoittajia. Lisäksi tietoa on etsitty muun muassa WHO:n, THL:n ja muiden tunnettujen organisaatioiden internetsivustoilta.

Teoriaosassa henkilöstömitoitusta lähestytään sekä riittävän henkilöstön saatavuuden että laadullisten vaikutusten näkökulmasta aikaisemman kirjallisuuden pohjalta. Lisäksi tarkastellaan, millaisia taloudellisia vaikutuksia näillä tekijöillä on havaittu olevan. Kuvassa 1 on kuvattu tutkimuksen teoreettinen viitekehys.



Kuva 1: Teoreettinen viitekehys

Sairaanhoidon henkilöstömitoituksen laadullisista vaikutuksista on tehty melko paljon aiempaa tutkimusta, mutta taloudellisista vaikutuksista tehty tutkimus on vähäisempää. Viime vuosina tutkimukset myös tältä saralta ovat lisääntyneet. Useimmat aikaisemmat tutkimukset on toteutettu Yhdysvalloissa, ja monet niistä, kuten Coffman, Seago & Spetz 2002, Mark, Harless, Spetz, Reiter, & Pink, 2013, Reiter, Harless, Pink, & Mark 2012 ja Tong 2011, liittyvät Kaliforniassa 1999 voimaan tulleen henkilöstömitoitusta koskevan lainsäädännön vaikutuksiin. Viime vuosina tutkimusta on tehty myös muualla, kuten Euroopassa, Aasiassa ja Australiassa.



Kuva 2: Käytettyjen artikkelien ajallinen ja alueellinen jakauma

Tutkimuksen keskeisimmiksi lähteiksi nousi 32 artikkelia, jotka käsittelevät henkilöstömitoituksen vaikutuksia laadullisiin ja/tai taloudellisiin tekijöihin sekä riittävän henkilöstön määrän turvaamiseen. Kuvassa 2 on esitetty näiden tutkimusten ajallinen ja alueellinen jakauma. Kaikki käytetyt artikkelit oli julkaistu 2000-luvulla ja suurin osa niistä oli julkaistu Yhdysvalloissa. Näiden käytettyjen artikkelien lisäksi on tietoa haettu myös muista lähteistä, kuten pitkäaikaishoidon rahoittamista käsittelevistä tutkimuksista, kotimaisista viranomaisjulkaisuista, sekä ikääntyneen väestön hoidon rahoitukseen liittyvistä tutkimuksista.

Käytetyistä ensisijaisista artikkeleista 30 oli tutkimusartikkeleita. Näistä tutkimuksista neljä oli kvalitatiivisia ja 26 kvantitatiivisia. Useimpien tutkimusten taustalla vallitsi käsitys siitä, että henkilöstömitoituksella voi olla vaikutusta hoidon laatuun. Tutkimusten lähestymistapa henkilöstömitoitukseen liittyviin tekijöihin vaihteli, mikä vaikeutti tutkimusten vertailemista. Useimmissa tutkimuksissa selvitettiin henkilöstömitoituksen vaikutusta laatuun, mutta myös henkilöstömitoituksen tai laadun vaikutusta taloudelliseen tulokseen tai kustannuksiin oli selvitetty. Lisäksi oli tutkittu, millaisista syistä henkilöstöpula johtuu ja millaisia toimenpiteitä sen ratkaisemiseksi on tehty.

Taulukko 1: Tutkimusten lähestymistavat aiheeseen

Riviotsikot	Akuutti	Pitkäaikaishoito	Ei määritetty	Kaikki yhteensä
Kvalitatiivinen	2		2	4
Henkilöstöpulan syyt			1	1
Laatu	1			1
Laatu, Kustannukset ja työhyvinvointi			1	1
Ratkaisut henkilöstöpulaan	1			1
Kvantitatiivinen	18	5	3	26
Kustannukset		1		1
Laadun suhde taloudelliseen tulokseen		1		1
Laatu	9		1	10
Laatu ja kannattavuus			1	1
Laatu ja kustannukset	8	3		11
Syyt hoitajien alanvaihtoon			1	1
Taloudellinen tulos	1			1
Kaikki yhteensä	20	5	5	30

Taulukossa 1 on esitetty tutkimusartikkelien jakauma kvalitatiivisiin ja kvantitatiivisiin tutkimuksiin. Lisäksi siinä on kuvattu keskeisimmät tutkimuskohteet, sekä onko tutkimus toteutettu akuutti- vai pitkäaikaishoitoa tarjoavissa yksiköissä. Ensisijaisesti tutkimuksissa on tutkittu henkilöstömitoituksen vaikutuksia, mutta muutamassa artikkelissa lähestymistapa

oli hieman toinen. Aiheeseen liittyen on tehty joitakin kirjallisuuskatsauksia kuten Lankshear ym. (2005) ja Unruh (2008), mutta suurin osa aikaisemmasta tutkimuksesta on kvantitatiivisia tutkimuksia, ja niissä on useimmiten tutkittu henkilömitoituksen ja erilaisten laatumittareiden välistä suhdetta.

Tutkimuksissa käytetyt laadun mittarit ovat hyvin heterogeenisiä, mutta useimmiten laatua on mitattu mm. potilaskuolemien (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002; Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003; Liang, Chen, Lee & Huang 2012) leikkausten jälkeisten komplikaatioiden, päivystyskäyntien tai suunnittelemattomien takaisinottojen (Li, Bowman & Smith 2016), painehaavojen tai infektioiden määrän (Horn 2008) avulla. Lisäksi on jonkin verran tutkimusta siitä, kuinka henkilöstömitoitus vaikuttaa työtyytyväisyyteen (Aiken ym. 2002) ja henkilökunnan aikomukseen vaihtaa työpaikkaa (Aiken, Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee, Bruyneel, Rafferty, Griffiths, Moreno-Casbas, Tishelman, Scott, Brzostek, Kinnunen, Schwendimann, Heinen, Zikos, Sjetne, Smith, & Kutney-Lee. 2012). Myös henkilöstömitoitusta on mitattu erilaisin menetelmin, kuten hoitajien tai tehtyjen hoitotyötuntien määrää potilasmäärää tai potilaspäiviä kohti (Unruh 2008).

Henkilöstömitoituksen laadullisten vaikutusten lisäksi, keskusteluun on noussut sekä kansallisesti, että kansainvälisesti myös riittävän henkilöstön saatavuus, sekä henkilöstöön liittyvien kustannukset. May, Bazzoli & Gerland (2006) tutkivat millaisia strategioita sairaalat olivat käyttäneet hoitajapulan ratkaisemiseksi. Seurantatutkimuksessa havaittiin, että erilaisen lyhyen- ja pitkäaikavälin strategioiden avulla sairaalat onnistuivat lievittämään henkilöstöpulaa. Käytetyt menetelmät kuitenkin lisäsivät kustannuksia ja herättivät huolta niiden vaikutuksesta potilaiden hoitoon.

Näillä kaikilla mittareilla on myös taloudellisia vaikutuksia, sillä mm. komplikaatioiden hoito lisää sairaalassaoloaikaa ja uuden henkilöstön rekrytointi aiheuttaa kustannuksia. Aikaisemmissa tutkimuksissa saadut viitteet hoitajamitoituksen laadullisista ja taloudellisista vaikutuksista ovat osittain ristiriitaisia. (Unruh 2008.) Vaikka useissa tutkimuksissa on havaittu, että rekisteröityjen hoitajien määrällä on positiivinen vaikutus potilaiden hoitotuloksiin ja sitä kautta myös kustannuksiin on suurin osa näistä tutkimuksista tehty akuuttihoitossa, joten pitkäaikaishoitoa tarjoavissa hoitokodeissa tilanne ei ole yhtä selkeä. Joissain tutkimuksissa on kuitenkin tuotu esille, että vaikka henkilöstömäärien lisääminen voi vaikuttaa negatiivisesti palveluntarjoajan tulokseen, yhteiskunnallisesti tai

asiakasnäkökulmasta katsottuna tällä voi olla merkittävää hyötyä esimerkiksi vältettyjen komplikaatioiden vuoksi. (Horn 2008.)

Ensisijaisina lähteinä käytetyistä tutkimusartikkeleista 24 käsitteli henkilöstömitoituksen vaikutuksia johonkin laadulliseen ja/tai kustannustekijään.

Taulukko 2: Henkilöstömitoituksen vaikutukset

Riviotzikot	<input type="checkbox"/> Negatiivinen	Positiivinen	Sekamuotoinen	Kaikki yhteensä
Kustannukset	1			1
Laatu		10	1	11
Laatu ja kannattavuus			1	1
Laatu ja kustannukset		6	4	10
Taloudellinen tulos	1			1
Kaikki yhteensä	2	16	6	24

Taulukossa 2 on kuvattu, millainen vaikutus henkilöstömitoituksella on ollut. Negatiivinen vaikutus kustannusten ja taloudellisen tuloksen osalta tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että henkilöstömitoituksen lisäämisellä on negatiivisia taloudellisia vaikutuksia. Vastaavasti positiiviset vaikutukset ovat myös taloudellisesta näkökulmasta katsottuna myönteisiä. Sekamuotoisissa vaikutuksissa tulos on ollut osittain ristiriitainen. Suuremmalla henkilöstömitoituksella on voinut olla esimerkiksi joihinkin tekijöihin positiivinen vaikutus, kun taas johonkin toiseen se on ollut negatiivinen tai ristiriitainen. Taulukossa olevien tulosten lisäksi, yhdessä artikkelissa havaittiin, että huono laatu johtaa korkeampiin kustannuksiin. Pääsääntöisesti aikaisemmassa kirjallisuudessa havaittiin henkilöstömäärän vaikuttavan positiivisesti hoidon laadullisiin tekijöihin. Sen sijaan taloudellisten tekijöiden osalta tulokset olivat useammin ristiriitaisia. Osassa tutkimuksia havaittiin henkilöstömitoituksen lisäämisen vähentävän haittatapahtumien määrää. Haittatapahtumien vähenemisestä syntyvät kustannussäästöt saattoivat kompensoivan henkilöstömitoituksen aiheuttamia kuluja kokonaan tai osittain, joko suoraan hoitolaitokselle tai yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsottuna. Jotkut tutkimukset taas päätyivät tulokseen, että suurempi henkilöstömäärä aiheuttaa merkittäviä lisäkustannuksia.

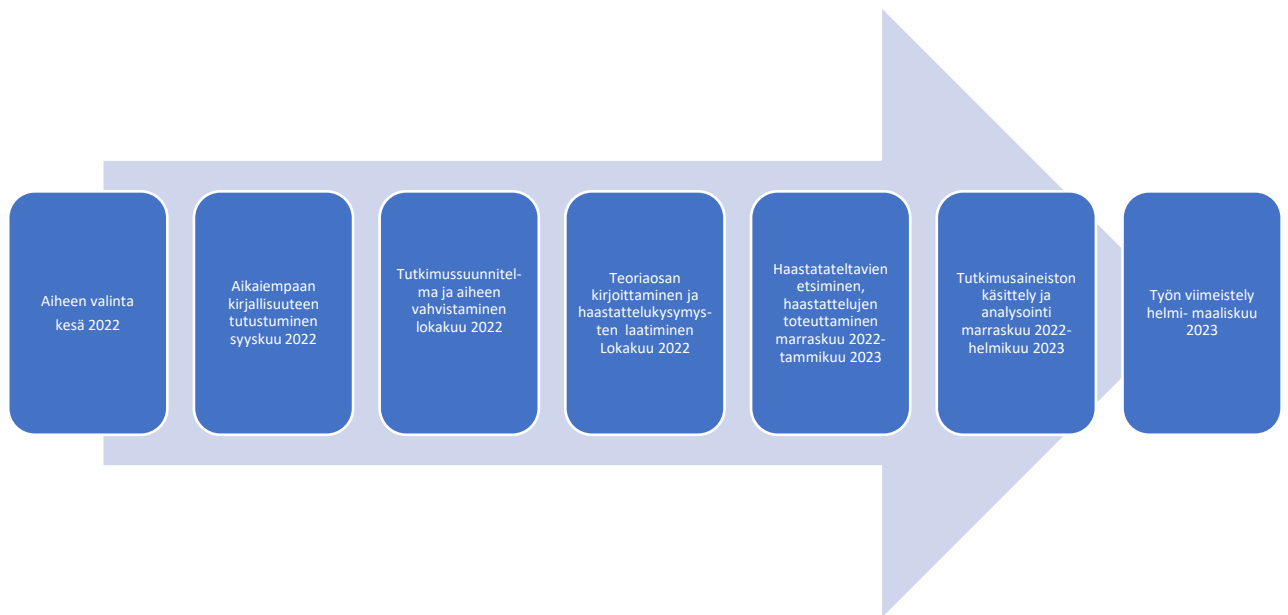
1.4 Työn rakenne

Tämä työ koostuu kuudesta osasta. Johdannon jälkeen luvuissa kaksi ja kolme käsitellään tutkimuksen teoreettisesta viitekehystä nousevia käsitteitä aikaisemman tutkimuksen pohjalta. Luvussa kaksi kuvataan sitä, kuinka henkilöstömitoitus on määritetty aikaisemmassa kirjallisuudessa. Lisäksi käydään läpi sitä, millaisia keinoja on käytetty riittävän henkilöstömitoituksen varmistamiseksi. Kolmannessa luvussa käsitellään sitä millaisia laadullisia ja taloudellisia vaikutuksia henkilöstömitoituksella ja henkilöstöstrategioilla on havaittu olevan. Luvussa neljä kuvataan ja perustellaan käytettyä tutkimusmenetelmää, tutkimusaineistoa sekä sen analysointia. Viidennessä luvussa käydään läpi tutkimustulokset. Kuudes luku käsittelee johtopäätöksiä.

1.5 Tutkimusprosessi

Tutkimusprosessin aloitettiin alustavasti jo kesällä 2022 aiheen valinnalla ja tutustumalla aikaisempaan aiheeseen liittyvään tutkimukseen. Aikaisemman hoitotyön taustan vuoksi, tutkimuksen tekijä oli kiinnostunut tekemään tutkimuksen, jossa sekä hoidollinen että taloudellinen puoli yhdistyvät jollakin tasolla. Apua aiheen valintaan saatiin lähestymällä sähköpostitse Sosiaali- ja terveysministeriön talouspuolen henkilöstöä. Aluksi aikaisempien tutkimusten löytäminen oli haastavaa, mutta muutaman löydetyn relevantin lähteen löytämisen jälkeen onnistuttiin löytämään parempia hakusanoja, joiden avulla aineiston haku helpottui.

Aikaisempaan tutkimukseen tutustumisen jälkeen laadittiin tutkimussuunnitelma, määritettiin tutkimuskysymykset ja aloitettiin teoriaosan kirjoittamisen aikaisemman tutkimuksen perusteella. Teoriaosan keskeisimpien elementtien valmistuttua, laadittiin haastattelujen teemat. Tämän jälkeen aloitettiin haastateltavien rekrytoinnin. Koska THL:n julkaisemien tilastojen perusteella havaittiin, että Uudenmaan alueella henkilöstömitoituksen alittaneissa yksiköissä on ollut vaihtelua, (jotkut yksiköt ovat poistuneet listalta samalla kun taas uusia on ilmestynyt tilalle) haastateltavat pyrittiin löytämään ensisijaisesti Uudenmaan alueelta.



Kuva 3: Tutkimusprosessi

Työn viimeistely tapahtui helmi- maaliskuun vaihteessa 2023. Tutkimuksen valmistuminen viivästyi hieman alustavasta aikataulusta. Suurimmaksi syyksi tämä johtui haasteista haastateltavien rekrytoinnissa. Lisäksi joissakin organisaatioissa vaadittiin tutkimusluvat, joiden käsittelyajat saattoivat olla melko pitkiä.

2 Henkilöstömitoitus ja keinot riittävän henkilöstön varmistamiseksi

Väestön ikääntyminen on yksi vallitsevista megatrendeistä ja samalla kun väestörakenne muuttuu, työkäisten osuus väestöstä pienenee. Tämä herättää huolta siitä, kuinka työvoima ja osaaminen riittävät muuttuvassa tilanteessa. (Dufva, Wartiovaara & Vataja 2021.) Väestön ikääntyminen tuo lisähaasteita henkilöstömitoituksen toteuttamiseen. Sen odotetaan lisäävän myös pitkäaikaishoidon tarvetta useissa teollisuusmaissa. (Wouterse & Smid 2017, 370; Costa-Font, Courbage & Zweifel 2017, 1999; del Pozo-Rubio, Mínguez-Salido, Pardo-García & Escribano-Sotos 2019, 691-692; WHO 2022b.) Ikääntyneiden laadukkaan hoidon järjestämiseksi tarvitaan myös riittävästi henkilöstöä (McHugh ym. 2021). Henkilöstöpula voi vaikeuttaa riittävän henkilöstömitoituksen toteuttamista. WHO:n arvion mukaan vuoteen 2030 mennessä syntyy arviolta 10 miljoonan terveydenhuollon työntekijän vaje lähinnä matala- ja keskituloisissa maissa, mutta jonkin asteisia vaikeuksia muun muassa työvoiman kouluttamisessa, säilyttämisessä ja saatavuudessa tulee olemaan kaikilla sosioekonomisen kehityksen tasoilla. (WHO 2022c.) Suomessa henkilöstömitoitusta koskevan lainsäädännön ja väestön ikääntymisen arvioidaan lisäävän vuoteen 2030 mennessä iäkkäiden hoitoon tarvittavan henkilöstön määrää 30 000 hoitajalla vuoden 2018 tilanteeseen verrattuna. Pelkän koulutuspaikkojen lisäämisen avulla tämän henkilöstötarpeen toteuttaminen on haastavaa. (HE 4/2020, 61.)

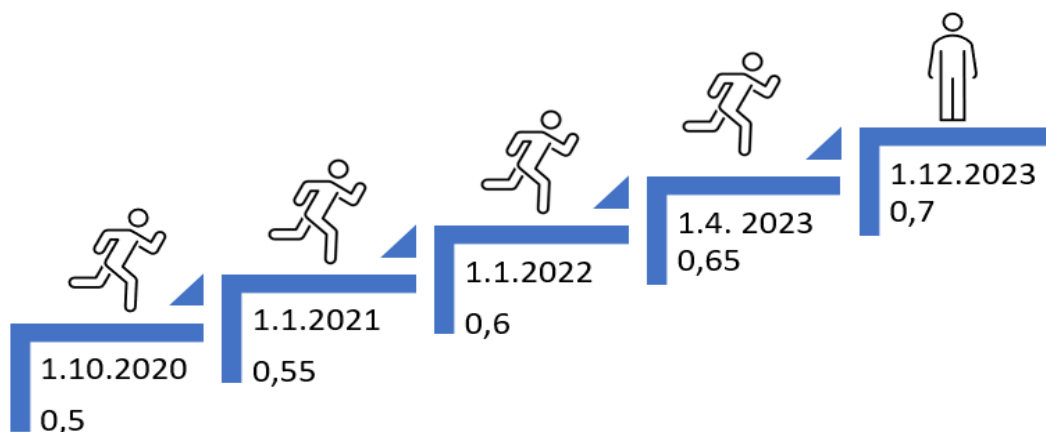
Tässä luvussa kuvataan sitä, kuinka henkilöstömitoitus on määritetty aikaisemmassa kirjallisuudessa. Lisäksi käydään läpi sitä, millaisia keinoja on käytetty hoitajien henkilöstöpulan ratkaisemiseksi.

2.1 Henkilöstömitoitus

Suomessa vanhuspalvelulakiin (980/2012) tuli lokakuussa 2020 voimaan muutos, jonka mukaan ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisen laitoshoidon

toimintayksiköissä on oltava vähintään 0,7 välitöntä asiakastyötä tekevää työntekijää asiakasta kohden. Lain oli tarkoitus tulla voimaan asteittain siten, että lain voimaantullessa henkilöstömitoituksen tuli olla vähintään 0,5 ja lopulliseen 0,7 tavoitteeseen tuli päästä 1.4.2023 mennessä. Lakimuutoksen taustalla olivat valvontaviranomaisten ja omaisten vuonna 2019 esille tuomat puuteet ja epäkohdat, joiden arvioitiin vaarantavan ikäihmisten oikeuden ihmisarvoiseen kohteluun ja hyvään hoitoon. (HE 4/2020.) Hallituksen esityksessä (4/2020) arvioitiin THL:n toukokuun 2018 tilastoihin perustuen, että 0,7 hoitajan henkilöstömitoituksen toteuttamiseksi tarvittaisiin 4 417 mitoitukseen laskettavaa uutta työntekijää. Elokuussa 2022 THL arvioi, että hoitajien tarve oli yhä 3 400 (THL 2022b).

Terveyden ja hyvinvointilaitoksen seurannassa kuitenkin ilmeni, että palveluntarjoajilla on vaikeuksia riittävän henkilöstön rekrytoinnissa koska koulutettua henkilökuntaa ei ollut riittävästi saatavilla (THL 2022b). Henkilöstön riittävyysongelmien vuoksi hallitus päätyi syyskuussa 2022 esittämään, että 0,7 hoitajan henkilöstömitoituksen voimaantuloa lykätään siten, että huhtikuussa 2023 mitoituksen tulisi olla 0,65 ja lopullinen taso tulee saavuttaa joulukuussa 2023. Asiaan liittyvässä välimieskeskustelussa kansanedustaja Sarkomaa toi esille, että henkilöstömitoituksen lykkääminen ei poista ongelman juurisyytä, eli henkilöstöpulaa. (Toivonen 2022.) Kuvassa 4 on kuvattu henkilöstömitoituksen asteittainen käyttöönotto hallituksen esittämä lykkäys huomioituna.



Kuva 4: Henkilöstömitoituksen asteittainen voimaantulo hallituksen ehdotus lykkäyksestä huomioituna (THL 2022a).

Henkilöstöpula ja alan houkuttelevuus on tuotu esille myös kansainvälisesti. Wice (2020) toi esille ikääntyneiden hoitoa koskevassa artikkelissaan, että riittävän ammattitaitoisen henkilökunnan houkuttelevuus ja pitäminen alalla, jossa palkkaus on suhteellisen alhainen ja työn laatu sekä julkisuuskuva huono, ei ole mahdollista kysynnän kasvaessa jatkuvasti.

Vaikka suurin osa aikaisemmasta henkilöstömitoitukseen liittyvästä tutkimuksesta on tehty Yhdysvalloissa, myös muualla maailmassa olevaa tutkimusta on tehty yhä lisääntyvässä määrin. Eri tutkimuksissa henkilöstömitoitus on määritetty hieman eri lailla. Yleisesti henkilöstömitoitus viittaa hoitajien tai hoitotuntien määrän suhdetta potilasmäärää tai potilaspäivää kohden tai päivittäin. (Unruh 2008.) Suomessa THL:n ohjeen mukaan toteutunut henkilöstömitoitus lasketaan laskemalla yhteen kolmen viikon seurantajakson aikana toteutuneet välittömän asiakastyön työtunnit. Saadut tunnit jaetaan yhden henkilön kolmen viikon työajalla (114,75 h). Lopuksi saatu arvo jaetaan vielä ympärivuorokautisessa hoidossa olevien asiakkaiden määrällä. (THL 2022a.) Suomessa vanhuspalvelulaisissa (980/2012) on säädetty ketkä voivat toimia henkilöstömitoitukseen laskettavana työvoimana välittömässä asiakastyössä. Perinteisten sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksen saaneiden lisäksi henkilöstömitoitukseen voidaan laskea mm. viriketoiminnan ohjaajat ja muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat työntekijät.

2.2 Keinot riittävän henkilöstön varmistamiseksi

Hoitajilla on keskeinen rooli sairaalatoiminnassa ja potilasturvallisuudessa. Korkeampi henkilöstömitoitus on liitetty aikaisemmassa tutkimuksessa muun muassa potilaskuolleisuuden laskuun, potilaiden lyhyempään sairaalassaoloaikaan, lääkitysvirheiden vähenemiseen, haittatapahtumien pienempään todennäköisyyteen ja korkeampaan hoidon laatuun. Henkilöstön lisääminen ei kuitenkaan hyödytä ainoastaan potilaita vaan myös hoitajia. Tutkimukset ovat osoittaneet, että henkilöstömäärää lisäämällä hoitajien työuupumus vähenee ja työtyytyväisyys paranee. Henkilöstön puute taas johtaa siihen, että hoitajat työskentelevät enemmän. Tämä lisää hoitajien riskiä sairastua tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, kohonneeseen verenpaineeseen, sydän- ja verisuonisairauksiin ja masennukseen. (Maass, Liu, Daskin, Duck, Wang, Mwensei & Schapiro 2015.)

Työuupumuksen ja -tyytymättömyyden sekä huonomman terveyden lisääntyminen on yhdistetty myös hoitajien aikomuksiin vaihtaa alaa tai työpaikkaa (Unruh 2008).

Henkilöstökäytäntöjen on havaittu vaikuttavan paitsi työntekijöiden tyytyväisyyteen myös tuottavuuteen. Näillä tekijöillä on lisäksi vaikutusta palvelun laatuun, asiakastyytyväisyyteen ja -uskollisuuteen sekä taloudelliseen tulokseen. (Ye, Dong & Lee 2017; Unruh 2008.)

May ym. (2006) tutkivat millaisia strategioita sairaalat olivat käyttäneet hoitajapulankorjauksiksi. Seurantatutkimuksessa havaittiin, että erilaisten lyhyen- ja pitkäaikavälin strategioiden avulla sairaalat onnistuivat lievittämään henkilöstöpulaa. Lisäksi markkinoilla tapahtuneet muutokset, olivat parantaneet henkilöstön saatavuutta. Tästä huolimatta 25 % tutkimukseen osallistuneista sairaaloista ilmoitti, ettei hoitajapulassa ollut tapahtunut viimeisen kahden vuoden aikana muutosta, ja näistä suurin osa ilmoitti hoitajapulankorjauksen olevan edelleen vakava. Käytetyt menetelmät lisäsivät kustannuksia ja herättivät huolta niiden vaikutuksesta potilaiden hoitoon. Keinot henkilöstöpulankorjauksiksi voidaan jakaa karkeasti kahteen luokkaan: lyhyen aikavälin strategioihin, jotka vastaavat välittömiin henkilöstötarpeisiin ja pitkän aikavälin strategioihin, joiden toteuttaminen kestää kauemmin tai joilla on kestävämpi vaikutus. Joillakin strategioilla saattoi olla kuitenkin sekä välittömiä että pitkäaikaisia vaikutuksia. (May ym. 2006, 316-317, 321.) Myös Hallituksen esityksessä 4/2020 on tuotu esille joitakin keinoja mahdollisen lisähenkilöstön tarpeen saavuttamiseksi.

2.2.1 Lyhyen aikavälin strategiat

Useimmat sairaalat käyttävät tilapäistä henkilökuntaa henkilökunnan lomista tai sairauspoissaoloista johtuviin lyhytaikaisiin henkilöstötarpeisiin. Tilapäisen henkilökunnan käytön yleisyydestä huolimatta monet sairaalat pyrkivät kustannus ja laatuhuolien vuoksi vähentämään riippuvuuttaan tilapäisestä henkilöstöstä. (May ym. 2006, 317.) Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu tilapäisten hoitajien käyttöön liittyvän implisiittisiä lisäkustannuksia, koska he eivät todennäköisesti tarjoa saman tasoista hoitoa kuin pysyvä henkilöstö tai sairaalan oma varahenkilöstö. Tutkimusten mukaan hoidon laatu heikkenee tilapäisen hoitohenkilöstön osuuden kasvaessa. Toinen syy tilapäisten hoitajien käytön vähentämiseen on se, että tilapäisiä hoitajia ei ole aina riittävästi saatavilla. Tämän vuoksi sairaaloiden on kannattavampaa palkata hoitajia sairaalan omaan varahenkilöstöön. (Maass ym. 2015, 152.) Oman varahenkilöstön käyttö tuo mukanaan useimmiten myös kustannussäästöjä. Vaikka sairaalat pyrkivät vähentämään tilapäisen henkilökunnan käyttöä, joitkin sairaalat ovat henkilöstöpulankorjauksen vuoksi siitä riippuvaisia. (May ym. 2006, 317.)

Sairaalat luottavat myös kilpailukykyiseen palkkaan hoitajien rekrytoinnissa ja pitämisessä korkean kysynnän ympäristössä (May ym. 2006; Maré, Bartosiewicz, Burzyńska, Chmiel & Januszewicz 2019). Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn & Salantera (2008) havaitsivat, että tyytymättömyys palkkaan yhdistyi selvästi sairaanhoitajien aikomukseen jättää työnsä. Alhaisen palkan on todettu vähentävän hoitoalan vetovoimaa ja toisaalta lisäävän etenkin nuorten ja kielitaitoisten motivaatiota hakeutua töihin muihin maihin, joissa palkkaus vastaa paremmin työn vaatavuutta ja koulutustasoa (Maré ym. 2019). Yleensä palkkaukseen liittyvässä strategiassa korotetaan koko hoitohenkilöstön palkkaa. Palkankorotuksilla voi olla lyhyen aikavälin vaikutuksia rekrytointiin, etenkin mikäli muut markkina-alueen hoitolaitokset mukauttavat palkkoja hitaasti. Pitkällä aikavälillä korkeammat palkat saattavat lisätä hoitoalan houkuttelevuutta. Myös muita taloudellisia houkutteita, kuten erilaisia bonuksia on käytetty henkilöstön saatavuuden parantamiseksi. On kuitenkin todettu, että pelkät taloudelliset houkuttimet eivät ole riittäviä, mikäli työympäristössä on ongelmia. (May ym. 2006, 317-318.)

Epätyydyttävien työaikatauluilla on havaittu olevan vaikutusta sairaanhoitajien hyvinvointiin ja ne liittyivät myös aikomukseen erota ammatista. Työaikataulut ovat erityisen tärkeitä nuorille sairaanhoitajille, jotka arvostavat oman aikansa hallintaa. (Flinkman ym. 2008.) Useissa sairaaloissa onkin käytetty joustavia aikatauluja, jotta hoitajien työ- ja perhe-elämän yhdistäminen olisi helpompaa. Tähän liittyy laajempi valikoima työvuoroja sekä omatoiminen työvuorojen suunnittelu. (May ym. 2006, 318.) Joustavien työaikamenetelmien käytöllä on usein positiivinen vaikutus työntekijöiden työ- ja vapaa-ajantyytyväisyyteen. Tutkimuksissa on havaittu joustavien työaikojen muun muassa liittyneen parempaan työtyytyväisyyteen sekä työ- ja perhe-elämän tasapainoon. Niiden on havaittu myös lisäävän työn tuottavuutta, parantavan rekrytoinnin onnistumista ja henkilöstön pysyvyyttä ja vähentäneen poissaoloja. Useiden järjestelyiden vaikutuksista on kuitenkin edelleen ristiriitaisia todisteita. (Wheatley 2017, 567-569.) Joustavan työaikasuunnittelun avulla voidaan myös onnistua hyödyntämään jo eläkkeelle jääneiden, osa-aikaisten ja osatyökykyisten työpanosta (HE 4/2020)

2.2.2 Pitkän aikavälin strategiat

Yksi pitkäaikavälin strategia henkilöstöpulan ratkaisemiseksi on alan veto- ja pitovoiman parantaminen (HE 4/2020). Hoitajajärjestöt ehdottivat keinoksi palkkauksen ja työolojen parantamista (Tehy 2022). Johtamista, töiden organisointia sekä erilaisia uramahdollisuuksia kehittämällä voidaan vaikuttaa sekä työhyvinvointiin että alan tai työpaikkojen houkuttelevuuteen (HE4/2020).

Koulutus on yksi yleisimmistä keinoista, joiden avulla haetaan ratkaisua hoitajien henkilöstöpulaan. Amerikkalaiset yliopistot tarjoavat lukuisia mahdollisuuksia edistää hoitajan uraa, kuten verkkokursseja tai ilmaista koulutusta mobiilisovellusten avulla. Myös ulkomaista henkilökuntaa pyritään kouluttamaan henkilöstöpulan ratkaisemiseksi. Esimerkiksi Shandongin kansainvälinen sairaanhoitajakoulutuskeskus Kiinassa tarjoaa sairaanhoitajille 8 kuukauden koulutusohjelmia sekä kielikurssin ja kulttuurien välisen koulutuksen valmistukseen heitä työskentelemään Saksassa. Joidenkin maiden osalta tulevan hoitohenkilökunnan koulutusta rajoittaa kuitenkin käytettävissä olevien tiedekuntapaikkojen määrä ja pätevien kouluttajien riittämättömyys. (Marc ym. 2019.)

May:n ym. (2006) tutkimuksessa lähes kaikki tutkimussairaalat raportoivat käyttäneensä hoitajien koulutukseen liittyviä strategioita työvoiman turvaamiseksi. Monet sairaalat ilmoittivat laajentavansa koulutuskapasiteettia ja avaavansa uusia kouluja. Sairaalat kasvattavat ”omia hoitajia” ylläpitämällä sairaanhoitajakouluja, maksamalla opiskelijoiden koulutuksia vastineeksi työsitoumuksesta tai tarjoamalla koulutusta ja joustavia työaikoja nykyiselle apuhenkilöstölle sairaanhoitaja tutkinnon saamiseksi. (May ym. 2006, 319.)

Ammatillisen koulutuksen lisäksi, sairaalat ovat kehittäneet uusien hoitajien perehdytysohjelmia, pidentämällä ja uudelleen suunnittelemalla niitä vastaamaan monimutkaisempaan potilashoittoon (May ym. 2006, 319). Työn henkisen ja fyysisen vaativuuden on havaittu lisäävän etenkin nuorten hoitajien aikomuksia jättää työnsä. Perehdytysohjelmien, esimiesten ja vanhempien kollegojen tuen avulla voidaan lievittää nuorten hoitajien työstä kokemaa stressiä ja siten lisätä heidän tyytyväisyyttään ja pysyvyyttään työpaikassaan. Nuorille hoitajille on myös tärkeä tarjota kehittymismahdollisuuksia. (Flinkman ym. 2008; May ym. 2006, 319.)

Suomessa lähi- ja sairaanhoitajien sekä hoiva-avustajien koulutuspaikkojen lisäämisellä sekä erilaisten koulutuspolkujen hyödyntämisellä pyritään hakemaan ratkaisua henkilöstöpulaan. Vaikka peruskoulun päättäneet nuoret hakeutuvat koulutukseen pääsääntöisesti yhteishaun kautta, voi lähihoitajakoulutukseen hakeutua myös jatkuvan haun kautta. Hoiva-avustajana voi työskennellä, kun tietyt tutkinnon osat on suoritettu. Koulutusta voidaan järjestää myös oppisopimuskoulutuksena tai koulutussopimukseen perustuvana koulutuksena. Lisäksi on pohdittu keinoja alalle palaamisen tukemiseksi ja helpottamiseksi. (HE 4/2022.)

Sairaalat ovat tunnistaneet, että työympäristöä muuttamalla on voitu saavuttaa positiivisia tuloksia hoitajien rekrytoinnissa ja pitämisessä. Työympäristöön kohdistuvilla muutoksilla voi olla sekä välittömiä että pitkäaikaisia vaikutuksia. Vaikutukset ovat välittömiä, jos sairaala nähdään hyvänä työpaikkana. Jatkuvalla sitoutumisella ja panostuksella työpaikan parantamiseen voi olla myös pitkäaikaisia vaikutuksia. Useimmiten työympäristöä on pyritty parantamaan henkilöstöä lisäämällä, mutta osa muutoksista kohdistuu hoitajien rooleihin ja vastuualueisiin, millä saattaa olla myös laajempaa vaikutusta hoidon toteuttamiseen ja työtyytyväisyyteen. (May ym. 2006, 319-320.) Myös muiden ammattiryhmien kuin rekisteröityjen hoitajien kuten hoiva-avustajien käyttö potilaiden hoidossa on lisääntynyt (Delhy, Dor & Pittmann 2021).

Henkilöstömitoituksella on selkeä yhteys hoitajien emotionaaliseen uupumukseen ja työtyytymättömyyteen. Mikäli henkilöstömitoitus voidaan toteuttaa onnistuneesti, sillä voidaan edesauttaa hoitajien työssä pysymistä. Hoitajilla, joilla oli suhteellisesti enemmän hoidettavia potilaita, oli kaksinkertainen todennäköisyys sairastua työperäiseen työuupumukseen ja he olivat lähes kaksinkertaisesti tyytymättömiä työhönsä verrattuna niihin, joiden potilasmäärä oli alhaisin. (Aiken 2002.) Työuupumus ja työtyytymättömyys lisäävät hoitajien aikomuksia lähteä nykyisestä työpaikasta (Aiken ym. 2012; Flinkman ym. 2008). Näiden perusteella on mahdollista, että henkilöstömitoituksen parantaminen voi liittyä hoitajien vaihtuvuuden vähenemiseen (Aiken ym. 2002) ja lievittää myös henkilöstöpulaa (Liang ym. 2012).

Henkilöstön työolojen parantamiseksi on tehty myös fyysisiä muutoksista sairaalan yksiköihin, esimerkiksi hoitajien työpisteitä on suunniteltu uudelleen. Myös teknologiaa on hyödynnetty lisäämällä automaatiota tai ottamalla käyttöön sähköisiä potilaskertomuksia. (May ym. 2006,320.) Teknologiaa ja apuvälineitä voidaan hyödyntää erityisesti vaativimmissa ja

fyysisesti raskaimmissa tehtävissä (HE4/2020). Lisäksi teknologiaa voidaan hyödyntää henkilöstösuunnittelussa (Maass ym. 2017).

Magneettisairaala-statuksen saavuttaminen oli yksi keskeinen strategia, jonka avulla sairaalat pystyvät erottumaan joukosta. Statuksen saavuttamisen on kerrottu myös helpottaneen kokeneempien hoitajien rekrytointia ja auttaneen hoitajapulan ratkaisemisessa. (May ym. 2006, 320.) Magneettisairaala-status on American Nurses Credentialing Centerin (ANCC) hakemuksesta myöntämä, neljä vuotta kerrallaan voimassa oleva virallinen tunnustus erinomaisesta hoitotyöstä ja potilaan hoidon tuloksista. (Torppa 2018.) Hakuprosessi etenee useassa vaiheessa ja statuksen saamisessa painotetaan etenkin potilasturvallisuutta, hoidon laatua ja hoitohenkilöstön työtyytyväisyyttä (HUS 2020; KYS 2022).

Myös ulkomaisesta työvoimasta on haettu ratkaisua henkilöstöpulaan monissa maissa (Maré ym. 2019). Suomessa EU/ETA-maassa suoritettu laillistetun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tutkinto voidaan yleensä tunnustaa sellaisenaan, tai lisäselvityksen pyytämisen jälkeen, ammattipätevyysdirektiivin perusteella. Muualla kuin EU/ETA-valtioissa suoritettujen tutkintojen tunnustaminen on mahdollista, mikäli hakijalla on tehtävän edellyttämä valtioneuvoston asetuksella säädetty pätevyys ja riittävä kielitaito (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Tämä vaatii hakijalta yleensä lisäopintojen suorittamista ja/tai kuulustelua ammattitaidon selvittämiseksi. Lähi- tai kodinhoitajan tutkinnot ovat nimikesuojattuja. Vaikka työntekijät eivät voi käyttää nimikesuojattua nimikettä, näiden tehtäviä voi suorittaa ulkomailla suoritettun tutkinnon perusteella. Tällöin työnantajan on arvioitava koulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon riittävyys kyseessä olevan tehtävän kannalta. (HE 4/2020, 67.)

Koska ulkomaalaisen tutkinnon tunnustaminen vaatii useimmiten täydennys- ja kieliopin-toja, ei ulkomaalainen työvoima tuo nopeaa ratkaisua henkilöstöpulaan. Suomi ei pienenä kielialueena ole myöskään kovin houkutteleva vaihtoehto ulkomaiselle työvoimalle, joten ulkomaalaiset hoitajat suuntaavat todennäköisemmin muhin maihin kuin Suomeen. (HE4/2020, 68.) Rikkaat maat, joissa hoitajien työstä maksetaan parempaa palkkaa ja joissa työolot ovat paremmat, houkuttelevat hoitajia paremmin kuin maat, joissa palkka ei ole suhteessa työn vaativuuteen nähden (Maré ym. 2019).

Suomessa ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajat työskentelevät suomalaisia kollegojaan useammin vanhustenhuollossa tai koulutustaan vastaamattomissa työtehtävissä kuten

lähihoitajina. Heille saatetaan antaa vähemmän haastavia tai vastuullisia työtehtäviä, mikä saattaa kuormittaa kantasuomalaisia hoitajia, varsinkin jos työyksikössä on paljon ulkomaalaistaustaisia hoitajia. Tämän ehkäisemisessä johtamisen rooli on tärkeässä asemassa. Ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden perehdyttämiseen tulisi myös saada riittävä resurssointi, jotta se ei kuormittaisi työyhteisöä entisestään. (HE4/2020.)

3 Henkilöstömitoituksen vaikutukset hoidon laatuun ja taloudellisiin tekijöihin

Yhä useampien tutkimusten mukaan, yksi tapa parantaa hoidon laatua on lisätä hoitohenkilöstöä. Koska hoitajat ovat suuri osa sairaalan työvoimakustannuksista henkilöstön lisäämisen kustannukset eivät ole merkityksellisiä. Lisäkustannukset, jotka aiheutuvat useammasta hoitajasta, ovat kuitenkin jossain määrin kompensoitavissa haitallisten tapahtumien vähentämisen rahallisilla ja ei-rahallisilla eduilla. (Needleman ym. 2006.)

Unruh (2008) on tehnyt kirjallisuuskatsauksen henkilöstömitoituksen vaikutuksista hoidon laatuun ja taloudellisiin tuloksiin. Hän tuo esille, että riittämätön hoitohenkilöstö ja raskaat työmäärät uhkaavat hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Myös useissa muissa tutkimuksissa, kuten Kim, Y., Kim, S-H. & Ko (2016) ja Mark ym. (2013) on noussut esille, että hoitajien määrällä sekä koulutusasteella on vaikutuksia paitsi hoidon laatuun, myös taloudellisiin tekijöihin, vaikkakin taloudellisista vaikutuksista on ristiriitaisia näkemyksiä.

Tässä luvussa kuvataan, millaisia laadullisia ja taloudellisia vaikutuksia henkilöstömitoituksella on havaittu olevan kirjallisuuden ja aikaisemman tutkimuksen perusteella.

3.1 Henkilöstömitoituksen vaikutukset hoidon laatuun

Henkilöstömitoituksen sekä henkilöstön koulutustason vaikutuksista potilaan tuloksiin ja hoidon laatuun on tehty melko paljon tutkimusta. Aikaisemmassa kirjallisuudessa on viitteitä siitä, että hoitohenkilöstöllä on tärkeä itsenäinen vaikutus hoidon laatuun (Weech-Maldonado, Pradhan, Dayama, Lord & Gupta 2019). Sekä Lankshear ym. (2005) että Unruh (2008) ovat tehneet kirjallisuuskatsaukset henkilöstön vaikutuksista hoidon laatuun ja taloudellisiin tekijöihin. Eri tutkimuksissa on kuitenkin vaihtelua siitä, kuinka henkilöstömäärä tai hoidon laatua mittaavat tekijät on määritetty. Tämä on tuottanut haasteita tutkimusten analysoinnissa. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on mitattu rekisteröityjen hoitajien sekä yhden tai useamman muun tekijän suhdetta. Tällaisia tekijöitä ovat olleet mm. kuolleisuus, komplikaatioiden määrä (keuhkokuume, virtsatie-, sairaala- ja/tai haavainfektiot),

pelastuksen epäonnistuminen, haittatapahtumien esiintyminen (kaatumiset, lääkitysvirheet), oleskelun kesto ja potilastyytyväisyys. (Lankshear ym. 2005.)

Aikaisemman tutkimuksen perusteella on todettu olemassa olevan näyttöä siitä, että henkilöstön määrällä ja osaamisella on vaikutusta potilaan hoitotuloksiin, vaikka vaikuttavuutta ei voidakaan arvioida luotettavasti. (Lankshear ym. 2005. 164-165, 173.) Unruh (2008) taas toi esille, että aikaisemmat tutkimukset, joissa tutkitaan hoitohenkilöstön ja potilaiden hoitotulosten välistä suhdetta, ovat tuottaneet epä johdonmukaisia tuloksia. On olemassa vaihtelevaa näyttöä henkilöstötoimenpiteiden vaikutuksista potilaiden hoitotuloksiin. Heikot tulokset eivät kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö yhteyttä voisi olla, vaan ne voivat heijastaa erilaisia menetelmiä tai riittämättömiä tietoja. (Unruh 2008, 66.)

Henkilöstön koulutus vaihtelee maittain. Useimmissa tutkimuksissa rekisteröityinä tai lailistettuina sairaanhoitajina on kuvattu hoitajia, joilla on pidempi 2-4 vuoden koulutustausta, joka vastaa suomalaista sairaanhoitajan tai lähihoitajan koulutusta. Kansainvälisesti hoitolaitoksissa on ollut palkattuna myös hoiva-avustajia (Lisensoitu ammatillinen hoitaja), joilla on vuoden kestävä koulutus. Lisäksi esimerkiksi Yhdysvalloissa hoitotyöhön osallistuu sertifioituja hoitajia, joilla on lyhyt, vähintään 150 tunnin, koulutus työhön. Sertifioitujen hoitajien on oltava vähintään 16-vuotiaita ja läpäistävä pätevyyskoe. (Tong 2011.)

Useimmat tutkimukset keskittyvät juuri rekisteröityjen hoitajien määrän vaikutukseen hoidon laatuun ja taloudellisiin tekijöihin. Delhy ym. (2021) toivat kuitenkin esille myös hoiva-avustajien vaikutukset sekä hoidon laatuun että kustannuksiin. He havaitsivat, että hoiva-avustajien lisääminen saattaisi olla kustannustehokas keino laadun parantamiseksi, koska näiden henkilöstökulut ovat pienemmät. He kuitenkin toivat esille, että hoiva-avustajia soveltuvat parhaiten auttamaan potilaiden päivittäisessä elämässä, kodinhoidossa sekä turvallisen ympäristön ylläpitämisessä. Rekisteröidyt hoitajat ovat tehokkaampia potilashoidon alalla, minkä vuoksi ei ole tarkoituksen mukaista delegoida hoiva-avustajille toimintoja, jotka ovat keskeisiä hoitotyön prosessissa ja jotka edellyttävät erikoisosaamista, kuten esimerkiksi kivunhallinnan arviointia. (Delhy ym. 2021, 672, 679-680.)

Unruhin (2008) ja Lankshearin ym. (2005) kirjallisuuskatsausten lisäksi löytyi useita muita tutkimuksia, joissa oli käsitelty hoitohenkilöstön määrän ja/tai koulutuksen vaikutuksia potilaiden hoitotuloksiin. Suurin osa näistä tutkimuksista käsittelee henkilöstömitoituksen

vaikutuksia akuuttihoiossa. Useimmissa tutkimuksissa yhtenä tai ainoana mittarina oli käytetty potilaiden kuolleisuutta.

Kaikki tutkimukset, joissa potilaskuolleisuus oli laadun mittarina, oli tehty akuuttihoitoa tarjoavissa sairaaloissa. Kaikissa näissä tutkimuksissa havaittiin, että suurempi henkilöstömäärä vähensi potilaiden kuolleisuutta. Lisäksi myös henkilöstön parempi koulutustaso vähensi kuolleisuutta (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, Griffiths, Busse, Diomidous, Kinnunen, Kózka, Lesaffre, McHugh, Moreno-Casbas, Rafferty, Schwendimann, Scott, Tishelman, van Achterberg, & Sermeus 2014; Aiken ym. 2003). Tong (2011) toi kuitenkin esille, että tulokseen tulee suhtautua varovaisesti, koska tutkimuksessa kuolleisuusmittaria ei ole mukautettu elinajanodotteeseen. Liang ym. (2012) havaitsivat, että sen lisäksi että henkilöstömäärän ja kuolleisuuden välillä on merkittävä negatiivinen suhde myös sairaalan ominaisuuksilla ja osastotyypeillä on selvä vaikutus potilaiden kuolleisuuteen. Mark, Harless, McCue & Xu (2004) taas toivat esille, että hoitajien lisääminen vähensi kuolleisuutta, mutta henkilöstön lisäämien vaikutus oli vahvasti riippuvainen henkilöstön alkuperäisestä tasosta. Mikäli henkilöstön määrä on alkujaan pieni, henkilöstön lisääminen parantaa potilaiden seurantaa ja auttaa tunnistamaan ja puuttamaan mahdollisiin ongelmiin varhaisessa vaiheessa mikä parantaa potilaan tuloksia. Sen sijaan hoitohenkilöstön lisääminen hyvin miehitettyihin sairaaloihin ei johda kuolleisuuden vähenemiseen. (Mark ym. 2004, 293.) Jotta mahdollisimman laadukas hoito voidaan saavuttaa kustannustehokkaasti, tulisi hoitohenkilöstön määrä optimoida (Peng, Ye, Fan, Ding & Chandrasekaran 2022).

Toinen paljon käytetty mittari oli ”pelastuksen epäonnistuminen” jolla tarkoitetaan vakavista komplikaatioista johtuvaa kuolemaa. Aiken on tehnyt kollegoidensa kanssa useampia henkilöstömitoitukseen ja hoitajien koulutukseen liittyviä tutkimuksia, osassa näistä myös pelastuksen epäonnistuminen on ollut yhtenä mittarina. Hänen tutkimusryhmänsä on havainnut, että lisäämällä korkeammin koulutettujen hoitajien määrää 10%:lla kirurgisten potilaiden kuolleisuuden ja pelastuksen epäonnistumisen riski väheni 5%. Sen sijaan hoitajien työkokemusvuosilla ei havaittu olevan merkittävää vaikutusta kuolleisuuteen tai pelastuksen epäonnistumiseen. (Aiken ym. 2003, 1620.) Aiken ym. (2002) havaitsivat myös, että yhden ylimääräisen potilaan lisääminen hoitajaa kohti, kasvatti sekä potilaskuoleman että pelastuksen epäonnistumisen todennäköisyyttä 7%:lla. Twigg, Geelhoed, Bremner & Duffield (2013) havaitsivat, että lisäämällä hoitotyöhön käytettyjä tunteja pelastuksen epäonnistumiset vähenivät.

Henkilöstön ja hoidon laadun välistä suhdetta on tutkittu myös hoitoaikojen pituuden, päivystyskäyntien sekä suunnittelemattomien takaisinottojen määrän avulla. Wieczorek-Wójcik, Gaworska-Krzemińska, Owczarek, Wójcik, Orzechowska, & Kilańska (2022) määrittivät takaisinotoksi suunnittelemattomaksi sairaalahoidoksi 30 päivän kuluessa edellisestä kotiuttamisesta. He havaitsivat, että lisäämällä hoitotyötunteja 10% suunnittelemattoman takaisinoton todennäköisyys väheni 11% ei-kirurgisilla osastoilla ja 43% kirurgisilla osastoilla. Lisääntyneillä hoitotyötunneilla on vaikutusta muun muassa potilaan ja tämän omaisen saamaan kotihoito-ohjauksen laatuun ja määrään, mikä taas vaikutusta takaisinottojen määrään. (Wieczorek-Wójcik ym. 2022.) Weiss, Yakusheva & Bobay (2011) havaitsivat, että mitä enemmän suoraa hoitajan hoitoaika potilasta kohden käytettiin, sitä pienemmällä todennäköisyydellä tämä otettiin myöhemmin takaisin sairaalaan. Mielenkiintoinen havainto oli, että mikäli hoitajien tekemien ylitöiden määrä kasvoi, myös takaisinoton todennäköisyys kasvoi. McHugh ym. (2021) havaitsivat, että suurempi henkilöstömitoitus vähensi sekä kuolleisuutta, sairaalassaoloaika ja takaisinottojen määrä.

Kim ym. (2016) tutkivat hoitajien henkilöstömitoituksen vaihteluiden vaikutusta lonkka- ja polvileikkauspotilaiden sairaalassaoloaikaan ja hoidon kustannuksiin Koreassa. Tutkimuksessaan he havaitsivat, että henkilöstömitoituksen pieneneminen pidensi hoitoaikoja. Myös Needleman ym. (2006), Li ym. (2016) sekä McHugh ym. (2021) saivat omissa tutkimuksissaan saman suuntaisia tuloksia henkilöstömitoituksen vaikutuksista sairaalassaoloaikaan.

Kuten jo aikaisemmin mainittiin, suurin osa tätä työtä varten löydettyistä aikaisemmista tutkimuksista oli tehty akuuttihoitoa tarjoavista sairaaloista. Myös Carey, Zhao, Snow, Hartmann, & Bowen (2018) havaitsivat, että suuri osa aikaisemmasta sairaanhoidon laatua ja kustannuksia käsittelevästä tutkimuksesta oli tehty sairaalolosuhteissa, mutta myös tutkimusta yhdysvaltalaisissa hoitokodeissa oli tehty. Suurin osa aikaisemmista hoitokotien tutkimuksista tarkasteli yhteyttä budjetin tai tuloslaskelmalle kirjattujen kustannusten ja erilaisien terveydellisten tulostulosten kuten painehaavojen, päivittäisen elämän toiminnan vähenemisen, painonpudotuksen, kognitiivisen ja mielialan heikkenemisen, prosessitoimenpiteiden, kuten fyysisten rajoitusten, virtsakatetriin tai syöttöletkujen käytön tai tällaisten toimenpiteiden yhdistelmien välillä. (Carey ym. 2018.)

Horn (2008) tarkasteli hoitohenkilöstön kustannushyötysuhdetta hoitokodeissa, käyttäen tulosuunnittajina painehaavoja, sairaalahoidon tarvetta, virtsatieinfektiota sekä sairaanhoidon henkilöstön määrää. Hän havaitsi, että pidentämällä suoran hoitotyön aikaa kymmenellä

minuutilla, komplikaatioita saaneiden asukkaiden prosentuaalinen määrä väheni. Pienin komplikaatioaste oli, kun rekisteröityjen hoitajien antaman suoran hoidon määrää nostettiin 30-40 minuuttiin asukasta kohden päivässä. Mark. ym. (2004) sen sijaan eivät saaneet yhtä selkeitä tuloksia henkilöstömitoituksen ja komplikaatioiden (painehaavat, keuhkokuume ja virtsatieinfektiot) välisestä suhteesta.

Henkilöstömitoituksella on havaittu olevan vaikutusta myös asiakastyytyväisyyteen. Potilaat olivat tyytyväisempiä, kun hoitajilla oli vähemmän potilaita hoidettavanaan (Aiken ym. 2014). Henkilöstön vähentämisen mukanaan tuoman empatian ja reagoitakyvyn heikentymisellä sitä vastoin on pysyvä negatiivinen vaikutus asiakastyytyväisyyteen (Ye ym. 2017).

3.2 Hoidon laadun ja henkilöstömitoituksen vaikutus taloudellisiin tekijöihin

Terveydenhuollon sääntelyn toimeenpanon motiivina on usein vähimmäislaadutason varmistaminen, mutta tämän sääntelyn kustannuksia ei ymmärretä. Hoitajat synnyttävät suurimman hoidon kulueristä, joten hoitajia lisäävä sääntely lisää myös hoidon kustannuksia. (Bowblis 2015; Carey ym. 2018.) Lisäkustannukset, jotka aiheutuvat suuremmasta henkilöstömitoituksesta, ovat kuitenkin ainakin jossain määrin kompensoitavissa haittatapahtumien vähentämisestä syntyvillä rahallisilla ja ei-rahallisilla eduilla (Needleman ym. 2006). Vaikka on tehty useita tutkimuksia, jotka liittyvät henkilöstön määrään ja laatuun hoitokotien taloudellista suorituskykyä ei ole juurikaan tutkittu (Bowblis 2015). Lisäksi hoitajien henkilöstömuutosten vaikutuksesta sairaaloiden taloudelliseen tulokseen on olemassa vain vähän empiiristä tutkimusta, vaikka hoitokustannukset ovat merkittävässä osassa sairaaloiden budjeeteissa (Reiter ym. 2012, 1032).

Henkilöstömitoituksen, hoidon laadun ja taloudellisen tuloksen välisestä yhteydestä on saatu vaihtelevia tuloksia. Osassa tutkimuksista on tuotu esille, että suuremman henkilöstömitoituksella on ollut vaikutusta parantuneisiin hoitotuloksiin ja samalla on syntynyt myös kustannussäästöjä, koska esimerkiksi komplikaatioiden hoitoon ei ole kulunut yhtä paljon resursseja. (Unruh 2008.) Toiset tutkimukset taas tuovat esille, että vaikka henkilöstömäärän lisäämisen mukanaan tuoman laadun paranemisesta voi syntyä säästöjä, nämä eivät välttämättä kata kaikkia henkilöstön lisäämisestä syntyviä kustannuksia. (Reiter ym. 2012; Needleman ym. 2006.) Yhtenä syynä osittain ristiriitaisiin tuloksiin, saattaa olla se, että tutkimukset on tehty erilaisissa ympäristöissä ja sekä henkilöstöä että laatua mittaavat tekijät ovat

hyvin heterogeenisiä. Koska eri maissa hoitohenkilöstön toimenkuvat poikkeavat toisistaan, myös eri maissa tehtyjen tutkimusten vertaileminen voi olla hankalaa. (Lankshear ym. 2005.)

3.2.1 Henkilöstöön ja henkilöstöstrategioihin liittyvät kustannusvaikutukset

Henkilöstömitoituksen toteuttamisen yksi merkittävimmistä kulueristä on henkilöstökustannukset. Myös henkilöstön poissaolot ovat suuri ongelma, jolla on vaikutuksia sekä hoidon laatuun että kustannuksiin. Maass ym. (2017) havaitsivat, että heidän tutkimuskohteenaan olevassa sairaalassa, hoitajat olivat poissa hoitotyöstä sairauden, loman tai muun syyn takia 20% työpäivistä. He esittivät, että ohjelmistomuotoilun avulla, voidaan rakentaa malli, jonka avulla voidaan vakituisen henkilöstön, varahenkilöstön ja tilapäisen henkilöstön määrä ja käyttö optimoida mahdollisimman kustannustehokkaaksi, ja siten saada aikaan merkittäviä kustannussäästöjä. (Maass ym. 2017.)

Ylläpitämällä oikeanlaista hoitohenkilöstöä, sairaalat voivat tasapainottaa hoidon laatuun liittyviä kustannuksia. Henkilöstömäärän vaikutus hoidon laatuun ja kustannuksiin on epälineaarinen. Tämän vuoksi sairaaloiden tulisi jatkuvasti arvioida nykyisten hoitajien määrää ja toimintatavoitteitaan. Hoitajien lisääminen voi saada aikaan kustannussäästöjä vähentämällä työuupumusta ja parantamalla koko järjestelmän tehokkuutta. Liiallinen hoitajamäärä kuitenkin voi sekä lisätä kustannuksia että vaikuttaa laatuun negatiivisesti. (Peng ym. 2022.)

Useat Mayn ym. (2006) tutkimukseen osallistuneet sairaalat ilmoittivat henkilöstöstrategioilla olleen merkittäviä taloudellisia kustannuksia. Suurimmat kustannukset liittyivät yleensä kahteen yleisimpään lyhyen aikavälin strategiaan: tilapäisten hoitajien käyttöön sekä hoitajien palkankorotuksiin. Myös investoinnit muihin rekrytointi- ja säilyttämisstrategioihin, kuten hoitajien koulutukseen, aiheuttivat huomattavia kustannuksia, mutta useat vastaajat suhtautuivat optimistisesti näiden investointien tulevaisuuden tuottoon. Taustalla oli ajatus siitä, että näillä toimilla olisi pitkäkestoinen vaikutus henkilöstömääriin, jolloin riippuvuus tilapäisistä hoitajista sekä palkkojen korotustarve vähenevät. Työssä pysymiseen tähtäävien strategioiden katsottiin myös voivan johtaa tulevaisuuden kustannussäästöihin hoitajien vaihtuvuuden vähentyessä. (May ym. 2006, 321.)

Paremmen henkilöstömitoituksen on havaittu vähentävän hoitajien uupumusta ja työtyytymättömyyttä. Koska yhden erikoissairaanhoidajan korvaamisesta on todettu syntyvän merkittäviä kustannuksia, henkilöstömitoituksen parantaminen voi paitsi säästää potilaiden henkiä myös vähentää sairaanhoitajien vaihtuvuutta ja siten myös kustannuksia (Aiken ym. 2002; Unruh 2008). Myös muiden henkilöstöryhmien, kuten hoiva-avustajien käyttäminen voi olla kustannustehokas strategia, koska näiden henkilöstökulut ovat pienemmät kuin rekisteröityjen hoitajien (Delhy ym. 2021).

3.2.2 Laadullisten tekijöiden vaikutus kustannuksiin

Henkilöstömitoituksen käyttöönotto voi olla suhteellisen edullinen keino potilaiden ja hoitajien tulosten parantamiseksi. Mahdollisia hyötyjä ja kustannuksia on kuitenkin tulkittava varoen, sillä niitä ei voida arvioida tarkasti. (Coffmann ym. 2002.) Kaikkia hoidon laatuun ja taloudellisiin tekijöihin vaikuttavia asioita on vaikea huomioida tutkimuksissa. Esimerkiksi Needlemanin ym. (2006) tutkimuksessa useita laatuun ja talouteen vaikuttavia tekijöitä, kuten potilaille ja heidän perheilleen syntyvää vähentyneen sairastavuuden arvoa, sairaaloiden mainehyötyä, muiden kuin tutkimukseen otettujen haittatapahtumien tai hoitajien vaihtuvuuden mahdollisesta vähenemisestä johtuvaa kustannusvaikutusta, ei otettu huomioon.

McHugh ym. (2021) totesivat, että vähimmäishenkilömitoitus on toteuttamiskelpoinen tapa parantaa hoitohenkilöstön määrää ja potilastuloksia hyvällä sijoitetun pääoman tuottoprosentilla. Heidän mukaansa kustannussäästöt, jotka saadaan potilaiden menehtymisten ja takaisinottojen vähentymisestä olivat yli kaksinkertaiset henkilöstömitoituksen edellyttämän lisähenkilöstön aiheuttamiin lisäkustannuksiin verrattuna. Myös Needleman ym. (2006) havaitsivat, että hoitohenkilökuntaa lisäämällä pystyttiin välttämään haittatapahtumia ja lyhentämään sairaalassaoloaika. Haittatapahtumien vähenemisestä ja sairaalassaoloajan lyhenemisestä syntyvät lyhytaikaiset kustannussäästöt ovat merkittäviä. Tästä huolimatta nämä säästöt, eivät kaikissa tapauksissa riitä korvaamaan henkilöstön lisäämisestä johtuvaa kustannusten nousua. Sairaalan näkökulmasta lisähenkilöstön palkkaaminen on kallista. Paremmat hoitotulokset ja lyhentynyt sairaalassaoloaika eivät pysty näitä täysin kompensoimaan. Potilaan näkökulmasta lisäkustannukset vaikuttavat kuitenkin perustelluilta. (Needleman ym. 2006.)

Takaisinotot ovat haitallisia, kalliita ja mahdollisesti estettävissä. Wieczorek-Wójcik ym. (2022) havaitsivat tutkimuksessaan, että lisäämällä hoitotyötunteja kymmenen prosenttia takaisinottojen todennäköisyys väheni merkittävästi. Hoitajien hoitotuntimäärän lisääminen on kuitenkin kallista. Vaikka hoitajien lisääminen lisää myös henkilöstö kustannuksia, potilaan takaisinotoista johtuvien kustannusten väheneminen kompensoi näitä kuluja ainakin osittain. Yhteiskunnallisilla maksujärjestelmillä voi kuitenkin olla merkitystä siihen, kuinka henkilöstön lisäämisen kustannukset ja vähentyneiden haittatapahtumien mukanaan tuomat säästöt jakaantuvat palveluntarjoajan ja yhteiskunnan välille. Tämän takia henkilöstön lisääminen ei välttämättä ole houkuttelevaa palvelun tarjoajille, (Wieczorek-Wójcik ym. 2022, 11-12.) sillä vaikka hoidon maksaja hyötyy suuremmasta henkilöstömäärästä, koska kotiutuksen jälkeiset takaisinotot vähenevät, lisähenkilöstöön liittyvät kustannukset tulevat palvelun tarjoajan maksettavaksi. (Weiss ym. 2011.)

Kim ym. (2016) tutkivat hoitohenkilöstön vaihteluiden vaikutusta polvi- ja lonkkaleikkattujen potilaiden sairaalassaoloajan pituuteen ja hoitokuluihin. He havaitsivat, että parempi hoitajien henkilöstömitoitus vähensi merkittäväksi potilaiden hoitokuluja. Henkilöstömitoituksen pieneneminen lisäsi merkittävästi potilaskuolemia ja sairaanhoitokulujen kasvua. Näin ollen heidän tuloksensa viittaavat siihen, että hoitajien korkeamman henkilöstömäärän ylläpitäminen voi olla kustannustehokas strategia. (Kim ym. 2016.)

Li ym. (2016) tutkivat sydänkirurgistenpotilaiden sairaalassaoloaikana syntyneiden haittatapahtumien ja henkilöstömitoituksen välisiä vaikutuksia. He havaitsivat, että runsashenkilöstöisissä sairaaloissa haittatapahtumien todennäköisyys pieneni. Lisäksi he havaitsivat, että haittatapahtumat kasvattivat merkittävästi kuolleisuutta ja resurssien käyttöä. Runssashenkilöstöisessä sairaalassa sekä kokonaiskustannukset että haittatapahtumiin liittyvät kustannukset olivat suuremmat kuin matalan henkilöstön sairaaloissa. Tutkimuksessa ei kuitenkaan tuotu esille, mikä on vältettyjen kuolemien tai haittatapahtumien aiheuttamien kärsimysten välttämisen arvo.

Vaikka lakisääteisen henkilöstömitoituksen voimaantulon tarkoituksena Kaliforniassa oli parantaa hoidon laatua, aiheutti se monille sairaaloille huomattavia taloudellisia paineita, millä voi olla myös laatua uhkaavia vaikutuksia (Reiter ym. 2012). Vähimmäishenkilöstömitoituksella voi olla negatiivisia vaikutuksia etenkin hoitokotien toimintaan. Tiukentuneiden henkilöstömitoitusten vuoksi useiden hoitokotien kannattavuus heikkenee, ja jotkut hoitokodit jopa menettävät rahaa palveluiden tarjoamisesta. Koska henkilöstömäärän

lisääminen nostaa henkilöstökuluja, hoitokodit joutuvat joko leikkaamaan kustannuksista tai kasvattamaan tulojaan. Tulojen kasvattaminen voi kuitenkin olla vaikeaa. Tämän vuoksi hoitokodit voivat pyrkiä alentamaan kustannuksia esimerkiksi korvaamalla rekisteröityjä hoitajia halvemmilla hoiva-avustajilla, millä voi olla laadullisia vaikutuksia. (Bowblis 2015.)

Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että vähimmäishenkilöstöä koskevia lakeja tulisi välttää siksi, että ne lisäävät kustannuksia. Mikäli henkilöstömitoituksen avulla voidaan parantaa laatua, potilasturvallisuutta, tyytyväisyyttä ja hoitajien työoloja, voi se olla kustannusten arvoista. Päättäjien on kuitenkin huomioitava millaisia taloudellisia vaikutuksia säädöksistä voi olla palvelun tuottajille, ja mietittävä tarvitseeko esimerkiksi joitain korvauksia lisätä, jotta riittävä henkilöstö voidaan varmistaa ja potilasturvallisuus taata. (Reiter ym. 2012, 1045-1047.)

Pitkäaikaishoidon henkilöstömitoituksella voi olla myös positiivinen kustannushyötysuhde. Aikaisemman tutkimuksen mukaan monilla ehkäistävässä olevilla haittavaikutuksilla on mitattu tai arvioitu olevan yhteiskunnallisia kustannuksia. Henkilöstömitoituksen kasvattaminen nosti hoitokodille syntyviä kustannuksia, mutta nämä kustannukset olivat vain noin 62% vuosittaisesta yhteiskunnallisesta nettosäästöstä, joka syntyi sairaalahoidon, painehaavojen ja virtsatieinfektioiden vähenemisestä. (Horn 2008.) Tässäkin tapauksessa kulut kuitenkin kohdistuivat hoitokodille, kun taas hyödyt olivat yhteiskunnallisia.

Myös asiakastyytyväisyydellä on vaikutusta taloudelliseen tulokseen. Vaikka hoitolaitokset voivat henkilöstöä vähentämällä saavuttaa välittömiä kustannushyötyjä, pitkällä aikavälillä tällaisella strategialla on pysyvä negatiivinen vaikutus asiakastyytyväisyyteen ja lisäksi se heikentää kannattavuutta pitkällä aikavälillä. (Ye ym. 2017.)

Weech-Maldonado ym. (2018) tutkivat hoitokotien laadun ja taloudellisen suorituskyvyn välistä suhdetta, ja havaitsivat, että laadukkaamman hoidon tuottaminen voi mahdollistaa hoitokodin tehokkuuden tai korkeamman laadun ansiosta korkeammat tuotot. He toivat esille, että paremmat hoitoprosessit voivat johtaa parempaan tuottavuuteen ja alhaisempiin kustannuksiin. Hoitoprosessien avulla kyettiin ehkäisemään haittatapahtumia, kuten painehaavoja, joiden hoitokustannukset voisivat olla korkeammat, kuin henkilöstön lisäämisestä syntyvät kustannukset.

Laadun ja kustannusten välillä odotetaan olevan yleensä positiivinen suhde, kun korkeampi laatutaso pyritään saavuttamaan esimerkiksi hankkimalla kalliimpia laitteita tai lisäämällä

henkilöstöä. Kuitenkin myös potilaiden haittatapahtumien hoito aiheuttaa lisäresurssien tarvetta ja voi siten olla kallista. Giorgio, Filippini & Masiero (2016) havaitsivat, että laadulla oli negatiivinen vaikutus kustannuksiin. He toivat esille, että vaikka suurempi henkilöstömitoitus kasvatti kustannuksia, paremman henkilöstömitoituksen avulla voidaan ehkäistä vakavia toimintahäiriöitä, joiden hoitoon tarvittaisiin myöhemmin lisäresursseja. Näin ollen, vaikka lyhyellä aikavälillä voitaisiin laatua alentamalla saavuttaa kustannussäästöjä, pidemmällä aikavälillä heikentynyt laatu johtaa korkeampiin kustannuksiin. (Giorgio ym. 2016.)

4 Tutkimusmenetelmä ja – aineisto

Tässä luvussa esitellään ja perustellaan tutkimuksen empiirisen osan toteutuksessa käytetyt tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmät, sekä esitellään kerätty tutkimusaineisto ja sen analysoinnissa käytetyt menetöt.

4.1 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Tämän tutkimuksen empiirinen osa on toteutettu laadullisena. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että tiedonkeruuvälineinä suositaan ihmisiä. Aineistonkeruussa suositaan sellaisia menetelmiä, joiden avulla voidaan kuulla tutkittavaa ja hänen näkökulmiaan käsiteltävästä aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tavoitteena teorian ja hypoteesien testaaminen, vaan siinä aineistoa pyritään tarkastelemaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sahavaara 2000,155.)

Tutkimusaineisto on kerätty puolistrukturoidulla menetelmällä teemahaastattelua käyttäen. Teemahaastattelussa aineisto kerätään ennalta valittujen keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten avulla. Haastattelun avulla voidaan selvittää, mitä joku ajattelee jostakin asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Haastattelua voidaan pitää relevanttina aineistonkeruumenetelmänä, koska tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää palveluntarjoajien edustajien kokemuksia siitä, millaisilla vaikutuksia henkilöstömitoitusta koskevan lakimuutoksen käyttöönotolla on ollut palveluntarjoajan toimintaan. Haastattelujen teemat löytyvät liitteestä 1.

Joustavuus on yksi haastattelun eduista. Haastattelija voi tarvittaessa toistaa kysymyksen tai tarkentaa sitä. Kysymykset voidaan myös esittää sellaisessa järjestyksessä, että ne asettuvat luonnollisesti haastattelun kulkuun. Mahdollisimman suuren tietomäärän kerääminen halutusta asiasta on haastattelun onnistumisen näkökulmasta tärkeintä. Tämän vuoksi on tärkeää, että haastateltavat voivat tutustua haastattelun aiheeseen tai teemoihin jo etukäteen. Haastattelu ja siitä saadun aineiston käsittely vie paljon aikaa, mikä voidaan nähdä sen heikkoutena. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Haastateltavat pyrittiin löytämään lähettämällä sähköpostia eri palveluntarjoajien edustajille, joilla ajateltiin voivan olla tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. Jotkut henkilöt, joita lähestyttiin, välittivät viestin eteenpäin jollekin toiselle henkilölle tai ehdottivat jotakuta toista, johon ottaa yhteyttä. Lisäksi haastateltavia rekrytoitiin joidenkin kuntien yhteyshenkilöiden välityksellä. Haastateltavien rekrytoiminen oli haastavaa. Useimpiin lähetettyihin sähköposteihin ei saatu vastausta ja jotkut kieltäytyivät osallistumasta. Ongelmaksi haastateltavien rekrytoinnissa osoittautui myös etenkin suuremmissa organisaatioissa vaaditun tutkimuslupaprosessin hitaus. Pienemmissä organisaatioissa vaaditut luvat sai helpommin. Lisäksi palveluiden järjestämisen siirtyminen kunnilta hyvinvointialueille tutkimusajankohtana aiheutti haasteita haastateltavien löytämiselle. Tavoitteena oli löytää vähintään kymmenen ja korkeintaan kaksikymmentä haastateltavaa. Tavoitteeseen ei kuitenkaan päästy ja haastateltavien määrä jäi kahdeksaan.

Haastateltavista osa työskenteli kunnallisen, osa yksityisen ja osa kolmannen sektorin palveluntarjoajan palveluksessa esimiesasemassa. Useimmat haastateltavat vastasivat useamman vanhusten ympärivuorokautista hoitoa tarjoavan yksikön toiminnasta. Yksi haastateltava työskenteli kunnallisella puolella valvonnan tehtävissä. Hänen tehtävänä oli yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden valvonta, kun kunta osti palveluita näiltä toimijoilta. Tämän haastattelun tarkoituksena oli saada näkemystä yksityisen ja kolmannen sektorin toiminnasta siltä osin kuin se valvontaan näyttäytyi. Tämä oli perusteltua, koska suuri osa vanhusten ympärivuorokautisen hoidon palveluista järjestetään ostopalveluina, mutta tästä huolimatta ostopalveluiden tarjoajia saatiin rekrytoitua haastateltavaksi vain vähän.

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tilastollisten yleistysten sijasta kuvaamaan esimerkiksi jotakin tapahtumaa. Tämän vuoksi aineisto on laadullisissa tutkimuksissa usein pieni. Lisäksi on tärkeää, että haastateltavat henkilöt tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tai heillä on siitä kokemusta. (Tuomi & Sarajarvi 2018.) Haastateltavat pyrittiin löytämään Uudenmaan alueella toimivista organisaatioista. Uusimaa katsottiin siinä mielessä riittäväksi alueeksi, että lähes kolmannes Suomen väestöstä asuu Uudellamaalla. Vaikka Uudenmaan väestön keski-ikä on muuta maata alhaisempi, myös sen alueella on monenlaisia kuntia. Osassa kunnista on nopeaa väestönkasvua, kun taas toisissa väestö ikääntyy ja vähenee. (Uudenmaanliitto, 2022.) Uudellamaalla on THL:n tilastojen perusteella vaihtelua siinä kuinka hyvin henkilöstömitoitus oli onnistuttu toteuttamaan. Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut löytää koko Suomen kattavia yleistettäviä tuloksia eikä vertailla eri toimijoita, vaan

kerätä haastateltavien kokemuksia henkilöstömitoituksen vaikutuksista oman organisaation toimintaan, joten tämän vuoksi alueellinen rajausta oli perusteltu.

Yksi haastatteluista toteutettiin parihaastatteluna ja muut yksilöhaastatteluina. Parihaastattelu on yksi ryhmähaastattelun alamuoto, ja sen etuna voidaan nähdä olevan se, että siinä saadaan tietoja usealta henkilöltä samanaikaisesti. Haastateltavien on myös havaittu olevan luontevampia ja vapautuneempia useampien henkilöiden ollessa paikalla. Ryhmähaastattelussa ryhmästä voi olla apua myös esimerkiksi väärinymmärrysten korjaamisessa tai mikäli kyseessä on muistinvaraiset asiat. Haittapuolena voidaan nähdä, että ryhmän kannalta negatiiviset asiat eivät välttämättä tule esille, tai yksi henkilö voi pyrkiä vaikuttamaan keskustelun kulkuun. (Hirsjärvi ym. 2000, 197-198.) Parihaastattelun avulla yhdellä haastattelulla saatiin tietoa yhden organisaation useiden Uudellamaalla toimivien yksiköiden toimintaan liittyen. Haastattelut toteutettiin Teams-etäyhteyden välityksellä ja ne tallennettiin litterointia ja aineiston käsittelyä varten.

4.2 Tutkimusaineisto ja aineiston analysointi

Tutkimusaineistoksi muotoutui seitsemän haastattelua. Haastattelut toteutettiin joko yksilö tai parihaastatteluina organisaatioista ja osallistujista riippuen. Vaikka haastateltavien määrä jäi toivottua pienemmäksi, haastatteluihin valikoituneilta henkilöiltä saatiin tietoa 14 kunnan alueelta. Tämä mahdollistui sillä, että joidenkin haastateltavien vastuulla oli useamman kunnan alueella toimivia yksiköitä.

Aineiston analysointia varten haastattelut litteroitiin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Litteroinnin yhteydessä aineisto myös anonymisoitiin, jotta haastateltavaa tai organisaatiota, jossa hän työskentelee, ei voitaisi tunnistaa. Anonymisoinnissa käytettiin sekä poistamista että kategorisointia. Kategorisointia käytettiin muun muassa haastateltavien asemaa koskevan tiedon anonymisoinnissa. Lisäksi kategorisointia käytettiin, haastattelun aikana ilmenevien satunnaisten tunnistetietojen käsittelyyn. Tällaisia tunnistetietoja olivat esimerkiksi haastattelussa mainitut henkilönimet tai organisaatio, jossa haastateltava työskentelee. (Ranta & Kuula-Luumi 2017).

Litteroitu aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Sisällönanalyysissä analysoidaan haastattelujen puhuttuja sisältöjä (Ruusuvoori & Nikander 2017). Tämän vuoksi kaikki

puhuttu aineisto litteroitiin sanatarkasti, mutta tauot ja äänensävyt jätettiin litteroinnissa merkittämättä. Näin saatiin litteroitua analysoitavan ongelman kannalta keskeiset piirteet. Litteroidun aineiston analysoinnissa käytettiin sekä luokittelua että teemoittelua. Litteroidusta aineistosta tietoja taulukoitiin, esimerkiksi sen mukaan millaisia keinoja oli käytetty, jotta lain vaatima henkilöstömitoitus oli saatu toteutettua. Lisäksi haastatteluista poimittiin keskeisiä tutkimuskysymyksiin liittyviä havaintoja teemoittain erillisiksi muistiinpanoiksi.

5 Tutkimustulokset

Tässä luvussa käsitellään tutkimuksen tuloksia. Aluksi kuvataan sitä, kuinka kohdeorganisaatioiden lakisääteinen henkilöstömitoitus on toteutunut sekä syitä, jotka ovat johtaneet vaaditun henkilöstömitoituksen alittumiseen. Tämän jälkeen luvussa 5.2 kerrotaan millaisia strategioita on käytetty riittävän henkilöstömitoituksen varmistamiseksi. Luvussa 5.3 ja 5.4 käydään läpi millaisia laadullisia ja henkilöstöön liittyviä vaikutuksia henkilöstömitoitusta koskevalla lakimuutoksella on ollut. Luvussa 5.5 kerrotaan henkilöstömitoituksen taloudellisista vaikutuksista ja luvussa 5.6 tulokset kootaan yhteen.

5.1 Lain vaatiman henkilöstömitoituksen toteutuminen sekä vaaditun henkilöstömitoituksen alittumiseen johtaneet syyt.

Useimpien haastatteluun osallistuneiden edustamat organisaatiot olivat pääsääntöisesti onnistuneet saavuttamaan lakisääteisen henkilöstömitoituksen. Ostopalvelupaikkoja kunnille tarjoavilla palveluntarjoajilla henkilöstömitoitus saattoi olla ollut lain vaatimalla tasolla tai jopa sen yli jo ennen lain voimaantuloa. Tätä selitti se, että useissa kuntien kanssa tehdyissä sopimuksissa henkilöstömitoitus oli määritetty 0,6-0,7 välille. Toimiluvat olivat toinen tekijä, joka saattoi vaikuttaa henkilöstömitoitukseen. Vanhojen ennen lakimuutoksen voimaantuloa saatujen toimilupien osalta henkilöstömitoitusvaatimus saattoi olla pienempi.

”...et jos mietitään tässä Uudellamaalla, niin hyvin pitkältihän sopimukset on se mikä määrittää sitä mikä se mitoitus tulee olla, että kun meillä suurin osa asiakkaista on kuitenkin ostopalvelusopimuksilla kuntien sijoittamana. Et tavallaan niinku kaks asiaahan niitä määrittää, et joko meidän toimilupa tai sitten ne sopimukset.” H5

Haastateltavien joukossa oli kuitenkin myös sellaisia toimijoita, joiden lakisääteinen henkilöstömitoitus ei ollut THL:n seurannassa aina täyttynyt. Syynä tähän varsinkin alkuvaiheessa oli osittain se, että seurantataulukon täyttämässä oli ollut haasteita etenkin sen osalta, kuinka välillisen ja välittömän työn ymmärtää. Lisäksi yhdessä haastattelussa tuli esille, että vaikka mitoituksen alittumisen syynä oli ollut näppäilyvirhe, THL ei lähtenyt enää korjaamaan ilmoitettuja mitoituksia.

” Se johtuu myös siitä, että taulukon täyttäminen on niin kun haastavaa. Että sen voi sen välittömän ja välillisen niin ymmärtää silloin varsinkin alkuun niin vähän eri tavoin ” H1

” Siis on just se, että miten sä määrität sen välillisen ja välittömän työn. Ku THL antaa nämä ohjeet ja sitten niin kun konsernissa johto antaa mulle nämä ohjeet, niin välillä tuntuu, että et kuka täs on niinku oikeessa. Ketä mä kuuntelen? Et, et jos mulla on näitä hoiva-avustajia tai näitä kodinhoitajia, jotka hoitaa arkisin, et jos ei niitä ole viikonloppusin, niin kuinka paljon mä laitan siltä lähihoitajalta, hoiva-avustajalta sitä niinku välittömään työhön? H7

Haasteet mitoituksen laskemisessa ja välillisen ja välittömän työn ymmärtämisessä eivät kuitenkaan täysin selittäneet mitoitusten alituksia, mutta kun asiaa käytiin läpi valvovan viranomaisen kanssa alitukset eivät olleet yhtä suuria kuin aluksi. Muiksi syiksi lakisääteisen henkilöstömitoituksen alittamiselle, kerrottiin rekrytointihaasteet sekä akuutit poissaolot. Vaikka työyhteisöissä oli pitkäaikaista sitoutunuttakin henkilöstöä, saattoi ajoittain esiintyä tilanteita, joissa joidenkin pitkäaikaisten työntekijöiden jättäessä työnsä, myös muita muutoshaluisia ilmaantuu, jolloin useita työntekijöitä poistuu samanaikaisesti.

”...heillä on ollut syynä rekrytointihaasteet, akuutit poissaolo syyt ja siten on ollut myös virheellisesti siinä ensimmäisessä...”H3

”Meil on henkilöstö vaan, lähihoitajat lähteneet muihin tehtäviin, et sit me ei olla saatu, ei oo tullu hakemuksia lähihoitajien avoimiin virkoihin, niin sit se on siinä.”H7

Kaikissa haastatteluissa tuli esille, että henkilöstön rekrytoinnissa on ollut haasteita ja etenkin sairaanhoitajien rekrytointi oli vaikeaa, mutta myös lähihoitajien rekrytointi oli vaikeutunut vuoden 2022 aikana. Osasta haastatteluja tuli esille, että henkilöstön saatavuus vaihteli. Kolme haastateltavaa toi esille, että kesän jälkeen lähihoitajien rekrytointi oli kuitenkin helpottunut.

”...mutta kesän jäljiltä ehkä vähän parempi tilanne sikäli, että saattaa tulla yhdestä kolmeen hakijaa yhteen lähihoitajan tehtävään, kun keväällä ni ei tullut yhtään...”H1

”Se on aika semmonen niinku herkkä se henkilöstötilanne koko ajan. Et kyllä sitä, käytän nyt tällaista termiä, että kissojen ja koirien kanssa niitä hoitajia ja työntekijöitä etsitään.”H3

”Eli kun meil ois siel sitä vakanssipohjaa parempaan, et meil on yksiköissä vakanssipohja 0,8- 0,9, mut kun me ei saada niitä vakansseja täytettyä.” H8.

Kahdessa haastattelussa nousi esille myös se, että hoivakotien sijainnilla oli vaikutusta siihen, kuinka rekrytoinnissa onnistuttiin.

” Eihän se yksikkö voi sille mitään, et se on siellä metsän keskellä ja kukaan ei halua tulla sinne töihin, kun on hankalat työmatkat.” H7

” on vähän vaikee saada sinne peltojen keskelle välillä työntekijöitä.” H6

5.2 Palveluntarjoajien käyttämät keinot riittävän henkilöstömitoituksen varmistamiseksi.

Alaluvuissa 5.1.1. ja 5.1.2 esitellään, millaisia strategioita palveluntarjoajat olivat käyttäneen varmistukseen riittävän henkilöstön saatavuuden. Käytetyt menetelmät on jaettu lyhyen- ja pitkänaikavälin strategioihin. Taulukossa 3. on tiivistetty tähän tutkimukseen osallistuneiden organisaatioiden käyttämät strategiat.

Taulukko 3: Riittävän henkilöstön varmistamiseksi käytetyt strategiat

Keinot riittävän henkilöstömitoituksen varmistamiseksi	Strategian aikaväli
Henkilöstön joustot	Lyhyt
Vuokratyövoima	Lyhyt
Asiakaspaikkojen vähentäminen	Lyhyt
Rekrytointiin panostaminen	Lyhyt
Oma sijaispooli/varahenkilöstö	Lyhyt ja Pitkä
Palkankorotukset	Lyhyt ja Pitkä
Muut taloudelliset kannustimet	Lyhyt ja Pitkä
Ennakointi	Lyhyt ja Pitkä
Joustavat työaikajärjestelyt	Lyhyt ja Pitkä
Ulkomainen työvoima	Pitkä
Henkilöstön koulutus	Pitkä
Perehdytysohjelmien kehittäminen	Pitkä
Koulutusyhteistyö	Pitkä
Uusien ammattiryhmien käyttö	Pitkä
Työsuhde-edut	Pitkä
Tukipalvelut	Pitkä
Töiden uudelleen organisointi	Pitkä
Uudet työnkuvat	Pitkä
Urapolut	Pitkä
Kehityskeskustelut ja TYHY-toiminta	Pitkä
Osallistuttaminen päätöksentekoon	Pitkä

Osalla käytetyistä strategioista on sekä lyhyt- että pitkäaikaisia vaikutuksia henkilöstön saatavuuteen.

5.2.1 Lyhyenaikavälin strategiat

Haastavan henkilöstötilanteen vuoksi, henkilöstön rekrytointi oli jatkuvaa. Osassa organisaatioista oli omat rekrytointitiimit tai tukipalveluhenkilöt jotka muun muassa kiersivät opilaitoksissa, messuilla ja rekrytointitapahtumissa. Joissain organisaatioissa tämä oli lähesimiehen tehtävä. Rekrytointia tehtiin myös oman toiminta-alueen ulkopuolella.

”No tietysti henkilöstörekrytointia tehdään koko aika, et se tietty näyttelee niinku isoo roolia ihan siihenkin, että saadaan tää nykyinen 0,6.” H4

” Mä oon sitten kiinnittänyt rekrytointiin todella paljon huomiota. Et se on ollu todella, et oon juossut kaiken maailman messut.” H7

Kaikki haastateltavat kertoivat, että heillä oli lyhytaikaisten poissaolojen paikkaamiseksi käytössä oma sijaispooli ja/tai varahenkilöstö. Lisäksi kaikki haastateltavat kertoivat, että kuluvan vuoden aikana oli jouduttu turvautumaan myös vuokratyövoimaan. Osalla kaikki lyhytaikaiset sijaiset tulivat jonkin henkilöstöpalveluyrityksen kautta. Koska sijaisia ei aina onnistuttu saamaan saatettiin turvautua vakituisen henkilöstön joustoihin joko niin, että he tekivät lisä- tai ylitöitä tai vaihtoivat vuoroa. Mikäli tämäkään ei onnistunut, jouduttiin työvuoroja tekemään vajaalla miehityksellä. Ylityöt olivat kuitenkin usein viimeinen vaihtoehto ja ensisijaisesti lisätöitä tarjottiin osa-aikaisille työntekijöille. Suuremmissa organisaatioissa jonkin yksikön tilapäisiä henkilöstövajeita oli saatettu paikata siirtämällä henkilöstöä joko toiselta osastolta tai jopa toisesta hoivakodista.

”No täytyy sanoa, että noi poolit on ollut ihan aivan kerta kaikkiaan lottovoitto, et jos meillä ei oli noita poolityöntekijöitä, niin me oltais liemessä, suurissa ongelmissa.” H2

Monissa organisaatioissa oli käytössä sähköisiä järjestelmiä, joita hyödynnettiin lyhyiden tai äkillisten poissaolojen paikkaamisessa. Avoin vuoro tuotiin palveluun, josta sijaiset voivat sen poimia. Usein palvelun taustalla toimi joku henkilöstöpalveluyritys.

Kaikissa organisaatioissa oli käytössä jonkinlaisia rahallisia kannustimia, joiden avulla riittävä henkilöstömäärä pyrittiin varmistamaan. Taulukossa 4 on esitetty haastattelussa esille nousseet rahalliset kannustimet.

Taulukko 4: Haastatteluissa esille tulleet taloudelliset kannustimet

Käytetyt taloudelliset kannusteet	yhteensä
Hälytysraha	3
Organisaation oma lisä	1
Palkankorotus	1
Rekrytointi- / saatavuuslisä	4
Työn vaativuuteen liittyvä lisä	1
Vinkkauspalkkio	3
Kaikki yhteensä	13

Vain yhdessä organisaatioissa oli tehty varsinaisia palkankorotuksia henkilöstön saatavuuden parantamiseksi. Tämä muutos oli tullut vasta vuoden 2023 alusta, joten sen vaikutuksia ei vielä voitu arvioida. Muissa organisaatioissa oli ollut käytössä muita rahallisia kannusteita, kuten niin sanotun hälytysrahan käyttö, erilaiset määräaikaiset rekrytointilisät ja vinkkipalkkiot. Jotkut organisaatiot olivat käyttäneet määräaikaisia saatavuuslisiä, mikäli jossakin yksikössä oli tarvetta useamman henkilölle ja rekrytoinnissa on ollut haasteita. Tällöin lisä on kohdistunut koko yksikköön, eikä ainoastaan uusiin rekrytoitaviin henkilöihin. Organisaatioissa oli myös muita henkilöstöetuuksia, joilla henkilöstöä pyrittiin houkuttelemaan ja sitouttamaan.

Organisaatioissa tehtiin erilaisia työaikaan liittyviä joustoja. Kaikissa organisaatioissa työntekijät pystyivät jollakin tasolla vaikuttamaan työvuoroihinsa, mutta toisissa työvuoroautonomia tai toimintalähtöinen työvuorosuunnittelu oli viety pidemmälle tasolle. Tällöin työntekijät saivat itse suunnitella alustavasti työvuoronsa tiettyjen periaatteiden mukaan. Lisäksi useimmissa organisaatioissa myönnettiin osittaista vapaata myös sellaisille työntekijöille, joilla ei ollut lakisääteistä perustetta. Osa haastateltavista kertoi myös, että työntekijöille saatettiin mahdollistaa esimerkiksi vain tiettyjen vuorojen tekeminen, jotta henkilökohtaisen elämän ja työn yhteensovittaminen olisi helpompaa. Työaikajoustot koettiin helpoimpana tapana henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden parantamisessa. Koska työpaikkoja oli runsaasti tarjolla, ajateltiin, että jollei työnantaja joustanut työaikojen suhteen oli riskinä, että työntekijä etsii elämäntilanteeseensa sopivamman työpaikan muualta.

”Ja aika joustavia ollaan niissä osa-aikaprosenttien suhteen ... Koska kyl sen niin kun tietää, että jos on kovin jäykkä niissä, niin kyl he sit etsii sen väylän josta he saa sen heille niinku sopivat tota aikataulut.”H4

”Tää harkinnan varanen osa-aikanen on tota aika suosittukin, itse oon niitä myöntäny ihmisille, koska tämmönen 75-80 prosenttinen tuntuu tukevan semmosta kolmevuorotyötä tekevän jaksamista”H6

”No mahdollistetaan ihan tosi joustavasti osa-aikasuuksia. Et se on myös yks semmonen rekrytointivaltti tai niillä, jotka on meillä töissä, niin pitovoimavaltti. Et sit jos jollain on tarvetta jostain syystä, niin kyl me niit mahdollistetaan. Koska yleensä se kääntöpuoli on sit se, että jos sitä ei mahdollisteta, niin se henkilö irtisanoutuu, koska nyt on niin paljo työtä tarjolla.” H8

Etenkin yksityiset palveluntarjoajat olivat joutuneet turvautumaan asiakaspaikkojen vähentämiseen, jotta riittävä henkilöstömitoitus oli saatu varmistettua. Myös julkiset toimijat kertoivat asiakaspaikkojen vähentämisestä. Tällöin vähennykset kohdistuivat ensisijaisesti lyhytaikaisiin paikkoihin. Lisäksi uusien yksiköiden avaaminen oli saattanut viivästyä, koska henkilökuntaa ei ollut saatu rekrytoitua riittävästi. Ainoastaan yksi haastateltava ei kertonut, että asiakaspaikkoja olisi jouduttu vähentämään.

Haastatteluissa tuli myös esille, että riittävän henkilöstömitoituksen varmistamiseksi ennakointia oli lisätty. Tämä näkyi muun muassa siinä, että vajaita listoja ei suunniteltu, vaan kaikkiin vuoroihin pyrittiin saamaan tekijä jo työvuorojen suunnitteluvaiheessa. Myös lyhytaikaisiin poissaoloihin, kuten lomien ajaksi, pyrittiin löytämään sijaiset jo mahdollisen varhaisessa vaiheessa.

5.2.2 Pitkän aikavälin strategiat

Kaksi haastateltava toi esille huolensa alan vetovoimaan liittyen, he mainitsivat etenkin epäkohtiin liittyvän julkisen keskustelun. He toivoivat, että mediassa saisi olla enemmän uutisointia myös vanhustenhoitoon liittyvistä positiivisista asioista sen sijaan, että keskitytään hakemaan negatiivisia otsikoita esimerkiksi lakisääteisen mitoituksen alittaneista yksiköistä.

”...että sitten taas mediassa on pelkkää ikävää, pääsääntöisesti vanhustyöstä. Et eihän se näin ole, kun keskustelen meidän asukkaiden kanssa tai sitten kuuntelen, kun meidän hoitajat

istuu kahvilla tai raportilla, niin heillä on todella vahvaa se omavalvonta... Ja se on musta heitä kohtaan tylsää, että dissataan tuolla mediassa, että kaikki on ihan susisurkeeta, ja typerää, kun ei se niin ole.” H1

” Ja jotenki niinku se, et pitäis nostaa sieltä niitä hyviä asioita myös. Että se kuitenkin meilläkin hoidetaan nää asukkaat täällä pienellä väellä niin hyvin, että meillä ei ole niitä paineavojoja, meil ei oo infektioita, meil ei oo niinku päivystyskäyntejä. Et tää porukka sit venyy niinku, et me hoidetaan nää todella hienosti nää ihmiset, vaikka meil on liian vähän porukkaa, niin jotenkin, et haettais myös sitä puolta siitä, siitä asiasta.” H7

Yksi haastateltava toi esille organisaation maineen hyvänä työnantajana.

”Mutta meillä on hyvä maine työnantajana. Että vaikka me ei joka kohdassa pystytä palkalla kilpailemaan, niin meillä on hirveen hyvä porukka täällä töissä ja hyvät tiimit. Et se on monta kertaa ollut meidän pelastus.” H2

Kaikissa organisaatioissa tehtiin koulutusyhteistyötä alan oppilaitosten kanssa. Usein tämä liittyi hoiva-avustajien ja lähihoitajien oppisopimuskoulutuksiin. Yksi haastateltava toi kuitenkin esille, että vaikka he mielellään ottaisivat oppisopimuspaikoille hoiva-avustajia ja tätä varten oli pyritty paikallisen ammattioppilaitoksen kanssa koulutusta käynnistämään, ei koulutus ole ollut tarpeeksi kiinnostava. Toisessa organisaatiossa sitä vastoin oppisopimuskoulutusopiskelijoita oli tarjolla enemmän kuin pystyttiin ottamaan. Nämä organisaatiot erosivat toisistaan sekä kooltaan että sijainniltaan.

Muutama muu haastateltava sen sijaan kertoi, että heillä oli oppisopimuskoulutusta järjestetty pääsääntöisesti ulkomailta tuoduille hoitajille. Ulkomaalainen työvoima opiskeli ensin hoiva-avustajaksi ja jatkoi useimmiten tämän jälkeen vielä lähihoitajaksi. Jotkut jopa sairaanhoitajiksi. Useimmiten nämä hoitajat tulivat Kiinasta tai Filippiineiltä ja heille oli suunniteltu koulutuspolut. Yksi haastateltava kertoi, että ulkomailta tuotujen hoitajien koulutus alkoi jo kotimaassa muun muassa suomen kielen opiskelulla. Koska juuri kieli oli ulkomalaisille hoitajille haastavin osa-alue he jatkavan suomen kielen opiskelua muiden opintojen ohella.

Kaikki haastateltavat kertoivat, että myös perehdytysohjelmia kehitettiin tai päivitettiin jatkuvasti, mutta yksi haastateltava toi kuitenkin esille, että perehdytysohjelmia olisi ehkä syytä päivittää enemmän huomioimaan myös lyhytaikaiset sijaiset. Myös sähköistymistä oli hyödynnetty perehdytyksessä siten, että osa asioista, jotka uusi työntekijä pystyi itse

opiskelemaan, oli siirretty sähköiseen ympäristöön. Näin HR-osasto sai tiedon, kun osuus oli suoritettu. Lisäksi muuhun henkilöstön koulutukseen oli panostettu. Yksi haastateltava toi kuitenkin esille, että vaikka henkilöstölle tarjotaan kalliimpiakin koulutuskokonaisuuksia ei tämä tunnu sitouttavan heitä pysymään pidemmäksi aikaa. Henkilöstön koulutuksista haastatteluissa esille nousivat etenkin validaatio- ja kinestetiikkakoulutukset. Yksi haastateltava kertoi, että näistä henkilöstö oli saanut uutta motivaatiota työhönsä, millä oli ollut työpaikan jättämistä ehkäisevä vaikutus. Yksi haastateltava kertoi, että hänen organisaatiossaan oli järjestetty esimiehille pitovoimatekijä teemaista koulutusta. Tässä koulutuksessa oli pohdittu muun muassa keinoja pitkäaikaisen henkilöstön huomioimiseksi, palkitsemisen malleja ja virkistäytymistä sekä työn kehittämistä, sujuvoittamista ja tukemista. Organisaatioissa järjestettiin myös erilaisia TYHY- ja kehittämispäiviä.

Useissa organisaatioissa henkilöstön ja henkilöstön mielenkiinnon kohteita ja kehittämistarpeita pyrittiin kartoittamaan muun muassa kehityskeskusteluissa ja tämän mukaan kouluttamaan heitä sekä jakamaan heille erilaisia vastuutehtäviä. Usein sairaanhoitajan tehtävään liittyi tiimivastaavana toimiminen, mikä muutti hieman sairaanhoitajan työkuva ja lisäsi vastuuta yksikön toiminnasta. Yhdessä haastattelussa nousi esille, että hoitajille oli tarkoitus kehittää erilaisia urapolkumalleja. Perinteisesti hoitoalalla uralla eteneminen on ollut vaikeaa, joten urapolkujen avulla tätä pyrittäisiin mahdollistamaan. Urapolkujen uskottiin lisäävän myös veto- ja pitovoimaa.

Joissakin organisaatioissa oli henkilöstömitoitusta koskevan lainsäädännön myötä otettu käyttöön uusia työnkuvia ja organisoitu tehtäviä uudelleen. Tällaisia tehtäviä olivat esimerkiksi arkea aktivoivat henkilöt ja viriketoiminnan ohjaajat. Joissain organisaatioissa uusia työnkuvia oli kehitetty jo ennen lain voimaantuloa. Töiden organisoinnissa oli kiinnitetty erityistä huomiota välilliseen ja välittömään työhön ja sen myötä välillistä työtä ohjattu pois hoitajilta. Osa organisaatioista oli pyrkinyt ulkoistamaan suurimman osan välillisestä työstä. Lisäksi yhdessä haastattelussa tuli esille, että organisaatiossa oli otettu käyttöön lääkkeiden annosjakelu, mikä vapautti henkilökuntaa muuhun työhön. Työnkuvien organisoimista ja uudelleensuunnittelua pidettiin tärkeänä paitsi työntekijöiden riittävyyden varmistamisessa myös työpaikkojen houkuttelevuuden kannalta. Lisäksi henkilöstöä pyrittiin mahdollisuuksien mukaan osallistuttamaan päätöksen tekoon ja työn kehittämiseen.

”Eli silloin se todennäköisesti on houkuttelevampi niinku työpaikkana. Ja toki tässä niinku on on hirveän tärkeä, että ohjaa myös, että se laatu sinne asiakkaalle, mutta että on pakko

mieltä myös niitä, että me saadaan työntekijöitä, kun se vakanssi määrä nousee ja tekijöiden määrä koko ajan laskee, niin silloin täytyy mieltä, että se monipuolistaminen ja tehtävien uudelleensuunnittelu on on myös myös sen takia tärkeää.” H1

Riittävän henkilöstön varmistamiseksi myös uusien ammattiryhmien, etenkin hoiva-avustajien, käyttö oli lisääntynyt. Yksi haastateltava kertoi, että koska sairaanhoitajien rekrytointi oli haastavaa, oli sairaanhoitajan sijasta palkattu fysioterapeutteja. Toisessa organisaatiossa oli perustettu uusia fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien ja geronomien vakansseja.

Useammista haastatteluista nousi kuitenkin esille, että vaikka laki itsessään mahdollisti melko laajastikin erilaisten ammattiryhmien käytön mitoitukseen laskettavana henkilökuntana viranomaisten ohjeet ja tulkinta siitä, kuinka muuta kuin sote-henkilöstöä voi hyödyntää, olivat epäselviä. Tämän vuoksi kaivattiin tarkempaa valtakunnallista ohjeistusta muiden ammattiryhmien hyödyntämisestä. Ohjaus muiden kuin sote-ammattilaisten käytöstä koettiin tärkeäksi siksi, että vanhusten ympärivuorokautisessa palveluasumisessa aktiivinen ja asiakkaan näköinen arki on isossa osassa ja varsinainen hoiva täyttää vain osan välittömästä työstä. Tämän vuoksi olisi tärkeää pohtia, mikä ikäihmisten elämänlaadun kannalta on merkityksellistä ja missä määrin sote-henkilöstöä voidaan korvata muilla työntekijöillä, jotta hoitajia riittää myös sairaaloihin.

” Toivoisin tuonne valvovalle viranomaispuolellekin ja lakiin sitä, että se sais olla paljon laajemminkin se ohjaus siitä, mitä ne voi olla, jotka hyväksytään mitoitukseen. Koska yhdessä sanottiin, että se voi olla vaikka sirkustaiteilija, niin se kuulostaa tälle terveydenhuollon ammattilaisena mielenkiintoisena, mutta kovin vieraalta.” H1

”Sen pitäisi olla valtakunnallista, että joku ei lähe sooloilemaan jollain ammattinimikkeellä tai kokeilulla. Vaan se olis se riittävä ohjaus näille kaikille yhtäläistä. Ja sit se seuranta. Ja et sais sillä tavalla epäonnistua, että jos ei se toimi, että siellä se kulttuurin muutos menee sinne erityyppisiin taiteilijoihin niin sit voidaan peruuttaa ja mennä enempi sinne sote-painotteiseen.” H1

”... toivois just sen, että kun siihen lakiin itsessään on kirjattu aika väljästi se, että minkälaista henkilöstöä voisi olla mitoitukseen laskettavana, ja tota nyt sit siinä on vähän niinku viranomaisten välillä selvästi tällasia tulkinta eroja, et kun nyt lupa esimerkiksi vaikka lupia myöntävillä viranomaisilla, Valviralla ja Aveilla, niin tota jotenki niinku sen puolen sellast niinku pohdintaa siihen, et mikä aidosti on niinku sen ikäihmisen elämänlaadun kannalta

merkityksellistä, ja ja tota mitä kaikkea se 24/7 tuntia vuorokaudessa niinku pitää sisällään. Ja ketkä niitä asioita voi tehdä.”H4

” Mutta se mikä tässä mun mielestä mättää on se, ketä me pystytään laskemaan just siihen niinku mitoitukseen. Ja millä suhteella. Ja just tää välittömän ja välillisen työn. Niin siinä mä nään, et pitäis pystyä hyväksymään siihen hoitotyöhön myös niitä niin sanotusti ei lailistettuja terveydenhuollon ammattilaisia enemmän. Et koska ei meillä vaan riitä se tota se määrä niitä hoitajia nyt tällä hetkellä, niin siinä mä näkisin, että pitäis tehdä jotain joustoo.”H7

Yksi haastateltava kertoi, että organisaatiossa oli otettu käyttöön uusia tukipalveluita, joiden tarkoituksena oli tukea yksiköiden toimintaa. Organisaatioon oli esimerkiksi palkattu henkilöitä, jotka kiertävät eri yksiköissä ja käyvät läpi työn organisointia arjen sujuvuuden näkökulmasta. Yhteistyössä toimintayksikön kanssa pyritään varmistamaan, että kaikki työtehtävät tehdään järkevällä tavalla ja oikea-aikaisesti, jotta kuormitus olisi mahdollisimman pieni.

Haastateltavat eivät kertoneet, että työympäristöön olisi tehty fyysisiä muutoksia henkilöstön houkuttelemiseksi. Mikäli tilat olivat vanhanaikaisia, oli jotkut organisaatiot saattaneet luopua näistä ja rakentaa kokonaan uudet ja toimivammat tilat. Apuvälineiden saatavuus oli jo aikaisemmin ollut lähes kaikissa organisaatioissa hyvällä tasolla, mutta aina niiden käyttö ei ehkä ollut ollut riittävällä tasolla. Perusajatus oli kuitenkin, että työvälineiden tuli olla kunnossa, jotta arki voisi olla sujuvaa. Apuvälineitä pyrittiinkin hankkimaan tarpeen mukaan ja järjestämään niihin liittyvää käyttökoulutusta. Fysioterapeuttien lisääntyneen määrän myötä apuvälineiden käyttö oli saattanut tehostua ja tarkoituksenmukaisuus parantua. Yksi haastateltava kertoi henkilönostimien hankinnasta mikä mahdollisti sen, että yksi hoitaja pystyi siirtämään asiakasta, kun aikaisemmin tämä oli tehty kahden hoitajan lihasvoimin. Tällä oli vaikutusta sekä potilasturvallisuuteen että työhyvinvointiin. Yhdessä haastattelussa tuli myös esille, että organisaatiossa oli käytössä erilaisia digitaalisia ratkaisuja kuten valvontajärjestelmiä ja asukkaiden hyvinvointirannekkeita.

5.3 Henkilöstömitoituksen vaikutukset hoidon laatuun

Havainnot henkilöstömitoituksen vaikutuksista asiakastyytyväisyyteen poikkesivat eri haastateltavien osalta toisistaan. Jotkut eivät olleet havainneet vaikutusta, mutta toisilla vaikutukset olivat selvempiä.

Henkilöstön saatavuusongelmien vuoksi, useissa organisaatioissa oli hyödynnetty yhä enemmän myös uusien ammattiryhmien käyttöä. Moniammatillisuuden lisääntyminen ja uudet työnkuvat, kuten viriketoiminnan ohjaajat tai arkea aktivoivat henkilöt, olivat mahdollistaneet paremmin asukkaiden kuntouttavaa toimintaa, ohjattua tekemistä sekä ulkoilua mikä vaikutti myös asiakkaiden vireystilaan ja käyttäytymiseen. Kahdessa haastattelussa tuli esille, että tätä tehtiin näkyväksi omaisille joko Facebook-ryhmien tai muiden sovellusten avulla.

” ehkä se näkökulma mikä on positiivista niin on lisääntynyt se ammattikoulutustausta, niinku henkilöstöllä, et sitäkin on näkynyt nyt, että se ehkä monipuolistaa ehkä sitä, että on siellä voi olla ehkä enemmän sosionomitaustasia henkilöitä, geronomitaustasii henkilöitä, fysioterapeutteja on palkattu, että ehkä se asiakkaitten elämänlaatu sitä myöten paranee kun siellä on laajempaa osaamista ja repertuaaria hoitajilla käytössä, et en väheksy nyt kenenkään ammattiryhmää, mutta ehkä erilaisia näkökulmia siitä asiakkaan arjen niinku sisälöstä voi tulla.”H3

” Kyllä sillä on laaja-alaisia vaikutuksia. ... Mut on kyllä niinku, et kun siinä on sit selkeesti, selkeesti niinku henkilö joka ikäänku keskittyy siihen, sitä kautta myöskin miettimään sitä tiettyä suunnitelmallista ja jatkuvuutta.”H4

”Joka vuosi tulee se, että jos ois enemmän toimintaa, ulkoilua ja tän tyyppistä. Niin sitten nää henkilöt tekee juuri sitä. Ja sitten he vielä ottaa kuvia. Meillä on on tota Facebook-ryhmiä näissä meidän asumispalveluyksiköissä niin ne omaiset sitten näkee, että se oikeasti tapahtuu. Käydään ulkona, käydään kaupassa, Hesessä. Tiedätkö ihan tällaista siis ihan normaalia elämää.”H1

”Tottakai omaisille tommoset asiat näkyy ja on ennenkaikkee niinku merkityksellisiä. Et jotenkin konkretisoituu, konkretisoituu sitten. Ja tota kylhän sitten asukkaat, sehän asukkailla monta kertaa saattaa just vähentää vaikka tällästä levotonta aggressiivista käyttäytymistä, kun heillä on niinku, ohjataan niinku ne ajatukset tavallaan niinku muualle ja on sellast

niinku mielekästä tekemistä. Mut paljonhan se on just sellasta just, että asiakkaat otetaan ihan niihin päivän askareisiin mukaan.”H4

Toisaalta koska hoitajien saatavuus oli todella huonoa, kaikki organisaatiot olivat joutuneet lisäämään lyhytaikaisten sijaisten ja/tai ostopalveluiden käyttöä. Yksi haastateltava toi esille, että tämä näkyi myös asiakastytyväisyyskyselyissä.

”Kyllä se sieltä nousee, että vaikka kommenttina, että ei tunne enää hoitajia, että aina eri hoitaja, et kyl se niinku niiltä omaisilta tulee sitä palautetta.”H7

Sen lisäksi, että omaiset olivat huolissaan henkilöstön vaihtuvuudesta, lyhytaikaisten sijaisten käytöllä oli havaittu olevan mahdollisia laadullisia vaikutuksia. Sijaisten osaamisessa saattoi olla suuriakin eroja. Yksi haastateltava toi esille, että haittatapahtumia ilmeni sitä todennäköisemmin, mitä vähemmän pitkäaikaista henkilöstöä oli töissä. Laadun varmistamiseksi organisaatioissa oli tehty erilaisia perehdytys- ja toimintaohjeita, joiden avulla sijaisten pitäisi selvittää työstään. Sijaisille pyrittiin järjestämään työpariksi kokenut hoitaja tai organisaatiossa saattoi olla käytössä käytäntö, että joka vuorossa oli niin sanottu vuorovastaaava, joka ohjeisti sijaisia ja huolehti, että työt sujuivat. Lisäksi sijaisiksi pyrittiin saamaan tuttuja henkilöitä. Tämä ei kuitenkaan aina onnistunut.

”Kyl se saattaa vaikuttaa, et sit me ollaan pyritty näitten ostopalveluyritystenkin kanssa, et jos vaan mahdollista niin ois sit ne samat työntekijät.”H2

”No toimintaohjeet pyritään tekemään niin hyviksi, että ihan niinku pystymetästäkin pääsee niinku hyvä koulutettu hoitaja tekemään sitä työtä. Ja se perehdytys pitää olla keikkalaisellakin hyvää, että hän pystyy toimimaan siellä talossa. Paljon on eroavaisuuksia sitten, ketä sitten tulee, että esimerkiksi kielimuuri saattaa olla semmonen, ettei niitä toimintaohjeita sitten pystytä noudattaa.”H5

”lähtökohtahan on, jos on täysin vieras sijainen, niin odotus on, että hän ei ehkä osaa eikä tiedä, jollon sitä varmennetaan, ennakoidaan sillä, että siellä on aina työparina, tai se on lähtökohta, että siellä olisi aina työparina ihminen, joka tietää ja on kokenu.”H6

Useimmissa organisaatioissa ulkomaalaistaustainen työvoima oli lisääntynyt. Ulkomaisen työvoiman vaikutuksista laatuun ja asiakastytyväisyyteen vaihtelivat. Useissa organisaatioissa työskenteli myös Kiinasta tai Filippiineistä tuotuja hoitajia, jotka suorittivat suomalaisia tutkintoja tiettyjen opintopolkujen mukaan. Vaikka hoitajien koulutukseen kuului

suomen kielen opintoja ja tietty kielitaito on vaatimuksena, oli suurimmaksi haasteeksi koettu juuri ongelmat yhteisen kielen löytämisessä. Riittämättömän kielitaidon vuoksi, ulkomaalaistaustaiset eivät aina ymmärtäneet annettuja ohjeita. Pääsääntöisesti ulkomaiseen työvoimaan oltiin kuitenkin tyytyväisiä. Suomalaisen tutkinnon suorittaneet ulkomaalaistaustaiset hoitajat työskentelivät vastaavissa tehtävissä kuin kantasuomalaiset kollegansa.

”Kun on haasteita kielen kanssa, niin useinhan saattaa keikkalaiset heittää sit englanttiin. Niin meillähän on usein asukas sitten niin, että ne itse kommunikoi sitten englanniksi näiden keikkalaisten kanssa. Mutta toki on, on haasteita, et sitten tulee ihan selkeesti, että minä en halua, että minua hoitaa kukaan tämmönen kuka ei puhu kieltä, tai ole samanvärinen. Et täs on niinku monenlaisia tasoja.”H7

”Et meillä jos on lähihoitaja, niin ihan sama mistä maasta on lähtösin, niin se ei vaikuta siihen työntekemiseen, kyl he ihan samalla lailla selviytyy.”H2

Useimmat haastateltavat eivät osanneet kertoa, oliko henkilöstömitoituksella ollut vaikutusta haittatapahtumien tai haittatapahtumailmoitusten määrään. Yksi haastateltava, jonka organisaatiossa oli lakimuutoksen myötä henkilöstömitoitusta lisätty, kertoi haittatapahtumailmoitusten lisääntyneen. Tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, että varsinaiset haittatapahtumat olisivat lisääntyneet, vaan että niitä mahdollisesti havainnoidaan paremmin tai ilmoitetaan herkemmin. Lisääntynyt ilmoitusten määrä, oli hyvä asia, koska ilmoitusten avulla haittatapahtumien syihin voidaan puuttua ja sitä kautta parantaa hoidon laatua. Hän koki, että mahdollisia läheltä piti-tilanteita voisi ilmoittaa vieläkin paremmin. Myös toinen haastateltava toi esille, että haittatapahtumia jää ilmoittamatta etenkin silloin, jos on käytetty paljon sijaisia.

”Mä en usko, et niit ilmoituksii tehään niin paljon, mitä niitä haittatapahtumia on. Koska sillon kun on paljon sijaisia, ensinnäkään kaikki ei oo motivoituneita ees tekemään niitä, ne ei välttämättä tiedä mistä se tehdään, kun he käy keikan pari sillon tällön, niin se vaikuttaa, tai tää on taas mun oma, omaa tuntumaa, et se vaikuttaa siihen, et niit ei varmasti tehdä ihan niin paljon kuin mitä niit tapahtumia on.”H8

Kaksi haastateltava oli havainnut, että lääkitysvirheitä sattui selkeästi enemmän silloin, jos työvuorossa oli liian vähän henkilökuntaa tai vain vähän lääkeluvallisia hoitajia. Tällöin virhe oli useimmiten se, että lääkkeet oli jäänyt antamatta. Yhdessä organisaatiossa päätös lääkkeiden annosjakelun ulkoistamisesta oli vähentänyt lääkitysvirheitä.

*”Minkä mä oon nähny itte, niin mikä on lisääntyny sen vuoksi, että meidän henkilöstömitoit-
tus ei oo ollu riittävä, niin on lääkitysvirheet. Eli lääkkeitä on jäänyt antamatta. Se on se
tyypillisin, et mä pystyn näkemään, et kun siel on tehty HaiPro ilmoitus, ja mä meen katto-
maan sen päivän mitoituksen, niin siel on menty alle sen, kun meil pitäis olla viis illassa niin
siel on ollu neljä tai sit siel on kolme plus keikkalainen.” H7*

*”Joo no mejän yleisin haittatapahtuma on se, et lääkkeet niinku antamatta, ja se liittyy just
siihen, et monesti siihen, et jos siellä vuoromiehityksessä on paljon keikkalaisia, osa niist
voi olla lääkeluvattomia, ja sitten se lääkevastuu saattaa jäädä yhdelle tai kahelle koko vuo-
ron ajaksi, ja siin tulee aika suuret riskit jo sitten virheille.” H8*

*”On otettu niinku koko ikäpalveluissa esimerkiks annosjakelu käyttöön, joka sitten tota hen-
kilöstön käyttämää aikaa lääkeiden jakeluun, niin tota ja sitä kauttahan se parantaa myöskin
sitä lääketurvallisuutta ihan tutkitustikin se annosjakelu, niin ehkä tän tyyppisillä niinku asi-
oilla on sitten ollut vaikutusta niinku niihin meidän poikeemiin.” H4*

Kahdessa haastattelussa painehaavat nousivat tarkemmin keskusteluun. Toinen haastateltava kertoi, että painehaavoja ei ole ollut ja toinen kertoi, että ne ovat nykyään todella harvinaisia, koska asukkaiden hoito on kehittynyt eikä asukkaita enää makuuteta sängyssä. Hän toi esille, että painehaavat ovat merkki huonosta hoidon laadusta ja seurausta kuntouttavan toiminnan vähenemisestä, jolloin asukkaat viettävät enemmän aikaa vuoteessa, sekä ihonhoidon ja hygienian laiminlyönnistä.

Kaksi haastateltavista toi esille, että henkilöstön lisäämisellä tuskin voitaisiin vaikuttaa esimerkiksi kaatumisiin kovinkaan paljon. Tämä johtui paljolti siitä, että asiakkaiden liikkumista ei rajoitettu eikä käytännössä ole mahdollista, että jokaisella olisi aina hoitaja vierellä varmistamassa liikkumista. Toinen kertoi myös, että useimmiten kaatumiset tapahtuivat yöaikaan, johon ei ollut suunniteltu suurempaa henkilöstömäärää. Yksi haastateltava kuitenkin toi esille, että kaatumisia sattuu ehkä enemmän silloin, jos on paljon sijaisia, jotka eivät tunne asukkaita.

Pelkkä henkilöstön määrä ei kuitenkaan aina kerro hoidon laadusta. Kahdessa haastattelussa tuli esille, että vaikka vaadittu henkilöstömitoitus ei ollut aina täyttynyt, oli hoidon laatu kuitenkin pystytty suhteellisen hyvin takaamaan. Tämä tuli esille esimerkiksi sillä, että omaiset eivät olleet valittaneet mitoituksen alittumisesta vaan luottivat, että asiakkaat hoidetaan hyvin. Toisessa organisaatiossa esimerkiksi painehaavoja tai päivystyskäyntejä ei ollut,

vaikka henkilöstömitoitusta ei ollut saatu aina vaaditulle tasolle. Jotta henkilöstömitoituksella voitaisiin parantaa hoidon laatua, henkilöstön lisäys tulee tehdä suunnitellusti siten, että sekä laatu että henkilöstön hyvinvointi parantuvat. Kaikille työntekijöille tulee löytyä mielekästä ja järkevää tekemistä. Myös yksittäisillä työntekijöillä ja heidän motivaatiollaan on vaikutusta siihen, kuinka laadukasta hoito on. Joskus pienemmällä henkilöstömäärällä saavutetaan päästä laadukkaampaan tulokseen.

”Valitettavasti, että aina se, että lisätään sitä henkilökunnan määrää, niin se ei suoraan välttämättä näy laadussa, vaan sitten se voi kuitenkin olla niin, että siellä istutaan kansliassa ja keskitytään niihin tiettyihin tehtäviin.” H1

” Kyllähän senkin näkee, että jos on vaikka huonolla asenteella varustettua henkilöstöä, jotenkin yritetään vaan keinolla millä hyvänsä se mitotus täyttää, niin ei se takaa sitä laatua. Et kyl se kuitenkin on sit se, että siellä on ne oikeet tyytit töissä.” H4

5.4 Henkilöstömitoituksen vaikutukset henkilöstöön

Henkilöstömitoitusta koskevan lakimuutoksen vaikutuksia henkilöstön hyvinvointiin oli jokseenkin vaikea arvioida, koska useissa organisaatioissa henkilöstömitoitusta oli ollut lain vaatimalla tasolla jo ennen lain voimaantuloa. Haastatteluissa nousi kuitenkin esille, että lainsäädäntö antaa tervetulleen pohjan sille minkälainen vähimmäishenkilöstömäärän tulisi olla, jotta vanhustenhoito olisi laadukasta ja työntekijät eivät kuormittuisi liikaa. Kaikissa haastatteluissa tuli kuitenkin esille, että vanhuksat tulevat yhä huonokuntoisempina ja monisairaampina ympärivuorokautisen palveluasumisen piiriin. Tämän vuoksi yksi haastateltava esitti, että vaikka nyt oli säädetty tietyistä mitoituksista, hän toivoisi, että sitä ei unohdeta vuosiksi, vaan tilannetta seurattaisiin siten, että mitoitustarve ja ohjaus mitoitukseen käytettävästä henkilöstöstä pysyy perässä asukkaiden tarpeiden muuttuessa ja hoitoisuuden kasvaessa.

Henkilöstömitoituksen vaikutuksista sairauspoissaolojen määrään haastateltavat eivät osanneet antaa varmaa tietoa, ja kokemukset olivat osittain myös ristiriitaisia. Kaikissa organisaatioissa henkilöstöä ei ollut vielä tarvinnut lisätä lakimuutoksen vuoksi, koska mitoitusta oli jo valmiiksi riittävällä tasolla. Yksi haastateltava kertoi sairauslomien lisääntyneen, kun henkilöstömäärä oli kasvanut. Toisaalta henkilöstömitoitusta koskeva lakimuutos on tullut

voimaan COVID-19-pandemian aikaan, mikä lisää etenkin henkilöstön lyhytaikaisia poissaoloja.

”No sikäli tietenkkin, että ne on niinku noussut, koska se henkilöstömäärä on kasvanut. Niin, mutta se, että nyt eletään tätä korona aikaa ja kaikesta pienestäkin nuhasta ja kurkkukivusta pitää olla pois, niin se on vaikea sanoa, onko työntekijöitä saatu riittävästi, että se kuormitus olisi vähentynyt, niin sitä ehkä tämmösenä aikana pysty” H1

Toinen haastateltava taas kertoi, että hänen organisaatiossaan sairauspoissaoloja olisi ollut vähemmän kuin edellisenä vuonna, mutta myöskään hän ei osannut sanoa, oliko syynä henkilöstömitoitus vai jokin muu tekijä.

Yhdellä haastateltavalla oli vastuullaan yksiköitä myös Uudenmaan ulkopuolelta. Ja vaikka Uudenmaan alueella ei henkilöstömäärää ollut nostettu lain voimaan tulon vuoksi, niin Uudenmaan ulkopuolella näin oli tehty. Hänen kokemuksensa mukaan henkilöstön lisäämisellä saattoi olla hetkellinen sairauslomia vähentävä vaikutus.

”Muilta alueilta voin sanoa sen verran, että on sillä vaikutusta positiivisesti hetkellisesti, mutta siihenhän mitoitukseen sitten totutaan hyvin äkkiä, ja sen jälkeen se sairauslomakierre mahdollisesti alkaa, jos on alkamassa. Et valitettavasti näin se on käynyt, että ainakaan vielä ei ole nähtävissä, että se vaikuttaisi” (H5)

Organisaatioissa oli pyritty panostamaan myös lyhytaikaisten sijaisten perehdyttämiseen, mutta tästä huolimatta sijaisten käyttö saattoi myös kuormittaa vakituista henkilökuntaa. Lyhytaikaiset sijaiset saattoivat tulla tekemään esimerkiksi vain yhden vuoron, jolloin erilaiset vastuutehtävät jäävät pitkäaikaisen henkilöstön hoidettavaksi. Sijaisia ei myöskään aina ollut saatavilla, jolloin vakituinen henkilöstö joko jousti työajoista tai teki vuoron vajaalla henkilöstömäärällä, millä oli henkilöstöä kuormittavia vaikutuksia.

”Varsinkin lakisääteisissä asioissa, että silloin varmasti niinku toimintakykyarviot ja hoito- ja palvelusuunnitelmat saattaa olla vähän myöhässä siitä aikataulusta tai ne kuormittaa sitten vakihenkilökuntaa. Ja osalle joutuu niinku paljo opastaa sitä ihan perushoitoa, että hyvin erilaisilta taustoilta tulevia keikkalaisiakin on. Et se työllistää sit sitä vakituista henkilökuntaa aika paljon se perehdyttäminen tietysti.” H5

”Meil on ollu myös tosi haastavia tilanteita, et ei vaan siis oo pystynyt työskentelemään edes tääl ykiskössä, et tääl on ollu niinku tilanne se, että mun omat työntekijät on joutunut sit vähän niinku tekemään kahden ihmisen työt.”H7

”Mut tietysti ne, jotka meil on vakituisia, ihan taustasta riippumatta, niin nehän joutuu paljon kovemmalle, koska heil on sitten ne vastuusiakkaat ja sit ne vastuusiakkuuden myötä tulevat tietyt tehtävät... Ja sitten nää jotka on näitä meidän vakkareita tai pitkis sijaisuuksissa ni kantaa silleen enemmän sitä vastuuta ja työn kuormaa.” H8

”Hirmu joustavaa henkilöstöä heilläkin, kun on näitä toteumalistoja esimerkiksi tutkinut, niin kyllähän siltä näkee, että suunnitelmalistat on ollut jotakin ja sitten työntekijät paljon jatkavat vuorojaan, tekevät tosi pitkiäkin päiviä, mikä tietysti on aika huolestuttavaa, jos niitä pitkiä päiviä on siellä yhdellä henkilöllä kovin monta esimerkiksi työvuorototeutuksessa.” H3

Lakimuutos oli vaikuttanut henkilöstön työnkuviin jollakin tasolla. Erityisesti huomiota oli kiinnitetty välilliseen ja välittömään työhön. Välillistä työtä oli usein pyritty siirtämään pois hoitohenkilöstöltä. Lisäksi joissain organisaatioissa oli otettu käyttöön uusia työnkuvia, kuten arkea-aktivoivat henkilöt tai viriketoiminnan ohjaajat. Työnkuvien muutos näkyi ehkä eniten yksittäisten työntekijöiden kohdalla, mutta sillä kerrottiin olevan vaikutusta myös koko työyhteisön hyvinvointiin. Kun yksi henkilö otti suuremman vastuun esimerkiksi viriketoiminnan järjestämisestä, toisten aikaa vapautui muiden asioiden hoitamiseen.

”On puhuttu ihan strategisestikin tästä, kun nyt tää mitoitusnousu tässä tulee niin kuin tapahtumaan, niin nimenomaan Uudenmaanyksiköiden esihenkilöiden kanssa. Että peilataan tässä samalla just tää moniammatillisuuden mahdollisuus, et mitä tai miten voidaan niinku monipuolistaa. Aika moniin koteihin on nyt jo esimerkiksi otettu viriketoiminnan ohjaaja tehtävää niinku profiloitu erikseen, ja sit just hoiva hoiva-avustajia on enemmän kuin aikaisemmin ja sitten tietenkin niin kuin niitä välillisiä työtehtäviä on niinu ohjattu sitten niinku hoitoapulaisten tai välillisten työntekijöiden suuntaan, jolloin sitten nimenomaan niin kuin myös hoiva-avustajat pystyy olemaan enemmän siinä välittömässä hoitotyössä”H4

Myös uusien ammattiryhmien käyttöä oli lisätty, millä oli vaikutusta henkilöstörakenteeseen sekä työyhteisön toimintaan. Esimerkiksi fysioterapeuttien myötä, apuvälineiden käyttöön ja asianmukaisuuteen oli kiinnitetty entistä enemmän huomiota. Lisäksi fysioterapeutit ohjasivat myös muuta henkilökuntaa. Kaksi haastateltavaa kuitenkin esitti huolensa siitä, että

uusien ammattiryhmien, kuten fysioterapeuttien, käytössä ongelmaksi saattaa muodostua se, osataanko työtehtävät räätälöidä niin, että ne ovat riittävän mielekkäitä ammatillisesta näkökulmasta.

”Kyllä, sitten kun meillä on tullut nyt niinku fysioterapeutteja, niin onhan heillä ihan erilainen ammatillinenkin osaaminen sitten. Ja he kannustaa ja myös konsultoi ja kouluttaa meidän muuta henkilökuntaa apuvälineiden käyttöön, et tosi monitahosta on loppujen lopuks se muutos.” H1

Kaikissa organisaatioissa henkilöstölle tehtiin työhyvinvointiin ja työtyytyväisyyteen liittyviä mittauksia. Osassa organisaatioista ne olivat kuitenkin vielä haastatteluajankohtana joko tekemättä tai niiden tulokset julkaisematta. Yksi haastateltava kertoi, että henkilöstömitoituksen vaikutuksia ei mittauksissa ollut selvästi havaittu, mutta koronaväsymys oli aikaisemmin selkeästi havaittavissa. Toinen haastateltava kertoi, että viimeisimmässä mittauksessa työtyytyväisyys oli todella hyvä, ja etenkin työilmapiirin osalta parannusta oli tapahtunut merkittävästi. Hän ei kuitenkaan osannut kertoa, mistä tämä johtui. Kolmas esitti asian niin, että vaikutusta voisi olla, mikäli vakanssit saataisiin täytettyä.

”Kaikilla oli siitä kovat odotukset, ja sillä varmaan ois, jos ei samaan aikaan ois tää jäätävä työvoimapula. Eli kun niil tyhjiä vakansseil kun me ei tehdä mitään. Eli meil olis niinku valmius niinku siihen hyvään mitotukseen, jopa niinku ylikin sen, mut kun me ei saada niitä tekijöitä.” H8

5.5 Laadullisten tekijöiden ja henkilöstömitoituksen taloudelliset vaikutukset

Useimmat haastateltavat kertoivat, että vaaditun henkilöstömäärän ylläpitämisellä oli merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Rekrytointi oli kaikissa organisaatioissa jatkuvaa. Henkilöstön saatavuusongelmien vuoksi kalliin vuokratyövoiman käyttö oli lisääntynyt. Myös erilaisia rahallisia kannusteita oli otettu käyttöön, vaikka varsinaisia palkankorotuksia ei oltukaan saatavuusongelmien ratkaisemiseksi otettu käyttöön kuin yhdessä haastatteluun osallistuneessa organisaatiossa.

”Kylhän se henkilöstö se on meidän budjetinsyöppö. Sanotaan et se vie meidän budjetista vähintään 80 90 prosenttia, no sanotaan et 80 pinnaa varmaan. Ja nyt varsinki, kun ollaan jouduttu käyttää ostopalvelua, nin sehän on hitokseen kallista, eihän siitä mihinkään pääse.

Et sit jos pystyttäis niinku, et päästäis sellaseen balanssiin, et omat työntekijät aika pitkälle pystyy tekemään, tai omat sijaiset, ettei tarvii ostopalvelua, niin silloin budjetti pysyy hyvin kasassa, et siinä ei oo mitään ongelmaa. Muttei siinä paljon tarvii, että jos sen jakson aikana, oli se sit mikä tahansa laskentajakso, kuukausi, neljännesvuosi what ever, niin kyllä se aika paljon persiilleen menee, jos joutuu paljon ostopalvelua käyttämään.” H2

”et jos jouduttais niinku laajasti käyttää vuokratyövoimaa. niin sehän on huomattavasti kalliimpaa kuin oma työvoima, niin sillä sit tietenkin on iso vaikutus siihen” H4

”Ja sitten totta kai tästä, et pystytään pitämään se 0,6 vähintään, niin tota on, on sitten niitten vuokrafirmojen kautta syntyviä kustannuksia, miksei keikkalaistenkin. Et kyllähän meillä nää henkilöstömenot ylitty hurjasti tänä vuonna, saatiin toki lisämääräraha niihin, mut kuitenkin.” H6

Henkilöstökulujen lisäksi riittävän henkilöstön saatavuusongelmien vuoksi vähennetyt asiakaspaikat vaikuttivat palveluntarjoajien tulokseen.

Kuntapuolella lisääntyneet kustannukset rahoitettiin veronmaksajien varoilla. Yksityisen ja kolmannen sektorin suurin tulonlähde oli kunnat. Lisäksi oli myös jonkin verran itsemaksavia asiakkaita, mutta useimmiten näiden osuus oli hyvin vähäinen.

Kasvaneiden kulujen rahoittamiseksi yksityisellä puolella pyrittiin etenemään ensisijaisesti kuntien kanssa käytävien neuvottelujen kautta. Neuvottelujen onnistuminen kuitenkin vaihteli eri kunnissa. Kolmannella sektorilla toimiva pienehkö palveluntarjoaja kertoi, että asiakaspaikasta saatu hinta tuli kaupungin hinnaston mukaan ja perustui sopimuksen mukaiseen mitoitukseen.

”Osalla on kyl niinku hyvinkin ymmärrys tavallaan siitä, että, et mitkä ne on ne realiteetit ja sit peilaavat siihen oman tuotannon hintaan ja useinahan siin on niin, että se oma tuotanto on huomattavasti kalliimpaa kuin mitä palveluntuottajille maksetaan, niin tota kyl osa niinku tarkastelee sitä realistisella tasolla ja on valmiita niinku aidosti kuuntelemaan ja tota hakemaan sitä kompromissia. H4

”Siel oli justiinsa kierros, jossa kaupungille esitettiin uudet hinnankurotukset ja ne oli hyväksytyt.” H7

”Meidän niinkun tän tehostetun palveluasumisen rahoitus se on sitä, että se on vuorokausihinta per asukas. Et sen takia me on senkin takia sitä prosessia hyvin kehitetty joustavaksi,

että siinä vaiheessa, kun tulee näitä asukasvaihtoja et se olis tosi nopee se prosessi, et meil ei olis kovin tyhjää niinku tyhjinä huoneet, koska jokainen vuorokausi ilman asukasta on kallis”H2

Pienemmillä toimijoilla vaikuttamismahdollisuudet hinnoitteluun vaikuttivat vähäisemmiltä kuin isommilla.

”Ei se oikein, se on se hinta mikä on ja eihän, se on yks puolinen kilpailutus ja mehän ei sille mahdeta mitään.” H2

Haastatteluihin osallistuneet organisaatiot eivät olleet irtisanoneet sopimuksiaan Uudellamaalla neuvotteluja vauhdittaakseen, mutta valvonnan puolella asia oli tullut esille.

”Uudellamaalla jos puhutaan niinku Uudestamaasta, niin tässä ei oo, että neuvottelujen kautta menty niinku eteenpäin. Et valtakunnallisesti yksittäisiä sopimuksia on (irtisannottu), mutta organisaatiolla on ollut enemmän se linja et yritetään, pyritään niinku neuvottelun kautta löytämään se kompromissi ja molempia tyydyttävä tulos.”H4

”Meillä on ollut kuntakohtaset hinnat, hinnottelut. Mut nyt sitten viime keväänä kun sitten uuden kauden hinnoittelukeskustelut käynnistyi, niin siinä tultiin meillä ihan vastaavaan ilmiöön, että hoivayksiköt tai palveluntuottajat irtisanoi sopimuksia.”H3

Yksi haastateltava kertoi, että myös itsemaksavien asiakasmaksuihin oli tehty korotuksia, mutta tämä ei kuitenkaan ollut riittävä keino kaikkien kulujen ja asiakaspaikkojen vähentämisestä johtuvien tuottojen vähenemisen kompensoimiseksi.

”Jonkin verran on yritetty, mutta sekin on niin maltillista mitä sitä voidaan, että ei sitä pysty ikinä kuromaan niillä asiakasmaksuilla sit sitä, koska se on niin suuri.”H7

Vain yksi haastateltava toi esille, että henkilöstömitoitusta koskevan lakimuutoksen voimaantulon myötä haittatapahtumien vähenemisestä olisi voinut tulla myös säästöjä. Tämä ajatus liittyi siihen, että organisaatiossa oli lisätty selvästi fysioterapeuttien määrä, jolloin asukkaiden kuntouttava toiminta lisääntyi, millä saattoi olla muita haittatapahtumia ehkäisevä vaikutus.

Koska rekrytointi oli huonon henkilöstötilanteen vuoksi jatkuvaa eikä sairauspoissaolojen määrässä ollut havaittu selvää vähenemistä lain voimaantulon myötä ei näistäkään syntynyt säästöjä, jotka olisivat voineet kompensoida kuluja.

Yksi haastateltava kertoi, että kustannusten hillitsemiseksi ostopalveluiden käyttöä oli pyritty minimoimaan. Mikäli ostopalveluihin jouduttiin turvautumaan, organisaatiossa oli käytössä tietty järjestys, jonka mukaan palveluntarjoaja pyrittiin löytämään. Tämän avulla pystyttiin paitsi hillitsemään kustannuksia, myös varmistamaan hoidon laatua.

”sit viimesijainen on nää ostopalvelut, niitä meillä on aika hyvä lista, sielläkin meil on vähän sellanen järjestys, sitten et missä järjestyksessä käytetään, että meillä on sit tavallan sieltä edullisemmasta päästä ja jotka on meillä tehnyt pitkään.” H2

Yksi haastateltava kertoi, että vaikka heillä ei ollut erillistä rahoitusta asiakkaiden viriketoimintaan, toimintaa oli voitu mahdollistaa myös vapaaehtoisten ja erilaisten hankkeiden kautta.

”Lähinnä että voi olla jotain vapaaehtoisia tai hankkeiden kautta. Että eri toimijat on hakenut hankerahoitusta ja me me vaikka lausutaan heille tueksi siitä. Että on kuoroa ja teatteriesitystä sirkusta ja tiiäks tän tyyppistä arkea aktivoimaan jo todella paljon. Että kun meillä ei ole siihen varattu niin varsinaiseen esiintyjiin mitään rahaa, niin sitten on hienoa, että on tällaisia ulkopuolisia tahoja, niin silloin ne niinku mahdollistuu aika tosi monipuolisesti erilaisista esiintymistä.” H1

5.6 Yhteenveto tuloksista ja pohdinta

Haastatteluun osallistuneet organisaatiot olivat pääsääntöisesti onnistuneet saavuttamaan lain vaatiman henkilöstömitoituksen. Joissakin organisaatioissa mitoitus ei kuitenkaan kaikissa seurannoissa ollut lain vaatimalla tasolla. Syinä lakisääteisen mitoituksen alittumiseen oli haasteet ja virheet seurantataulukon täyttämisen sekä välillisen ja välittömän työn määrittämisessä, rekrytointihaasteet sekä äkilliset poissaolot. Kuten hallituksen esityksessä (4/2020) ja THL:n seurannassa (2022b) tuotiin esille, sosiaali- ja terveydenhoitoalan rekrytointiongelmat ovat lisääntyneet. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla organisaatioilla oli haasteita riittävän henkilöstön rekrytoinnissa, eikä kaikkia vakansseja ollut saatu täytettyä. Suurimmaksi syyksi tähän nähtiin henkilöstöpula. Haastatteluista tuli käsitys, että palvelun tarjoajilla oli epäselvyyttä siitä, millaista henkilöstöä välittömään työhön voi palkata. Tällä hetkellä välitöntä työtä teki pääsääntöisesti sote-koulutettu henkilöstö. Peng ym. (2022) ja Maass ym. (2017) toivat esille, että henkilöstöä optimoimalla, voidaan hoitoa järjestää

kustannustehokkaasti. Jotta henkilöstön ja hoitopaikkojen riittävyys voitaisiin tulevaisuudessa varmistaa, olisi tärkeää miettiä millaisen henkilöstörakenteen avulla vanhusten hoito olisi optimaalista järjestää. Kuinka paljon töitä voidaan organisoida siten, että myös muuta kuin sote-henkilöstöä voidaan käyttää työvoimana, ja kuinka eri ammattiryhmiä voidaan hyödyntää tehokkaasti. Tämä on tärkeää, jotta kaikki muutkin tarvittavat sosiaali- ja terveyspalvelut saadaan järjestettyä asianmukaisesti.

Henkilöstön saatavuuden parantamiseksi henkilöstön rekrytointi oli kaikissa organisaatioissa jatkuvaa. Osassa organisaatioissa oli käytössä rekrytointiin liittyviä tukipalveluja, esimerkiksi HR-tiimejä jotka muun muassa kiersivät oppilaitoksia, messuja ja muita tapahtumia.

May ym. (2006) havaitsivat, että useat organisaatiot olivat henkilöstöpulan vuoksi riippuvaisia lyhytaikaisista sijaisista. Kaikissa tähän tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa oli käytössä oma sijaispooli ja/tai varahenkilöstö lyhytaikaisten poissaolojen paikkaamiseksi. Tästä huolimatta, kaikissa organisaatioissa oli jouduttu turvautumaan myös vuokratyövoimaan etenkin vuoden 2022 aikana. Osassa organisaatioista kaikki sijaiset tulivat jonkin henkilöstöpalveluyrityksen kautta. Sijaisia ei kuitenkaan aina ollut saatavilla, joten akuuteissa poissaoloissa jouduttiin usein turvautumaan myös vakituisen henkilökunnan joustoihin tai tekemään vuoro vajaalla miehityksellä. Myös Maass ym. (2015) havaitsivat, että lyhytaikaisia sijaisia ei ole aina saatavilla.

May ym. (2006), Maré ym. (2019) sekä Flinkman ym. (2008) havaitsivat, että kilpailukykyisellä palkalla voitaisiin onnistua paremmin hoitajien rekrytoinnissa ja pitämisessä. Myös hoitajajärjestöt hakivat vuonna 2022 merkittäviä palkankorotuksia alan vetovoiman parantamiseksi. Tutkimukseen osallistuneet organisaatiot eivät kuitenkaan yhtä lukuun ottamatta olleet tehneet korotuksia peruspalkkoihin. Kyseisessä organisaatiossa korotus oli otettu käyttöön vasta vuoden 2023 puolella, joten sen vaikutuksia ei ollut vielä nähtävissä. Organisaatioissa oli kuitenkin käytössä erilaisia rahallisia kannustimia, joiden avulla riittävä henkilöstö pyrittiin turvaamaan. Tällaisia olivat esimerkiksi hälytysraha, erilaiset rekrytointi ja saatavuuslisät sekä vinkkipalkkiot. Tässä tutkimuksessa ei siten tullut erityisesti esille, että palkkauksen avulla olisi selkeästi haettu pidempiaikaista ratkaisua rekrytointiongelmien, vaikka tilapäisiä rahallisia korvauksia onkin käytetty. Myös haastatteluissa tuli esille, että hoitajat ovat usein halukkaita tekemään lisä- ja ylitöitä. Hälytysraha motivoi hoitajia entistä enemmän näiden tekemiseen. Koska hoitoalalla on suhteellisen matalat palkat työn

vaativuuteen ja koulutustaustaan nähden, monet hoitajat nostavat tulotasoaan ylimääräisten vuorojen avulla. Kuten Maas ym. (2015) toivat esille, pitkällä aikavälillä tämä voi kuitenkin aiheuttaa uupumusta ja muita terveysongelmia, joiden vuoksi henkilöstön sairauspoissaolot saattavat lisääntyä.

Flinkman ym. (2008) esittivät, että epätyytyttävät työajat lisäävät hoitajien aikomusta erota ammatistaan. May ym. (2006) toivat esille, että työ- ja perhe-elämän yhdistämisen helpottamiseksi useissa sairaaloissa oli otettu käyttöön joustavia työaikamenetelmiä. Tähän tutkimuksen osallistuneissa organisaatioissa ehkä helpoimmaksi keinoksi henkilökunnan saatavuuden ja pysyvyyden parantamiseksi, koettiin joustavat työajat. Useissa organisaatioissa oli käytössä autonominen työvuorosunnittelu. Niissä organisaatioissa, joissa tätä ei vielä ollut käytössä, henkilöstöllä oli mahdollisuus esittää toiveita työvuorojen suhteen. Lisäksi osaisuuksia myönnettiin myös sellaisille henkilöille, joilla ei ollut niihin lakisääteistä perustetta.

Koska henkilökuntaa ei erilaisista toimista huolimatta ollut aina saatu riittävästi, oli organisaatioissa jouduttu vähentämään myös asiakaspaikkoja. Kunnallisella puolella tämä kohdistui ensisijaisesti lyhytaikaisiin asiakaspaikkoihin tai siihen, että uusia yksiköitä ei ollut saatu avattua heti niiden valmistuttua. Laadullisesta ja valvonnallisesta näkökulmasta katsottuna asiakaspaikkojen vähentämisen voidaan katsoa olevan vastuullista. Yhteiskunnallisesti katsottuna, asiakaspaikkojen vähentäminen saattaa kuitenkin johtaa siihen, että ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevat vanhukset eivät pääse riittävän ajoissa hoitoon. Tällä saattaa olla päivystyksiä ja sairaaloiden vuodeosastoja ruuhkauttava ja kuormittava vaikutus, kun jatko-hoitopaikkaa ei järjesty, mutta vanhus ei kuitenkaan enää pärjää kotona.

Hallituksen esityksessä (4/2020) alan veto- ja pitovoiman parantaminen on tuotu esille. Myös haastatteluissa nousi esille alan vetovoima ja julkisuus kuva. Medialta toivottiin enemmän uutisointia myös positiivisista asioista. Yhdessä haastattelussa nousi rekrytointivalttina maine hyvänä työnantajana.

Kuten May ym. (2006) ja Marc ym. (2019) tutkimuksissa, myös tässä tutkimuksessa havaittiin, että koulutusta hyödynnettiin yhtenä ratkaisuna henkilöstöpulaan. Kaikilla organisaatioilla oli jonkinlaista koulutusyhteistyötä alan oppilaitosten kanssa. Työharjoittelujaksojen lisäksi organisaatioihin tuli oppisopimuskoulutukseen muun muassa ulkomailta tuotua työvoimaa. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa, ammatillisen koulutuksen lisäksi myös

perehdytysohjelmia oli kehitetty. Yhdessä organisaatiossa on tulossa käyttöön myös uudet urapolkumallit, joilla uskotaan olevan veto- ja pitovoimaa parantava vaikutus. Tätä käsitystä tukee myös Flinkman ym. (2008) havainto, että kehittymismahdollisuudet ovat tärkeitä, etenkin nuorille hoitajille. Useissa haastatteluun osallistuneissa organisaatioissa henkilökunnalle tarjotaan koulutusta heidän kiinnostuksensa mukaan, mutta koulutusten vaikutuksesta henkilöstön sitouttamisessa oli ristiriitaisia kokemuksia.

Henkilöstömitoitusta koskevan lakimuutoksen sekä henkilöstön saatavuuteen liittyvien ongelmien myötä organisaatioihin oli palkattu uusia ammattiryhmiä tai lisätty muiden kuin lähi- ja sairaanhoitajien käyttöä. Lisäksi työnkuvia oli saatettu muokata. Joissakin organisaatioissa oli otettu käyttöön erilliset viriketoiminnan ohjaajat tai arkea aktivoivat henkilöt. Myös välilliseen ja välittömään työhön oli kiinnitetty enemmän huomiota ja välillistä työtä oli ohjattu pois hoitajilta. Uusilla työnkuvilla, moniammatillisuuden lisääntymisellä ja töiden uudelleen organisoinnilla nähtiin olevan vaikutusta sekä asukkaiden saaman hoidon laatuun että koko työyhteisöön. Moniammatillisuus, kuten fysio- ja toimintaterapeuttien lisääntyminen mahdollistivat asukkaiden laadukkaamman kuntouttavan toiminnan. Lisäksi hoivaavustajat, arkea-aktivoivat henkilöt ja viriketoiminnan ohjaajat vapauttivat muiden työaikaan toisiin tehtäviin. Viriketoiminnan oli myös havaittu parantavan asukkaiden vireystilaa ja vähentävän aggressiivisuutta. Moniammatillisuudesta hyötyivät paitsi asiakkaat myös henkilöstö, kun esimerkiksi fysioterapeutit saattoivat ohjeistaa muuta henkilöstä apuvälineiden käytössä. Myös May ym. (2006) toivat esille, että hoitajien rooleihin ja vastuualueisiin kohdistuvilla muutoksilla voi olla laajempaa vaikutusta hoidon toteuttamiseen ja työtyytyväisyyteen. Vaikka uusien ammattiryhmien käyttöä oli lisätty, välittömän työn tekijät edustivat edelleen lähtökohtaisesti sote-koulutettuja henkilöstöryhmiä. Kaikissa organisaatioissa vaikutti olevan epäselvyyttä siitä, kuinka ja missä suhteessa muuta kuin sote-henkilöstöä voidaan hyödyntää välittömässä asiakastyössä, ja tähän kaivattiin selkeämpää ohjeistusta.

May ym. (2006) raportoivat tutkimuksessaan, että työympäristöihin oli tehty fyysisiä muutoksia työolojen parantamiseksi. Tässä tutkimuksessa fyysisiä muutoksia ei kuitenkaan tätä ajatellen ollut tehty. Tosin joskus oli saatettu rakentaa kokonaan uusia hoivakoteja korvaamaan vanhoja tiloja. Apuvälineiden käyttö oli useimmissa organisaatioissa jo valmiiksi hyvällä mallilla. Uusia apuvälineitä oli kuitenkin hankittu ja niiden käyttöä oli tehostettu. Yhdessä haastattelussa tuli esille, että teknologiaa kuten valvontajärjestelmiä ja hyvinvointirannekkeita oli hyödynnetty hoivakodeissa. Teknologian hyödyntämistä on kuvattu myös May

ym. (2006) ja Maass ym. (2008) tutkimuksissa sekä Hallituksen esityksessä (4/2020). Teknologian hyödyntämistä voisi todennäköisesti viedä vielä paremmalle tasolle.

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että henkilöstömäärällä on vaikutusta hoidon laatuun (Lankshear ym. 2005; Unruh 2008). Aikaisemmat tutkimukset on kuitenkin toteutettu useimmiten akuuttihoitoa tarjoavissa organisaatioissa, ja vanhusten hoivakodeissa tehty tutkimus on vähäisempää. Horn (2008) kuitenkin havaitsi, että lisäämällä välitöntä hoitotyöaika painehaavat, virtsatieinfektiot ja sairaalahoidon tarve vähenivät. Mark ym. (2004) eivät saaneet yhtä selkeitä tuloksia komplikaatioiden ja henkilöstömitoituksen välisestä suhteesta. Tässä työssä henkilöstömitoituksen laadullisia vaikutuksia ei ollut juurikaan havaittu. Yksi haastateltava kertoi, että haittatapahtumailmoitusten määrä oli lisääntynyt, kun henkilöstön määrä oli kasvanut. Tämä ei kuitenkaan tarkoittanut sitä, että itse haittatapahtumat olisivat lisääntyneet, vaan että niitä havainnoidaan ja ilmoitetaan paremmin. Myös Mark ym. (2004) havaitsivat, että havainnointi parani, kun henkilöstömitoitusta lisättiin. Kaksi haastateltavaa olivat havainneet henkilöstömitoituksella olleen selkeä yhteys ainoastaan lääkitysvirheiden määrään. Lääkitysvirheitä sattui eniten silloin, jos työvuossa oli liian vähän henkilöstöä tai lääkeluvallista henkilöstöä ei ollut riittävästi saatavilla. Tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa esimerkiksi painehaavoja ei joko esiintynyt ollenkaan tai ne olivat harvinaisia. Suuremmalla henkilöstömäärällä ei siten välttämättä ole juurikaan vaikutusta niiden esiintymiseen. Yksi haastateltava esitti, että kuntouttavan toiminnan lisääntymisellä voi olla esimerkiksi painehaavoja vähentävä vaikutus, mutta periaatteessa näiden syntyminen on seurausta huonosta hoidon laadusta ja hoidon laiminlyömisestä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa kuten Aiken ym. (2002) on havaittu, että suurempi henkilöstömitoitus parantaa sekä hoidon laatua, että henkilöstön hyvinvointia. Myös suurin osa haastateltavista koki lakisääteisen henkilöstömitoituksen olevan sekä työhyvinvoinnillisesta että laadullisesta näkökulmasta hyvä asia. Lain ajateltiin voivan mahdollistaa samantasoinen hoito valtakunnallisesti. Haastattelussa kuitenkin nousi esille, että pelkät henkilöstömäärät eivät ole tae laadukkaalle hoidolle ja työhyvinvoinnille. Henkilöstöpulan vuoksi kaikkia vakansseja ei ollut saatu täytettyä ja organisaatioissa jouduttiin turvautumaan paljon lyhytaikaisiin sijaisiin ja vakituisen henkilökunnan joustoihin, jotta mitoitus saatiin täytettyä. Laadun varmistamiseksi organisaatioissa oli pyritty tekemään mahdollisimman hyvät perehdytys- ja toimintaohjeet. Ensisijaisesti pyrittiin käyttämään tuttuja sijaisia, mutta aina tämä ei ollut mahdollista. Usein oli pyritty siihen, että työvuorossa oli kokeneempi hoitaja, joka

toimi sijaisen työparina tai vastuuhenkilönä, jolta sai apua ja ohjausta. Näistä toimenpiteistä huolimatta runsas sijaisten käyttö saattoi lisätä haittatapahtumien määrää ja kuormittaa vakituista henkilöstöä. Lyhytaikaisten sijaisten, etenkin vuokratyövoiman käyttö oli myös kallista. Nämä havainnot runsaan tilapäisen henkilöstön käytön laadullisista ja taloudellisista vaikutuksista ovat yhdenmukaisia Maass ym. (2015) esittämien aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Myös henkilöstön asenteessa ja osaamisessa oli eroja. Joskus oli havaittu, että työt saatettiin hoitaa pienemmällä henkilöstömäärällä laadukkaammin ja tehokkaammin kuin isommalla, mikäli henkilöstön osaamisessa tai motivaatiossa oli puutteita. Lisäksi haastatteluissa tuli esille, että kun henkilöstöä lisätään, lisäys tulisi tehdä suunnitelmallisesti, jotta kaikille löytyy mielekästä tekemistä, joka välittyy myös hoidon laatuun. Nämä havainnot ovat samansuuntaisia, kuin Mark ym. (2004) ja Peng ym. (2022) havainnot, että henkilöstön lisäämisen parantaa laatua, mikäli henkilöstömitoitus on ennestään kovin pieni. Sen sijaan liian suuri henkilöstömitoitus saattaa jopa heikentää hoidon laatua.

Aikaisemmissa tutkimuksissa, kuten Peng ym. (2022) ja Aiken ym. (2002) on tuotu esille, että henkilöstömitoituksella voi olla työhyvinvoinnillisia vaikutuksia, ja henkilöstömitoitusta lisäämällä voidaan saada kustannussäästöjä, kun esimerkiksi hoitajien työuupumus vähenee ja työtyytyväisyys paranee. Tällä on henkilöstön vaihtuvuutta ja sairauslomia vähentävä vaikutus, jolloin syntyy kustannussäästöjä. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan havaittu henkilöstömitoituksen vaikuttaneen selkeästi esimerkiksi sairauslomien määrään tai työtyytyväisyyteen. Osittain tämä saattaa johtua siitä, että henkilöstöpulan vuoksi kaikkia vakansseja ei ollut saatu täytettyä, joten lyhytaikaisten sijaisten käyttö sekä henkilöstön joustot olivat yleisiä. Näiden vuoksi suurempi lakisääteinen henkilöstömitoitus saattoi jopa kuormittaa entisestään vakituista henkilöstöä.

Henkilöstömitoituksen taloudellisista vaikutuksista aikaisemmat tutkimukset ovat saaneet hyvinkin ristiriitaisia tuloksia. Tämä johtuu osaltaan siitä, että tutkimukset on toteutettu hyvin erilaisissa ympäristöissä ja niissä käytetyt mittarit ovat hyvin heterogeenisiä. Osassa tutkimuksista, kuten Needeleman ym. (2006) on havaittu, että henkilöstömitoitusta lisäämisellä on syntynyt säästöjä, jotka ovat kompensoineet lisääntyneitä henkilöstökuluja joka kokonaan tai osittain. Kaikissa tutkimuksissa syntyneet säästöt eivät kuitenkaan tule palvelua tarjoaville organisaatiolle, vaan niillä voi olla esimerkiksi yhteiskunnallinen vaikutus. Bowlblis (2015) sen sijaan toi esille, että vähimmäishenkilöstömitoituksella voi olla negatiivisia vaikutuksia etenkin hoitokotien toimintaa, koska kasvaneiden henkilöstökulujen vuoksi

kannattavuus heikkenee ja jotkut jopa menettävät rahaa palvelujen tarjoamisesta. Lisätulojen hankkiminen voi olla hoivakodeille vaikeaa. Tässä tutkimuksessa lähes kaikille organisaatioille oli vaaditun henkilöstömitoituksen ylläpitämisestä tullut merkittäviä lisäkustannuksia. Suurin osa kustannuksista syntyy lisääntyneestä vuokratyöntekijöiden ja lyhytaikaisten sijaisien käytöstä. Lisäksi monet organisaatiot olivat joutuneet vähentämään asiakaspaikkoja, koska riittävää määrää henkilöstöä ei ollut saatavilla. Tämä näkyi vähentyneinä tuloina. Kulujen kattamiseksi yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat olivat käyneet neuvotteluja palveluja ostavien kuntien kanssa. Kuntien välillä oli kuitenkin eroja siinä, kuinka neuvottelut onnistuivat. Ainoastaan yksi haastateltava uskoi, että henkilöstömitoituksen lisäämisellä ja sen mukaan tuomilla henkilöstöön liittyvillä muutoksilla on voinut olla vaikutusta joihinkin haittatapahtumiin, joiden vähenemistä on voinut syntyä jonkun asteista kustannussäästöä. Muiden laadullisten vaikutusten arvoa ei tässä yhteydessä pystytty arviomaan.

6 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa tutkittiin millaisiin taloudellisiin ja laadullisiin tekijöihin henkilöstömitoituksella on vaikutusta palveluntarjoajan näkökulmasta ja kuinka vanhuspalvelulain henkilöstömitoitusta koskevan muutoksen käyttöönotto on vaikuttanut palveluntarjoajien toimintaan. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena ja tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluja käyttäen. Tutkimuksessa haastateltiin kahdeksaa esimiesasemassa toimivaa henkilöä, jotka edustivat Uudellamaalla vanhusten ympärivuorokautista hoitoa tarjoavia organisaatioita. Haastateltavat vastasivat yhden tai useamman yksikön toiminnasta, ja olivat joko yksikön lähiesimiehiä tai heitä ylempään johtoon kuuluvia henkilöitä. Lisäksi yksi haastateltava toimi yhden kunnan ostopalveluiden valvonnasta vastaavana henkilönä. Haastateltavien vastuulla oli hoivayksiköitä 14 Uudellamaalla sijaitsevan kunnan alueella.

6.1 Vastaukset tutkimuskysymyksiin

Tutkimuksen ensimmäinen alatutkimuskysymys oli: *Millaisia toimia on tehty riittävän henkilöstömitoituksen varmistamiseksi?*

Kaikki haastateltavat kertoivat, että henkilöstötilanne oli haastava ja mitoitukseen laskettavaa henkilöstöä ei aina ollut riittävästi saatavilla. Lain vaatiman henkilöstömäärän varmistamiseksi organisaatioissa oli jouduttu muun muassa vähentämään asiakaspaikkoja, turvautumaan lyhytaikaisiin sijaisiin, ostopalveluihin sekä oman henkilökunnan joustoihin. Joissakin organisaatioissa oli myös lisätty vakansseja, mutta huonon henkilöstön saatavuuden vuoksi niiden täyttämässä ei ollut aina onnistuttu. Osassa organisaatioita oli tämän vuoksi hyödynnetty uusia ammattiryhmiä, kuten fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja geronomeja, joita ei aikaisemmin ollut käytössä tai joita oli ollut vähemmän. Myös hoiva-avustajien määrää oli lisätty, mutta näitäkään ei ollut aina riittävästi saatavilla.

Organisaatioissa tehtiin myös koulutusyhteistyötä, ja niissä oli oppisopimuskoulutuksessa muun muassa ulkomailta tuotuja hoitajia. Myös rahallisia kannustimia oli käytetty sekä lyhytaikaisten poissaolojen paikkaamiseksi että uuden henkilöstön rekrytoimiseksi. Tällaisia olivat esimerkiksi hälytysrahan nostaminen sekä erilaiset rekrytointi ja saatavuuslisät. Vain

yhdessä organisaatiossa oli tehty suoria palkankorotuksia ja nekin vasta vuoden 2023 alussa. Töitä oli myös järjestelty uudelleen. Osassa organisaatioista muun muassa kaikki välillinen työ oli pyritty siirtämään pois hoitajilta, joko ostamalla palvelu muualta tai palkkaamalla välillistä työtä varten uutta henkilökuntaa.

Henkilöstön työhyvinvoinnin ja pysyvyyden parantamiseksi useissa organisaatioissa oli tehty työaikaan liittyviä joustoja. Osa-aikaista työtä oli mahdollistettu myös sellaisille, joilla ei ollut siihen lakisääteistä perustetta. Lisäksi henkilöstöllä oli mahdollisuus vaikuttaa omiin työvuoroihinsa. Joissain organisaatioissa henkilöstö suunnitteli alustavasti omat työvuoronsa. Myös vastuualueita ja kouluttautumismahdollisuuksia pyrittiin jakamaan henkilöstön mielenkiinnon mukaan.

Toinen alatutkimuskysymys on: *Millaisia laadullisia vaikutuksia henkilöstömitoituksen käyttöönotolla on ollut?*

Henkilöstömitoituksella oli havaittu olevan jonkin verran laadullisia vaikutuksia. Haastateltavat eivät olleet juurikaan havainneet, että haittatapahtumien määrässä olisi ollut merkittäviä muutoksia lain voimaantulon myötä. Kaksi haastateltavaa oli havainnut, että lääkitysvirheitä sattui eniten silloin, kun etenkin lääkeluvallista henkilöstöä oli liian vähän. Yksi haastateltava oli huomannut, että runsaalla lyhytaikaisten sijaisten määrällä oli negatiivisia vaikutuksia hoidon laatuun. Muiden haittatapahtumien osalta ei ollut havaittu, että henkilöstömäärällä olisi niiden esiintymiseen vaikutusta.

Uusien ammattiryhmien ja työnkuvien käytöllä oli vaikutusta hoidon laatuun ja asiakastytyväisyyteen. Moniammatillisuuden lisääntymisen katsottiin parantaneen hoidon laatua. Asukkaiden oli havaittu olevan virkeämpiä, kun heille oli pystytty järjestämään enemmän ohjattua ja kuntouttavaa toimintaa. Toiminnalla oli myös aggressiivisuutta vähentävä vaikutus.

Kolmas alatutkimuskysymys on: *Millaisia henkilöstöön liittyviä vaikutuksia henkilöstömitoituksella on ollut?*

Henkilöstömitoitusta koskevan lakimuutoksen voimaantulolla oli ollut jonkin verran vaikutusta myös henkilöstöön. Useimmissa organisaatioissa oli jouduttu miettimään tarkemmin välillistä ja välittömän työtä, millä oli vaikutusta työnkuviin. Vaikka useimmissa tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa henkilöstömitoitus oli ollut vaaditulla tasolla jo ennen lain voimaantuloa, oli myös uusia vakansseja jouduttu lisäämään.

Työtä oli organisoitu uudelleen myös uusien ammattiryhmien ja työnkuvien myötä. Joihinkin organisaatioihin oli palkattu fysioterapeutteja, minkä seurauksena apuvälineiden asianmukaisuuteen ja käyttöön oli kiinnitetty entistä enemmän huomiota. Myös esimerkiksi toimintaterapeuttien ja geronomien käyttöä oli lisätty. Lisäksi joissain organisaatioissa oli otettu käyttöön viriketoiminnan ohjaajien tai arkea aktivoivien henkilöiden toimenkuvia, jolla oli vaikutusta myös muuhun henkilöstöön sillä, kun vastuu aktiviteeteistä oli yhdellä, aikaa vapautui muilta muiden asioiden hoitoon.

Koska henkilöstön saatavuudessa oli haasteita, riittävän henkilöstön varmistamiseksi oli jouduttu käyttämään keinoja, joilla oli vaikutusta myös muuhun henkilöstöön. Lyhytaikaiset poissaolot oli pyritty ratkaisemaan useimmiten varahenkilöstön, omien sijaisten tai vuokratyövoiman avulla, mutta myös vakituisten työvoiman joustot olivat merkittävässä asemassa ja henkilöstö teki melko paljonkin lisä- ja/tai ylitöitä. Joissakin organisaatioissa näistä sai palkan lisäksi erillisen rahallisen kannustimen.

Vuokratyövoiman ja muiden sijaisten käytöllä oli sekä hyviä että huonoja puolia. Ulkopuolisille sijaisille oli pyritty tekemään mahdollisimman selkeät toimintaohjeet, jotta he pystyivät toimimaan organisaatiossa, mutta aina sijaiset eivät niistä huolimatta pystyneet toimimaan riittävällä tavalla, vaan sijaisten käyttö saattoi kuormittaa vakituista henkilöstä entistään.

Lähes kaikissa organisaatioissa oli oppisopimuskoulutuksessa myös ulkomailta tuotua henkilökuntaa. Ulkomaalaistaustaiseen henkilöstöön suhtauduttiin pääsääntöisesti positiivisesti, mutta riittämätön kielitaito saattoi kuormittaa henkilöstöä, koska esimerkiksi ohjeiden ymmärtäminen saattoi olla vaikeaa, jolloin ohjaamiseen piti käyttää enemmän aikaa.

Neljäs alatutkimuskysymys on: *Millaisia taloudellisia vaikutuksia henkilöstömitoituksen käyttöönotolla on ollut?*

Lakisääteisen henkilöstömitoituksen ylläpitämisestä aiheutui organisaatioille merkittäviä kustannuksia. Suurin kuluerä liittyi henkilöstöön. Ostopalveluiden käyttö oli lisääntynyt kaikissa organisaatioissa ja tämä oli kallista. Lisäksi asiakaspaikkojen vähentäminen oli vähentänyt tuloja. Myös rekrytointi oli jatkuvaa.

Kunnallisilla toimijoilla rahoitus kohonneisiin kustannuksiin tuli verovaroista. Yksityisellä ja kolmannella sektorilla rahoitus tuli pääsääntöisesti kunnilta, jotka ostivat palvelun. Jonkin verran oli myös itsemaksavia asiakkaita, mutta useimmissa tutkimukseen osallistuneista

organisaatioissa näitä ei ollut tai he olivat vähemmistönä. Riittävän rahoituksen varmistamiseksi oli kuntien kanssa käyty neuvotteluja ostopalvelupaikkojen hinnoista. Isommilla toimijoilla tuntui olevan paremmat mahdollisuudet vaikuttaa saataviin vuorokausihintoihin kuin pienemmillä. Ensisijaisesti rahoitusta pyrittiin saamaan siis neuvottelujen kautta, mutta sopimuksia oli myös irtisanottu, koska sopimustenmukaiset hinnat eivät enää olleet riittävät kulujen kattamiseen. Eri kuntien välillä oli eroja siitä, miten neuvottelut etenivät. Joidenkin kuntien kanssa sopimukseen päästiin helpommin kuin toisten. Lisäksi myös itsemaksavien asiakkaiden asiakasmaksuja oli tarkastettu.

Yhdestä haastattelusta tuli esille, että kustannusten hillitsemiseksi ostopalveluiden käyttöä oli pyritty rajoittamaan, ja mikäli niihin jouduttiin turvautumaan, pyrittiin palvelu hankkimaan mahdollisimman edulliselta palveluntarjoajalta. Vain yksi haastateltava piti mahdollisena, että suuremman mitoituksen ja moniammatillisuuden lisääntymien myötä olisi voinut tulla kustannussäästöjä, esimerkiksi painehaavojen vähenemisen myötä. Haittatapahtumien osalta lääkitysvirheet olivat sellaisia, joilla oli havaittu olevan selkeä yhteys henkilöstömäärään, ja näiden rahallinen arvostaminen on vaikeaa. Haastavan henkilöstötilanteen vuoksi myös rekrytointi oli vaikeaa, kaikkia avoimia toimia ei aina saatu täytettyä, joten ainakaan tässä vaiheessa ei ollut havaittavissa, että henkilöstömitoituksella olisi ollut positiivista vaikutusta henkilöstön pysyvyyteen ja sen myötä rekrytointikustannuksista olisi syntynyt säästöä.

Tutkimuksen päätutkimuskysymys on: *Millaisia vaikutuksia hoitajien henkilömitoituksella on palveluntarjoajien toimintaan?*

Päätutkimukseen haettiin vastausta alatutkimuskysymysten kautta. Kuten edeltä voidaan huomata, henkilöstömitoitus on vaikuttanut melko paljon palveluntarjoajien toimintaan. Koska henkilöstön saatavuustilanne on haastava ja henkilöstöstä on ollut pulaa, tällä on ollut ehkä suurin vaikutus toimintaan. Saatavuusongelmien vuoksi palveluntarjoajat ovat joutuneet vähentämään asiakaspaikkoja ja turvautumaan kalliiseen vuokratyövoimaan. Tämän seurauksena on jouduttu käymään neuvotteluja hinnoitteluun liittyen ja jopa purkamaan sopimuksia.

Lisääntynyt vuokratyövoiman käyttö, on vaikuttanut paitsi hoidon laatuun myös muuhun henkilöstöön. Henkilöstön kuormituksen vähentämiseksi ja laadun varmistamiseksi organisaatioissa on pyritty kehittämään perehdytystä ja tekemään sijaisille mahdollisimman selkeät

ohjeet. Lisäksi laatu on pyritty varmistamaan myös sillä, että on pyritty käyttämään tuttuja sijaisia. Uusien sijaisten osalta työpariksi tai taustahenkilöksi pyritään usein järjestämään kokeneempi työntekijä, joka opastaa tarvittaessa.

Palveluntarjoajat ovat joutuneet kehittämään toimintaansa ja miettimään etenkin välillistä ja välitöntä työtä enemmän. Tämän myötä työtä on organisoitu paremmin ja välillistä työtä siirretty pois hoitajilta, mikä vapauttaa heidän aikaansa välittömään työhön enemmän. Uusien työnkuvien ja henkilöstöryhmien käyttöönotolla on myös ollut vaikutusta paitsi yksittäisiin henkilöihin myös asiakkaisiin ja koko työyhteisöön.

Viranomaisraportointi koettiin haastavana. Etenkin välillisen ja välittömän työn ymmärtäminen ja erotteleminen hoitajien työajasta toi joillekin haasteita. Tämän vuoksi kaivattiin selvempiä ohjeita siitä, kuinka välillinen ja välitön työ lasketaan. Lisäksi kaivattiin tarkempaa valtakunnallista ohjeistusta siitä, miten muita kuin sote-ammattilaisia voidaan hyödyntää mitoitukseen laskettavana henkilöstönä.

6.2 Tutkimuksen rajoitteet ja luotettavuus

Tutkimuksella on useita rajoitteita. Ensinnäkin tutkimuksen otos jäi tavoiteltua pienemmäksi. Koska tutkimuksessa ei ollut tarkoitus tehdä yleistyksiä vaan kartoittaa kuinka palveluntarjoajien edustajat kokevat henkilöstömitoituksen vaikutukset, tällä ei kuitenkaan ole tutkimuksen luotettavuuden kannalta kovin suurta merkitystä.

Haastateltavien rekrytointi oli vaikeaa, ja useimmat tutkimukseen osallistuneet organisaatiot olivat sellaisia, joilla lakisääteinen henkilöstömitoitus oli THL:n seurannassa täyttynyt. Useimmilla mitoitus oli ollut tutkimusajankohtaisella lain vaatimalla tasolla jo ennen lain voimaantuloa, joten vakinaisen henkilöstön määrää ei ollut tarvinnut lisätä lain voimaan tuloa vuoksi kuin kahdessa organisaatiossa. Henkilöstön saatavuusongelmien vuoksi, kaikissa paitsi yhdessä organisaatioissa oli kuitenkin jouduttu vähentämään vähintäänkin lyhytaikaisia asiakaspaikkoja tai uusien asiakaspaikkojen käyttöönotto oli viivästynyt suunnitellusta. Henkilöstömäärän lisäyksen vaikutuksista olisi voinut saada enemmän tietoa, mikäli haastateltavia olisi saatu enemmän sellaisista organisaatioista, joissa henkilöstömitoitus olisi ollut ennen lain voimaan tuloa alemmalla tasolla tai organisaatioista, joissa henkilöstömitoitus ei ollut täyttynyt.

Lain voimaantulo ja tutkimuksen tekeminen ajoittuivat korona-aikaan, joten sairauspoissaolojen määrä oli myös COVID-19-viruksen vuoksi suurta ja vaikeutti henkilöstön saata- vuutta entisestään. Tutkimusajankohta ajoittui lisäksi samalle ajalle, kun palveluvastuu oli siirtymässä kunnilta hyvinvointialueille, millä oli vaikutusta paitsi haastattelujen toteuttami- seen myös organisaatioiden toimintaan esimerkiksi palkkaratkaisujen ja sopimusneuvotte- luiden osalta. Lisäksi vuoden 2022 työehtosopimusneuvottelut ja hoitajien työtaistelut vai- kuttivat henkilöstötilanteeseen.

Useimmat haastateltavat vastasivat useamman yksikön toiminnasta, mutta haastateltavana oli myös henkilöitä, joilla oli vain yksi tai kaksi hoivayksikköä johdettavanaan. Tällä saattoi olla myös vaikutusta tuloksien kannalta. Useammasta yksiköstä vastaavat voivat antaa ylei- semmän kuvan organisaation käytännöistä ja heidän avullaan saadaan tietoa useamman yk- sikön toiminnasta. Toisaalta vain yhdestä yksiköstä vastaavalla henkilöllä voi olla joistakin asioista yksityiskohtaisempaa kokemusta.

Henkilöstömitoituksen taloudellisia vaikutuksia on vaikea mitata. Tutkimuksessa osoittautui selvästi, että riittävän henkilöstömitoituksen ylläpitämisestä syntyi merkittäviä kuluja eten- kin silloin, jos jouduttiin turvautumaan paljon ulkopuolisiin sijaisiin. Toisaalta laadullisten tekijöiden, kuten asukkaiden paremman vireystilan tai lääkitysvirheiden välttämisen rahalli- nen arvostaminen on vaikeaa. Lisäksi henkilöstön rekrytointivaikeuksien vuoksi palvelun- tarjoajat olivat joutuneet vähentämään asiakaspaikkoja. Tällä voi olla vaikutusta paitsi pal- veluntarjoajan tuloihin, myös ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevan vanhuksen hoitoon pääsyyn, mikä toisaalta saattaa kuormittaa esimerkiksi sairaalapäivytyksiä ja vuodeosastoja.

6.3 Tutkimuksessa esiin nousseet kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet

Haastatteluissa nousi esille, että lakisääteinen henkilöstömitoitus koettiin pääsääntöisesti hy- vänä asiana, koska se loi valtakunnallisen pohjan sille, että hoito voisi olla samantasoista hoitopaikasta riippumatta. Useimmat haastateltavat kuitenkin kaipasivat tarkempaa ohjeis- tusta siihen kuinka välillinen ja välitön hoitotyö tulisi laskea etenkin silloin, jos hoitohenki- lökunta joutui ajoittain osallistumaan myös välilliseen työhön. Henkilöstömitoituksen rapor- toiminen koettiin kuormittavana. Vaikka joissain organisaatioissa toteutunut mitoitus saatiin suoraan työaikaohjelmistosta, lähiesimiehet joutuivat kuitenkin viemään manuaalisesti tie- dot THL:lle annettavaan ilmoitukseen. Ongelmien vuoksi THL:n lakisääteisen mitoituksen

alittaneiden yksiköiden listalle on päätyntä myös organisaatioita, joissa mitoitus on oikeasti täyttyntä. Ratkaisuksi ongelmiin kaivattiin muun muassa selkeitä laskentakaavoja, joiden mukaan välillisen työn osuus huomioidaan henkilön työajasta. Lisäksi toivottiin, että työaikaohjelmistoista saisi raportoitua tiedon viranomaisille ilman manuaalista työtä.

Haastatteluista tuli esille, että haittatapahtumista ilmoittaminen vaihtelee hyvin paljon yksiköittäin. Kehityskohteena olisikin, että haittatapahtumista ja läheltä-piti-tilanteista ilmoitettaisiin tehokkaammin, jotta ilmoituksia voitaisiin hyödyntää laadun parantamiseen mieltämällä keinoja, miten tapahtumat voidaan paremmin ennaltaehkäistä. Myös sijaisten perehdyttäminen ja kannustaminen haittatapahtumailmoitusten tekemiseen olisi suotavaa, jotta riskien tunnistaminen ja niihin reagoiminen helpottuisi.

Haastateltavat kaipasivat selkeitä valtakunnallisia suosituksia siitä, miten muuta kuin sotehenkilöstöä voitaisiin mitoituksessa hyödyntää. Tämä koettiin erityisen tärkeäksi siksi, koska hoidettavien määrä ja hoitoisuus lisääntyvät jatkuvasti, mutta henkilöstön saatavuus oli edelleen heikko ja myös eläköityminen vaikeutti tilannetta. Vanhusten hoitoon kuuluu myös sellaista työtä, kuten avustamista ruokailussa tai ulkoilussa, johon ei välttämättä tarvita sote-alan koulutusta. Haastatteluissa nousi esille myös huoli siitä, että jos huonossa henkilöstötilanteessa vaaditaan hoivakoteihin paljon sote-ammattilaisia, riittääkö henkilöstöä enää tarpeeksi sairaaloihin.

Taloudellisesta näkökulmista ajatellen tutkimuksesta oli havaittavissa, että oma varahenkilöstö oli taloudellisesti kannattavampi ratkaisu kuin vuokratyövoiman ja ulkopuolisten sijaisten käyttö. Tältä pohjalta katsottuna, varahenkilöstöjärjestelmän kehittäminen organisaatioissa, joissa sellaista ei vielä ole käytössä, voisi olla järkevä ratkaisu. Tämä voi kuitenkin olla haastavaa tilanteen ollessa jo ennestään sellainen, ettei vakituisiin tehtäviin saada rekrytoitua riittävästi henkilöstöä.

Tutkimuksen tekohetkellä henkilöstön saatavuus oli huonoa ja kaikissa organisaatioissa oli haasteita riittävän henkilöstön rekrytoimisessa. Lisäksi esimerkiksi COVID-19-pandemia oli vaikeuttanut henkilöstön saatavuutta entisestään, millä saattoi olla vaikutuksia sekä ulkopuolisen henkilöstön käytön lisääntymiseen että vakituisen henkilöstön kuormittumiseen. Koska sijaisia ei aina saatu, vakituinen henkilöstö joutui usein joustamaan, millä voi olla vaikutusta henkilöstön työhyvinvointiin. Jotta mahdollisia henkilöstömitoituksen vaikutuksia työhyvinvointiin ja esimerkiksi sairauspoissaolojen määrään voitaisiin paremmin

arvioida, tutkimuksen voisi toistaa, kun lakisääteinen mitoitus 0,7 on ollut jo jonkin aikaa voimassa.

Tutkimuksessa nousi esille, että teknologiaa ja sähköisiä järjestelmiä oli hyödynnetty esimerkiksi perehdytysohjelmissa. Yhdessä haastattelussa nousi esille, että organisaatiossa oli käytössä elektronisia valvontajärjestelmiä sekä hyvinvointirannekkeita, joiden avulla asukkaiden vointia pystyttiin seuraamaan. Jatkotutkimusaiheena voisi olla, kuinka hyvin näitä ratkaisuja hyödynnetään asukkaiden hoidossa ja voinnin seurannassa. Onko mahdollista saada reaaliaikaista tietoa siitä, mikäli vanhus heräilee öisin, ja onko tämän avulla mahdollista esimerkiksi ehkäistä kaatumisia tai havaita infektioita. Koska lääkitysvirheet olivat yleisiä, voisi selvittää olisiko niiden ehkäiseminen mahdollista esimerkiksi lääkeautomaattien avulla ja millainen kustannusvaikutus tällä olisi.

6.4 Lopuksi

Vaikka lain asteittaisesta voimaan tulosta on tutkimushaastattelujen ajankohtana kulunut jo yli kaksi vuotta, valtakunnallisella tasolla huoli hoidon laadusta ja henkilöstön riittävydestä on edelleen ajankohtainen.

Tässä tutkimuksessa nousee esille keinoja, joita palveluntarjoajat ovat käyttäneet lakisääteisen henkilöstömitoituksen varmistamiseksi. Lisäksi tutkimuksesta saa käsityksen millaisia taloudellisia ja laadullisia vaikutuksia näillä menetelmillä on ollut. Palveluntarjoajat voivat jossain määrin hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia kehittäessään strategioitaan ja henkilöstörakennettaan sekä organisoidessaan työtä niin, että sillä on sekä hoidon laatua että henkilöstön hyvinvointia lisäävä vaikutus.

Viranomaiset saavat tästä tutkimuksesta tietoa siitä, millaisia haasteita palveluntarjoajilla on ollut lakisääteisen mitoituksen toteuttamisessa ja millaista lisäohjausta he kaipaavat mitoitukseen liittyen.

Hoitohenkilöstön riittävyys koskee koko yhteiskuntaa, joten alan veto- ja pitovoiman parantaminen on myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta tärkeää. Eri mediat voisivat miettiä, miten myös hoitoalan positiivisia asioita tuotaisiin esille, jotta hoitajia riittäisi jatkossakin. Tämä ei tarkoita kuitenkaan sitä, että negatiivisista asioista tulisi vaieta. Myös ne on tuotava esille, jotta toimintaa voidaan kehittää parempaan suuntaan.

Lähteet

- Aiken, L., Clarke, S., Cheung, R., Sloane, D. & Silber, J. 2003. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003 Sep 24; Vol 290, nro 12, s. 1617-1623.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D. Sochalski, J. & Silber, J. 2002. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 2002; Vol 288, nro16, s. 1987-1993.
- Aiken. L., Sermeus, W., Van den Heede, K. Sloane, D., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L. Rafferty, A., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M, Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I., Smith, H. & Kutney-Lee, A. 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344 [Viitattu 28.9.2022] saatavilla: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L. Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M., Moreno-Casbas, M., Rafferty, A., Schwendimann, R., Scott, P.A., Tishelman, C., van Achterberg, T.& Sermeus, W. 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet (British edition)*, 2014, Vol.383, nro 9931, s.1824-1830
- Bowblis, J. 2015. The cost of regulation: More stringent staff regulations and nursing home financial performance. *Journal of regulatory economics*, 2015, Vol.47, nro 3, s. 325-338
- Carey, K., Zhao, S. Snow, A. L., Hartmann, C. & Bowen, M. 2018. The relationship between nursing home quality and costs: Evidence from the VA. *PloS one*, 2018, Vol.13, nro 9, s. e0203764-e0203764

Coffman, J., Seago, J. & Spetz, J. 2002. Minimum nurse-to-patient ratios in acute care hospitals in California. *Health Affairs ; Chevy Chase* Vol. 21, nro 5, s. 53-64.

Costa-Font, J., Courbage, C. & Zweifel, P. 2017. Policy Dilemmas in Financing Long-term Care in Europe. *Global policy*, 2017, Vol.8, nro 2, s. 38-45.

Delhy, P., Dor, A. & Pittman, P. 2021. The Impact of Nursing Staff on Satisfaction Scores for U.S. Hospitals: A Production Function Approach. *Medical care research and review*, 2021, Vol.78, nro 6, s. 672-683

Dufva, M., Wartiovaara, A. & Vataja, K. 2021. Työn tulevaisuudet megatrendien valossa. Sitra. [Viitattu: 23.11.2022] Saatavilla: <https://www.sitra.fi/artikkelit/tyon-tulevaisuudet-megatrendien-valossa/>

Eskola, J & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Helsinki: Tammi

Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H.-M. & Salanterä, S. 2008. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 2008, Vol.45, nro 5, s. 727-739

Giorgio, L. Di, Filippini, M. & Masiero, G. 2016. Is higher nursing home quality more costly? *The European journal of health economics*, 2016, Vol.17, nro 8, s.1011-1026

HE 4/2020

Heinonen, N. & Aejmelaeus, R. 2020. Valtiovarainministeriön edustajien asiantuntijalausunto eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden kuulemiseen 12.2.2020

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2000. Tutki ja Kirjoita. 6. painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja Kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Horn, S. 2008. The Business Case for Nursing in Long-Term Care. *Policy, politics & nursing practice*, 2008, Vol.9, nro 2, s. 88-93

HUS. 2020 HUSin kolme yksikköä hakee Magneettisairaala-statusta. HUS mediatiedote 16.12.2020. [Viitattu 11.11.2022] Saatavilla: <https://www.hus.fi/ajankohtaista/husin-kolme-yksikkoa-hakee-magneettisairaala-statusta>

Kim, Y., Kim, S-H. & Ko, Y. 2016. Effect of nurse staffing variation and hospital resource utilization: Nurse staffing and hospital resource. *Nursing & health sciences*, 2016, Vol.18, nro 4, s. 473-480.

KYS. 2022. Hoitotyö KYSissä. [Viitattu:11.11.2022] Saatavilla: <https://www.psshp.fi/hoitajana-kysissa>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystal-
veluista 980/2012.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Lankshear, A., Sheldon, T. & Maynard, A. 2005. Nurse Staffing and Healthcare Outcomes. A Systematic Review of the International Research Evidence. *Advances in Nursing Science* Vol. 28, nro 2, s. 163–174.

Li, X., Bowman, S. & Smith, T. 2016. Effects of registered nurse staffing level on hospital-acquired conditions in cardiac surgery patients: A propensity score matching analysis. *Nursing outlook*, 2016, Vol.64, nro 6, s. 533-541.

Liang, Y-W, Chen, W-Yi, Lee, J-L & Huang, L-C. 2012. Nurse staffing, direct nursing care hours and patient mortality in Taiwan: the longitudinal analysis of hospital nurse staffing and patient outcome study. *BMC health services research*, 2012, Vol.12, nro 1, s. 44-44.

Maass, K. Liu, B. Daskin, M., Duck, M., Wang, Z., Mwenesi, R. & Schapiro, H. 2015. Incorporating nurse absenteeism into staffing with demand uncertainty. *Health care management science*, 2015, Vol.20, nro 1, s. 141-155.

Marć, M., Bartosiewicz, A., Burzyńska, J., Chmiel, Z. & Januszewicz, P. 2019. A nursing shortage – a prospect of global and local policies. *International nursing review*, 2019, Vol.66, nro 1, s. 9-16.

Mark, B. Harless, D., McCue, M. & Xi, Y. 2004. A Longitudinal Examination of Hospital Registered Nurse Staffing and Quality of Care. *Health services research*, 2004, Vol.39, nro 2, s. 279-300.

Mark, B., Harless, D. Spetz, J., Reiter, K. & Pink, G. 2013. California's Minimum Nurse Staffing Legislation: Results from a Natural Experiment. *Health services research*, 2013, Vol.48 nro 2, s. 435-454.

May, J. Bazzoli, G. & Gerland, A. 2006. Hospitals' Responses To Nurse Staffing Shortages: Hospitals' actions are having a positive impact, but can it be sustained for the long run? *Health Affairs*, 2006, Vol.25, nro 1, s.W316-W323.

McHugh, M., Aiken, L., Sloane, D., Windsor, C., Douglas, C. & Yates, P. 2021. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *The Lancet (British edition)*, 2021, Vol.397, nro 10288, s.1905-1913.

Myllyoja, E. 2022. Attendon irtisanomisten rajuus yllätti terveystohtorit – Satakunnassa koskevat ”huomattavaa osaa” hyvinvointialueen hoivapalveluista. [Viitattu: 31.10.2022.] Saatavilla: <https://www.satakunnankansa.fi/satakunta/art-2000009163757.html>

Nagode, M. & Lebar, L. 2019. Trends and Challenges in Long-Term Care in Europe. *Revija za socijalnu politiku*, 2019, Vol.26, nro 2, s. 255-262.

Needleman, J., Buerhaus, P., Stewart, M., Zelevinsky, K. & Mattke, S. 2006. Nurse Staffing In Hospitals: Is There A Business Case For Quality? *Health Affairs*, 2006, Vol.25, nro 1, s. 204-211.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Peng, X. Ye, Y. Fan, R. Ding, X. & Chandrasekaran, A. 2022. Cost-quality tradeoff in nurse staffing: an exploration of USA hospitals facing market competition. *International journal of operations & production management*, 2022, Vol.42, nro 5, s. 577-602.

del Pozo-Rubio, R., Mínguez-Salido, R., Pardo-García, I. & Escribano-Sotos, F. 2019. Catastrophic long-term care expenditure: associated socio-demographic and economic factors. *The European journal of health economics*, 2019, Vol.20, nro 5, s. 691-701.

Rajamäki, T., Silvennoinen, S. & Siniauer P. 2023. Hoitajapula aiheuttaa jatkuvasti vaarantilanteita. *Helsingin Sanomat* 28.1.2023.

Ranta, J & Kuula-Luumi A. 2017. Haastattelun keruun ja käsittelyn ABC. Teoksessa Hyvärinen, M. Nikander, P. & Ruusuvaori, J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Reiter, K., Harless, D., Pink, G. & Mark, B. 2012. Minimum Nurse Staffing Legislation and the Financial Performance of California Hospitals. Health services research, 2012, Vol.47, nro 3, s. 1030-1050.

Ruusuvuori, J. & Nikander P. 2017. Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa Hyvärinen, M. Nikander, P. & Ruusuvuori, J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino

Tehy. 2022. Neuvottelukierros. [Viitattu 26.10.2022]. Saatavilla: <https://www.tehy.fi/fi/neuvottelukierros>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022a. Henkilöstömitoituksen seuranta. [Viitattu: 12.10.2022] Saatavilla: https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/vanhuspalvelujen-tila-vanpal-/henkilostomitoituksen-seuranta#Henkil%C3%B6st%C3%B6mitoituksen_laskeminen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022b. THL:n seuranta: Vanhusten ympärivuorokautiseen hoitoon tarvittaisiin kevääseen mennessä 3 400 hoitajaa lisää – rekrytointi vaikeaa. [Viitattu: 29.9.2022] Saatavilla: <https://thl.fi/fi/-/thl-n-seuranta-vanhusten-ymparivuorokautiseen-hoitoon-tarvittaisiin-kevaaseen-mennessa-3-400-hoitajaa-lisaa-rekrytointi-vaikeaa>

Toivonen, T. 2022. Ministeri Lindén: Hoitajamitoituksen lopullista voimaantuloa lykätään joulukuuhun – Sarkomaa: Tämä ei riitä, tarvitaan toimia hoitajapulaan. Yle. [Viitattu: 29.9.2022.] Saatavilla: <https://yle.fi/uutiset/3-12641616>

Tong, P. 2011. The effects of California minimum nurse staffing laws on nurse labor and patient mortality in skilled nursing facilities. Health economics, 2011, Vol.20, nro 7, s. 802–816.

Torppa, K. 2018. Matkalla kohti magneettisairaala – miksi ja miten? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2018 nro 3. [Viitattu: 11.11.2022] saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14159>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Twigg, D., Geelhoed, E., Bremner, A. & Duffield, C. 2013. The economic benefits of increased levels of nursing care in the hospital setting. Journal of advanced nursing, 2013, Vol.69, nro 10, s. 2253-2261.

Unruh L. 2008. Nurse staffing and patient, nurse, and financial outcomes. *AJN* January 2008 Vol. 108, nro 1, s. 62-71.

Uudenmaanliitto. 2022. "Uusmaa Suomen kruunussa on helmi kirkkahiin". [Viitattu 2.11.2022] Saatavilla: <https://uudenmaanliitto.fi/tietoa-uudestamaasta/alue-ja-kunnat/>

Weech-Maldonado, R., Pradhan, R., Dayama, N., Lord, J. & Gupta, S. 2019. *Nursing Home Quality and Financial Performance: Is There a Business Case for Quality? Inquiry* (Chicago), 2019, Vol. 56.

Weiss, M., Yakusheva, O. & Bobay, K. 2011. Quality and Cost Analysis of Nurse Staffing, Discharge Preparation, and Postdischarge Utilization: Quality and Cost Analysis of Nurse Staffing. *Health services research*, 2011, Vol.46, nro 5, s. 1473-1494.

Wheatley, D. 2017. Employee satisfaction and use of flexible working arrangements. *Work, employment and society*, 2017, Vol.31, nro 4, s. 567-585.

WHO. 2022a. Ageing [Viitattu: 24.10.2022.] Saatavilla: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

WHO. 2022b. [Viitattu: 24.10.2022.] Ageing – Long-Term care for older people. Saatavilla: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ageing-data/ageing---long-term-care-for-older-people>

WHO. 2022c. Health workforce. [Viitattu:23.11.2022] Saatavilla: https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

Wice, S. 2020. Staffing policy in aged care must look beyond the numbers. *Australian health review*, 2020, Vol. 44, nro 6, s. 829-830.

Wieczorek-Wójcik, B., Gaworska-Krzemińska, A., Owczarek, A., Wójcik, M., Orzechowska, M. & Kilańska, D. 2022. The Influence of Nurse Education Level on Hospital Readmissions-A Cost-Effectiveness Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 2022, Vol.19, nro 7.

Wouterse, B. & Smid, B. 2017. How to Finance the Rising Costs of Long-Term Care: Four Alternatives for the Netherlands. *Fiscal studies*, 2017, Vol.38, nro 3, s. 369-391.

Ye, J. Dong, B.& Lee, J.-Y. 2017. The long-term impact of service empathy and responsiveness on customer satisfaction and profitability: a longitudinal investigation in a healthcare context. *Marketing letters*, 2017, Vol.28, nro 4, s. 551-564.

Liite 1: Haastattelujen teemat

Taustatietoja haastateltavasta yksiköstä /haastateltava

- Haastateltavan asema organisaatiossa
- kunnallinen / yksityinen toimija
- Onko yksikössä kunnan ostopalvelupaikkoja/ itse maksavia asiakkaita
- Millainen yksikön henkilöstömitoitus oli ennen henkilöstömitoitusta koskevan lain voimaantuloa?
- Millaisia asiakkaita yksikössä hoidetaan?
- Millaisia laadullisia seurantajärjestelmiä yksikössä on käytössä?
 - o miten tehokkaasti näitä käytetään

Onko lain vaatiman henkilöstömitoituksen toteutuksessa onnistuttu?

Mikäli ei ole, mitkä tekijät on koettu suurimmaksi ongelmaksi, että riittävään henkilöstömäärään ei ole päästy.

Millaisia menetelmiä on käytetty lain vaatiman henkilöstömitoituksen varmistamiseksi?

- tilapäinen henkilöstö
 - o lyhytaikaiset sijaiset, vuokratyövoima
- organisaation oma varahenkilöstö
- lisä- ja ylityöt
- asiakaspaikkojen vähentäminen
- Taloudelliset kannustimet
 - o palkkaus
 - o bonukset tms. tilapäiset rahalliset kannustimet
- Työaikaan liittyvät järjestelyt
 - o osa-aikaiset työsuhteet
 - o työaika-autonomia
 - kuinka hyvin toteutuu?
- Koulutus
- Pehdytysohjelmat
- Työympäristöön kohdistuvat muutokset
 - o henkilöstömäärät

- fyysinen työympäristö
- hoitajien roolien ja vastualueiden uudelleen organisointi
 - onko henkilöstö otettu mukaan tähän suunnitteluun?

Onko henkilöstömitoituksen käyttöönotolla ollut vaikutusta seuraaviin henkilöstöön liittyviin tekijöihin, ja jos on niin millainen?

- sairauslomien määrään
- ylitöiden määrään
- henkilöstön vaihtuvuuteen
- rekrytointien onnistumiseen
- työtyytyväisyyteen

Onko henkilöstömitoituksen huomattu vaikuttavan haittatapahtumien määrään? Ja jos, niin miten?

- kaatumiset
- painehaavat
- infektiot
- päivystyskäyntien määrä
- (muun) sairaalahoidon tarve (esim. erikoissairaanhoidossa) ja muussa sairaalahoidossa vietetty aika
- lääkitysvirheet
- asukkaiden laihtuminen
- muu mikä?

Kuinka mahdollisen tilapäisen henkilöstön käytön on huomattu vaikuttavan hoidon laatuun?

Millaisia lisäkustannuksia hoitajamitoituksen käyttöönotosta on tullut?

Kuinka nämä kustannukset on katettu?

- valtionosuudet
- säästöt muualta
- asiakasmaksujen korotukset

Onko havaittu, että jotkin laatuun vaikuttavat tekijät voisivat kompensoida näitä kustannuksia?

- Jos on, niin mitkä ja millainen merkitys näillä on?