

Komiteanmietintö . Kommittébetänkande 2001:7
STM0034:00/15/06/2000

*Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen
ennakointitoimikunnan mietintö*

Betänkande av kommissionen för beräkning av
social- och hälsovårdens arbetskraftsbehov

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Helsinki 2001

TIIVISTELMÄ

Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen)

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö
(Betänkande av kommissionen för beräkning av social- och hälsovårdens arbetskraftsbehov)

Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)

Vappu Taipale, puheenjohtaja
Paula Risikko, sihteeri
Ulla Taipale, sihteeri
Aune Turpeinen, sihteeri
Marjukka Vallimies-Patomäki, sihteeri

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan 5.4.2000. Toimikunnan tehtävänä oli laatia ennuste sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeesta keskeisten ammattien osalta ja arvioida ammatillisen koulutuksen mitoitusta vuosiksi 2001 – 2010 sekä tehdä ehdotus työvoima- ja koulutustarpeen seuranta- ja ennakointijärjestelmäksi. Toimikunnan määräaika oli 31.3.2001, ja sitä jatkettiin 31.5.2001 saakka.

Toimikunta arvioi, että yli 65-vuotiaiden käyttämiin hoito- ja hoitopalveluihin tarvitaan 6300 työntekijää lisää korjaamaan nykyistä vanhustenhuollon henkilöstön alimitoitusta. Sosiaali- ja terveystieteiden kasvavaan tarpeeseen arvioidaan tarvittavan 12 000 työntekijää lisää vuoteen 2010 mennessä.

Toimikunta ehdottaa, että vuosina 2002 – 2010 sosiaali- ja terveysalan ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikkoja tarvitaan vuosittain 8 500 – 9 000 ja alan ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja vastaavasti 7 200 – 7 900. Ammatillinen peruskoulutus koskee sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon, lähihoitajan koulutusta. Ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikat kattavat muiden ohella sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, fysioterapeutin, bioanalyytikon, suuhygienistin ja sosionomin koulutukset. Alan yliopistokoulutuksen vuosittain aloittavien määräksi ehdotetaan 1 400 – 1 600 opiskelijaa. Yliopistokoulusta koskeva ehdotus kattaa farmasian alemman ja ylemmän korkeakoulututkinnon, psykologian, puheterapeutin, ravitsemusterapeutin, sosiaalityöntekijän ja lastentarhanopettajan koulutukset. Lisäksi toimikunta toteaa aikaisempiin selvityksiin perustuen, että lääkärikoulutuksen lisäystarve on kiireellinen, ja ehdottaa, että lääkärikoulutusta lisätään jo syksystä 2001 lähtien.

Toimikunta ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö asettavat alan työvoiman ja koulutusmäärien suunnittelua varten sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakkoinnin yhteistyöryhmän sekä sihteeristön, joka vastaa valtakunnalliseen seurantaan ja ennakointiin liittyvästä valmistelutyöstä. Samalla työvoima- ja koulutustarpeen alueellinen ennakointi kytketään eri puolilla maata jo nykyisin tehtävään ennakointitoimintaan. Yhteistyöryhmä tuottaa työvoiman muutoksia ja tarvetta koskevat tiedot vuosittain ja tekee joka kolmas vuosi opetusministeriölle esityksen alan työvoima- ja koulutustarpeesta koulutuksen mitoitusta varten. Alueellisia työvoima- ja koulutustarpeita koskevat ehdotukset valmistellaan alueellisen ennakointitiedon pohjalta.

Toimikunta ehdottaa, että ennakointilaskelmat tuotetaan Opetushallituksen kehittämän Mitenna-mallin avulla. Tarvittavat työvoimaa ja koulutusta koskevat tilastotiedot saadaan Tilastokeskuksen, Kuntien eläkevakuutuksen ja opetushallinnon tilastoista.

Avainsanat: (asiasanat)

sosiaaliala, terveydenhuoltoala, ammatillinen koulutus, työvoima

Sarjan nimi ja numero

Komiteamietintö 2001:7
(Hare STM0034:00/15/06/2000)

Kieli suomi

Jakaja

Edita Oyj, puhelin 020 450 05, faksi 020 450 2380

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum 18.6.2001	
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Vappu Taipale, ordförande Paula Risikko, sekreterare Ulla Taipale, sekreterare Aune Turpeinen, sekreterare Marjukka Vallimies-Patomäki, sekreterare		Typ av publikation Kommittébetänkande	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Datum för tillsättande av organet 5.4.2000	
Publikation (även den finska titeln) Betänkande av kommissionen för beräkning av social- och hälsovårdens arbetskraftsbehov (Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö)			
Publikationens delar			
Referat			
<p>Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 5.4.2000 en kommission för beräkning av social- och hälsovårdens arbetskraftsbehov. Kommissionen hade till uppgift att ställa en prognos för arbetskraftsbehov inom social- och hälsovården i fråga om de centrala yrkena, att uppskatta dimensioneringen av den yrkesinriktade utbildningen för åren 2001 – 2010 samt att lägga fram ett förslag till ett uppföljnings- och beräkningssystem för arbetskrafts- och utbildningsbehovet. Kommissionens frist utlöpste 31.3.2001, men den förlängdes t.o.m. 31.5.2001.</p> <p>Kommissionen uppskattade att det behövs 6300 fler anställda för de vård- och omsorgstjänster som används av 65 år fyllda personer för att korrigera den nuvarande underdimensioneringen i fråga om äldre vårdspersonalen. Man uppskattar att behovet av social- och hälsovårdstjänster kommer att öka till den grad att man fram till år 2010 behöver 12 000 fler anställda.</p> <p>Enligt kommissionen behövs det under åren 2002 – 2010 årligen 8500 – 9000 intagningsplatser till den yrkesinriktade grundutbildningen för social- och hälsovårdsyrken och den motsvarande siffran för yrkeshögskoleutbildningen är 7200 – 7900. Den yrkesinriktade grundutbildningen gäller grundexamen för social- och hälsovården, närvårdarutbildningen. Nybörjarplatserna inom yrkeshögskoleutbildningen omfattar bl.a. utbildningen av sjukskötare, hälsovårdare, fysioterapeuter, bioanalytiker, munhygienister och socionomer. Man föreslår att 1400 – 1600 studerande per år skall intas till universitetsutbildningen för branschen. Förslaget om universitetsutbildningen omfattar den lägre och högre högskoleexamen i farmaci samt utbildning av psykologer, talterapeuter, näringsterapeuter, socialarbetare och barnträdgårdslärare. Dessutom konstaterar kommissionen, utgående från tidigare utredningar, att det föreligger ett brådskande behov av att öka läkarutbildningen och föreslår att den ökas redan fr.o.m. hösten 2001.</p> <p>Kommissionen föreslår att social- och hälsovårdsministeriet och undervisningsministeriet med tanke på planeringen av arbetskraft och utbildning för branschen tillsätter en samarbetsgrupp för beräkning av arbetskrafts- och utbildningsbehov för social- och hälsovården samt ett sekretariat som svarar för beredningsarbetet med anslutning till den riksomfattande uppföljningen och beräkningen. Därutöver föreslår kommissionen att den regionala beräkningen av arbetskrafts- och utbildningsbehov kopplas till den beräkningsverksamhet som redan pågår på olika håll i landet. Samarbetsgruppen skall årligen ta fram uppgifter om ändringar i och behov av arbetskraft och ge undervisningsministeriet vart tredje år ett förslag beträffande arbetskrafts- och utbildningsbehovet inom området med tanke på dimensionering av utbildningen. De förslag som gäller regionala arbetskrafts- och utbildningsbehov bereds på grundvalen av uppgifterna från de regionala beräkningarna.</p> <p>Kommissionen föreslår att beräkningarna görs med hjälp av Mitenna-modellen, som utvecklats av utbildningsstyrelsen. De statistiska uppgifter om arbetskraft och utbildning som behövs får man från Statistikcentralens, Kommunernas pensionsförsäkrings och utbildningsstyrelsens statistik.</p>			
Nyckelord social- och hälsovårdsbranschen, yrkesutbildning, arbetskraft			
Övriga uppgifter			
Seriens namn och nummer Kommittébetänkande 2001:7 (STM0034:00/15/06/2000)		ISSN 0356-9470	ISBN 952-00-1000-9
Sidoantal 171	Språk Finska	Pris	Sekretessgrad Offentlig
Distribution/Försäljning Edita Abp, tfn 020 450 05, fax 020 450 2380		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

SUMMARY

Title of publication

Report by the Committee on Estimation of Labour Demand in Social Welfare and Health Care

Authors

Vappu Taipale, chairperson

Paula Risikko, secretary

Ulla Taipale, secretary

Aune Turpeinen, secretary

Marjukka Vallimies-Patomäki, secretary

Summary

The Ministry of Social Affairs and Health appointed on 5 April 2000 a Committee on Estimation of Labour Demand in Social Welfare and Health Care. It was assigned make a forecast for labour demand in social and health care in regard to the major professions, to estimate the demand for professional education in 2001-2010, and to make a proposal for a system of monitoring and estimation of the demand for labour force and education. The term of the Committee was to end on 31 March 2001 but was extended to 31 May 2001.

The Committee estimates that, compared with the present situation, 6300 more employees are needed for providing the care services needed by people aged over 65 to remedy the present understaffing in elderly care. And approximately 12,000 more employees are needed to meet the increasing demand for social and health services by 2010.

The Committee estimates that 8500-9000 openings are needed per year in vocational basic education in social and health care in 2002-2010, and the corresponding number of openings in polytechnic education is 7200-7900. The vocational basic education refers to the basic diploma in social and health care, the training of practical nurse for social and health care. The openings in polytechnic education cover i.a. the education of professional nurse, public health nurse, bioanalyst, oral hygienist and Bachelor of Social Sciences. As the number of students to be admitted yearly to university-level education in the branch is proposed 1400-1600. The proposal regarding university education covers the lower and higher university degree in pharmacy and the training of psychologist, speech therapist, dietician, social worker and kindergarten teacher. In addition, the Committee states, referring to earlier surveys, that it is urgent to increase physicians' training starting from autumn 2001.

The Committee proposes that the Ministry of Social Affairs and Health and the Ministry of Education set up a joint working group to plan and estimate the demand for labour and education for the branch, as well as a secretariat that will be responsible for the preparation work related to nation-wide monitoring and estimation. At the same time the regional estimation of the demand for labour and education is linked to the work already being done in various parts of the country. The working group should produce the information regarding changes in and demand for labour force yearly and submit every third year a proposal to the Ministry of Education concerning the demand for labour and education in order to facilitate the dimensioning of education. The proposals for regional demands would be prepared on the basis of regional data.

The Committee proposes producing the forecasts by means of the Mitenna model developed by the National Board of Education. The statistical data concerning labour and education are obtained from the statistics of the Statistics Finland, the Local Government Pensions Institution and the education administration.

Key words

social sector, health care sector, professional education, labour force

Title and number of series

Committee Report 2001:7

Language

Finnish

Distributory/Orders

Edita Plc tel. +358 20 450 05, fax +358 20 450 2380

Sosiaali- ja terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 5.4.2000 sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan. Tehtävänä oli laatia ennuste sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeesta keskeisten ammattien osalta ja sen perusteella arvioida alan ammatillisen koulutuksen mitoitusta vuosiksi 2001 - 2010 sekä tehdä työvoima- ja koulutustarpeen seuranta- ja ennakointijärjestelmää koskeva ehdotus. Tarkoituksena oli, että toimikunta käyttää hyväksi meneillään olevia työvoima- ja koulutustarpeen ennakointia koskevia hankkeita. Toimikunnan tehtävät olivat seuraavat:

- 1) Arvioida, kuinka suuri on sosiaali- ja terveydenhuollon eläkepoistuma, koulutuksen tuotos ja työvoimaan osallistumisaste sekä mitkä muut tekijät on otettava huomioon työvoimatarvetta ennakoitaessa.
- 2) Arvioida, miten nähtävissä olevat palvelutarpeessa ja henkilöstön osaamistarpeissa tapahtuvat muutokset, teknologian kehitys, toimintatapojen muutokset, henkilöstön vaihtuvuus eri alojen välillä sekä muut mahdolliset tekijät vaikuttavat työvoimatarpeeseen.
- 3) Ennakoida edellisten perusteella ammattilaisiin, minkälaiset ovat sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen, eläkepoistuman sekä koulutukseen liittyvien ja muiden tekijöiden vaikutukset alan ammatillisen koulutuksen, ammattikorkeakouluopetuksen ja yliopistollisen koulutuksen mitoitukseen.
- 4) Tehdä ehdotus järjestelmäksi, jonka avulla sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman määrällistä kehitystä ja tarvetta seurataan ajantasaisesti ja ennakoidaan alueellisesti ja valtakunnallisesti, sekä arvioida ehdotuksen hallinnolliset ja taloudelliset vaikutukset.

Toimikunnan puheenjohtajaksi kutsuttiin ylijohtaja Kimmo **Leppo** sosiaali- ja terveysministeriöstä ja 1.8.2000 lähtien pääjohtaja Vappu **Taipale** Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta Stakesista. Varapuheenjohtajaksi kutsuttiin korkeakouluneuvos Seppo **Kiiskinen** opetusministeriöstä. Toimikunnan jäsenet (henkilökohtaiset varajäsenet) olivat apulaisosastopäällikkö Riitta **Viitala** (neuvotteleva virkamies, sittemmin sosiaalineuvos Martti **Lähteinen**) ja apulaisosastopäällikkö Marjatta **Blanco Sequeiros** (neuvotteleva virkamies Sakari **Lankinen**) molemmat sosiaali- ja terveysministeriöstä, tutkimusprofessori Matti **Heikkilä** (kehittämispäällikkö Reijo **Ailasmaa**) Stakesista, opetusneuvos Terttu **Jääskeläinen** (opetusneuvos Matti **Kimari** Opetushallitus) ja ylitarkastaja Marja-Liisa **Niemi** (ylitarkastaja Sirkka-Leena **Hörkkö**) molemmat opetusministeriöstä, ylitarkastaja Markku **Virtanen** (ylitarkastaja Aira **Mylly**) työministeriöstä, tutkimuspäällikkö Antti **Romppanen** (budjettineuvos Raija **Koskinen** valtiovarainministeriö) Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta sekä kehityspäällikkö Rolf **Eriksson** (sosiaali- ja terveystoimen päällikkö Tuula **Taskula**) ja erityisasiantuntija Soile **Hellstén** (erityisasiantuntija Ritva **Larjomaa**) molemmat Suomen Kuntaliitosta. Pysyviksi asiantuntijoiksi kutsuttiin kehittämisspäällikkö Pekka **Myrskylä** Tilastokeskuksesta, matemaatikko Allan **Paldanius** Kuntien eläkevakuutuksesta sekä hallitusneuvos Marja-Liisa **Partanen** sosiaali- ja terveysministeriöstä. Toimikunta kutsui sihteeriksi ylitarkastaja Ritva **Väistön** (30.4.2000 asti), ylitarkastaja Marjukka **Vallimies-Patomäen** (1.5.2000 lukien) ja ylitarkastaja Aune **Turpeisen** sosiaali- ja terveysministeriöstä, suunnittelija, sittemmin projektipäällikkö Ulla **Taipaleen** Opetushallituksesta sekä johtaja Paula **Risikon** Seinäjoen ammattikorkeakoulusta.

Toimikunnan määräaika oli 31.3.2001, ja sitä jatkettiin 31.5.2001 saakka. Toimikunta koontui 22 kertaa ja järjesti kaksi seminaaria, joihin osallistui toimikunnan jäsenten lisäksi muita alan asiantuntijoita. Toimikunnan puheenjohtajisto ja sihteeristö on pitänyt lukuisia kokouksia, joihin on tarvittaessa kutsuttu myös toimikunnan jäseniä tai muita alan asiantuntijoita.

Toimikunnan kuulemat asiantuntijat ja toimikunnalle lausuntoja ja kannanottaja antaneet ilmenevät liitteessä 1.

Toimikunnan työ koski sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja ammatillisen koulutuksen määrällistä ennakointia. Ennakointi painottui julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon työ-

voimatarpeeseen. Toimikunta rajasi tehtävänsä siten, että ennusteet tehtiin määrällisesti suurimpien alan ammattien osalta. Lääkärien ja hammaslääkärien koulutustarpeeseen otettiin kantaa aikaisemmin tehtyjen selvitysten perusteella. Myös määrällisesti pienempien ammattien osalta käytettiin pitkälti aikaisemmin tehtyjä selvityksiä. Toimikunta käytti koulutustarve-ennusteiden laatimisessa Opetushallituksen kehittämää, kaikki koulutusalat kattavaa Mitenna-laskentamallia. Määrällisen ennakkoinnin ohella toimikunta otti kantaa työvoiman rekrytointiin kiinnittämällä huomiota muiden ohella alan vetovoimaisuuteen, työhyvinvointiin sekä työntekijöiden ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen.

Toimikunnan varajäsenet kehittämispäällikkö Reijo Ailasmaa Stakesista ja opetusneuvos Matti Kimari Opetushallituksesta antoivat asiantuntijapanoksensa toimikunnan työhön. Lisäksi toimikunta käytti asiantuntijana neuvotteleva virkamies Pekka Tiaista työministeriöstä. Opetusneuvos Ilpo Hanhijoki Opetushallituksesta osallistui koulutuksen aloituspaikkoja koskevien laskelmien tuottamiseen toimikuntaa varten.

Toimikunta luovuttaa kunnioittavasti mietintönsä sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 31 päivänä toukokuuta 2001

Vappu Taipale

Seppo Kiiskinen

Riitta Viitala

Marjatta Blanco Sequeiros

Matti Heikkilä

Terttu Jääskeläinen

Marja-Liisa Niemi

Markku Virtanen

Antti Romppanen

Rolf Eriksson

Soile Hellstén

Sihteerit:

Paula Risikko

Ulla Taipale

Aune Turpeinen

Marjukka Vallimies-Patomäki

SISÄLLYSLUETTELO

1. Johdanto.....	15
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen suunnittelujärjestelmät	17
2.1. Työvoimasuunnittelu ja ammatillisen koulutuksen mitoituksen suunnittelu 1960-luvulta alkaen.....	17
2.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimasuunnittelun ohjaus 1990 -luvulla	19
2.3. Ammatillisen koulutuksen määrällinen ennakointi opetushallinnossa 1990-luvulla	20
2.4. Muu valtakunnallinen työvoimatarpeen ennakointi.....	22
2.5. Alueellinen ennakointi.....	23
2.5.1. Kunnissa toteutettava ennakointi.....	23
2.5.2. Maakuntaliittojen ennakointi.....	24
2.5.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon ennakointi.....	26
2.5.4. Ennakointi ammatillisesti suuntautuneessa koulutuksessa.....	27
2.5.5. Läänien ennakointitoiminta.....	28
2.5.6. TE-keskukset ennakoijina.....	28
2.6. Ennakointi EU-maissa	31
2.7. Esimerkkinä Ruotsin ennakointihanke.....	32
3. Ammatinharjoittamista koskeva sääntely	35
3.1. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat säädökset.....	35
3.1.1. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen sääntelyn tarkoitus ja ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisen perusteet.....	36
3.1.2. Terveydenhuollon ammatinharjoittamislainsäädännön muutostarpeet.....	37
3.2. Sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuuksien sääntely.....	37
3.2.1. Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista	38
3.2.2. Meneillään oleva valmistelutyö sosiaalihuollossa.....	39
3.3. Ulkomailla suoritettujen tutkintojen tunnustaminen.....	39
4. Työvoiman tarjontaan liittyviä muutostekijöitä.....	42
4.1. Koulutuksen kehitys ja aloituspaikkatarjonta 1990-luvulla	42
4.1.1. Sosiaali- ja terveystalouden toisen asteen koulutus ja aloituspaikat	43
4.1.2. Sosiaali- ja terveystalouden ammatti- ja erikoisammattitutkinnot	45
4.1.3. Sosiaali- ja terveystalouden opistoasteen koulutuksen kehitys ammattikorkeakoulutukseksi sekä aloituspaikat 1990-luvulla	46
4.1.4. Toisen asteen koulutuksen suhde ammattikorkeakoulutukseen hoitoalalla	48
4.2. Sosiaali- ja terveystalouden vetovoimaisuus	49
4.2.1. Ammatillinen peruskoulutus	50
4.2.2. Ammattikorkeakoulutus.....	52
4.2.3. Yliopistokoulutus	54
4.3. Työelämän ja perhe-elämän yhdistämistarpeet.....	54
4.4. Työhyvinvointi.....	56
4.5. Sosiaali- ja terveystalouden täydennyskoulutus.....	58
5. Työmarkkinat ja ammattirakenne	60
5.1. Työvoiman rakenne	60
5.1.1. Henkilöstön kokonaismäärä.....	60
5.1.2. Henkilöstön ikärakenne	62
5.2. Työtön työvoima ja keinoja työttömyyden vähentämiseksi.....	62
5.3. Henkilöstön vaihtuvuus.....	64
5.3.1. Henkilöstön poistuma ja takaisin paluu vuosina 1995 - 1999.....	66
5.3.2. Ammattien vaihtaminen.....	67
5.3.3. Alueelliset siirtymät.....	69
5.4. Henkilöstötilanne eräissä ammateissa	70
5.5. Eläkkeelle siirtyminen.....	75
5.5.1. Kuntien palveluksesta eläkkeelle vuosina 1995 – 2000 siirtyneet	75
5.5.2. Työikäisen henkilöstön kuoleman tapauksista aiheutuva poistuma.....	76

5.5.3.	Arvioita kuntien palveluksesta eläkkeelle siirtyvien määristä vuosina 2001 – 2010...	76
5.6.	Työvoiman maassa-, maahan- ja maastamuutto.....	79
6.	Koulutuspoliittisia ja sosiaali- ja terveys poliittisia linjauksia.....	84
6.1.	Toimintaympäristö 2000-luvulla.....	84
6.2.	Opetushallinnon linjauksia	86
6.3.	Sosiaali- ja terveystieteellisiä linjauksia.....	88
6.3.1.	Sosiaali- ja terveystieteellisten strategioiden 2010.....	88
6.3.2.	Terveystieteiden 2015 -kansanterveysohjelma	88
6.3.3.	Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma	90
7.	Palvelutarpeisiin ja osaamiseen liittyvät muutokset.....	91
7.1.	Väestön ikärakenne, terveys ja toimintakyky.....	91
7.1.1.	Väestön määrä ja ikärakenne	91
7.1.2.	Väestön terveys ja toimintakyky.....	92
7.2.	Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö	94
7.2.1.	Sosiaali- ja terveyspalvelut julkisella sektorilla	94
7.2.2.	Ostopalvelut ja yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut.....	96
7.2.3.	Arvioita eräiden sosiaali- ja terveyspalvelujen näkymistä.....	98
7.3.	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehitystarpeista tulevaisuudessa	100
7.3.1.	Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisen tehostaminen.....	101
7.3.2.	Palveluketju toiminnan uudistajana.....	102
7.3.3.	Hoidon ja sosiaalialan työn vaikuttavuuden parantaminen.....	103
7.3.4.	Teknologian kehitys	104
7.4.	Sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisen muutostarpeet.....	105
7.5.	Kansainvälisiä kehityslinjoja.....	108
7.5.1.	Sosiaalisen koulutuksen kansainvälisiä kehityslinjoja	108
7.5.2.	Terveydenhuollon koulutuksen kansainvälisiä kehityslinjoja.....	109
8.	Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvittava työvoima vuoteen 2015 mennessä.....	111
8.1.	Koulutustarve-ennusteissa käytetty ennakointimenetelmä.....	111
8.2.	Lausunnonantajien ja asiantuntijoiden arvioita työvoimatarpeesta.....	122
EHDOTUS-OSA:		124
9.	Ehdotus sosiaali- ja terveysalan koulutuksen mitoituksi.....	124
9.1.	Koulutuksen mitoitus koulutusasteittain	124
9.2.	Koulutuksen mitoitus koulutusohjelmittain ja tutkinnoittain.....	126
9.3.	Kustannusvaikutukset.....	131
10.	Ehdotus uudeksi seuranta- ja ennakointijärjestelmäksi.....	133
10.1.	Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen määrällisen kehityksen ja tarpeen ajantasainen seuranta ja ennakointi valtakunnallisesti ja alueellisesti.....	133
10.1.1.	Valtakunnallinen ja alueellinen ennakointi.....	133
10.1.2.	Ennakoinnin kehittäminen ja resurssointi	135
10.1.3.	Tilastoinnin kehittämistarpeet.....	136
10.2.	Seuranta- ja ennakointijärjestelmän taloudelliset vaikutukset	138
TIIVISTELMÄ.....		139
Liite 1. Toimikunnan kuulemat asiantuntijat		143
Liite 2. Laillistetut ja nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt.....		144
Liite 3. Liitekuviot 1-6		145
Liite 4. Liitetaulukot 1-12		149
Lähdeluettelo		166

1. Johdanto

Väestön tarpeissa ja ikärakenteessa tapahtuvat muutokset vaikuttavat keskeisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden kysyntään. Väestön ikääntymisen myötä ikääntyneiden hoito- ja hoivapalveluiden tarve kasvaa lähivuosina. Yhteiskunnan kehitys näyttää lisäävän syrjäytymisriskiä ja muiden ohella mielenterveyspalveluiden tarvetta. Työntekijöiden ikääntymisen seurauksena sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman eläkepoistuma tulee kasvamaan voimakkaasti. Samaan aikaan alan ammatillisen koulutuksen vetovoimaisuuteen ja työvoiman rekrytointiin liittyvä kilpailu kiristyy koulutettavien ikäluokkien pienentyessä. Työhyvinvoinnista huolehtimisen merkitys korostuu, kun tavoitteena on sekä uuden työvoiman saaminen että alalla jo olevan työvoiman työssä pitäminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoitotoimikunnan Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan 2000 – 2003 perustuen. Tarkoituksena oli selvittää alan työvoiman kysyntään ja tarjontaan vaikuttavia tekijöitä ja ennakoida seuraavien 10 vuoden työvoima- ja koulutustarvetta, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköt pystyisivät varautumaan palveluiden kasvavan kysynnän ja eläkepoistuman korvaamiseen edellyttämään uuden työvoiman rekrytointiin ja koulutusyksiköt kouluttamiseen.

Toimikunnan asettaminen liittyi myös valtionhallinnon ohjauksessa tapahtuneisiin muutoksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimasuunnittelu tapahtui 1990-luvun alkupuolelle saakka valtiosuunnitteluun liittyvän valtakunnallisen suunnittelujärjestelmän kautta. Opetushallinnon alalla toimi vuodesta 1971 koulutuksen mitoituksen keskitetty suunnittelujärjestelmä, joka lakkautettiin vuonna 1997.

Koulutuksen mitoitusta ohjataan opetusministeriön hallinnonalan koulutusta ja yliopistoissa harjoitettavaa tutkimusta koskevassa kehittämissuunnitelmassa, jonka valtioneuvosto hyväksyy viideksi vuodeksi kerrallaan. Opetusministeriön yhteydessä toimii koulutustoimikuntia ja koulutuksen yhteistyöneuvottelukunta ammatillisen koulutuksen, ammattikorkeakouluopintojen ja yliopistoissa annettavan ammatillisesti suuntautuneen koulutuksen kehittämisen asiantuntijaeliminä. Opetushallitus on kehittänyt valtakunnan tason koulutuksen opintoalakohtaista, määrällistä ennakointia varten laskentamallin ”Mitenna”.

Opetushallinnon ja työvoimahallinnon aloilla on meneillään lukuisia työelämän muutosten ja koulutustarpeiden ennakointia koskevia hankkeita. Niissä on yleensä tavoitteena kehittää eri toimijoiden kuten alueviranomaisten, oppilaitosten, yritysten ja järjestöjen alueellisen ennakkoinnin menetelmiä. Tämä ennakointi ei kuitenkaan vastaa riittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeisiin erityisesti koko maan tasolla.

Edellä kuvatut suuret lähitulevaisuuden muutokset edellyttävät toimivaa työvoima- ja koulutustarpeen ennakoitijärjestelmää sekä hyviä työvoima- ja koulutustilastoja. Käytössä olevat koulutuksen seuranta- ja ohjausjärjestelmät tai työvoimaa koskevat tilastojärjestelmät eivät tuota riittävän yksityiskohtaista ja ajantasaista tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ja koulutuksen vastaavuudesta. Nämä epäkohdat edellyttävät työvoima- ja ammattitilastojen sekä käytössä olevien laskentamallien kehittämistä. Tarvitaan myös uusi järjestelmä, jonka puitteissa sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö ja työministeriö

sekä muut tahot laativat valtakunnan tason työvoima- ja koulutustarve-ennusteet. Työvoiman ja koulutuksen valtakunnallinen ennakointi on sovitettava yhteen alueellisen suunnittelun kanssa.

2. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen suunnittelujärjestelmät

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelee merkittävä osa julkisten palvelujen työntekijöistä. Se on myös suurin yksittäinen naisia työllistävä ala. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon työlliseen työvoimaan kuului vuonna 1999 217 700 työntekijää, joista 111 000 työskenteli terveydenhuollossa, 93 400 sosiaalihuollossa sekä 13 300 sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnossa¹. Lukumäärät eivät sisällä virkavapaalla olleita, joiden osuus oli noin 6 - 7 %. Työvoimatarpeen ennakointi ja työvoiman saannin turvaaminen ovat tärkeitä sekä työnantajille että alasta vastaaville viranomaisille. Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen suunnittelu on ollut sosiaali- ja terveysministeriön (STM) sekä opetusministeriön (OPM) yhteistyöaluetta pitkään. Eri aikoina siitä ovat vastanneet eri tavoin ministeriöt, alan keskusvirastot ja erimuotoiset yhteistyöjärjestelyt. Yhteisen koulutussuunnittelun perinne katkesi osittain 1990-luvun lopulla. Samaan aikaan voimistui työvoimatarpeen ennakoinnin projektimuotoinen kehittäminen erityisesti Euroopan Sosiaalirahaston rahoittamana ja Työvoima- ja elinkeinokeskusten (TE-keskukset) toimesta.

2.1. Työvoimasuunnittelu ja ammatillisen koulutuksen mitoituksen suunnittelu 1960-luvulta alkaen

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrää on ohjattu ja seurattu valtakunnallisten suunnitelmien avulla osana valtionosuusjärjestelmään liittyvää keskitettyä suunnittelujärjestelmää. Lääkintöhallitus vastasi terveydenhuollon työvoiman määrällisestä suunnittelusta 1970- ja 1980-lukujen vaihteeseen saakka². Kunnat laativat valtakunnalliseen suunnitelmaan perustuvat toteuttamissuunnitelmat, jotka sisälsivät selvityksen henkilöstön määrässä ja rakenteessa vuosittain tapahtuvista muutoksista. Keskushallinnon toimivallan delegoiminen myötä lääninhallitukset hyväksyivät kuntien toteuttamissuunnitelmat vuodesta 1979 lähtien. Suunnittelujärjestelmän muuttuessa terveysviranomaisten mahdollisuudet vaikuttaa henkilöstön koulutusta koskevaan päätöksentekoon heikkenivät, ja 1980-luvun alkupuolelta lähtien työvoimasuunnittelussa tarvittavat tiedot jouduttiin hankkimaan kunnille ja kuntainliitoille tehtävin erilliskyselyin. Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö järjestivät 1970- ja 1980-luvuilla myös kansliapäälliköiden johdolla vuosittain neuvotteluja alan koulutustarpeista. Näissä neuvotteluissa oli pohjana lääkintöhallituksen ja sosiaalihuollon laskelmat aloituspaikkatarpeista.

Kansanterveystyön osalta valtakunnallisia suunnitelmia tehtiin vuodesta 1972 ja sairaaloiden osalta vuodesta 1974. Kotipalveluhenkilöstön määrän suunnittelu ja seuranta alkoi jo 1950-luvulla, jolloin kotipalvelutoiminta tuli valtionavustuksen piiriin.³ Lasten päivähoidon henkilöstön valtakunnallinen suunnittelu alkoi 1970-luvulla. Päivähoidon laajetessa sekä koulutuksen rakenteissa ja koulutusammateissa tapahtuneiden muutosten takia päivähoidon työvoimatilannetta seurattiin myös monissa työryhmissä ja toimikunnissa.⁴ Sosiaalihuollon muun henkilöstön valtakunnallinen suunnittelu käynnistyi vuonna 1984, jolloin sosiaalihuollon laskelmat aloituspaikkatarpeista.

¹ Ailasmaa R. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö kuntasektorilla 1999. Stakes. Tilastoraportti 2000:10.

² Terveydenhuollon henkilöstön suunnitteluun vaikuttaneet lainsäädännön muutokset ja henkilöstön määrän muutokset 1965-1985. Lääkintöhallituksen julkaisuja 123, 1988.

³ Kodinhoitoapu 1980. Sosiaalihuollon laskelmat. Suomen virallinen tilasto XXI A:30. Helsinki, 1981.

⁴ Kinon J. Päiväkotien ammattikuntien koulutuksen kenttä. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Osa 133. Turun yliopisto, 1997.

siä. Sitä ennen suunnittelu tapahtui erilaisissa komiteoissa, toimikunnissa ja työryhmissä^{5 6 7 8 9 10 11 12}. Vuodesta 1988 lähtien siirryttiin sosiaali- ja terveydenhuollon erillisistä valtakunnallisista suunnitelmista yhteisiin.

Opetushallinnon koulutussuunnittelun alueella ammattikasvatushallitus siirrettiin vuonna 1968 opetusministeriön alaiseksi keskusvirastoksi ja sen toimialaa laajennettiin koskemaan kaikkea ammatillista koulutusta¹³. Ammattikasvatushallituksen yhteydessä toimi vuodesta 1970 ammattikasvatusneuvosto, jonka tehtävänä oli seurata ammattikasvatuksen tarvetta ja ammattiopetuksen riittävyttä. Yliopistot ja korkeakoulut vastasivat korkea-asteen koulutuksen mitoituksesta.

Ensimmäisenä koulutuksen pitkän aikavälin kehittämissuunnitelmana voidaan pitää korkeakoululaitoksen kehittämislain¹⁴ edellyttämää suunnitelmaa vuosille 1967 - 1981. Lainsäädännön tarkoituksena oli suunnata laajenevan korkeakoululaitoksen opiskelijamäärien lisäykset mahdollisimman hyvin yhteiskunnan tarpeita vastaavasti. Myöhemmin lain voimassaoloa jatkettiin vuoteen 1986. Vuoden 1986 lopussa annettiin uusi laki korkeakoulujen kehittämisestä¹⁵. Laki edellyttää, että valtioneuvosto hyväksyy joka neljäs vuosi suunnitelman korkeakoululaitoksen kehittämisestä hyväksymisvuotta ja seuraavia viittä kalenterivuotta varten. Lain 3 §, jossa säädetään korkeakoululaitoksen määrärahoista, on parhailaan uudistettavana.

Keskiasteen koulunuudistuksen suunnittelu aloitettiin koulutusrakennekomiteassa jo vuonna 1969. Terveydenhuollon koulutuksen suunnittelua varten asetettiin terveydenhuollon koulutuskomitea vuonna 1971 ja terveydenhuollon opetussuunnitelmatoimikunta vuonna 1974. Sosiaalialan peruslinjan koulutustoimikunta asetettiin 1981. Koko keskiasteen ammatillinen koulutus uudistettiin asteittain vuosina 1982 - 1988. Terveysalan koulutusta koskeva uudistus käynnistyi vuonna 1987 ja sosiaalialan koulutusuudistus vuotta myöhemmin. Keskiasteen koulutuksen aloituspaikat määriteltiin keskiasteen koulutuksen kehittämishojelmissa. Lääninhallitukset laativat yhteistyössä läänin keskiasteen koulunuudistuksen suunnittelulautakuntien kanssa suunnitelmat keskiasteen koulutuksen järjestämisestä läänin alueella. Keskiasteen koulutuksen määrällinen suunnittelu tapahtui lääninhallituksissa valtioneuvoston kehittämishojelmassa vahvistamien kiintiöiden perusteella.^{16 17}

⁵ Sosiaalihuollon koulutuskomitean mietintö, 1960.

⁶ Sosiaalityön koulutuskomitean mietintö. Komiteamietintö 1972:A7.

⁷ Sosiaalitoimistojen sosiaalityöntekijöiden tehtäviä sekä kelpoisuusehtoja ja pätevyyskoulutusta selvittävän työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Työryhmämuistio 1980:8.

⁸ Sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuutta ja työolosuhteita selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Työryhmämuistio 1985:28.

⁹ Sosiaalityöntekijöiden koulutustarvetyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1986:8.

¹⁰ Sosiaalialan koulutustarvetyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1987:4.

¹¹ Sosiaalityöntekijöiden koulutustarvetyöryhmä II:n muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1988:39.

¹² Sosiaalihuollon henkilökunta 1984. Suomen virallinen tilasto XXI A:37, 1984.

¹³ Terveydenhuollon henkilöstön suunnitteluun vaikuttaneet lainsäädännön muutokset ja henkilöstön määrän muutokset 1965-1985. Lääkintöhallituksen julkaisuja 123, 1988.

¹⁴ Laki korkeakoululaitoksen kehittämisestä vuosina 1967-1981 (228/1966).

¹⁵ Laki korkeakoululaitoksen kehittämisestä (1052/1986).

¹⁶ Koho A. Katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima- ja koulutuskysymyksiin. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991: 5.

¹⁷ Sosiaalialan peruslinjan koulutustoimikunnan mietintö. Keskiasteen koulunuudistus 18. Opetusministeriö. Komiteamietintö 1982:54.

Opetusministeriössä toimi koulutuksen tavoiteohjelmatoimikunta vuosina 1976 - 1978 ja koulutussuunnittelun neuvottelukuntajärjestelmä vuosina 1978 - 1997. Niissä tehtiin koulutuksen valtakunnallista mitoitustarvetta koskevat selvitykset. Tehtävien valmistelusta vastasi suunnittelusihteeristö vuosina 1971 - 1997. Koulutussuunnittelun neuvottelukunta jätti 1980-luvulla kaksi mietintöä^{18 19}. Lisäksi opetusministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö asettivat koulutustarvetyöryhmiä, joiden tehtävänä oli selvittää sosiaali- ja terveysalan työvoimatarpeeseen sekä koulutuksen rakenteisiin ja laadulliseen ja määrälliseen suunnitteluun liittyviä kysymyksiä^{20 21}.

2.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimasuunnittelun ohjaus 1990 -luvulla

Sosiaali- ja terveysministeriön keskushallintouudistuksessa vuonna 1991 sosiaalihallitus ja lääkintöhallitus yhdistettiin sosiaali- ja terveyshallitukseksi, jossa oli erillinen osasto henkilöstösuunnittelua varten. Kun sosiaali- ja terveyshallituksen tilalle perustettiin Stakes vuonna 1992, henkilöstösuunnittelua koskevien tehtävien katsottiin toteutuvan sosiaali- ja terveysministeriön toimesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon keskitetystä ohjauksesta luovuttiin ja kuntien itsenäisyys sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä lisääntyi vuoden 1993 valtiosuudistuksen yhteydessä. Tällöin muutettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen suunnitelman sisältöä ja rakennetta siten, että erillisistä tavoitteista ja ohjeista luovuttiin ja suunnitelmassa esitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisimmät linjaukset. Vuodesta 1996 lähtien suunnitelmaa muutettiin jälleen ottamalla siihen ainoastaan muutamia erityisen tärkeitä ja ajankohtaisia sosiaali- ja terveydenhuollon painoalueita. Valtakunnallisissa suunnitelmissa käsiteltiin myös työvoimasuunnitteluun ja henkilöstön mitoitukseen liittyviä kysymyksiä. Suunnitelman merkitykseen kuntien toiminnan ohjaamisessa liittyi kuitenkin monia puutteita, jotka edellyttivät valtakunnallisen suunnitelman kehittämistä aiempaa konkreettisemmaksi ja pitkäkestoisemmaksi informaatio-ohjauksen ja seurannan välineeksi.²²

Valtakunnallinen suunnitelma korvattiin vuodesta 2000 lähtien neljäksi vuodeksi kerrallaan valtioneuvoston hyväksymällä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmalla ja vuosittain hyväksyttävällä päätöksellä kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista. Ohjelmassa hallitus määrittelee sosiaali- ja terveyspalveluiden keskeiset kehittämistoimenpiteet ja sitoutuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytysten kehittämiseen. Vuosille 2000 - 2003 hyväksytty ohjelma koskee myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden ja osaamisen turvaamista. Ohjelman avulla henkilöstön riittävyyttä tullaan seuramaan aikaisempaa tarkemmin. Hallitus seuraa ja raportoi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan sisältyvien toimenpiteiden toteutumista

¹⁸ Koulutussuunnittelun neuvottelukunnan mietintö. Komiteamietintö 1983: 60.

¹⁹ Väestön koulutus 2000. Opetusministeriö. Koulutussuunnittelun neuvottelukunta. Komiteamietintö 1988:28.

²⁰ Esimerkiksi: Päivähoitajien ja lastenhoitajien koulutustarvetyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1985:39.

²¹ Esimerkiksi: Kotipalvelun henkilöstörakennetta selvittellen työryhmän muistio. Kotipalvelujen laatu, laajuus ja henkilöstö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1986:4.

²² Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain muuttamisesta sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 246/1998 VP).

joka toinen vuosi eduskunnalle annettavassa sosiaali- ja terveystietomuksessa ja vuosittain voimavarapäätöksen yhteydessä.²³

2.3. Ammatillisen koulutuksen määrällinen ennakointi opetushallinnossa 1990-luvulla

Opetushallinnon alalla toteutettiin 1990-luvun alussa keskushallinnon uudistus samaan tapaan kuin muillakin hallinnonaloilla, jolloin hallinnollisia keskusvirastoja lakkautettiin. Opetusministeriön roolia valtioneuvoston esikuntana korostettiin ja sen avuksi perustettiin vuonna 1991 opetushallitus alan kehittämislaitokseksi. Se muodostui lakkautetuista ammattikasvatustalutuksesta ja kouluhallituksesta.

Koulutussuunnittelun neuvottelukunta jätti 1990-luvulla viisi mietintöä. Niistä yhdessä²⁴ käsiteltiin koulutuksen määrällistä suunnittelua. Muut koskivat tietoyhteiskuntakehitystä sekä koulutuksen strategisia kehittämislinjauksia. Yliopistollisen koulutuksen määrällistä tarvetta arvioitiin 1990-luvulla tutkintokohtaisissa työryhmissä. Lääkärikoulutuksen tarvetta arvioitiin useissa työryhmissä. Myös sosiaali- ja terveysministeriö arvioi alan työvoiman muutoksia, koulutussuunnittelua ja työvoimapolitiikan kehitystä 1990-luvun alussa.

Opetusministeriö asetti vuonna 1994 Sosiaali- ja terveysalan koulutustarvetyöryhmän, joka selvitti henkilöstötarpeen ja -rakenteen muutoksia, arvioi niiden vaikutuksia koulutustarpeeseen sekä teki ehdotukset koulutukseen otettavien määristä ja koulutustarpeen muutosten seurannan järjestämisestä. Työryhmä ei esittänyt olennaisia muutoksia sosiaali- ja terveysalan koulutusmääriin mutta ehdotti, että koulutuksen painopistettä siirrettäisiin toisen asteen tutkintoihin ja avohuollon työvoimatarpeeseen. Työryhmä korosti koulutuksen määrien jatkuvaa, vuosittain tapahtuvaa arviointia sekä koulutuksen määrällisen suunnittelun ja ohjauksen valtakunnallista koordinoitua.²⁵

Opetusministeriössä toimiva suunnittelusihteeristö lakkautettiin ministeriön organisaatio-uudistuksen yhteydessä vuonna 1997. Samaan aikaan lakkautettiin koulutussuunnittelun neuvottelukuntainstituutio. Se korvattiin koulutustoimikuntaorganisaatiolla. Tällä hetkellä opetusministeriön yhteydessä toimii valtioneuvoston asetukseen²⁶ perustuen nuorten ja aikuisten ammatillisen perus- ja lisäkoulutuksen, ammattikorkeakouluopintojen ja yliopistoissa annettavan ammatillisesti suuntautuneen koulutuksen kehittämisen asiantuntijaeliminä eri alojen koulutustoimikuntia ja koulutuksen yhteistyöneuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysalan koulutusta varten toimivat terveysalan, sosiaalialan ja kuntoutusalan koulutustoimikunnat. Koulutustoimikuntien tehtävänä on käsitellä tarvittaessa yhteistoiminnassa keskenään koulutusalaakohtaisia kysymyksiä ja tässä tarkoituksessa muiden ohella seurata, arvioida ja ennakoida ammatillisesti suuntautuneen koulutuksen ja työelämässä tarvittavan osaamisen kokonaiskehitystä.

²³ Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 – 2003. Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16.

²⁴ Kehittyvä koulutus. Opetusministeriö. Koulutussuunnittelun neuvottelukunta. Komiteamietintö 1990: 49.

²⁵ Sosiaali- ja terveysalan koulutustarvetyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1994:37.

²⁶ Valtioneuvoston asetus koulutustoimikunnista ja koulutuksen yhteistyöneuvottelukunnasta (1005/2000).

Nykyisin valtioneuvosto hyväksyy joka neljäs vuosi opetusministeriön hallinnonalan koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelman viittä seuraava vuotta varten²⁷. Suunnitelma sisältää myös korkeakoululaitoksen kehittämisestä annetun lain²⁸ tarkoittaman korkeakoululaitoksen kehittämissuunnitelman. Suunnitelmista viimeisin hyväksyttiin 29.12.1999 vuosille 1999 - 2004²⁹. Sen mukaan koulutustarjonnassa otetaan huomioon väestön osaa- mis- ja sivistystarpeet, tasapainoinen alueellinen kehitys sekä yhteiskunnan ja työelämän muutostarpeet. Suunnitelmassa todetaan edelleen, että lähivuosien koulutustarpeeseen vaikuttavat myös väestön ikääntyminen ja työvoimapoistuma. Opetushallinnon ohjausjärjestelmän muutosten myötä tapahtunut päätösvallan hajauttaminen edellyttää toimivaa koulutus- ja työvoimatarpeiden ennakoitijärjestelmää ja hyviä koulutustilastoja.

Opetusministeriön ja ammattikorkeakoulujen välisissä tavoite- ja tulosneuvotteluissa sovitaan ammattikorkeakoulujen toiminnan tavoitteista ja periaatteellisista linjauksista. Vuodesta 2001 lähtien sopimuskausi on kolmivuotinen. Opetusministeriö vahvistaa ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmat ja päättää tutkinnoista ja tutkintonimikkeistä. Voimavarat ja alakohtaiset aloituspaikat tarkistetaan ja sovitaan vuosittain. Ammattikorkeakoulut kohdentavat aloituspaikat eri koulutusohjelmille (esimerkiksi sosiaalialan, hoitotyön ja fysioterapian) alueellisen koulutustarpeen mukaisesti. Toisen asteen koulutuksen järjestäjille opetusministeriö antaa järjestämisluvut, joissa määrätään koulutuksessa olevien opiskelijoiden vuotuinen enimmäismäärä ja alat, joilla koulutusta järjestetään. Koulutuksen järjestäjä jakaa opiskelijamäärät koulutusaloittain.

Opetusministeriö ja opetushallitus seuraavat aloituspaikkojen jakautumista tietokantojensa kautta. Ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikoista, opiskelijamääristä, täyttöasteesta ja valmistuneista saadaan tietoa Opetushallituksen OPTI-tietokannasta, sekä järjestämislupien opiskelijamääristä ja koulutusaloista opetusministeriön KOUTE-tietokannasta. Ammattikorkeakoulutuksesta saadaan tietoa opetusministeriön AMKOTA-tietokannasta, joka linkittyy OPTI-tietokantaan. AMKOTA-tietokanta sisältää tietoa esimerkiksi hakeneista, aloittaneista, opiskelijamääristä, keskeyttäneistä, tutkinnoista, opiskeluajoista, opettajien lukumääristä ja muusta henkilökunnasta. Tiedekorkeakouluja koskevaa tietoa saadaan opetusministeriön KOTA-tietokannasta, joka sisältää tiedot muiden ohella hakeneista, hyväksytyistä, opiskelijamääristä, keskeyttäneistä, tutkinnoista, opiskeluajoista, työhön sijoittumisesta, opetus- ja muusta henkilökunnasta sekä avoimen yliopiston opetuksesta.

Opetushallituksessa toteutettiin vuosina 1996 – 1999 ammatillisen koulutuksen ennakoitihanke ”Mitenna”, joka koskee määrällisten koulutustarpeiden ennakoitua, ja ”OSENNA”, joka koskee tulevaisuuden osaamistarpeiden laadullista ennakoitua³⁰. Mitenna -hankkeessa kehitettiin ammatillisten koulutustarpeiden ennakoitua varten laskentamalli. Sen avulla työvoimaa koskevista muutos- ja poistumaennusteista voidaan johtaa ammatillisen koulutuksen mitoitusennusteet tuleville vuosille. Väestölaskennan ja työvoiman poistumatiedot saadaan Tilastokeskukselta ja Kansaneläkelaitokselta sekä toimialojen ennustetiedot työministeriön tuoreimmista pitkän aikavälin ennusteista. Luokitukset pohjautuvat Tilastokeskuksen toimiala-, ammatti- ja opintoalaluokituksiin. Työvoimatarpeen ja koulutusmäärien ennakoinnissa on oleellista se, miten palveluiden kysyntään sekä henkilöstö- ja palvelurakenteeseen liittyvät muutokset otetaan huomioon.

²⁷ Asetus koulutuksen ja yliopistoissa harjoitettavan tutkimuksen kehittämissuunnitelmasta (987/1998).

²⁸ Laki korkeakoululaitoksen kehittämisestä (1052/1986).

²⁹ Koulutus ja tutkimus vuosina 1999-2004. Kehittämissuunnitelma 29.12.1999. Opetusministeriö.

³⁰ Autio V, Hanhijoki I, Katajisto J, Kimari M, Koski L, Lehtinen J, Mõnten S, Taipale U, Vasara A. Ammatillinen koulutus 2010. Työvoiman tarve vuonna 2010 ja ammatillisen koulutuksen mitoitus. Opetushallitus 1999.

2.4. Muu valtakunnallinen työvoimatarpeen ennakointi

Työministeriön Työvoima 2017-hanke³¹ ja Opetushallituksen Mitenna-hanke edustavat työvoima- ja koulutustarpeen määrällistä ennakointia. Ne ovat jatkoa jo 1970-luvun lopulla käynnistyneelle työvoimamuutosten valtakunnalliselle ennakoinnille. Muissa uusissa ennakoitihankkeissa on kuitenkin yleensä tavoitteena kehittää eri toimijoiden kuten alueviranomaisten, oppilaitosten, yritysten ja järjestöjen alueellisen ennakoinnin menetelmiä. Myös Työvoima- ja elinkeinokeskuksilla sekä lääninhallituksilla on meneillään yritystoimintaan liittyviä alueellisia ennakoitihankkeita³².

Suomen Kuntaliiton, Kuntien eläkevakuutuksen ja Kunnallisen työmarkkinalaitoksen yhteisessä selvityksessä käsitellään kuntien työvoimatarvetta hallinnonaloittain vuoteen 2010³³. Selvitykseen sisältyy myös kuntien työllisyyspolitiikan aktivointia, henkilöstöpolitiikkaa ja eläkepolitiikkaa koskevat osat. Selvityksessä arvioidaan työmarkkinoiden muutosten vaikutuksia kuntasektorin kilpailukykyyn ja palvelutuotantoon sekä sitä, miten kuntien tulisi varmistaa henkilöstön saatavuus.

Kuntien eläkevakuutuksen laskelmat osoittivat noin 130 000 henkilön jäävän eläkkeelle vuosina 2000 - 2010. Eläkkeelle jäävistä noin puolet toimii sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työvoimatarpeen ennakoinnin perustana oli, että lasten ja nuorten määrä laskee ja vanhusten määrä kasvaa. Tämän arvioitiin vaikuttavan työvoimatarpeeseen siten, että vanhusten sosiaali- ja terveydenhuoltoon tarvittaisiin 11 000 työntekijää lisää. Päivähoidosta voitaisiin vähentää noin 2 000 työntekijää ja opetustoimesta noin 4 000. Rekrytointitarve koko kunta-alalle olisi selvityksen mukaan 140 000 - 150 000 työntekijää, josta yli 90 % johtuu eläkepoistumasta. Alueelliset erot vaikuttavat kuntien työvoimatarpeeseen eri tavoin. Kasvukunnissa on samanaikaisesti työvoimapulaa ja rakenteellista työttömyyttä. Taantuma-alueilla työttömyys jatkuu korkeana. Lisäksi osaavien työntekijöiden puute uhkaa vaikeuttaa mm. vanhusväestön palvelujen saatavuutta.

Selvityksen yhteenvedona todettiin, että eläkepoistuman ja ikärakenteen muutokset aiheuttavat 4 - 5 vuoden kuluttua myös kuntasektorilla kasvavaa työvoiman niukkuutta, mikä kiihtyy vuosikymmenen loppua kohti. Nuorisoikäluokat pienenevät, ja kiristyvä kilpailu nuorista voi johtaa palvelujen saatavuuden vaikeutumiseen koko maassa. Alueelliset erot kunta-alan työvoiman kysynnässä ja tarjonnassa uhkaavat kasvaa. Kuntasektorin työnantajaimagon todettiin heikentyneen 1990 -luvun aikana, ja useat kunnat olivat jääneet henkilöstöpolitiikassaan palvelujen supistustajan aseisiin. Lisäksi selvityksessä todettiin, että kunta-alan työvoimatarpeen ennakointia vaikeuttavat kuntien ulkopuoliset muutostekijät.

Selvitykseen sisältyy lukuisia toimenpide-ehdotuksia. Niistä osa on Suomen Kuntaliiton, osa kuntien ja osa laajempien yhteistyötahojen (ministeriöt, eduskunta) yhdessä toteutettavia. Selvityksessä ehdotetaan mm. kuntien tulorahoituksen vakauttamista, pidempiaikaisten palvelusuhteiden luomisen edistämistä, kunnallissalan ja kunnallisten ammattien profiilin ja imagon nostamista, henkilöstön hyvinvoinnin edistämistä tuloksellisuuden arvioinnin yhteydessä, vanhempien työntekijöiden työssäpysymisen edistämistä, nuoren työvoiman rekrytointia, vanhuuseläkkeelle jääneiden työelämään osallistumismahdollisuuksien lisäämistä, henkilöstön työkyvyn parantamista, moniammatillisen osaamisen kehittämistä, toiminnan tuloksellisuutta ja henkilöstöä motivoivaa palkkapolitiikkaa, esimiesten johtamisvalmiuksien kehittämistä sekä urakierto- ja koulutusmallien kehittämistä. Nykyisen henkilöstön osaamisen kehittämistä ja koulutusta koskevat ehdotukset liittyvät mm. jatkuvaan koulutukseen, koulutuspaikkojen tarjontaan ennakoitua kysyntää vastaavasti sekä ammattiin suuntautuvan koulutuksen valmistumisaikojen lyhentämiseen.

³¹ Työllisyys ja hyvinvointi uuden vuosituhanen alkaessa. Työvoima 2017. Loppuraportti. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 1999: 200.

³² Nieminen J. (toim.). Alueellisen ennakoinnin menetelmiä ja käytäntöjä. ESR-julkaisut 1999:46.

³³ Vuorento R. (toim.). Kuntien työvoima ja henkilöstö. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 2001.

2.5. Alueellinen ennakointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeet vaihtelevat alueellisesti, mikä ilmenee esimerkiksi Suomen Kuntaliiton tekemästä selvityksestä. Seuraavassa käsitellään 1990-luvun lopun alueellista ennakointitoimintaa sekä sen periaatteita ja tavoitteita.

2.5.1. Kunnissa toteutettava ennakointi

Kuntatasolla ennakoidaan nykyisin tulevaa kehitystä, muuttoliikettä, väestömuutoksia ja yritystoiminnan edellytyksiä. Etenkin suurissa kunnissa tämänlaatuisella ennakoinnilla on tärkeä tehtävä. Toimikunnan kuulemien asiantuntijoiden mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa kunnat tekevät selvityksiä vanhuuseläkkeelle jäävistä työntekijöistä mm. henkilöstösuunnitelman yhteydessä sekä arvioivat palvelutarpeiden kasvua ja muutoksia ja niiden vaikutuksia henkilöstötarpeeseen. Lisäksi kunnat ovat asettaneet ammatillisten oppilaitosten kanssa työryhmiä tai neuvottelukuntia, joissa ne arvioivat yhdessä työvoimatarpeiden vaikutuksia koulutustarpeisiin. Kunnan näkökulmasta ennakoinnissa on olennaista väestön ikärakenteen kehityksen ja työvoiman eläkepoistuman arviointi sekä palvelutarpeiden analysointi.

Esimerkiksi Jyväskylässä toimii koulutustarpeiden ja koulutuksen mitoituksen suunnittelua varten sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksen asettama neuvottelukunta, jossa on mm. kaupungin terveyskeskussairaalan ja vanhainkodin edustus. Neuvottelukunnassa on keskusteltu myös mm. lähihoitajakoulutuksen houkuttelevuuden lisäämisestä. Suunnitteilla olevan Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen tehtävänä on huolehtia mm. sosiaalialan jatko- ja täydennyskoulutuksesta kentän ja koulutuksen yhteistyönä niin, että koulutus vastaisi mahdollisimman hyvin käytännön tarpeita. Lisäksi se vastaa alueellisen erityisosaajaverkoston ylläpidosta ja tarjoaa asiantuntija-apua sekä konsultaatiota esim. alueen pienille kunnille. Jyväskylän kaupunki on mukana myös muissa aluetason yhteistyöhankkeissa kuten esimerkiksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella toteutettavassa sairaanhoitajien urakehitystä koskevassa SURAKE-hankkeessa.

Helsingin osalta ennakointitoiminta on vakiintunutta, ja sosiaali- ja terveysalan määrällisiä ja laadullisia ammatillisen koulutuksen tarpeita on ennakoitu HENTTU-hankkeessa³⁴. Projektin tavoitteena oli kehittää ammatillisen koulutuksen järjestäjien tueksi alueellinen koulutustarpeiden ennakointimalli, joka ottaisi määrällisen ennakoinnin lisäksi huomioon myös laadullisia tekijöitä. Projektin toteuttivat Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupunkien sivistystoimet. Ennakointityö kohdistui 11 toimialaan, joissa oli mukana myös sosiaali- ja terveysala. Laadullisten koulutustarpeiden muutoksia kuvattiin vuoden 2005 tasolla. Koulutuksen määrällistä ennakointia koskeva projektin osa toimi Opetushallituksen Mitenna-projektin alueellisena pilottina, jolla testattiin Mitenna-mallin soveltuvuutta alueelliseen ennakointiin.

HENTTU -hankkeessa osaamistarpeiden ennakointi koski kolmea koulutustasoa (2 - 3 - vuotinen ammatillinen koulutus, ammattikorkeakoulu- tai opistotasoinen ja korkeakoulu-

³⁴ Alatalo R, Holopainen K, Korkeamäki H, Montén S, Ojala S, Passoja S, Rimpioja T, Surakka I. Ammatillisen koulutuksen määrällisen ja laadullisen koulutustarpeen kartoittaminen Helsingin seudulla. Projektin loppuraportti. Espoon kaupungin suomenkielinen koulutuskeskus. Helsingin kaupungin opetusvirasto. Vantaan kaupungin sivistystoimi. LAI-NET OY. Rauma, 2000.

tasoinen koulutus). Osaamista selvitettiin seuraavissa taidoissa: tekniset ammatilliset taidot, työhön sitoutuminen, työn vaatimuksiin mukautuminen, työn kehittämisen taidot sekä työntekijän suhde sosiaalisiin rakenteisiin.

Määrällinen ennakointi koski elinkeinoelämän tarvitseman uuden työvoiman kysyntää ja työvoiman tarjontaa, lähinnä nuorisoikäluokista. Laskelmat koostuivat työvoiman kysynnän muutosennusteista ja poistuma-arvioista, ja ne tehtiin toimiala-, ammatti- ja koulutusluokituksen mukaisina. Tarjontaan vaikuttavina tekijöinä otettiin huomioon työvoimaosuuksien ja työllisyysasteiden muutokset sekä työttömän työvoiman määrä. Muita tekijöitä olivat muuttoliike sekä alueen rajan ylittävä työmatkaliikenne. Valtakunnallisen Mitenna-mallin soveltaminen aluetasolla osoittautui tarkoituksenmukaiseksi ja hyödylliseksi määrällisen ennakkoinnin osalta. Projektiryhmä esitti, että alueen kunnat käyttäisivät tätä mallia myös jatkossa ja että Helsingin kaupunki tuottaisi uudet ennusteet joka toinen tai kolmas vuosi. Muut ennakoitotoiminnassa mukana olevat tahot olisivat Uudenmaan TE-keskus, Uudenmaan liitto ja Etelä-Suomen lääninhallitus.

Kun ikäluokan kokoon suhteutettuun työvoimatarpeeseen perustuvaa laskennallista aloituspaikkatarvetta verrattiin sosiaali- ja terveysalan nykyisiin aloituspaikkoihin pääkaupunkiseudulla, saatiin seuraavat ennusteet: yliopistokoulutuksen osalta laskennallinen aloituspaikkatarve olisi suurempi kuin nykyisin, mutta ammattikorkeakoulun ja ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikkoja olisi nykyisin liikaa laskennalliseen tarpeeseen nähden. Kun laskennassa otettiin huomioon työvoiman kokonaistarve, koulutustuotos niin nykyisillä kuin laskennallisilla aloituspaikoilla ei olisi riittävä. Sosiaali- ja terveysalalla kaikilla koulutusasteilla työvoiman kokonaistarve olisi suurempi kuin työvoimatuotos nykyisillä ja laskennallisilla aloituspaikoilla. HENTTU-hankeeseen perustuva ennuste merkitsee sitä, että pääkaupunkiseutu tarvitsisi edelleen työllisten positiivista nettomuuttoa työvoimavajauksen tyydyttämiseksi.

Alueen edustajien mukaan työvoimatarpeen ennakointiin ja aloituspaikkojen määrittelyyn tulisi luoda pysyvä järjestelmä, jotta kunta-alan suuria työnantajia edustavien Helsingin ja muun pääkaupunkiseudun tarpeet sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman saatavuudessa vaikuttaisivat yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja ammatillisten oppilaitosten koulutusmääriin. HENTTU-ennakointimallin kehittämisen lisäksi työvoimatarpeista pitäisi neuvotella suoraan alan oppilaitosten kanssa joko kaupunkitasolla tai toimintayksikkötasolla.

2.5.2. *Maakuntaliittojen ennakointi*

Maakuntaliitot ovat kunnallisen itsehallinnon periaatteiden mukaan toimivia lakisääteisiä kuntayhtymiä. Ne toimivat lakisääteisenä aluekehitys- ja maakuntakaavoitusviranomaisena ja ovat siinä ominaisuudessa maakunnan johtavia suunnittelu- ja edunvalvontayksiköitä. Liittojen toimialaan kuuluvia muita kuin laissa säädettyjä tehtäviä ovat maakunnan ja sen väestön sekä elinkeinoelämän etujen ajaminen, tutkimusten, suunnitelmien ja selvitysten tekeminen sekä kansallisten ja EU-projektien koordinointi. Maakunnan suunnitteluun kuuluvat maakuntasuunnitelma, maakuntakaava ja maakunnan alueellinen kehittämisohjelma. Maakuntasuunnitelma on pitkän aikavälin kehityksen asiakirja, jossa kootaan eri kehittämistoimet.

Maakuntaliittoja on 20, joissa on keskimäärin noin 260 000 asukasta. Pienimmissä maakuntaliitoissa on alle 100 000 asukasta ja suurimmassa yli 1,3 miljoonaa. Koska maakuntajako on monen muun aluejaon pohjana, taulukossa 1. kuvataan maakuntien väkiluku vuo-

den 2000 lopussa. Maakunnilla on ollut tarpeen muodostaa myös maakuntaliittojen liittoumia, joita on Pohjois-, Itä-, Länsi- ja Etelä-Suomen liittoumat. Taulukossa 1. kuvataan myös maakuntien sijoittumista liittoumiin. Kainuu ja Etelä-Karjala kuuluvat kahteen liittoumaan.

Taulukko 1. Maakuntien väestö 31.12.2000.³⁵

Maakunta	Väkiluku 31.12.2000 ¹⁾	Maakuntien liittojen liittouma, johon maakunta kuuluu
Uusimaa	1 305 238	Etelä-Suomi
Itä-Uusimaa	89 638	”
Varsinais-Suomi	447 094	”
Satakunta	237 627	Länsi-Suomi
Kanta-Häme	165 229	Etelä-Suomi
Pirkanmaa	449 862	Länsi-Suomi
Päijät-Häme	197 408	Etelä-Suomi
Kymenlaakso	187 478	”
Etelä-Karjala	137 096	Etelä- / Itä-Suomi
Etelä-Savo	167 310	Itä-Suomi
Pohjois-Savo	252 054	”
Pohjois-Karjala	171 570	”
Keski-Suomi	261 084	Länsi-Suomi
Etelä-Pohjanmaa	195 594	”
Pohjanmaa	173 164	”
Keski-Pohjanmaa	71 265	Pohjois-Suomi
Pohjois-Pohjanmaa	365 232	”
Kainuu	89 754	Itä- / Pohjois-Suomi
Lappi	191 779	Pohjois-Suomi
Ahvenanmaa	25 788	
Koko maa	5 181 264	

1) 1.1.2001 aluejaon mukaan.

Aluekehityslain³⁶ nojalla on määritelty seutukunnat lähinnä työssäkäynnin ja kuntien yhteistyön perusteella. Seutukuntia on Manner-Suomessa 79. Seutukunta on maakuntaa pienempi tilastollinen alueyksikkö, joiden perusteella on määritelty kansalliset yritystuen tukialueet sekä EU:n alueelliset tavoitealueet.

Alueellisessa kehittämistyössä maakuntaliitto laatii aluekehittämisohjelmat, joiden avulla sovitetään yhteen valtion aluehallintoviranomaisille kuuluvat kehittämistehtävät, esitetään tavoitteet maakunnan kehittämiseksi, kehitetään elinkeinoelämän rakenteita uusien yritysten ja työpaikkojen luomiseksi, osallistutaan maakunnan talouselämän vahvistamiseen sekä kehitetään väestön ammatillista osaamista. Maakuntaliitot saavat yleistä valtionosuutta lakisääteisten tehtävien hoitamiseksi. Muilta osin rahoitus tulee jäsenkunnilta. Alueiden elinkeinotoiminnan omaehtoiseen kehittämiseen liitot saavat vuosittain valtiolta maakuntien kehittämisrahaa.

Maakuntien kehittämistyön tueksi toteutettiin vuosina 1999 - 2000 ESR-hankkeena Maakuntien ammattirakenne-ennusteet (MARE)³⁷ -projekti, jonka tavoitteena oli laatia maa-

³⁵ www.kuntaliitto.fi

³⁶ Laki alueiden kehittämisestä (1135/1993).

³⁷ www.viestinhallinta.fi.

kuntien kehityssuunnitelma ja kehityssuunnitteet TOOLBOX:n³⁸ avulla. Kyseessä oli pitkän aikajänteen perussuunnite, johon tukeutuen ja TOOLBOX:ia soveltaen alueelliset toimijat voivat laatia ja mitoittaa omia kehittämishankkeitaan. Hankkeessa luotiin myös ammattirakennemalli pysyvään ja toistuvaan käyttöön. Mallin keskeisimpiä tuloksia ovat arviot elinkeinorakenteen kokonaisuutuksesta, työvoimatarpeesta ammattittain, ammattilohkoittain ja ryhmittäin, uuden työvoiman tarpeesta, työvoiman poistumasta sekä koulutuskysynnästä ja –tarpeesta. Lisäksi mallia varten on arvioitu ammattien ja koulutuksen välistä yhteyttä eli on luotu ns. ammatti-koulutus -avaimet. Ennakoinnin pääte vuosina on käytetty vuosia 2010 ja 2017. Maakuntaliittojen lisäksi hanketta voivat hyödyntää TE-keskukset, lääninhallitukset ja koulutuksen järjestäjät.

Sosiaali- ja terveystalvvelujen ennakoinnin kehittämisen ja koordinoititehtävät eivät sisälly maakuntien lakisääteisiin tehtäviin. Sosiaali- ja terveystalvvelujen ennakoinnin kehittäminen voi sisältyä maakuntien vapaaehtoisina palveluina sisältyviin julkisten palvelujen parantamista koskeviin tehtäviin, kuten joissakin maakunnissa on tehty. MARE-malliin sisältyy hoitotyön ammattilohko, jonka tarkempi jaottelu ammattittain voi antaa mahdollisuuksia tarkastella myös sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimaa ja sen muutoksia yksityiskohtaisesti.

2.5.3. *Sosiaali- ja terveydenhuollon ennakointi*

2.5.3.1. Ennakointi terveydenhuollossa

Terveydenhuollon erikoistuneiden palvelujen tarjoamiseen useimmat suomalaiset kunnat ovat väestöpohjaltaan aivan liian pieniä. Siksi monet kunnat ovat muodostaneet kuntayhtymiä. Lisäksi kunnat kuuluvat lakisääteisesti sairaanhoitopiiriin. Terveydenhuollon toiminnallinen porrastus edellyttää yhteistyötä, jotta perustasolla turvattaisiin riittävästi kansanterveyden edistäminen ja kaikkien hoidon tarve, mutta vaikeammat ja harvinaisemmat sairaudet saatettaisiin asianmukaisen erikoissairaanhoidon piiriin. Hoidon porrastuksessa yliopistolliset sairaalat tarjoavat korkeinta erityistason hoitoa.

Terveydenhuollon palveluja tuottavat joko kunnat tai kansanterveystyön kuntayhtymät terveyskeskuksessa sekä sairaanhoitopiirit. Kansanterveystyön kuntayhtymiä on 73. Seutukunnat ja kansanterveystyön kuntayhtymät ovat pääosin samoja. Yhden kunnan terveyskeskuksia on 199. Nämä vuoden 2001 luvut eivät sisällä Ahvenanmaata. Sairaanhoitopiirejä on Ahvenanmaa mukaan luettuna 21, ja ne noudattavat osin maakuntaliittojen rajoja.

Sairaanhoitopiirit tekevät omalla alueellaan työvoimatarpeen ennakointityötä. Niissä seurataan aktiivisesti henkilöstön ikärakenteen vaikutusta työvoimatarpeeseen. Tulevaisuuden tavoitetilan asettamisen tukena käytetään erilaisia selvityksiä. Toimikunnan kuuleman sairaanhoitopiirin edustajan mukaan aikaisemmin käytettiin ulkopuolista selvityshenkilöä, mutta nykyisin ennakointityö tehdään omana työnä muiden ohella vertaamalla omaa aluetta muihin sairaanhoitopiireihin. Sairaanhoitopiirin edustaja osallistuu alueellisiin neuvottelukuntiin (mm. erikoislääkärikoulutuksen), ja hoitohenkilöstön perus-, jatko-, täydennys- ja uudelleen koulutuksen tarpeista on neuvoteltu ja niitä on osin toteutettu yhdessä alueellisten

³⁸ Mika Mannermaan kehittämä ns. työelämän ennakoinnin työkalupakki, joka sisältää erilaisia tulevaisuuden tutkimuksen menetelmiä, tilastoaineistoa ja perusskenaarioita erilaisten ennakointihankkeiden pohjaksi. Mika Mannermaa (toim.): TOOLBOX: Työelämän ennakoinnin työkalupakki, Työministeriö, 1999. ESR-julkaisu -sarja 41/99 sekä www.mol.fi/esf/ennakointi/metodit/TOOLBOX.htm

koulutusorganisaatioiden ja työvoimaviranomaisten kanssa. Sairaanhoidopiirin edustajan mukaan neuvottelujen sisältöä ja säännöllisyyttä tulisi edelleen kehittää.

2.5.3.2. Ennakointi sosiaalihuollossa

Lähes kaikki sosiaalihuollon kuntayhtymät on purettu, ja palveluiden järjestämistä vastuu on peruskunnilla. Ainoastaan kehitysvammaisten erityishuoltoa varten maa on jaettu erityishuoltopiirien kuntayhtymiin, joita Manner-Suomessa on 17. Kehitysvammaisten erityishuoltotehtävien lisäksi kuntayhtymä voi vastata joistakin muista vammaispalveluista kuten esimerkiksi tulkkipalvelusta. Erityishuoltopiirien kuntayhtymien rajat noudattavat osin maakuntien rajoja. Kehitysvammahuollon erityishuoltopiirit tekevät alueensa osalta alueellista ennakointityötä kuten sairaanhoidopiirit.

Sosiaalihuollon ongelmana on alueellisten erityisosaamista tarjoavien rakenteiden puuttuminen. Peruskuntien tueksi on alettu kehittää ylikunnallisia ja seudullisesti järjestettäviä palveluja. Verkostoituvat erityispalvelut -kehittämishanketta (VEP-hanke) ja sosiaalialan osaamiskeskustyötä (Soske) on lähdetty kehittämään alueellisten toimijoiden aloitteesta vapaaehtoisten sopimusmallien pohjalta^{39 40}. Tässä vaiheessa VEP-hankkeen tai sosiaalialan osaamiskeskus -toiminnan kehittämisen keskiössä ei ole työvoimatarpeen ennakointityö vaan palvelujen ja organisoimisen kehittäminen. Lääninhallituksen arvion mukaan perustettavien sosiaalialan osaamiskeskusten rooli tulee tulevaisuudessa arvioida myös koulutuksen ja työvoiman ennakointia tuottavana tahona.

2.5.4. Ennakointi ammatillisesti suuntautuneessa koulutuksessa

Toisen asteen koulutuksen järjestäjinä toimii 64 ammatillisen koulutuksen kuntayhtymää, 48 kuntaa, valtio, jolla on viisi erityisoppilaitosta ja saamelaisalueen koulutuskeskus, sekä 103 yksityistä koulutuksen järjestäjää. Ahvenanmaa ei sisälly tähän säätelyjärjestelmään. Sosiaali- ja terveysalan toisen asteen koulutusta järjestetään kaikkiaan 56 ammatillisessa oppilaitoksessa. Opetusministeriön alaisia ammattikorkeakouluja on 29. Niistä 25 järjestää terveysalan ja 19 sosiaalialan ammattikorkeakoulutusta. Ammattikorkeakoulutuksen ylläpitäjistä 12 on kuntayhtymiä, 6 kunnallista ja 11 yksityistä. Sisäasiainministeriön alaisuudessa toimii poliisiammattikorkeakoulu. Ahvenanmaalla toimii maakuntahallituksen alaisena yksi ammattikorkeakoulu. Ennakointitoiminta on erilaista eri ammattikorkeakouluissa. Ne ennakoivat työvoimatarvetta muiden ohella seuraamalla käytettävissä olevia tilastotietoja ja yhteiskunnan megatrendejä. Lisäksi työvoimatarpeen ennakointia tehdään yhdessä työelämän edustajien kanssa neuvottelukunnissa ja muissa yhteistyöryhmissä. Esimerkiksi tutkinnon suorittaneiden työllistymistä seurataan kyselyin ja tekemällä säännöllisesti yhteistyötä alan työntekijäjärjestöjen kanssa. Työelämän muutoksia seurataan tilastojen, tutkimusten ja muiden selvitysten avulla sekä tekemällä niitä myös itse. Ammat-

³⁹ Sosiaalialan osaamiskeskus. Opetussosiaalikeskustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:24.

⁴⁰ Sosiaalialan osaamiskeskusalueita on 9 ja ne ovat: *Etelä-Suomi* (ESO) kattaa Päijät-Hämeen, Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan maakunnat, *Hämeen ja Satakunnan osaamiskeskus* kattaa Pirkanmaan, Kanta-Hämeen ja Satakunnan maakunnat, *Itä-Suomen (ISO)* kattaa koko Itä-Suomen läänin ja Kainuun maakunnan, *Kaakkois-Suomen*: kattaa Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan maakunnat, *Keski-Suomen*: kattaa Keski-Suomen maakunnan, *Pohjanmaan*: kattaa Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Pohjanmaan maakunnat, *Pohjois-Suomen*: kattaa Oulun ja Lapin läänit lukuun ottamatta Kainuun maakuntaa, *Ruotsinkielinen alue* kattaa kaikki ruotsinkieliset ja kaksikieliset alueet ja *Varsinais-Suomi* kattaa Varsinais-Suomen maakunnan.

tikorkeakoulut tekevät esimerkiksi palvelurakennetta, -tarvetta ja työvoiman kohtaamista sekä alueellista työllisyystilannetta koskevia analyysejä. Ammattikorkeakoulujen laadun kehittämistoimintaan sisältyy koulutuksen laadullinen ja määrällinen ennakointi sekä työelämän kehittäminen yhteistyössä työelämän kanssa.

Esimerkkinä ammattikorkeakoulun ennakointityöstä on Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla käynnistetty opetusministeriön ja Euroopan sosiaalirahaston (ESR) rahoittamana Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointihanke (HOKE). Hanke toteutetaan vuosina 2000 – 2002. Hankkeen tavoitteena on kehittää työn edellyttämään osaamiseen perustuva hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeiden joustava ennakointimalli, jonka näkökulma on laadullisessa osaamisessa. Osaamis- ja koulutustarpeita tarkastellaan peruskoulutuksen, elinikäisen oppimisen sekä alueellisen ja valtakunnallisen työvoimatarpeen näkökulmasta.

2.5.5. *Läänien ennakointitoiminta*

Manner-Suomessa on viisi läänää. Lääninhallitus on alueensa monialainen valtion asiantuntijavirasto ja seitsemän eri ministeriön (sisäasiainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, liikenneministeriö, kauppa- ja teollisuusministeriö, maa- ja metsätalousministeriö sekä oikeusministeriö) yhteinen alueviranomaisena. Lääninhallitus hoitaa alueelliseen sosiaali- ja terveystalouteen liittyviä tehtäviä. Sillä on myös joitakin opetus- ja kulttuurihallintoon liittyviä tehtäviä. Lääninhallitus edistää ja arvioi toimialallaan paikallisten palvelujen toteutumista. Kunnat järjestävät pääosin jokaiselle kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, ja lääninhallitukset huolehtivat sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta ja tarkastuksesta alueellaan sekä mm. eräistä luvista kuten esimerkiksi yksityisten sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen toimiluvista. Lääninhallitukset saavat tietoa alueen sosiaali- ja terveystalouksista ja henkilöstön käytöstä peruspalveluiden lakisäätöiden arvioinnin kautta. Saamia tietoja ne välittävät alueen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille.

Lääninhallituksen edustajan arvion mukaan alueellisen ennakointityön koordinointi soveltuu hyvin lääninhallitusten tehtäväksi, koska ne ovat aluehallinnossa ainoita sekä sosiaali- että terveydenhuollon kehittämisestä, ohjauksesta ja valvonnasta vastuussa olevia viranomaisia.

2.5.6. *TE-keskukset ennakoijina*⁴¹

2.5.6.1. Ennakoinnin kehittämis- ja tukiprojektin tavoitteet ja toteutus

Kun TE-keskukset (15 kpl) perustettiin vuoden 1997 syksyllä, tarkoituksena oli vahvistaa valtion aluehallinnon roolia työ- ja elinkeinopolitiikassa. TE-keskuksissa on kolmen hallinnonalan - kauppa- ja teollisuusministeriön, maa- ja metsätalousministeriön ja työministeriön - alueellinen asiantuntijuus ja osaaminen. Keskusten perustamisen lähtökohdaksi oli elinkeino- ja työelämän sekä maaseutuasioita koskevan asiantuntijuuden alueellinen kehittäminen ja vahvistaminen. Vuosina 1998 – 2001 toteutettiin työministeriön hallinnoima ja Eu-

⁴¹ Marttinen & Varelius. TE-keskukset tulevaisuuden tekijöinä - TE-keskusten alueellinen ennakointijärjestelmä. Työpoliittinen aikakauskirja 2001:1.

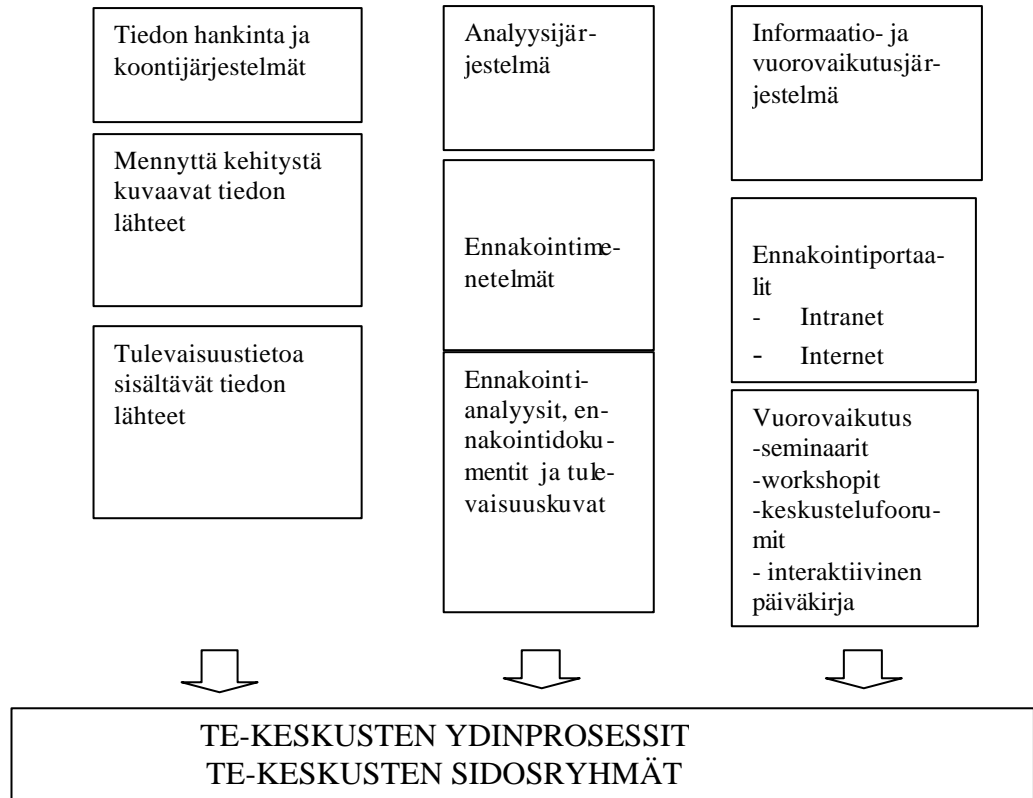
roopan sosiaalirahaston (ESR) rahoittama TE-keskusten alueellisen ennakkoinnin kehittämis- ja tukiprojekti, jonka keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin ennakointijärjestelmän kehittäminen. Tavoitteena on vakiinnuttaa ennakointi osaksi TE-keskusten normaalia toimintaa.

Projektin tavoitteita olivat ennakointijärjestelmän kehittäminen, ennakointitoiminnan käynnistäminen ja ennakoijien/analyttikkojen kouluttaminen. Tavoitteiksi asetettiin myös ennakkoinnin kytkeminen valtakunnallisesti kehitettäviin suunnittelu- ja ohjausjärjestelmiin sekä aluetason tietojen hyödyntäminen valtakunnallisessa työ- ja elinkeinopolitiikan suunnittelussa. Ennakointitoiminta käynnistyi tältä pohjalta kaikissa maan TE-keskuksissa. Käynnistysuunnitelmia koskevien loppuraporttien valossa ennakointitoimintaan sitoutuminen vaihteli maan eri osissa. TE-keskusten ennakointijärjestelmää kuvataan kuviossa 1.

Tietojärjestelmä koostuu useista erilaisista elinkeino- ja työelämän sekä maaseutuasioiden mennyttä kehitystä, nykytilannetta ja tulevaisuutta luotaavista tietokannoista. Kauppa- ja teollisuusministeriö on käynnistänyt kehityshankkeen, jossa nämä keskeiset tiedon lähteet kootaan yhteiseen 'tiedon tavarataloon' (DataWarehouse). Tietovarastosta on helppo yhdistellä esimerkiksi lyhyen, keskipitkän ja pitkän aikavälin ennusteita alueellisesti ja toimialoittain.

Analyysijärjestelmä muodostuu työelämän ja osaamistarpeiden muutoksia luotaavista määrällisistä ja laadullisista sekä erilaisen aikajänteen mukaisista menetelmistä. Tähän osajärjestelmään sisältyvät myös TE-keskuksissa laadittavat ennakointianalyysit, kuten toimintaympäristöanalyysit, kauppa- ja teollisuusministeriön toimialaraportit, työvoima- ja koulutustarvekyselyjen yhteenvedot ja maaseutus suunnitelmat.

TE-keskusten ennakointitoiminnan perustana toimii informaatio- ja vuorovaikutusjärjestelmä, jonka keskeisiä osia ovat ennakkoinnin Intranet- (<http://intra.te-keskus.fi/teppo/ennakointi/>) ja Internet-portaalit (<http://193.209.42.50/new/ennakointi/>). Ennakointijärjestelmä integroidaan myös TE-keskusten ohjauksen ja johtamisen tietojärjestelmään (JOTI), jota kauppa- ja teollisuusministeriö valmistelee.



Kuvio 1. TE-keskusten alueellinen ennakointijärjestelmä

2.5.6.2. TE-keskusten rooli paikallisessa ja alueellisessa ennakoinnissa

TE-keskuksille on muodostunut useita erilaisia rooleja paikallis- ja aluetason ennakoinnissa. Koordinaattorin roolissa ne käynnistävät ja organisoivat yrityskyselyitä lähes kaikissa maan seutukunnissa. Samoin keskuksat organisoivat asiantuntijaraateja, jotka analysoivat kyselyiden tuloksia ja tekevät ehdotuksia esimerkiksi siitä, miten paikallistason työvoiman saatavuusongelmat pitäisi hoitaa. TE-keskuksilla on myös tiedon välittäjän rooli, kun ne tuottavat, analysoivat ja jakavat paikallis- ja aluetason toimijoille ennakointijärjestelmässä olevaa tietoa.

Ennakointiprojektin aikana koulutettiin ennakoijia ja analyttikoita, jotka tuntevat ja hallitsevat ennakoinnin menetelmiä ja ennakointitiedon lähteitä. TE-keskuksiin on kertynyt merkittävä työ- ja elinkeinoelämän sekä osaamistarpeiden muutosten ymmärrys. TE-keskusten asiantuntijuutta on hyödynnetty niiden tuottamissa ennakointianalyseissa, kuten toimintaympäristöanalyseissa, kauppa- ja teollisuusministeriön toimialaraporteissa, maaseutusuunnitelmissa sekä työvoima- ja koulutustarvekyselyjen yhteenvedoissa.

TE-keskuksat kehittivät myös uusia ennakoinnin käytäntöjä ja menetelmiä. Ennakointijärjestelmän kehitystyö ja ennakoinnin juurruttaminen kiinteäksi osaksi keskusten ja työvoimatoimistojen toimintaa on pitkä oppimisprosessi. Ennakointiprojektin ansiosta TE-keskusten ennakoinnin menetelmien tuntemus ja hallinta on noussut määrällisesti ja laadullisesti uudelle tasolle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan tekemän kartoituksen mukaan ennakointitoiminnan nykytilanteessa on melkoisia eroja eri TE-keskusten välillä. Vaikka TE-keskusten ennakoinnin asiantuntijuus on kehittynyt, se kohdistuu miltei yksinomaan yksityiselle sektorille. Julkiset palvelut, samoin kuin sosiaali- ja terveysala, jäävät tämän ennakoinnin ulkopuolelle lähes kaikkialla.

2.6. Ennakointi EU-maissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunta on työssään pyrkinyt toimeksiantonsa pohjalta perehtymään ennakointiin sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Näyttää siltä, että julkisten palvelujen työvoimatarpeen suhteen ennakointia tehdään varsin vaatimattomissa mittasuhteissa. Opetusalan ja sosiaali- ja terveysalan kansainväliset kontaktit sekä tiedonhaku kirjallisuuslähteineen viittaavat siihen, ettei suomalaista ennakointia voida rakentaa valmiin, muualla kokeillun toimintamallin pohjalle.

Seuraavassa esitetään lyhyt katsaus EU-maiden ennakointitoimintaan. Katsaus pohjautuu Euroopan ammatillisen koulutuksen kehittämiskeskus Cedefopin⁴² vuonna 2000 Euroopan komissiolle tekemään selvitykseen, jossa on tarkasteltu EU-maissa käytössä olevia ammatillisen koulutuksen osaamistarpeisiin liittyviä ennakointimenetelmiä ja –työkaluja.⁴³ EU-valtiot ovat laatineet selvitystä varten omat raporttinsa, joissa kerrotaan maissa vallitsevista ennakointikäytännöistä.

Selvityksen mukaan ennakoinnin käytännöt vaihtelevat huomattavasti eri maiden välillä. Saksassa ja Tanskassa ennakointijärjestelmät ovat rakenteellisesti kehittyneimpiä. Saksassa tämä johtuu paljolti siihen velvoittavasta lainsäädännöstä ja Tanskassa puolestaan siitä, että eri sidosryhmät (social partners) ovat vahvasti mukana koulutuksen järjestämisessä. Esimerkiksi Ruotsissa ja Iso-Britanniassa ennakointitoiminta on puolestaan melko epävirallista ja koordinoimatonta, joskin eri elinkeinoelämän sektoreihin liittyvän ennakoinnin välillä on eroja.

Lähes kaikissa EU-maissa koulutuksen suunnittelua ja toimeenpanoa on viime aikoina alueellistettu ja hajautettu. Tämän vuoksi esimerkiksi Ranskaan, Tanskaan ja Alankomaihin on perustettu alueellisia koulutuksen tutkimuslaitoksia, joissa tehdään myös ennakointityötä. Alueellisen ja paikallisen ennakointityön lisäksi kiinnostus sektorikohtaiseen ennakointiin on lisääntynyt. Keskushallinnon taseisia julkisia ennakointi- ja tutkimusorganisaatioita on perustettu muiden ohella Espanjaan, Belgiaan (flaaminkieliseen osaan), Iso-Britanniaan ja Portugaliin.

Euroopan sosiaalirahasto ja EU-ohjelmat helpottivat 1990-luvulla ennakointityön aloittamista useissa EU-maissa. Työvoima- ja koulutustarpeita on ennakoitu eri talouden sektoreilla, pääasiassa teollisuuden toimialoilla. Käytössä on ollut kirjava joukko erilaisia menetelmiä, ja päätöksentekijät ovatkin joutuneet vaikean valinnan eteen: käyttökelpoisimpien

⁴² "Cedefop" on lyhennys organisaation virallisesta ranskankielisestä nimestä Centre Européen pour le Développement de la Formation Professionnelle.

⁴³ Burkart Sellin (ed.). Anticipation of Occupation and Qualification Trends in the European Union. Innovations for effective anticipation of qualification and competence trends and the adaptation of VET provision in Member States. Cedefop. Thessaloniki, May 2000.

menetelmien tunnistaminen ja erilaisten, jopa keskenään ristiriitaisten tulosten tulkitseminen on saattanut olla ongelmallista.

Yleiseurooppalainen ilmiö viime vuosina on ollut ennakoitavuuden hajauttaminen alueelliselle, paikalliselle ja jopa yksittäisten yritysten tasolle, kun aiemmin ennakoitavuutta tehtiin usein keskitetysti ja koko valtion kattavasti. Eräs syy tähän on ollut yleinen keskitetyn hallintomallin purkaminen. Useissa maissa on myös siirrytty perinteisistä määrällisistä työvoiman kysyntäpuoleen keskittyvistä menetelmistä laadullisiin menetelmiin, joilla pyritään kartoittamaan erilaisia kehitystrendejä mm. skenaariotyöskentelyn avulla.

Maissa, joissa työmarkkinoiden tutkimus ja ennakoitavuus on kaikkein kehittyneintä, ennakoitavuuteen osallistuvat yleensä keskushallinnon edustajat, akateemiset tutkimuslaitokset, työmarkkinaosapuolet, koulutuksen järjestäjät ja muut sidosryhmät. Näin toimitaan esimerkiksi Saksassa ja Ranskassa. Eräissä maissa, kuten esimerkiksi Belgiassa (ranskankielinen osa), ennakoitavuutta tekevät lähes ainoastaan työnantajat. Ennakoitavuutta koordinoidaan keskitetysti Saksassa, Ranskassa ja Espanjassa, kun taas Iso-Britanniassa, Tanskassa ja Ruotsissa toiminta on hajautettu. Tanskalaiset arvioivat, että heidän ennakoitavuusjärjestelmänsä on kansainvälisellä tasolla jälkeenyäännyt, koska maassa ei ole valtakunnallisesti koordinoitua järjestelmää.

Ennakoitavuudessa käytettävät menetelmät EU-maissa eivät yleisesti ottaen ole kovin kehittyneitä. Tämä tulee ilmi siitä, että vain harvoissa maissa on käytössä analyttisiä työkaluja. Maakohtaisissa raporteissa kuvaillaan enemmänkin sitä, kuinka eri instituutiot ja sidosryhmät ovat mukana ennakoitavuudessa. Tanskassa, Ranskassa ja Suomessa on kehitetty analyttisiä ennakoitavuus työkaluja, joskin ero ennakoitavuusmenetelmien ja ennakoitavuuteen liittyvän institutionaalisen työnjaon välillä ei ole selkeä. Useat maat arvioivat, että heidän käyttämänsä ennakoitavuusmenetelmät eivät ole kovin kehittyneitä ja että niiden käyttökäytännöt ovat melko rajoittuneita. Ennakoitavuuden tulokset ovat usein ennemminkin tapahtunutta kehitystä kuvailevia kuin tulevien kehityssuuntauksien ennakoitavuutta. On ilmeistä, että ennakoitavuusmenetelmiä ja työkaluja tulee kehittää ja kiinnittää huomiota niiden parempaan soveltamiseen kaikilla tasoilla; niin paikallisesti, alueellisesti, valtakunnallisesti kuin koko Eurooppaa koskevastikin.

2.7. Esimerkkinä Ruotsin ennakoitavuushanke⁴⁴

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoitavuuskomitea ei löytänyt kansainväliseltä kentältä juurikaan sellaisia ennakoitavuushankkeita, joissa painopiste olisi selvästi ollut sosiaali- ja terveysalalla. Ruotsin ennakoitavuushanke muodostaa tästä ainoan huomattavan poikkeuksen. Koska Ruotsin tilanne laajoine julkisine sektoreineen ja hajautettuine hallintoineen sekä kuntien laajan vastuun osalta on lähellä suomalaista järjestelmää, tässä selostetaan Ruotsin ennakoitavuushanketta yksityiskohtaisesti.

Ruotsissa asetettiin kesäkuussa 1998 komitea, jonka tarkoituksena oli kartoittaa sekä lyhyellä että pitkällä tähtäimellä hoitoalan henkilöstön saatavuutta eli alan työvoiman tarjontaa. Päätöksen taustalla oli tietoisuus siitä, että tulevaisuudessa hoitoalaa tulisi vaivamaan vakava työvoimapulaa etenkin sairaanhoidossa ja vanhustenhuollossa. Komitean tehtävänä oli kartoittaa hoitoalan koulutustarvetta ja ehdottaa toimenpiteitä alan työvoiman

⁴⁴ Den ljusnande framtid är vård: om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling. Kommissionen för rekryteringen till vård och omsorg. Fakta info direkt. Stockholm. Ds. 1999:44.

rekrytointiongelmien poistamiseksi. Selvitystyön tuli ulottua vuoteen 2010 asti. Toimikunnan toimiaika kesti vuoden 1999 heinäkuun loppuun.

Hoitoalan työvoimatarpeeseen liittyen toimikunnan tuli selvittää väestön ikärakenne ja vanhustenhuollon työvoimatarve tulevaisuudessa. Toimikunta selvitti myös alan koulutuksessa olevien sukupuolirakenteen ja pyrki kartoittamaan syitä siihen, miksi miehet ja nuoret eivät hakeudu alalle. Selvitettävänä oli myös se, kuinka kunnat ja maakunnat (landsting) toimivat tasoittaakseen alalla työskentelevien sukupuolirakenteen vinoumaa. Toimikunta kartoitti alan työvoimalle asetettavia osaamistarpeita ja vertasi niitä tarjolla olevan työvoiman osaamiseen. Sen tehtävänä oli myös tehdä karkea selvitys siitä, missä hoitoalan koulutuksen saanut työvoima työskentelee. Toimikunta analysoi hoito- ja huolenpitoalalla työvoiman rekrytointiin liittyviä tekijöitä, kuten työaikajärjestelyitä, työorganisaation vaikutusta henkilön itsensäkehittämismahdollisuuksiin sekä työympäristöä yleensä.

Toimikunnan tuli esittää toimenpiteitä tulevan työvoimapulan helpottamiseksi sekä ehdottaa keinoja, joiden avulla kiinnostus hoitoalan koulutukseen saataisiin kasvamaan. Lisäksi tavoitteena oli löytää pitkävaikutteinen ratkaisu hoito- ja huolenpitoalan korkeakouluasteisen koulutuksen oikeanlaiseksi mitoittamiseksi.

Hoito- ja huolenpitoalalla työskentelevä työvoima ja alan koulutus. Kartoittaessaan hoito- ja huolenpitoalan työvoiman senhetkistä rakennetta toimikunta totesi, että ansiotyötä tekevistä naisista 49 % työskenteli terveydenhuollossa ja opetustyössä. Miehistä näillä aloilla työskenteli vain 9 %. Nuoret ja maahanmuuttajat olivat terveydenhuoltoalalla selkeästi ali-edustettuja ryhmiä. Ongelmana pidettiin myös sitä, että alalla työskentelevistä 40 % oli osa-aikaisessa työsuhteessa, mikä oli selkeästi enemmän kuin millään muulla sektorilla. Toimikunnan johtopäätös oli, että osa-aikaisten työsuhteiden vähentäminen ja päätoimisien työsuhteiden lisääminen on pitkällä tähtäimellä koko yhteiskunnan edun mukaista ja ehkäisee odotettavissa olevaa työvoimapulaa. Kun työvoiman määrää lisätään, työympäristö paranee ja sairauslomat vähenevät. Tällöin henkilöstön vaihtuvuus pienenee ja hoidon laatu paranee.

Toimikunnan mukaan alan koulutukseen hakeutuvien määrä vähenee koko ajan sekä kouluasteella että yliopistoasteella, vaikka työllistymisnäkyvät terveydenhuoltosektorilla ovat hyvät. Lukuvuonna 1998 – 1999 oli terveydenhuoltoalan toisen asteen koulutukseen 3 000 hakijaa vähemmän kuin lukuvuonna 1993 – 1994. Eräs selitys on se, että kyseinen koulutus ei anna jatko-opiskelukelpoisuutta ylemmille koulutusasteille. Yliopistot tarjoavat terveydenhuoltoalalla ja lääketieteessä noin kymmentä erilaista koulutusohjelmaa, joista sairaanhoidossa on opiskelijoita eniten. Toimikunta otti kantaa siihen, kuinka opiskelijoiden aiemmat opinnot ja työkokemus tulisi lukea hyväksi uusissa opinnoissa. Samalla se arvioi laillistamisjärjestelmää niiden ammattien osalta, joiden harjoittaminen vaati erityistä laillistamista.

Toimikunta selvitti, että noin 10 % terveydenhuoltoalan tutkinnon suorittaneista työskentelee ammateissa, jotka eivät varsinaisesti vastaa heidän koulutustaan. Se kartoitti myös terveydenhuoltoalan työttömien määrää ja työttömyydestä aiheutuvia kustannuksia. Toimikunta käsitteli rekrytointiin liittyviä tekijöitä, kuten työympäristön, johtamiskulttuurin ja palkkatason merkitystä sekä työntekijän vaikutusmahdollisuuksia. Alueellisessa tarkastelussa pohdittiin muiden ohella työvoiman liikkuvuuden ja organisaatioiden muutoksien vaikutuksia.

Työvoiman tarve tulevaisuudessa. Toimikunnan mukaan tulevaisuudessa uhkaava työvoimapula johtuu yleisestä väestön ikääntymisestä sekä siitä, että suuri määrä terveydenhuoltoalalla työskentelevistä siirtyy lähiaikoina vanhuuseläkkeelle. Toimikunta selvitti myös maahanmuuttajien ikärakennetta ja tuli siihen tulokseen, että heitä tarvitaan yhä enemmän terveydenhuollon ammatteihin. Maahanmuutto ei toimikunnan mielestä ole niin suurta kuin yleinen keskustelu antaa ymmärtää. Oletettavissa on, että monet koulutetut ulkomaalaiset aikovat muuttaa lähitulevaisuudessa pois Ruotsista.

Toimikunnan esittelemien, eri tahoilla tehtyjen ennusteiden keskeinen lopputulos on samanlainen: muutaman vuoden kuluttua Ruotsissa on odotettavissa merkittävä pula työvoimasta hoito- ja huolenpitoalalla, mikäli mitään muutoksia ei tapahdu. Syynä tähän on vanhusväestön määrän kokonaiskasvu sekä hoitoalalla työskentelevien ikääntyminen ja eläköityminen. Toimikunta kiinnitti huomiota myös siihen, että pelkkä julkisen sektorin työvoimatarpeen tarkastelu ei riitä, vaan laskelmiin tulee liittää mukaan myös alan työvoimatarve yksityisellä sektorilla.

Toimikunnan ehdotukset. Puutetta tulee olemaan ennen kaikkea lääkäreistä, sairaanhoitajista ja apuhoitajista, mutta myös muusta henkilöstöstä. Vaikka ulkomailla työskentelevät ammattilaiset palaisivat Ruotsiin, hoitoalan koulutuksen saaneet maahanmuuttajat saisivat työllistymisen kannalta välttämättömän kielikoulutuksen ja hoiva- ja huolenpitosektoria onnistuttaisiin markkinoimaan hyvänä työllistäjänä, täytyy koulutuksen mitoitusta tietyillä hoitoaloilla ja lääketieteessä tarkistaa ylöspäin jo lähitulevaisuudessa. Viimeistään vuonna 2002 tulisi lääkärikoulutusta kasvattaa 200:lla aloituspaikalla. Sairaanhoitajakoulukseen tarvittaisiin 1 000 aloituspaikkaa lisää. Hallituksen tulee valmistautua myös lisäämään psykologien, fysioterapeuttien ja työterapeuttien koulutusta ja asettamaan erityistavoitteita näiden koulutusten suhteen, mikäli on havaittavissa, että koulutusmäärät eivät vastaa työvoiman tarvetta.

Toimikunnan mukaan toisen asteen terveydenhuoltoalan koulutuksen asemaa tulee vahvistaa. Hallinnon tulee asettaa tavoitteeksi, että toiselta asteelta valmistuu vuosittain noin 7 000 henkilöä. Aikuisten aloituspaikkoja tulee lisätä. Aikaisempien opintojen ja työkokemuksen hyväksilukemista korkeammalle koulutusasteelle haettaessa tulee tarkistaa.

Lisäksi toimikunta kiinnitti huomiota koulutustarpeiden arvioinnin kehittämiseen eri tahojen yhteistyönä, sairaanhoidon opiskelijoiden työharjoittelupaikkojen ja alan päätoimisten työsuhteiden lisäämiseen, ylitarjontasektoreiden työvoiman uudelleen kouluttamiseen, alan koulutuksen vetovoimaisuuden parantamiseen sekä maahanmuuttajien kouluttamiseen ja työllistymiseen. Johtajuuteen kiinnitetään huomiota mm. panostamalla koulutukseen. Vuosittain tulee tehdä organisaatioiden kehittämiseen liittyvää vertailevaa tutkimusta. Siinä täytyy tuoda esille myös esimerkkejä hyvistä työpaikoista.

3. Ammatinharjoittamista koskeva sääntely

Terveyspalvelut muodostavat erityisen toimialan siinä suhteessa, että ammatinharjoittamista on perinteisesti säädelty viranomaisten toimesta. Sosiaali- ja terveysalan toiminta koskettaa ihmisten arkipäivää hyvin laajasti. Toiminta kattaa erilaiset ihmiselämän kriisitilanteet ja onnettomuudet, ja alalla käsitellään hyvinkin luottamuksellista tietoa asiakkaiden ja potilaiden sekä heidän perheittensä elämästä. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen sääntely tähtää potilasturvallisuuteen, palvelujen parempaan laatuun ja koko järjestelmän parempaan toimivuuteen. Samalla se turvaa valvontaa ja tekee sosiaali- ja terveysalasta erilaisen verrattuna moniin muihin toimialoihin. Säädellessään ammatinharjoittamista viranomaisilla on samalla mahdollisuus ohjata koulutusta määrällisesti ja laadullisesti tarkemmin kuin monilla muilla aloilla.

3.1. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat säädökset

Terveydenhuollon ammatinharjoittamista säännellään sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Terveydenhuollon ammattien sääntelyn tarkoituksena on potilasturvallisuuden ja terveyspalveluiden laadun sekä terveyspalvelujärjestelmän toimivuuden takaaminen. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevia säännöksiä ja määräyksiä sisältyy moniin säädöksiin (taulukko 2).

Taulukko 2. Terveydenhuollon ammattihenkilöihin liittyvät keskeiset säädökset.⁴⁵

Säädös	Numero
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä	559/1994
Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä	564/1994
Potilasvahinkolaki	585/1986
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	785/1992
Laki terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta	1074/1992
Laki kuolemansyyn selvittämisestä	459/1973
Kansanterveyslaki	66/1972
Erikoissairaanhoidtolaki	1062/1989
Laki yksityisestä terveydenhuollosta	152/1990
Asetus yksityisestä terveydenhuollosta	744/1990
Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta	1015/1991
Sairausvakuutuslaki	364/1963
Tartuntatautilaki	583/1986
Työterveyshuoltolaki	743/1978
Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä	556/1989
Henkilörekisterilaki	471/1987
Läkelaki	395/1987
Kuluttajansuojalaki	38/1978
Arvonlisäverolaki	1501/1993
Esitutkintalaki	449/1987

⁴⁵ Aitlahti T. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön kansainvälinen vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:12.

Lisäksi oikeudenkäymiskaareen, valtiosuuslainsäädäntöön sekä terveystalouden tutkimuksista annettuihin asetuksiin sisältyy terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevia säännöksiä.

3.1.1. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen sääntelyn tarkoitus ja ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisen perusteet

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Näihin tavoitteisiin pyritään 1) varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet, 2) järjestämällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta terveyden- ja sairaanhoidossa sekä 3) helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä.

Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, joka on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut henkilö) tai henkilöä, jolla on oikeus käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu henkilö). Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan ammatissaan ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Nimikesuojatulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oikeus käyttää suojattua ammattinimikettä, mutta tehtävissä voivat toimia muutkin henkilöt. Liitteessä 2 on lueteltu ne ammatit, joita sääntely koskee.⁴⁶

Laissa ei määritellä eri ammattiryhmien ammattitehtäviä lääkäreiden ja hammaslääkäreiden tiettyjä tehtäviä lukuunottamatta. Laki määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden yleiset velvollisuudet, jotka koskevat ammattieettisiä velvollisuuksia, potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä, potilastietojen salassapitoa, itsenäiseen ammatinharjoittamiseen liittyvää ilmoitusta ja vakuuttamista siten kuin potilasvahinkolaisissa säädetään. Laissa säädetään myös täydennyskoulutusvelvollisuudesta. Sen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa ja perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan on luotava edellytykset koulutukseen osallistumiselle.

Terveydenhuollon ammatinharjoittamisoikeus myönnetään hakemuksesta tietyn, säännellyn koulutuksen suorittamisen perusteella. Ammatinharjoittamisoikeus merkitään terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin. Rekisteröinnin tarkoituksena on varmistaa terveyspalveluiden käyttäjille etukäteen, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämät tiedot ja taidot, heidän ammatinharjoittamistaan valvotaan ja että heillä on vakuutus potilasvahinkojen varalta. Suomessa kaikki yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen antama sekä toisen asteen ammatillinen koulutus, joka johtaa säänneltyihin tai sääntelemättömiin ammatteihin, on eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta säänneltyä. Säännellyllä koulutuksella tarkoitetaan koulutusta, josta on säädetty tai josta on tehty opetusministeriön päätös.

Koska terveydenhuollon ammatinharjoittamisoikeuden myöntäminen perustuu säännellyn koulutuksen suorittamiseen, terveydenhuollon erityisvaatimukset on otettava huomioon myös ammatillisesti suuntautuneessa koulutuksessa. Koulutusta koskeva valtakunnallinen päätösvalta ja koordinaatio on opetusministeriössä. Koulutusta ohjataan ministeriön ja

⁴⁶ Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

koulutusyksiköiden välisin tavoite- ja tulossopimuksin. Yliopistot ja ammattikorkeakoulut vastaavat opetussisällöistä ja opetuksen toteutuksesta itsenäisesti. Yliopistotutkintojen tavoitteista ja keskeisistä koulutusvaatimuksista säädetään kunkin alan tutkintoasetuksessa. Koulutuksen tulee täyttää tutkintoasetusten asettamat vaatimukset. Terveysalan ammattikorkeakoulutuksen osalta on meneillään opetusministeriön käynnistämä hanke, jonka tavoitteena on varmistaa koulutuksesta valmistuvien riittävän yhdenmukainen työelämän edellyttämä osaaminen. Opetushallitus ohjaa toisen asteen koulutuksen sisältöä opetussuunnitelmien valtakunnallisten perusteiden avulla.

3.1.2. Terveystieteiden ammattiharjoittamislainsäädännön muutostarpeet

Terveystieteiden ammattiharjoittamislainsäädännön toimivuutta ja siihen liittyviä epäkohtia ja puutteita selvitettiin vuonna 1999⁴⁷. Työryhmän arvion mukaan laki on ollut pääosin toimiva, ja se on vastannut nykyaikaisen yhteiskunnan tarpeita. Havaitut epäkohdat liittyvät ammattinimikkeiden suureen määrään, rekisteröinnin laajuuteen ja rekisterin tietosisältöön, työvoiman käytön joustavuuteen, koulutusjärjestelmän muutoksiin, täydennyskoulutuksen toteutumiseen, kansainvälistymiseen sekä ammattihenkilöiden ohjaukseen ja valvontaan. Työryhmän ehdotusten pohjalta valmisteltu laki terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta⁴⁸ tuli voimaan vuoden 2001 alusta. Jatkokomission selvityksiä keuhkokuumeesta 2001 lainsäädäntöön sisältyvään nimikkeistöön sekä erikoispätevyyksien myöntämiseen ja rekisteröintiin liittyviä muutostarpeita erityisesti terveystieteiden valvonta-, laadunvarmistus- ja toimivuusnäkökulmista⁴⁹. Hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle syysistuntokaudella 2001.

3.2. Sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuuksien sääntely

Sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuuksia säännellään kansallisesti. Ulkomailla tutkintonsa suorittaneen kelpoisuutta toimia toisessa maassa arvioidaan erikseen.

Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuuksien sääntelyn tarkoituksena on turvata koulutettuja ja ammattitaitoisia henkilöitä sosiaalihuoltoon. Kelpoisuuksia on säännelty asetuksella jo 1950-luvulta lähtien. Taulukkoon 3. on koottu sosiaalihuollon henkilöstöä tai sen tehtäviä koskevia säännöksiä sisältävät lait ja asetukset.

⁴⁷ Terveystieteiden ammattiharjoittamistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön työryhmämuistioita 2000:10.

⁴⁸ Laki terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta (1030/2000).

⁴⁹ Nojonen K. Terveystieteiden ammattiharjoittamista ja ammattihenkilölainsäädäntöä koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön työryhmämuistioita 2001:14.

Taulukko 3. Sosiaalihuollon henkilöstöä ja sen tehtäviä koskevat keskeiset säädökset.

Säädös	Numero
Sosiaalihuoltolaki	710/1982
ja –asetus	607/1982
Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista	804/1992
Laki toimeentulotuesta	1412/1997
Laki lasten päivähoidosta	36/1973
ja –asetus	239/1973
Laki kehitysvammaisten erityishuollosta	519/1977
ja –asetus	988/1977
Päihdehuoltolaki	41/1986
ja –asetus	653/1986
Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista	380/1987
ja –asetus	759/1987
Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta	603/1996
ja –asetus	1208/1996
Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä	604/1991
Mielenterveyslaki	1116/1990
Isyyslaki	700/1975
Laki isyyslain voimaannpanosta	701/1975
Laki lapseksiottamisesta	153/1985
ja –asetus	508/1997
Asetus lasten suojelua sekä yhteistyötä kansainvälisissä lapseksiottamisasioissa	
Koskevan yleissopimuksen voimaansaattamisesta	497/1997
Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta	361/1983
ja –asetus	556/1994
Laki lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanosta	619/1996
ja –asetus	729/1996
Laki lapsen elatuksesta	704/1975
Asetus isyyden vahvistamisesta ja kumoamisesta sekä lapsen elatuksesta	673/1976
Elatusturvalaki	671/1998
ja asetus	672/1998
Lastensuojelulaki	683/1983
ja asetus	1010/1983
Valtion koulukodeista annettu asetus	796/1978
Laki nuorista rikoksentehtävistä	262/1940
Avoliittolaki	234/1929
Perhehoitajalaki	312/1992
Asetus vankeinhoitolaitoksesta	819/1992
Asetus puolustusvoimista	274/1975
Asetus opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista	986/1998
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista	812/2000
Laki kuntouttavasta työtoiminnasta	189/2001

3.2.1. Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista

Voimassa olevat säännökset kunnan tai kuntayhtymän sosiaalihuollon ammatilliselta henkilöstöltä vaadittavasta kelpoisuudesta sisältyvät vuoden 1993 alusta voimaan tulleeseen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annettuun asetukseen. Kelpoisuusehtojen määrittelyn lähtökohtana on tehtävään soveltuva ammatillinen koulutus. Asetuksessa määritellään työssä edellytettävä koulutustaso, esimerkiksi korkeakoulu-, opisto- tai koulutaso.

Sosiaalihuoltolain mukaan jokaisen kunnan käytettävissä tulee olla sellaisen asiakastyöhön osallistuvan viranhaltijan palveluja, jolla on sosiaalityöntekijän ammatillinen kelpoisuus. Sosiaalihuollon tehtävät määritellään seuraavasti: sosiaalityöntekijän tehtävät, laajaa tieto-

utta edellyttävät sosiaalihuollon hoito-, huolenpito-, kasvatus-, opetus- tai kuntoutustehtävät, muut sosiaalihuollon hoito-, huolenpito-, kasvatus- tai kuntoutustehtävät, sosiaalihuollon erityistyöntekijän tehtävät sekä muut sosiaalihuollon ammatilliset tehtävät. Yksityisissä sosiaalipalveluissa ja muiden ohella valtion päihdehuollossa ja vankeinhoidossa toimivilta henkilöiltä edellytetään samaa kelpoisuutta kuin kunnan tehtävissä toimivilta. Esiopetuksen kelpoisuusvaatimuksista säädetään opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa asetuksessa.

3.2.2. Meneillään oleva valmistelutyö sosiaalihuollossa

Sosiaalihuollon ammatinharjoittamislainsäädännön tarvetta selvitettiin sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1996 asettamassa työryhmässä. Työryhmän loppuraportissa⁵⁰ todettiin, että sosiaalihuollon kannalta nykyinen kelpoisuuksia säätelevä lainsäädäntö ei ole tyydyttävä, sillä se ei riittävässä määrin turvaa osaavia ja ammattitaitoisia työntekijöitä sosiaalihuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 1998 jatkotyöryhmän valmistelemaan sosiaalialan ammatinharjoittamislainsäädäntöä. Työryhmä luovutti muistionsa keväällä 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa mainitun hallituksen esityksen valmistelun sosiaalihuollon ammatinharjoittamista koskeviksi säädösmuutoksiksi.

3.3. Ulkomailta suoritettujen tutkintojen tunnustaminen

Euroopan talousalueeseen ja Euroopan Unioniin (EU) liittymisen myötä eräiden terveydenhuollon ammattien ammatinharjoittamiseen vaikuttavat EU:n piirissä annetut sektoridirektiivit (taulukko 4). Niiden tarkoituksena on edistää henkilöiden ja palveluiden vapaata liikkuvuutta yhdenmukaistamalla terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevia säännöksiä jäsenmaissa ja antamalla jäsenmaiden kansalaisille oikeuden saada koulutuksensa ja ammattikokemuksensa tunnustetuksi siirtyessään toiseen jäsenmaahan.⁵¹

Taulukko 4. EU:n piirissä vapaan liikkuvuuden helpottamiseksi ja tutkintojen tunnustamiseksi annetut direktiivit.

Tutkintojen yleiseen tunnustamisjärjestelmään liittyvät direktiivit	Numero
Korkeakoulututkintojen yleisestä tunnustamisjärjestelmästä	89/48/ETY
Ammatillisen koulutuksen yleisestä tunnustamisjärjestelmästä	92/51/ETY
Terveydenhuollon ammatteja koskevat sektoridirektiivit	
Lääkärin tutkinnoista	93/16/ETY
Hammaslääkärin tutkinnoista	78/686/ETY, 78/687/ETY
Sairaanhoidajan tutkinnoista	77/452/ETY, 77/453/ETY
Kättilön tutkinnoista	80/154/ETY, 80/155/ETY
Proviisorin tutkinnoista	85/432/ETY, 85/433/ETY

Sellaisiin julkisiin virkoihin ja tehtäviin, joihin ei sovelleta lakia terveydenhuollon ammatinharjoittajista, sovelletaan kahta eri lainsäädäntöä. EU/ETA-kansalaisten suorittamiin tutkintoihin sovelletaan lakia Euroopan yhteisön yleisen tutkintojen tunnustamisjärjestel-

⁵⁰ Sosiaalihuollon ammatinharjoittamislainsäädännön tarpeen selvittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:17.

⁵¹ Aitlahti T. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön kansainvälinen vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:12.

män voimaanpanosta (1597/1992) (jäljempänä EY-laki) ja muihin tutkintoihin lakia ulkomailla suoritettujen korkeakouluopintojen tuottamasta virkakelpoisuudesta (531/1986) (jäljempänä ulkomaanopintolaki) (taulukko 5). EY-lakia sovelletaan lisäksi oikeuteen harjoittaa ammattia, ellei asiasta ole muussa laissa säädetty. Päätöksen virkakelpoisuudesta tekee hakemuksesta opetushallitus. Ammatinharjoittamisoikeuden ratkaisee se viranomais-
nen, joka muutoinkin päättää ao. oikeuden myöntämisestä.

Taulukko 5. Ulkomailla suoritettujen tutkintojen tunnustamisesta annetut säädökset.

Säädös	Numero
EU/ETA –valtioiden kansalaisten koulutuksen tunnustaminen:	
Laki Euroopan yhteisön yleisen tutkintojen tunnustamisjärjestelmän voimaanpanosta	1597/1992
EU/ETA-valtioiden ulkopuoliset korkeakoulututkinnot:	
Laki ulkomailla suoritettujen korkeakouluopintojen tuottamasta virkakelpoisuudesta	531/1986
Pohjoismaissa suoritettut tutkinnot:	
Laki Pohjoismainen välillä pohjoismaisista työmarkkinoista henkilöille, jotka ovat saaneet vähintään kolmevuotisen korkeamman koulutuksen, tehdyn sopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä sekä sopimuksen soveltamisesta.	SopS 73/1998
Asetus Pohjoismaiden välillä pohjoismaisista työmarkkinoista henkilöille, jotka ovat saaneet ammattipätevyyden antavan, vähintään kolmevuotisen korkeamman koulutuksen, tehdyn sopimuksen voimaansaattamisesta ja sen eräiden määräysten hyväksymisestä sekä sopimuksen soveltamisesta annetun lain voimaantulosta.	SopS 74/1998
Laki Pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdyn sopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä	SopS 1/1994
Asetus Pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdyn sopimuksen voimaansaattamisesta ja sen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta	SopS 2/1994
Tasavallan presidentin asetus Pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdyn sopimuksen muuttamista koskevan sopimuksen voimaansaattamisesta	SopS 24/2001

Ulkomaanopintolaki koskee siis pelkästään korkeakoulututkintoja. Muut kuin korkeakoulututkinnon suorittaneet henkilöt, joihin ei voida soveltaa EY-lakia, voivat saada opetushallitukselta koulutuksestaan vertailulausunnon. Lausunto ei tuota virkakelpoisuutta, mutta voi auttaa työnantajaa arvioimaan henkilön osaamista.

Sekä EY-lain että ulkomaanopintolain nojalla hakijalle voidaan asettaa lisävaatimuksia tutkinnon tunnustamisen tai rinnastamisen ehdoksi. EY-lain nojalla hakijalta voidaan edellyttää kelpoisuuskokeen tai sopeutumisaajan suorittamista, jos Suomessa vaadittavan koulutuksen ja hakijan saaman koulutuksen välillä on olennaisia eroja. Vaihtoehtoisesti hakijalta voidaan vaatia ammattikokemusta, jos koulutusten pituudessa on vähintään vuoden ero. Ulkomaanopintolain nojalla hakijalta voidaan edellyttää täydentäviä opintoja suomalaisessa korkeakoulussa.

Pohjoismaiden välillä on voimassa sopimus pohjoismaisista työmarkkinoista henkilöille, jotka ovat saaneet vähintään kolmevuotisen korkeamman koulutuksen (taulukko 5). Sopimuksen voimaanpanolain⁵² mukaan sopimuksen piiriin kuuluva, suomalaista tutkintoa pää-

⁵² Laki Pohjoismainen välillä pohjoismaisista työmarkkinoista henkilöille, jotka ovat saaneet vähintään kolmevuotisen korkeamman koulutuksen, tehdyn sopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä sekä sopimuksen soveltamisesta. (SopS 73/1998).

piirteittäin vastaava tutkinto tuottaa kelpoisuuden julkiseen virkaan tai toimeen, johon vaaditaan suomalainen korkea-asteen tutkinto. Vähintään kolmevuotisia korkea-asteen tutkintoja koskevaa pohjoismaista sopimusta ei sovelleta niihin ammatteihin, jotka kuuluvat pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdyn sopimuksen piiriin ⁵³ ⁵⁴.

⁵³ Laki Pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdyn sopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä. Asetus Pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdyn sopimuksen voimaansaattamisesta ja sen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta. (SopS 1-2/1994).

⁵⁴ Tasavallan presidentin asetus Pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdyn sopimuksen muuttamista koskevan sopimuksen voimaansaattamisesta. (SopS 24/2001).

4. Työvoiman tarjontaan liittyviä muutostekijöitä

Työvoiman tarjontaan vaikuttavat monet tekijät. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialoille koulutukseen osoitettujen aloituspaikkojen määrä on opetusviranomaisten keino vaikuttaa valmistuvien määrään ja sitä kautta työvoiman tarjontaan. Koulutuksen suunnittelun kannalta taas työelämän tarpeet ovat merkittäviä. Työelämän kehitys ennakoi esimerkiksi, millainen toisen asteen koulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen saaneiden määrällinen suhde pitäisi olla. Sosiaalihuolto ja terveydenhuolto ovat olleet koulutuspuoleltaan kovin erilaisia. Terveydenhuollon tehtävissä toimivilta henkilöiltä on edellytetty ammatillista koulutusta, kun taas sosiaalipalveluissa kouluttamattomien työntekijöiden osuus on ollut perinteisesti suuri. Koulutuksen sisällössä ja painotuksissa on tapahtunut kuitenkin suuria muutoksia 1990-luvulla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon vetovoimaisuus on perinteisesti ollut erittäin suuri. Vuosittain sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitoksiin pyrkijöiden kokonaismäärä on ollut moninkertainen aloituspaikkoihin nähden. Oppilaitokset ovat näin voineet valita parhaat opiskelijat. Tulevaisuudessa alan vetovoimaisuudesta on kuitenkin pidettävä huolta. On alueita, kuten esimerkiksi vanhusten palvelut, joita nuoret opiskelijat eivät pidä houkuttavina. Rekrytointiin liittyy nykyisin monenlaisia kilpailutekijöitä, joiden suhteen julkiset palvelut eivät ole välttämättä suosituimmuusasemassa. Työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen tarpeet eivät enää koske pelkästään sitä vaihetta, jolloin nuorella perheellä on lapsia, vaan myös vaihetta, jossa ikääntyneet vanhemmat vaativat yhä enemmän huomiota. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on kiinnitettävä huomiota aikaisempaa enemmän myös työhyvinvointiin. Se merkitsee johtamisjärjestelmien kehittämistä, työpaineiden tasausta ja ennen kaikkea koulutuksellisiin tarpeisiin vastaamista. Asiakastyön paineet vaativat ammatillisen osaamisen jatkuvaa kehittämistä.

4.1. Koulutuksen kehitys ja aloituspaikkatarjonta 1990-luvulla

Sosiaali- ja terveystieteiden koulutus on ollut määrällisesti ja laadullisesti vahvasti keskushallinnon suunnittelemaa. Koko alan henkilöstöresurssit lisääntyivät 1980-luvulla lähes tasaisesti kolmen prosenttiyksikön vuosivauhtia sosiaali- ja terveystieteiden ohjaaman valtakunnallisen suunnitelman mukaisesti. Raju lama 1990-luvun alussa synnytti myös sosiaali- ja terveystieteille ensimmäistä kertaa merkittävän työttömyyden, kun kunnat joutuivat leikkaamaan palvelujen kustannuksiaan.

Koko ammatillisen koulutuksen järjestelmää ja rakennetta uudistettiin 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitoksia yhdistettiin ja kunnallistettiin. Normien purkamisen yhteydessä lisättiin oppilaitosten päätösvaltaa tavoitteena koulutuksen nopea ja joustava kyky vastata toimintaympäristön muuttuviin tarpeisiin. Vuosikymmenen alussa syntyi uusi sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto, lähihoitaja, ensimmäisenä ammatillisen koulutuksen laaja-alaisena perustutkintona, johon yhdistettiin kymmenen aiempaa tutkintoa. Samalla syntyi uusi koulutusala, sosiaali- ja terveystieteiden ala. Toisen asteen aikuiskoulutusta lisättiin koulutuksen ja työvoimapolitiikan kytkentöjen vahvistumisen myötä. Aikuiskoulutusta uudistettiin ottamalla käyttöön työelämälähtöinen tutkintorakenne, ammattitutkintojärjestelmä ja laajentamalla oppisopimuskoulutusta. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto otettiin ammattitutkintojärjestelmän piiriin vuonna 2000. Vuosikymmenen loppuun mennessä syntyi koko

maan kattava monialaisten ammattikorkeakoulujen verkosto⁵⁵. Myös yliopistokoulutuksen sisältöä on kehitetty voimakkaasti 1990-luvulla.

4.1.1. Sosiaali- ja terveysalan toisen asteen koulutus ja aloituspaikat

Vuonna 1992 opetusministeriön tekemällä päätöksellä muodostettiin sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. Se oli ensimmäinen ammatillisen koulutuksen laaja-alainen perustutkinto. Uudistus tapahtui samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen, kuntien sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen sekä alueellisen väestövastuun kehittämisen kanssa. Nämä edellyttivät aikaisempaa laajempaa toimintatapaa, joka perustui sosiaali- ja terveysalan yhdistävään tietoperustaan sekä asiakaslähtöiseen ja moniammatilliseen työtapaan. Perustutkintoja oli aiemmin ollut useita sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Uudistuksella haluttiin koota perustutkintoon tarvittavat ammatilliset valmiudet yhteen tutkintoon, joka myös mahdollistaisi jatkokouluttautumisen. Näköpiirissä oli sosiaali- ja terveyspalvelujen kehitys, jossa korostui kotiin tulevien palvelujen merkitys ja väestön ikärakenteen muutos, jotka lisäävät painetta vanhusten palvelujen järjestämiseen.

Lähihoitajakoulutuskokeilu käynnistyi 2,5-vuotisena koulutuksena (100 opintoviikkoa) vuonna 1992. Tutkintoon sisältyi useita suuntautumisopintoja, joista oli nähtävissä siihen yhdistettyjen aiempien tutkintojen sisältöjä (taulukko 6.). Vuosina 1993 - 1994 lähihoitajakoulutusta järjestettiin rinnakkaisena aiempien tutkintojen kanssa. Vuonna 1995 lähihoitajakoulutuksen opetussuunnitelmaa tarkistettiin ja eräitä suuntautumisopintoja poistettiin. Samaan aikaan aiempien koulutusammattien koulutukset lopetettiin, ja kaikki oppilaitokset siirtyivät uuden rakenteen mukaiseen lähihoitajan tutkintoon johtavaan koulutukseen.

⁵⁵ Vuorenmaa M, Räisänen A. Lähihoitajat työelämään. Lähihoitajakoulutuksen käynnistysvaiheen arviointia. Opetushallitus. Arviointi 1997:1.

Rintala T, Elovainio M. Lähihoitajien työ, ammatti-identiteetti ja hyvinvointi. Stakesin tutkimuksia 86. Helsinki, 1997.

Taulukko 6. Sosiaali- ja terveysalan toisen asteen koulutuksen kehitys.

Kehitysvaihe	Sosiaalialan tutkinnot	Terveysalan tutkinnot	Erillinen opin- tolinja	Sosiaali- ja terve- ysalan perustut- kinto
Sosiaali- ja terveysalan koulutus II-asteen ennen 1990-luvun uudistuksia - kesto 2,5 vuotta (100 ov)	- kodinhoi- taja - päivähoitaja - kehitys- vammaisten- hoitaja	- perushoitaja - kuntohoitaja - mielenterveyshoitaja - jalkojenhoitaja - hammashoitaja - lastenhoitaja - lääkintävahtimestari- sairasautonkuljettaja	- lääketyöntekijä	-
Sosiaali- ja terveysalan koulutus II-asteen kokei- luaikana 1993-1994 - kesto 2,5 vuotta (100 ov)	- kodinhoi- taja - päivähoitaja - kehitys- vammaisten- hoitaja	- perushoitaja - kuntohoitaja - mielenterveyshoitaja - jalkojenhoitaja - hammashoitaja - lastenhoitaja - lääkintävahtimestari- sairasautonkuljettaja	- lääketyöntekijä	- sosiaali- ja terve- ysalan perustut- kinto, lähihoitaja, suuntautumisvaiht- toehdot ⁵⁶
Sosiaali- ja terveysalan koulutus vuodesta 1995 lähtien - kesto 2,5 vuotta (100 ov)	-	- hammaslaborantti (kesto 2 vuotta eli 80 ov)	-	- sosiaali- ja terve- ysalan perustut- kinto, lähihoitaja, suuntautumisopin- not ⁵⁷
Sosiaali- ja terveysalan koulutus vuodesta 1999 lähtien - kesto 3 vuotta (120 ov)	-	- hammaslaborantti (kesto 2 vuotta eli 80 ov)	- lääketyöntekijä (1.8.2001 alkaen 3 vuotta eli 120 ov)	- sosiaali- ja terve- ysalan perustut- kinto, lähihoitaja, koulutusohjelmat ⁵⁸

Lähihoitajakoulutusta uudistettiin jälleen 1999 osana toisen asteen koulutuksen uudistusta. Tutkinnon laajuudeksi tuli 120 opintoviikkoa. Vuodesta 2000 lähtien lähihoitajan tutkinnon on voinut suorittaa myös näyttötutkintona eli ammattitutkintona.⁵⁹ Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto sisältää kahdeksan koulutusohjelmaa, joista opiskelija valitsee yhden opintojen loppuvaieheessa.

Lähihoitaja on nykyisin keskeinen sosiaali- ja terveysalan toisen asteen koulutuksen suorittanut ammattihenkilö. Lähihoitajan perustutkintoon johtanut uudistus perustui toimintaympäristön muutoksiin, mutta se ei sujunut ristiriidattomasti. Erityisesti terveydenhuollon osalta on toistuvasti esitetty toivomuksia koulutuksen kehittämiseksi, eikä sosiaalihuollosakaan ole kaikilta osin oltu tyytyväisiä tutkinnon tuottamaan osaamiseen.

Lähihoitajakoulutuksesta merkittävä osa toteutetaan aikuiskoulutuksena. Se on sekä koulutuksellisesti että toiminnallisesti tärkeä koulutusväylä. Erityisesti sosiaalipalveluissa

⁵⁶ Suuntautumisopinnot vuonna 1993-1994: ensihoito, lasten ja nuorten hoito ja kasvatus, mielenterveys-, kriisi- ja päihdetyö, sairaanhoito ja huolenpito, suun hoito, vammaistyö sekä vanhustyö, jalkojen hoito, monikulttuurinen hoito ja huolenpito sekä ympäristön hoito ja huolto.

⁵⁷ Suuntautumisopinnot vuonna 1993-1998: ensihoito, lasten ja nuorten hoito ja kasvatus, mielenterveys-, kriisi- ja päihdetyö, sairaanhoito ja huolenpito, suun hoito, vammaistyö sekä vanhustyö.

⁵⁸ Koulutusohjelmat: ensihoidon, lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen, mielenterveys- ja päihdetyön, sairaanhoidon ja huolenpidon, suu- ja hammashoidon, vammaistyön, vanhustyön, asiakaspalvelun ja tietohallinnon koulutusohjelmat sekä 1.8.2001 lukien myös kuntoutuksen koulutusohjelma

⁵⁹ Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto 1999. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet. Opetushallitus 1999.

kouluttamattoman työvoiman määrä on ollut suuri. Aikuiskoulutus mahdollistaa alalla ilman koulutusta toimivien pääsyn muodolliseen ammatilliseen koulutukseen. Aikuiskoulutukseen osallistuvien joukossa on myös niitä, joiden kouluttautuminen on myöhentynyt oman perheen perustamisen ja lasten hoidon takia. Samoin aikuiskoulutus turvaa koulutetun henkilöstön saannin sellaisille toimintaloikoille, jossa elämäkokemuksesta on hyötyä ja jonne nuoret, vasta peruskoulutuksensa päättäneet opiskelijat eivät tavanomaisesti tunne vetoa, kuten esimerkiksi vanhustenhuollon tai päihdehuollon tehtäviin.

Lähihoitajakoulutuksen alettua rinnakkaiskoulutuksena vuonna 1992 ja ainoana koulutuksena vuonna 1995 aloituspaikkojen määrä nuorten koulutuksessa ensin aleni ja muutamana seuraavana vuotena kasvoi. Aikuiskoulutuksen osuus aloituspaikoista oli korkeimmillaan vuonna 1995 ollen runsas neljännes kaikista aloituspaikoista. Tultaessa 2000-luvulle nuorten aloituspaikat vähenivät ja aikuiskoulutuksen kasvoivat hieman. (Taulukko 7.). Aloituspaikkoja koskevana tietolähteenä tässä ja seuraavissa luvuissa on käytetty Opetushallituksen oppilaitostietokantaa (OPTI).

Taulukko 7. Sosiaali- ja terveysalan toisen asteen, opistoasteen sekä ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkojen⁶⁰ lukumäärä vuosina 1992 - 2000, (nuorten ja aikuisten koulutus).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Toisen asteen koulutus:									
- nuorten koulutus	6 358	5 948	6 016	5 316	6 393	6 636	6 647	6 382	5 927
- aikuiskoulutus	1 961	2 060	1 859	1 946	1 243	1 238	1 581	1 620	1 794
Yhteensä	8 319	8 008	7 875	7 262	7 636	7 874	8 228	8 002	7 721
Aikuiskoulutuksen osuus % kaikista	23,6	25,7	23,6	26,8	16,3	15,7	19,2	20,2	23,2
Opistoaste ja ammattikorkeakoulutus:									
- nuorten koulutus	5 146	5 500	5 707	5 584	6 008	6 134	6 261	5 223	4 963
- aikuiskoulutus	3 663	4 120	3 264	2 639	1 788	1 954	1 985	1 773	1 713
Yhteensä	8 809	9 620	8 971	8 223	7 796	8 088	8 246	6 996	6 676
Aikuiskoulutuksen osuus % kaikista	41,6	42,8	36,4	32,1	22,9	24,2	24,1	25,3	25,7

Opistoasteen aloituspaikoista merkittävä osa oli vielä 1990 -luvun alussa aikuiskoulutusta. Tämä johtui erikoistumiskoulutuksesta, mikä on merkittävästi vähentynyt. Myös nuorten koulutuksessa aloituspaikat ovat vuonna 2000 vähentyneet 1990 -luvun tilanteesta.

4.1.2. Sosiaali- ja terveysalan ammatti- ja erikoisammattitutkinnot

Ammatti- ja erikoisammattitutkinnot ovat aikuisille tarkoitettuja näyttötutkintoja. Ne ovat ammattitaidon hankkimistavasta riippumattomia tutkintoja, joissa koulutuksessa, työelämässä ja harrastuksissa hankittua osaamista käsitellään yhtenä kokonaisuutena siten, että osaaminen voidaan hyödyntää tutkinnoissa vaaditun ammattitaidon näytöissä. Ammattitaitovaatimusten kuvauksen perustana on pätevyystyyppitys, jonka katsotaan parhaiten soveltuvan ammattialalle.

Näyttötutkinnot jakautuvat ammatillisiin perustutkintoihin (lähihoitaja), ammattitutkintoihin ja erikoisammattitutkintoihin. Viime vuosina ammatti- ja erikoisammattitutkintoja on käynnistetty runsaasti myös sosiaali- ja terveysalalla.

⁶⁰ Opti-tietokanta 5.12.2000

4.1.3. Sosiaali- ja terveysalan opistoasteen koulutuksen kehitys ammattikorkeakoulutukseksi sekä aloituspaikat 1990-luvulla

Työelämän tarpeista ja kansainvälisyyden haasteista lähtenyt ammattikorkeakoulu-uudistus alkoi nuorisoasteen koulutuksesta ja ammattikorkeakoulujen kokeiluista annettujen lain ja asetuksen tultua voimaan 1991. Ammattikorkeakoulukokeilut olivat käynnissä 1991 – 1999. Aiemmin opistoasteinen koulutus muuttui kokeilujen myötä korkeakoulutasoiseksi koulutukseksi.⁶¹ Elokuusta 2000 alkaen kaikki ammattikorkeakoulut toimivat vakinaisina. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon laajuus on 140 – 180 opintoviikkoa tutkinnosta riippuen. Terveysalan ammattikorkeakoulututkinnoissa harjoittelun määrä on vähintään 50 opintoviikkoa. Sosionomi (AMK) -tutkintoon sisältyy harjoittelua 30 opintoviikkoa ja geronomi (AMK) tutkintoon 50 opintoviikkoa.

Taulukko 8. Sosiaali- ja terveysalan opistoasteen koulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen kehitystä.

Kehitysvaihe	Sosiaaliala	Terveysala
Sosiaali- ja terveysalan opistoasteen koulutus ennen 1990-luvun uudistuksia Kesto: -sosiaaliala 3 vuotta -terveysala 3,5 vuotta	- Sosiaaliohjaaja - Sosiaalikasvattaja - Kehitysvammaistenohjaaja - Diakoni	- Sairaanhoitaja - Terveystenhoitaja - Kätilö - Fysioterapeutti - Toimintaterapeutti - Laboratorionhoitaja - Röntgenhoitaja
Vuodesta 1996. Viimeinen sisäänotto oli 1.8.1998. Kesto: - vähintään 3,5 vuotta	Sosiaalialan opistotutkinto - Sosiaalialan ohjaaja (1996-1998) - Diakoni	Hoitotyön opistotutkinto Sairaanhoitaja Terveystenhoitaja Kätilö Kuntoutusalan opistotutkinto Fysioterapeutti Toimintaterapeutti Jalkaterapeutti Suun terveydenhuollon opistotutkinto Hammashuoltaja Hammasteknikko Laboratorionhoitaja Röntgenhoitaja Apuneuvoteknikko Optikko

Taulukossa 9 on kuvattu sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen nykytilannetta.

⁶¹ Sosiaalialan oppilaitosten ja korkeakoulujen koulutustehtävä ja työnjako. Sosiaalialan koulutustyöryhmän raportti. Opetusministeriön työryhmien muistioita 13:1994.

Taulukko 9. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto vuonna 2001 alkavassa koulutuksessa.

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto		
Sosiaaliala	Terveysala	Sosiaali- ja terveysala
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutus vuonna 2001 alkavassa koulutuksessa	- Sosiaalialan ko: Sosionomi (AMK) - Diakoninen sosiaali- ja terveys- ja kasvatustieteiden ala ko: sosionomi (AMK)	- Apuvälinetekniikan ko: Apuvälineteknikko (AMK) - Bioanalytiikan ko: Bioanalytikko (AMK) - Diakoninen sosiaali- ja terveys- ja kasvatustieteiden ala ko: (AMK) - Hoitotyön ko: Sairaanhoitaja (AMK), Terveydenhoitaja (AMK), Kättilö (AMK) - Jalkaterapian ko: Jalkaterapeutti (AMK) - Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun ko: Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) - Naprapatian ko: Naprapaatti (AMK) - Optometrian ko: Optometrismi (AMK) - Osteopatian ko: Osteopaatti (AMK) - Radiologian ja sädehoidon ko: Röntgenhoitaja (AMK) - Suun terveydenhuollon ko: Suuhygienisti (AMK) - Toimintaterapien ko: Toimintaterapeutti (AMK)
Kesto: - vähintään 3,5 vuotta (140- ov)		- Vanhustyön ko: Geronomi (AMK)

Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kaikki aloituspaikat ovat alentuneet 2000 -luvulle tullessa 1990 -lukuun verrattuna. Toisen asteen koulutuksen aloituspaikat ovat kuitenkin absoluuttisesta vähentymisestä huolimatta 1990 -luvulla lisänneet suhteellista osuuttaan opistoasteen ja nykyisin ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoihin verrattuna. (Taulukko 10)

Taulukko 10. Sosiaali- ja terveysalan toisen asteen (aiemmin kouluaste), opistoasteen ja ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkojen⁶² prosenttiosuus vuosina 1992-2000 (nuorten ja aikuisten aloituspaikat yhteensä).

Koulutusaste	1992 N=17128	1993 N=17628	1994 N=16848	1995 N=15485	1996 N=15432	1997 N=15962	1998 N=16474	1999 N=15014	2000 N=14412
Toinen aste	48,6	45,4	46,7	46,8	49,5	49,3	49,9	53,3	53,6
Opistoaste	47,0	46,7	42,6	41,7	23,8	9,3	4,7	0,0	0,0
Amk -koulutus	4,4	7,9	10,6	11,4	26,7	41,3	45,4	46,7	46,4
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Hoitotyön koulutusohjelman aloituspaikat muodostivat vuonna 2000 noin 45 % kaikista sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikoista. Vuonna 1992 vastaava osuus oli lähes 68 %. Toiseksi suurin ryhmä on sosiaalialan koulutusohjelman aloituspaikat, jotka vuonna 2000 muodostivat noin 36 %. Vuonna 1992 vastaava osuus oli noin 16 %. (Taulukko 11)

⁶² Opti-tietokanta 5.12.2000

Taulukko 11. Sosiaali- ja terveysalan opistoasteen ja ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkojen lukumäärä vuosina 1992 - 2000 koulutusohjelmittain (sisältää sekä nuorten että aikuiskoulutuksen aloituspaikat).

Koulutusohjelma	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Hoitotyön ko. ⁶³	5962	6490	5849	5342	4898	4433	4433	3380	2983
Fysioterapian ko.	614	288	0	0	0	0	0	477	444
Bioanalytiikan ko.	416	280	288	226	82	16	90	201	199
Radiologian ko.	170	168	134	124	44	16	0	120	174
Toimintaterapian ko.	84	106	90	128	18	0	0	137	120
Kuntoutuksen ohj. ko.	0	444	520	432	210	678	743	123	68
Suun terveydenhuollon ko.	127	156	102	136	48	0	0	104	111
Apuvälinetekniikan ko.	0	18	0	18	0	0	18	20	20
Hammastekniikan ko.	28	30	13	26	0	0	0	16	18
Optometrian ko.	34	38	38	38	18	0	0	47	63
Jalkaterapian ko.	0	0	0	0	0	0	0	51	54
Naprapatian ko.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osteopatian ko.	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Sosiaalialan ja yhdistetty ko. ⁶⁴	1374	1602	1937	1753	2478	2945	2962	2320	2402
Yhteensä	8809	9620	8971	8223	7796	8088	8246	6996	6676

4.1.4. Toisen asteen koulutuksen suhde ammattikorkeakoulutukseen hoitoalalla

Lähihoitajakoulutuksen määrällinen suhde alan ammattikorkeakoulutuksen saaneisiin on koulutuksen suunnittelun ja palvelujärjestelmän toiminnan kannalta tärkeä. Suhteen tulee perustua työelämän tarpeisiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon kehitystrendeihin. Lisäksi on otettava huomioon se, että sosiaalihuollon palvelut ja terveystalvet ovat koulutusvaatimusten suhteen perinteisesti olleet erilaiset. Sosiaalihuollon työntekijöistä huomattava osa on toiminut työssä oppimisen pohjalta ilman muodollista ammattikoulutusta. Sosiaalihuollossa on lisäksi lukumääräisesti suuria ammattiryhmiä, kuten esimerkiksi perhepäivähoitajat, joilta ei ole edellytetty alan muodollista koulutusta tehtävissä toimimiseen. Lähihoitajakoulutuksen laaja käynnistyminen merkitsee myös sosiaalihuollon palveluja ajatellen työntekijöiden koulutustason nousua. Terveystalvissa, erityisesti erikoissairaanhoidossa kehitys näyttää kulkevan kohti tehokkaampia ja erikoistuneempia palveluja, jotka edellyttävät koulutustason jatkuvaa nousua. Molempiin sektoreihin vaikuttavat lisäksi ikääntyvän väestön määrä ja sen palvelutarpeet, jotka korostavat hoivan ja huolenpidon tehtäviä ja siis toisen asteen koulutuksen merkitystä.

⁶³ Hoitotyön koulutusohjelman aloituspaikkoihin tässä sisältyvät sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, kättilön ja ensihoitajan koulutusten aloituspaikat.

⁶⁴ Sosiaalialan koulutusohjelman aloituspaikkoihin sisältyy myös vanhustyön koulutusohjelma sekä vuoteen 2000 asti diakonisen sosiaali- ja terveys- ja kasvatustalvan suuntautumisvaihtoehtoista myös terveystalvan suuntautumisvaihtoehtoon aloituspaikat (v. 2001 näiden lkm oli 185).

Taulukko 12. Sairaanhoidajien ja lähihoitajien ammateissa toimivien koulutustaso vuosina 1990, 1995 ja 2000.

Koulutustaso	1990			1995			2000		
	Sosiaali- huolto	Tervey- denhuolto	Yhteensä	Sosiaali- huolto	Tervey- denhuolto	Yhteensä	Sosiaali- huolto	Tervey- denhuolto	Yhteensä
	N=31200	N=34400	N=66700	N=34900	N=39200	N=74500	N=39100	N=46200	N=86000
Alempi kes- kiaste	57 %	45 %	51 %	62 %	38 %	49 %	77 %	36 %	55 %
Ylempi kes- kiaste	17 %	43 %	31 %	18 %	28 %	23 %	9 %	59 %	36 %
Alin korkea- aste	1 %	4 %	2 %	4 %	33 %	19 %	1 %	4 %	3 %
Yliopisto	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuntematon	25 %	7 %	16 %	16 %	1 %	8 %	12 %	1 %	6 %
Yhteensä	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

(HUOM! tutkintoluokitus muuttui vuonna 1997, joten vuoden 2000 luvut eivät ole suoraan vertailukelpoisia aikaisempiin vuosiin nähden. Kaikissa luvuissa ovat myös mukana virkavapaalla olevat)

4.2. Sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuus

Osaavasta työvoimasta ennustetaan pulaa kaikilla työmarkkinasektoreilla ja monilla toimialoilla, ei pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollossa. Koulutusmäärien riittävä mitoittaminen ja opiskelupaikkojen ammattialoitainen ja alueellinen ym. suuntaaminen vastaamaan ennakoitavissa olevia työelämän tarpeita tulevina vuosina, eli työvoiman kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen helpottaa uuden työvoiman saatavuutta.

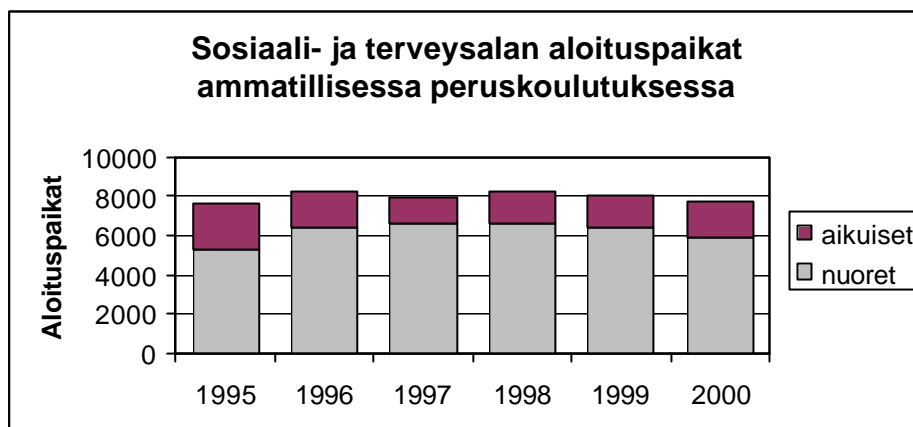
Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen vetovoimaisuus on ollut aina hyvin suuri. Osaksi syynä lienee se, että alaa on arvostettu ja sitä on historiallisestikin pidetty naisille luontuvana. Osa ammateista omaa pitkät perinteet. Kansainvälisesti vertaillen suomalainen sosiaali- ja terveysalan koulutus on korkeatasoista ja monipuolista. Näin ollen on ymmärrettävää, että nuorten halukkuus alalle on ollut suuri ja että aikuiskoulutus on myös ollut haluttua. Aikuiskoulutus on tarjonnut koulutusväyliä niille naisille, jotka ovat esimerkiksi olleet jaksoja kotona hoitamassa omia lapsiaan. Tulevassa kehityksessä alan vetovoimaisuuden merkitys korostuu, ja kilpailuasetelmat muiden toimialojen kanssa terävöityvät.

Opetushallinnon käyttämässä koulutusluokituksessa⁶⁵ sosiaali- ja terveysalan koulutusala jakautuu sekä ammatillisessa peruskoulutuksessa että ammattikorkeakoulutuksessa kahteen opintoalaan, sosiaali- ja terveysalaan sekä kauneudenhoitoalaan. Tässä luvussa käsitellään sosiaali- ja terveydenhuollon opintoalan vetovoimaisuutta edellä mainituilla koulutusasteilla. Mikäli ei muuta mainita, tarkastelun kohteena on nuorten koulutus. Yliopistoasteella sosiaali- ja terveysalaan kuuluviksi luetaan liikuntatieteen, terveystieteen, lääketieteen, hammaslääketieteen, eläinlääketieteen ja farmasian koulutukset. Näistä eläinlääketieteellistä ja liikuntatieteellistä koulutusta ei käsitellä tässä yhteydessä. Tarkasteluun on otettu mukaan myös psykologinen koulutus, joka edellä mainitussa luokittelussa lasketaan humanistiseen ja opetusalaan kuuluvaksi. Lähteinä on käytetty Opetushallituksen oppilaitostietokantaa (OPTI) sekä opetusministeriön ylläpitämää KOTA-tietokantaa.

⁶⁵ Opetushallinnon ja Tilastokeskuksen yhdessä laatima opintoala- ja -asteluokitus.

4.2.1. Ammatillinen peruskoulutus

Ammatillisessa peruskoulutuksessa on 1990-luvun loppupuoliskolla ollut sosiaali- ja terveysalalla vuosittain 5 300 – 6 700 aloituspaikkaa. Aloituspaikkojen määrä lisääntyi vuoden 1995 runsaasta 5 300:sta vuoteen 1998 runsaalla tuhannella aloituspaikalla. Sen jälkeen aloituspaikat ovat vähentyneet, ja vuonna 2000 aloituspaikkoja oli noin 5 900. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveysalan aloituspaikat ammatillisessa peruskoulutuksessa.

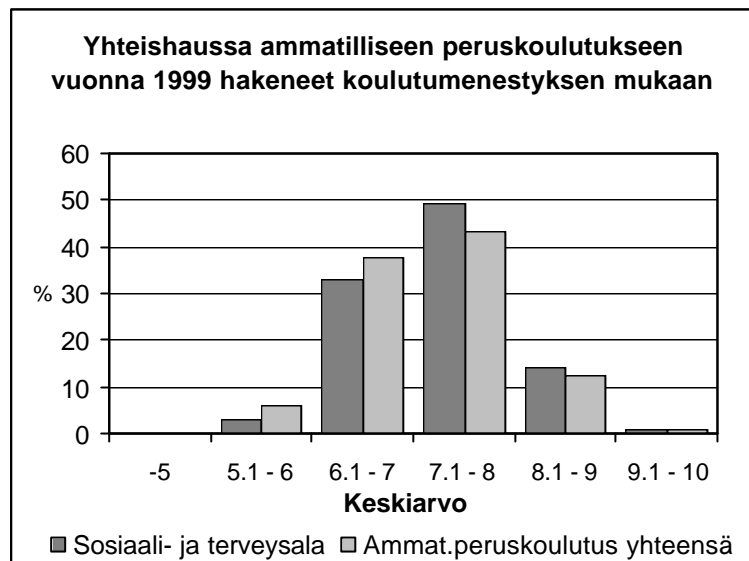
Edellä mainitun lisäksi on aikuiskoulutuksessa ollut vuosittain 1 200 – 2 300 aloituspaikkaa. Vuonna 2000 aikuisten aloituspaikkoja oli noin 1 800. (Kuvio 2.)

Sosiaali- ja terveysalan ammatilliseen peruskoulutukseen on ollut runsaasti hakijoita. Yhteishaussa sosiaali- ja terveysalan koulutuksen ensisijaiseksi hakutoiveekseen on vuosittain ilmoittanut reilusti yli 10 000 hakijaa. Esimerkiksi vuonna 1999 ammatilliseen peruskoulutukseen haki yhteishaussa kaiken kaikkiaan noin 65 800 henkilöä, joista lähes 11 000 ilmoitti ensisijaiseksi hakutoiveekseen sosiaali- ja terveysalan opintoalan. Seuraavaksi eniten hakijoita (n. 9 000) oli kaupan ja hallinnon opintoalalle. Yhteishaussa on ammatillisessa peruskoulutuksessa valittavissa yhteensä 27 opintoalaa.

Kun verrataan alan aloituspaikkoja ja alalle ensisijaisesti hakeneiden määrää, yhtä aloituspaikkaa kohden on ollut viime vuosina lähes kaksi hakijaa. Esimerkiksi vuonna 1999 sosiaali- ja terveysalan opintoalalle on ollut 1,7 ensisijaista hakijaa yhtä aloituspaikkaa kohden. Vain graafisen alan, merenkulkualan, kauneudenhoitoalan, viestintä- ja kuvataidealan sekä vapaa-ajan toiminnan opintoaloille on ollut ensisijaisia hakijoita aloituspaikkaa kohden enemmän kuin sosiaali- ja terveysalalle. (Liitekuvio 1, Liite 3).

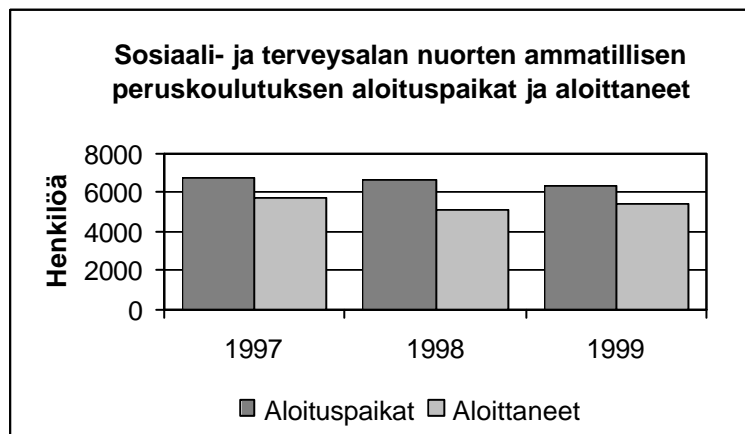
Viime vuosina alalle ensisijaisesti hakeneista on ollut naisia 80 – 90 %. Naisten osuus hakijoista on hieman kasvanut koko 1990 -luvun loppupuoliskon ajan.

Sosiaali- ja terveysalan koulutukseen yhteishaussa hakeneilla on ollut keskimäärin parempi koulumenestys aikaisemmissa opinnoissaan kuin kaikilla yhteishaussa ammatilliseen koulutukseen hakeneilla. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Yhteishaussa ammatilliseen peruskoulutukseen vuonna 1999 hakeneet koulutumenestyksen mukaan.

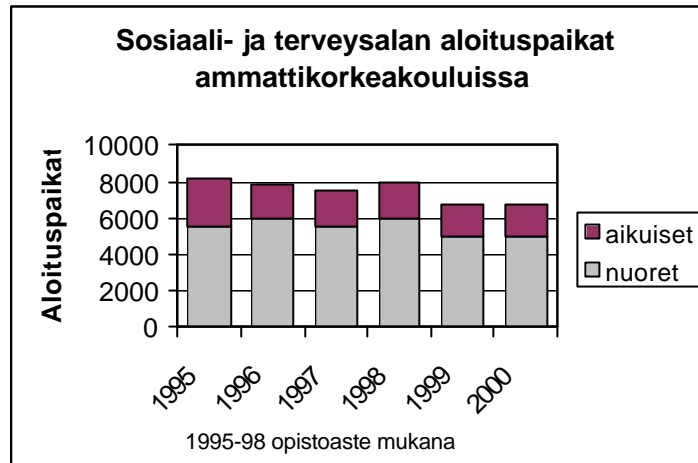
Vaikka hakijoita on ollut runsaasti, kaikki koulutuspaikat eivät ole täyttyneet, vaan opiskelun vuosittain aloittaneiden määrä on ollut pienempi kuin tarjolla olevien aloituspaikkojen määrä. Vuosina 1997 – 1999 aloituspaikoista täyttyi sosiaali- ja terveysalalla keskimäärin 82 %. Vuonna 1999 sosiaali- ja terveysalan opintoalalla täyttöaste oli noin 85 %, kun täyttöaste ammatillisessa peruskoulutuksessa keskimäärin oli noin 86 %. Eräs selitys keskiarvoa huonommalle täyttöasteelle saattaa olla se, että sosiaali- ja terveysalan valinnot ovat saattaneet hakea sekä alan ammatilliseen peruskoulutukseen että ammattikorkeakoulutukseen. Mikäli hakija on päässyt molempiin, on hän luultavasti ottanut vastaan ammattikorkeakoulupaikan, ja näin opiskelupaikka ammatillisessa peruskoulutuksessa on jäänyt tyhjäksi.



Kuvio 4. Sosiaali- ja terveysalan nuorten ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikat ja aloittaneet.

4.2.2. Ammattikorkeakoulut

Ammattikorkeakouluissa ja opistoasteella⁶⁶ on 1990 -luvun loppupuolella sosiaali- ja terveysalan aloituspaikkoja ollut vuosittain 5 000 – 6 000. Vuonna 2000 aloituspaikkoja oli noin 5 000. Edellä mainittujen lisäksi on ammattikorkeakouluissa ollut viime vuosina pelkästään aikuisopiskelijoille tarkoitettuja aloituspaikkoja vuosittain keskimäärin vajaat 2 000. (Kuvio 5).

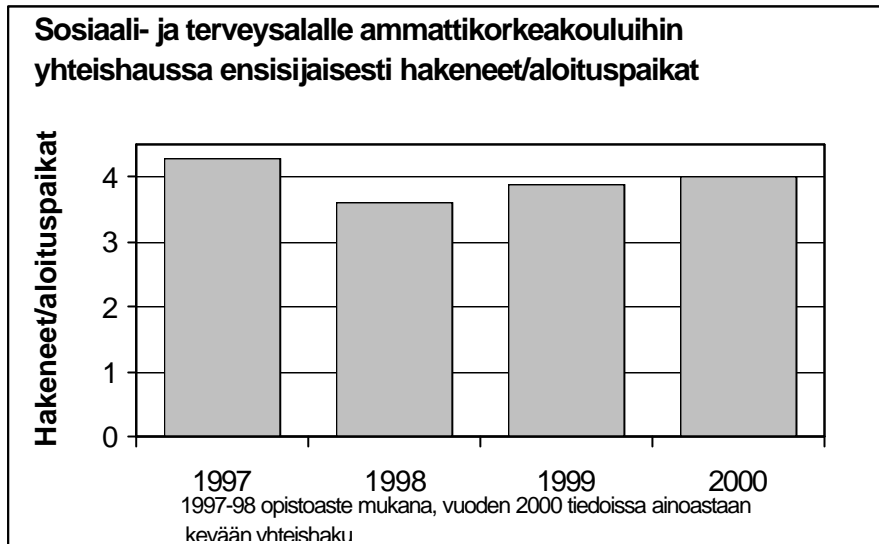


Kuvio 5. Sosiaali- ja terveysalan aloituspaikat ammattikorkeakouluissa.

Myös ammattikorkeakouluissa sosiaali- ja terveysalan koulutus on ollut erittäin suosittua. Ammattikorkeakoulujen yhteishaussa opiskelupaikkaa haki vuonna 1999 yhteensä lähes 75 000 henkilöä. Näistä ensisijaisesti sosiaali- ja terveysalan opintoalalle opiskelemaan haki noin 19 600 henkilöä. Enemmän hakijoita oli vain kaupan ja hallinnon opintoalalle, minne opiskelemaan pyrki noin 20 200 henkilöä. Ammattikorkeakoulujen yhteishaussa on valittavana kaiken kaikkiaan 30 opintoalaa.

Viime vuosina on yhteishaussa yhtä aloituspaikkaa kohden ollut noin neljä alalle ensisijaisesti hakenutta. Vuonna 1999 ensisijaisesti sosiaali- ja terveysalalle ammattikorkeakouluihin haki 3,9 henkilöä yhtä aloituspaikkaa kohden. Opintoaloista puutarhatalouden, kalatalouden, graafisen alan, merenkulkualan, hotelli- ja ravintola-alan, kauneudenhoitoalan, viestintä- ja kuvataidealan, vapaa-ajan toiminnan ja liikunta-alan opintoaloille on ollut ensisijaisia hakijoita enemmän kuin sosiaali- ja terveysalalle. Sosiaali- ja terveysalalle hake-neista noin 80 % on ollut naisia.

⁶⁶ Opistoasteelle otettiin opiskelijoita viimeisen kerran vuonna 1998.



Kuvio 6. Sosiaali- ja terveysalalla ammattikorkeakouluihin yhteishaussa ensisijaisesti hakeneet / aloituspaikat.

Ammattikorkeakouluihin yhteishaussa vuonna 1999 sosiaali- ja terveysalalle hakeneiden koulumenestys aikaisemmissa opinnoissa⁶⁷ on ollut jonkin verran parempi kuin muille opintoaloille hakeneiden keskimäärin (kuviot 7). Alan täyttöaste ammattikorkeakouluissa on ollut hyvä, eli aloituspaikkoja ei ole jäänyt tyhjiksi. Vastaava tilanne on tyypillinen myös ammattikorkeakoulujen muilla opintoaloilla.



Kuvio 7. Ammattikorkeakouluihin vuonna 1999 yhteishaussa hakeneet koulumenestyksen mukaan.

⁶⁷ Lukion oppimäärä, opistoasteen tai ammatillisen korkea-asteen tutkinto tai vähintään kolmivuotinen ammatillinen perustutkinto.

4.2.3. Yliopistokoulutus⁶⁸

Sosiaali- ja terveystieteiden opiskelemaan hyväksytyjen määrä on kasvanut vuodesta 1997 vuoteen 2000. Lääketieteellisessä tiedekunnassa lisäys on ollut 40 %. Hammaslääketiedettä, farmasiaa ja psykologiaa opiskelemaan on vuonna 2000 hyväksytty vajaat 20 % enemmän opiskelijoita kuin vuonna 1997 ja terveystieteessä kasvu on ollut noin seitsemän prosenttia.

Psykologiaa opiskelemaan on vuosina 1997 – 2000 hakenut keskimäärin 2 500 opiskelijaa joka vuosi. Hakijoista noin kahdeksan prosenttia on hyväksytty opiskelemaan. Vuonna 2000 uusia opiskelijoita otettiin runsaat 200. Heistä oli naisia noin 86 %. (Liitekuvio 2. Liite 3.)

Terveystieteelliseen koulutukseen hakijoita on viime vuosina ollut vuosittain 1 400 – 2 300, joista opiskelemaan on hyväksytty keskimäärin runsaat 20 %. Viime vuonna uusia opiskelijoita hyväksyttiin opiskelemaan noin 370. Opiskelupaikan saaneista 93 % oli naisia. (Liitekuvio 3. Liite 3.)

Lääketieteelliseen tiedekuntaan pyrkijöitä on ollut vuosittain keskimäärin 2 500 henkilöä. Heistä opiskelupaikan on saanut vajaat 20 %. Hammaslääketiedettä opiskelemaan on hakenut 120 – 240 henkilöä, joista opiskelemaan on hyväksytty noin 35 %. Vuonna 2000 lääketieteelliseen tiedekuntaan hyväksyttiin runsaat 500 henkilöä, joista 70 % oli naisia. Hammaslääketiedettä opiskelemaan otettiin noin 80 uutta opiskelijaa. Heistä 66 % oli naisia. Lääketieteellistä koulutusta on jo tehtyjen päätösten nojalla lisätty. (Liitekuviot 4 ja 5. Liite 3.)

Farmasiaa (farmaseutin ja proviisorin tutkintoja) opiskelemaan on viime vuosina hakenut 850 – 1 400 henkilöä, ja opiskelupaikan on heistä saanut noin 40 %. Farmasiaa opiskelemaan hyväksyttiin vuonna 2000 vajaa 500 opiskelijaa. Naisten osuus hyväksytyistä oli 90 %. Farmasian koulutusta on myös jo tehtyjen päätösten nojalla lisätty. (Liitekuviot 6. Liite 3.)

4.3. Työelämän ja perhe-elämän yhdistämistarpeet

Sosiaali- ja terveydenhuolto ovat poikkeuksellisen naisvaltaisia toimialoja. Kaikista työllisistä naisista 24 prosenttia eli joka 4:s on töissä sosiaali- ja terveystieteillä. Sosiaalialan työllisistä 91,6 % ja terveystieteiden työllisistä 86,3 % on naisia.

Kunta-alalla vakinaisen henkilöstön keski-ikä oli vuonna 1999 terveydenhuollossa 45,7 vuotta ja sosiaalitoimessa 44,6 vuotta. Työvoimaa rekrytoitaessa naisvaltaisille aloille tulisi kiinnittää huomiota tasapuolisesti molempien sukupuolten työhönnottoon sekä myös keski-ikäisen työvoiman hankintaan. Ammattitaitoisella, 45 -vuotiaalla työhönsä motivoituneella työntekijällä on 20 aktiivista työvuotta ennen työeläkeikää.

⁶⁸ ”Hakeneissa, valintakokeisiin osallistuneissa ja hyväksytyissä henkilö on vain yhteen kertaan yliopiston koulutusalan kannalta. Uusissa opiskelijoissa sama henkilö on vain kerran koko yliopistolaitoksen kannalta. Määrittelyt ovat käytössä vuodesta 1999 lähtien. Tätä aiempien vuosien tietomäärittelyt poikkeavat hieman. Muutoksen taustalla on valtakunnallisen hakija- ja opinto-oikeusjärjestelmän käyttöönotto.” (Lähde: OPM:n Kota-tietokanta.)

Sosiaalitoimen ja terveydenhuollon kunnallisesta henkilöstöstä noin 12 % on osa-aikatyössä. Keskimääräinen viikkotyöaika on 25 tuntia. Osa-aikatyötä tekeviä ovat osa-aikaisessa virassa tai toimessa työskentelevien lisäksi osittaisella hoitovapaalla, osakaellaäkkeellä ja osa-aikalisällä oleva henkilöstö.

Kansantaloudessa yleisenä tavoitteena on työttömyyden alentaminen ja työllisyysasteen nostaminen. Henkilöstön moninaiset lainsäädäntöön tai virka- ja työehtosopimuksiin perustuvat oikeudet jäädä työstä pois määräajoiksi lyhentävät elämänaikaista kokonaistyöpanosta eivätkä nosta työllisyysastetta mutta voivat pidentää kokonaistyöpanosta. Vakinaisen henkilöstön poissaolon aikana määräaikaiset sijaiset turvaavat palvelujen saatavuuden ja toiminnan sujumisen mutta eivät nosta kokonaistyöpanosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon naisvaltaisilla aloilla poissaolot liittyvät muita aloja enemmän lapsen syntymään ja hoitoon sekä vuorotteluvapaaseen. Nämä poissaolot ovat kuitenkin tärkeitä koko yhteiskunnan kannalta. Erilaiset perhepoliittiset vapaat ja muu työelämää säätelevä kansallinen tai EU-tason lainsäädäntö, eläkelainsäädäntö tai virka- ja työehtosopimusten määräykset vaikuttavat työkäisen ja työllisen työvoiman käyttäytymiseen (työhön hakeutumiseen ja työssä pysymiseen) ja/tai eläkkeelle siirtymiseen, mutta muutosten ennakointi useampia vuosia etukäteen on lähes mahdotonta.

On esitetty arvioita, että työllisyysasteen nostaminen täyttäisi osan ennakoitusta työvoimatarpeesta, mutta se edellyttäisi tällä hetkellä työelämän ulkopuolella oleville henkilöille suunnattua mittavaa uudelleen-, jatko- tai täydennyskoulutusta sekä työhön perehdyttämistä. Työelämän kehitys edellyttää myös työssä olevan henkilöstön jatkuvaa oppimista ja koulutautumista sen eri muodoissa (työpaikkakoulutus, täydennys-, jatko- ja uudelleen-koulutus). Työelämän tarpeita vastaava aikuiskoulutus on otettava huomioon myös koulutuksen mitoituksessa ja rahoituksessa.

Sosiaali- ja terveysalan naisvaltaisuuden on perinteellisiä syitä. Hoiva- ja huolenpitotehtävät ovat kuuluneet perheidenkin työnjaossa yleensä naisille. Erityisesti sosiaalialalla koulutusvaatimukset ovat olleet vähäisiä, onhan alan työvoimasta runsas 20 prosenttia sellaisia, joilla ei ole ammatillista tutkintoa lainkaan tai tutkinto on tuntematon. Sosiaalialalle on myös luotu tehtäviä, kuten perhepäivähoitajan työ, jotka rakentuvat naisten luontaisille elämäntilanteille – vaiheeseen, jolloin nainen on kotona omia lapsiaan hoitamassa ja hoitaa samalla muutamia vieraita lapsia – mutta myös vastaavat palvelujärjestelmän jouston tarpeisiin. Niinpä laman aikana vaille työtä jäivät juuri vähän koulutusta saaneet ryhmät ja perhepäivähoito tarjosi joustoa palvelurakenteeseen, kun päivähoitossa tarvittiin supistuksia. Pelkät perinteet eivät kuitenkaan selitä naisten suurta määrää. Lääkärikoulutus oli meillä vuosikymmeniä hyvin miesvaltaista, kunnes alan naisistuminen tapahtui nopeasti 1990-luvulla.

Palvelutehtäviin tarvitaan myös miehiä, jotta palvelut paremmin vastaisivat asiakkaiden tarpeisiin. Terveyspalvelujen tarpeestaan huolimatta miehet kääntyvät terveyspalvelujen puoleen vähemmän kuin naiset. Miesten ongelmiin voisivat miestyöntekijät tarjota luontevamman kanavan. On väitetty, että niin kauan kuin hoidon ja hoivan kieli on naisten kieltä, mies ei tule oikealla tavalla ymmärretyksi eikä autetuksi. Alalla on runsaasti myös työtä vaarallisten ja vaikeahoitoisten asiakkaiden kanssa, joissa fyysinen voima voi olla tarpeellista.

Naisten suuri määrä sosiaali- ja terveysalan työssä tekee luonnolliseksi sen, että syntyy myös ns. `naistaukoja`. Nuoremmat työntekijät käyttävät vanhempainlomiamia. Työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen ei kuitenkaan koske vain vanhempainlomavaihetta ja mahdol-

lista hoitovapaata, vaan pienen lapsen kanssa kasvaminen on pitkä jakso, joka näkyy työajan lyhentämisen, sairaan lapsen hoitamisen sekä päivystyksestä ja yötyöstä luopumisen tarpeina. Perhevapaiden käyttöä on kuvattu taulukossa 13. Liitetaulukossa 1. (liite 4.) on samaa kuvattu myös ammattitehtäin.

Taulukko 13. Kuntien palveluksessa olevien työntekijöiden perhevapaiden käyttö sosiaali- ja terveysalan ammateissa.⁶⁹

	Henkilöiden lukumäärä	
	31.10.1997	31.10.1998
Äitiys- ja erityisäitiysloma	1 533	1 462
Vanhempainloma	1 918	1 832
Hoitovapaa (vanhempainlomaa seuraava)	3 042	2 909
Yhteensä	6 493	6 203

Osana vuosille 2001 – 2002 sovittua tulopoliittista sopimusta työmarkkinakeskusjärjestöt esittivät, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää kolmikantaisen selvityksen työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen liittyvistä kysymyksistä. Selvitystyön määräaika on 31.5.2001. Tämä selvitystyö keskittyy mahdollisuuksiin toteuttaa ns. isän kuukausi, pitää äitiys- ja vanhempainvapaa osa-aikaisena sekä työnantajille perhevapaista aiheutuviin kustannuksiin. Jatkossa työn ja perheen yhteensovittamisen kehittämistä kaipaavia kohteita ovat mm. pienten koululaisten iltapäivähoidon vakiinnuttaminen sekä tulevaisuudessa kasvavana haasteena ikääntyvistä vanhemmistaan huolehtivien työntekijöiden tukeminen esim. hoitovapaan tyyppisin keinoin. Näiden alueiden kehittäminen lisää työvoimatarvetta.

Stakesissa vuosina 1996 - 2000 toteutetun Työelämän ja perhe-elämän yhteensovittaminen -hankkeen tulosten perusteella työn ja perheen yhteensovittamisen kehittäminen parantaa työntekijöiden jaksamista ja työpaikan ilmapiiriä ja on myös keino tehdä yritystä houkuttelevaksi työpaikkana. Työn aikapaineet varsinkin asiakastyössä asettavat erityisvaatimuksia joustavuudelle työn ja perheen yhteensovittamisessa.

Henkilöstön ikärakenne liittyy osaltaan myös siihen, että työntekijöistä osa toimii jo nykyään omien ikääntyvien vanhempiensa jokapäiväisen selviytymisen apuna. Tämä työn ja perheen yhteensovittamisen osa-alue on tulevaisuudessa yhä merkittävämpi, mikä painottaa työn ja perheen yhteensovittamiseen paneutumisen merkitystä työyhteisöissä ei ainoastaan pienten lasten vanhempia vaan myös muita työntekijäryhmiä koskettavana asiana. Työn ja perheen yhteensovittamisen työpaikkakohtaisten käytäntöjen edistäminen tukee pyrkimyksiä työvoiman turvaamiseen.

4.4. Työhyvinvointi

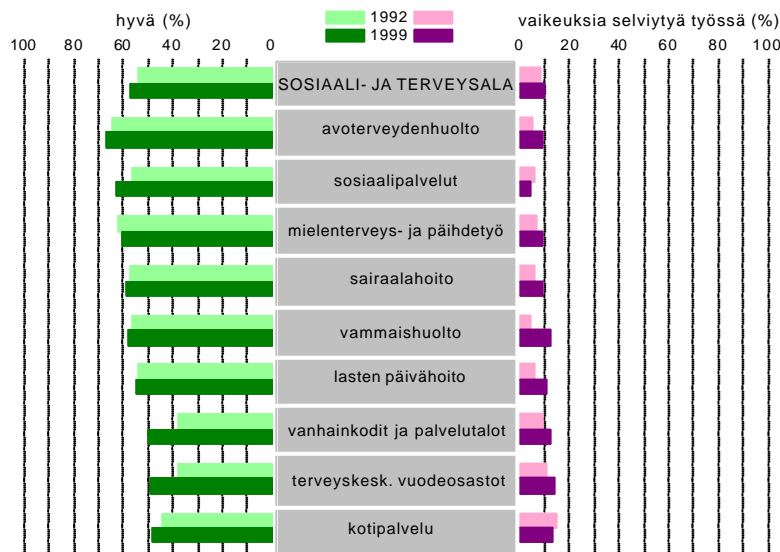
Lähivuosina inhimillisistä resursseista huolehtiminen tulee entistä tärkeämmäksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ikääntyvä henkilöstö joutuu vastaamaan väestön ikääntymisestä johtuvaan palvelutarpeeseen. Näin ollen työntekijöiden työkyvystä ja -hyvinvoinnista huolehtiminen tulee olemaan merkittävässä asemassa työnantajan strategiavalinnoissa. Palvelujen järjestämisvelvoitteen toteuttaminen edellyttää, että kunnissa pidetään kiinni nykyisestä henkilöstöstä ja koetetaan vähentää ennen aikaiselle eläkkeelle siirtymistä. Henkilöstöpolitiikka nousee keskeiseksi kehittämisalueeksi, joka kattaa toimenpiteet työn kuormittavuuden

⁶⁹ Kuntien eläkevakuutus 2001.

seuraamiseksi, henkilöstön jaksamisen tukemiseksi, henkilöstön kehittämiseksi sekä perhe- ja työelämän yhteensovittamiseksi. Henkilöstön työhyvinvoinnin ylläpitäminen edellyttää voimakasta panostamista operatiivisen johtamisen menetelmien kehittämiseen ja vahvistamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä.⁷⁰

Kuntien tehtävänä on vastata siitä, että palveluja tarjotaan siinä laajuudessa, missä kunnassa ilmenevä tarve sitä edellyttää. Peruspalveluiden riittävyyden kannalta ratkaisevia tekijöitä ovat henkilökunnan määrä, ammatillinen perus- ja lisäkoulutus sekä työntekijöiden työmotivaatio. Johtamista ja henkilöstön vaikutusmahdollisuuksia koskevien tutkimusten mukaan työtyytyvyyteen vaikuttavat tekijät liittyvät ennen muita työntekijöiden mahdollisuuksiin vaikuttaa oman työnsä hallintaan ja kehittämiseen, joustaviin työaika- ja työjärjestelyihin sekä avoimeen työilmapiiriin. Hyviksi arvioitujen ratkaisujen käyttöön ottamista voidaan tukea myös työterveyshuollon ja yhteistoimintamenettelyn keinoin.

Työterveyslaitoksen vuonna 1999 tekemän tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöistä noin 10 %:lla oli vaikeuksia suoritua työn fyysisistä vaatimuksista ja lähes yhtä usealla työn henkistä vaatimuksista. Rasittavimmaksi työ koettiin kotipalvelussa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla, joissa painottuvat perushoito ja hoivapalvelut (kuvio 8). Työ koettiin henkisesti rasittavimmaksi mielenterveys- ja päihdetyössä sekä sosiaalipalveluissa, joissa asiakkaiden moniongelmaisuus lisäsi työn kuormittavuutta.



Kuva 33. Fyysinen työkyky toimintasektoreittain vuosina 1992 ja 1999

Kuvio 8. Fyysinen työkyky toimintasektoreittain sosiaali- ja terveydenhuollossa vuosina 1992 ja 1999.⁷¹

Edellä mainitun Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan suuret asiakasmäärät olivat aikaisempaa suurempi kuormitustekijä lähes kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien mielestä, ja työntekijöiden määrä koettiin liian pieneksi tehtäviin nähden. Vaikka asiakkaiden määrä on kasvanut, toiminnan tasoa pyritään pitämään ennallaan, sillä työtyy-

⁷⁰ Ks. Vuorento R. (toim.). Kuntien työvoima ja henkilöstö. Suomen Kuntaliitto, 2001.

⁷¹ Wickström G, Laine M, Pentti J, Elovainio M, Lindström K. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - muutokset 1990-luvulla. Työterveyslaitos. Helsinki, 2000.

tyväisyys riippuu suuresti asiakkaiden tyytyväisyydestä. Työmäärän lisääntyessä tämä johtaa henkilöstön kuormituksen lisääntymiseen ja jatkuessaan ylikuormitukseen. Henkilöstön uupuminen näkyi tutkimuksessa myös sekä pitkien että lyhyiden sairaslomien lisääntymisenä viime vuosina.

Työntekijöiden hyvinvoinnin ylläpitämistä tuetaan myös sosiaali- ja terveysministeriön toimenpitein ja eri hallinnonalojen yhteistyönä toteutettavien valtakunnallisten kehittämissankkeiden avulla. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan vuosille 2000 – 2003 perustuen sosiaali- ja terveysministeriö tukee alan täydennyskoulutusta erillisen määrärahan avulla ja kunnille laaditaan suosituksia henkilöstön mitoitusperusteista ainakin heikoimpien asiakasryhmien palveluita varten. Kansallisen Ikäohjelman⁷² puitteissa on käynnissä lukuisia hankkeita ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi. Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelman 2000 – 2003 tavoitteena on parantaa työhyvinvointia työpaikoilla levittämällä hyviä käytäntöjä ja käynnistämällä kehittämissankkeita⁷³. Työterveyslaitoksen 1999 – 2002 toimeenpaneman Työolot, työkyky ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla -toimintaohjelman tavoitteena on koota keskeinen tieto alan työn muuttumista sekä sen vaikutuksista työyhteisöjen toimivuuteen ja työntekijöiden työkykyyn ja hyvinvointiin sekä ammatillisen perus- ja jatkokoulutuksen kehittämiseen⁷⁴. Työterveyslaitos tukee ohjelman avulla myös sosiaali- ja terveydenhuoltoyksiköiden kehittämistyötä.

4.5. Sosiaali- ja terveysalan täydennyskoulutus

Työelämän muutokset ja tiedon lisääntyminen korostavat entisestään ammatillisten valmiuksien jatkuvaa kehittämistä. Täydennys- ja lisäkoulutuksella on useita tehtäviä, kuten pitää ajan tasalla ja kehittää työntekijöiden tietoja ja osaamista, parantaa palveluiden laatua ja vaikuttavuutta, edistää toiminnan kehitystavoitteiden ja muutosprosessien läpiviemistä sekä ehkäistä työuupumusta. Koulutustarpeet liittyvät usein palvelurakenteen ja toiminnan muutoksiin, mitkä vaativat työn uudelleen organisointia ja sisällöllistä kehittämistä. Lisäksi eri-ikäisten palvelujen käyttäjien yhä moninaisemmat ongelmat saavat aikaan täydennys- ja lisäkoulutustarpeita. Tarvitaan informatiivista koulutusta, työkäytäntöjä ja osaamista uudistavaa koulutusta sekä sellaista koulutusta, joka edistää omasta työstä ja kokemuksesta nousevaa tiedonmuodostusta.

Vaikka alan ammatillista täydennys- ja lisäkoulutusta on tarjolla paljon, selvitysten mukaan koulutuksen toteutus on usein pirstoutunutta ja koordinoimatonta, eikä se näin ollen tue riittävästi työn ja työntekijän kehittämistä. Alan erityislainsäädäntö ei myöskään ole edistänyt täydennyskoulutuksen toteutumista. Opetusministeriön ammatillisen lisäkoulutuksen rahoitusjärjestelmä uudistettiin vuoden 2001 alusta, jolloin rahoitus liitettiin osaksi opetus- ja kulttuuritoimen laskennallista valtionosuusjärjestelmää (HE 144/2000 vp). Ei-tutkintoon tähtäävä ammatillinen lisä- ja täydennyskoulutus eivät ole tämän rahoituksen piirissä. Opetusministeriön asettama parlamentaarinen aikuiskoulutustyöryhmä selvittää vuoden 2002 tammikuun loppuun mennessä aikuiskoulutuksen tavoitteita, rahoitusta sekä koulutuksen kysynnän ja tarjonnan yhteensovittamista⁷⁵.

⁷² www.ikaohjelma.net

⁷³ www.mol.fi

⁷⁴ www.occuphealth.fi

⁷⁵ www.minedu.fi

Eri puolilla maata on käynnissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikka-, täydennys- ja lisäkoulutukseen liittyvää kehittämistyötä, jonka avulla tuetaan sosiaali- ja terveystalvveluiden toimivuutta ja laadunhallintaa sekä työntekijöiden asiantuntijuuden ja tehtäväkuvien kehitystä⁷⁶. Henkilöstön kehittäminen edellyttää systemaattista ja pitkäjänteistä toimipaikkakoulutusta sekä täydennyskoulutuksen suunnittelun, toteutuksen ja seurannan alueellista koordinoimtia työelämän ja koulutuksen järjestäjien yhteistyönä. Toimipaikka-, täydennys- ja lisäkoulutusta tulee kehittää arvioimalla toteutetun koulutuksen laatua ja erilaisten koulutusmallien vaikuttavuutta.

⁷⁶ Ks. Terveystenhuollon ammatillisten valmiuksien kehittäminen työelämässä – SUEd-malli terveystalvveluiden laadunhallinnan perustana. Sosiaali- ja terveystministeriö. Terveystenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Monisteita 2000:16.

5. Työmarkkinat ja ammattirakenne

Työvoimatarjontaa säätelevät myös muut kuin edellisessä luvussa käsitellyt tekijät. Tässä luvussa keskitytään erityisesti työvoiman määrällisiin ulottuvuuksiin sekä sosiaali- ja terveysalan 1990-luvun kehitykseen. Vuosikymmenen alun lievä kasvu henkilöstön kokonaismäärässä ja laman aikana tapahtunut lievä määrällinen pieneneminen eivät ole tuoneet dramaattisia muutoksia kokonaismäärään. Sen sijaan pitkään jatkunut alan työvoimapula muuttui 1990-luvulla työttömyydeksi, joka terveysalalla on kuitenkin pienentynyt nopeasti mutta sosiaalialalla näyttää jääneen vielä yleistä työttömyyttä korkeammaksi. Luvussa eritellään lisäksi henkilöstön vaihtuvuutta yleensä, vaihtuvuutta eri alojen välillä sekä alueellisia siirtymiä. Kasvukeskusten vetovoima ei vielä uuden muuttoliikkeen aikana näytä ulottuvan näille toimialoille. Merkittävä ilmiö on alan ikärakenne. Henkilöstön keski-ikä nousee jatkuvasti, joten on syytä puhua ikääntyvästä henkilöstöstä. Ikääntymiskehitystä seuraa merkittävä eläkkeelle siirtyminen. Arvion mukaan kuntasektorilta siirtyisi eläkkeelle tällä vuosikymmenellä 49 000 - 55 000 sosiaali- ja terveysalalla työskentelevää henkilöä. Eläkkeelle siirtyminen tulee olemaan tätäkin suurempaa vuoden 2010 jälkeen.

5.1. Työvoiman rakenne

5.1.1. Henkilöstön kokonaismäärä

Suomen työllisestä työvoimasta vuoden 1999 lopussa (2 170 000 henkeä) oli työssä sosiaali- ja terveydenhuollossa 13 % eli runsaat 290 000 henkeä. Koko maan työllisistä naisista työskenteli sosiaali- ja terveydenhuollossa joka neljäs (24%). Miesten vastaava osuus on noin 3 %. Kaikista työllisistä naisia oli noin 49 %, mutta sosiaali- ja terveydenhuollossa osuus oli selvästi korkeampi (89 %). (Taulukko 14).

Taulukko 14. Työlliset 31.12.1999 - kaikki yhteensä ja sosiaali- ja terveydenhuollossa, %.

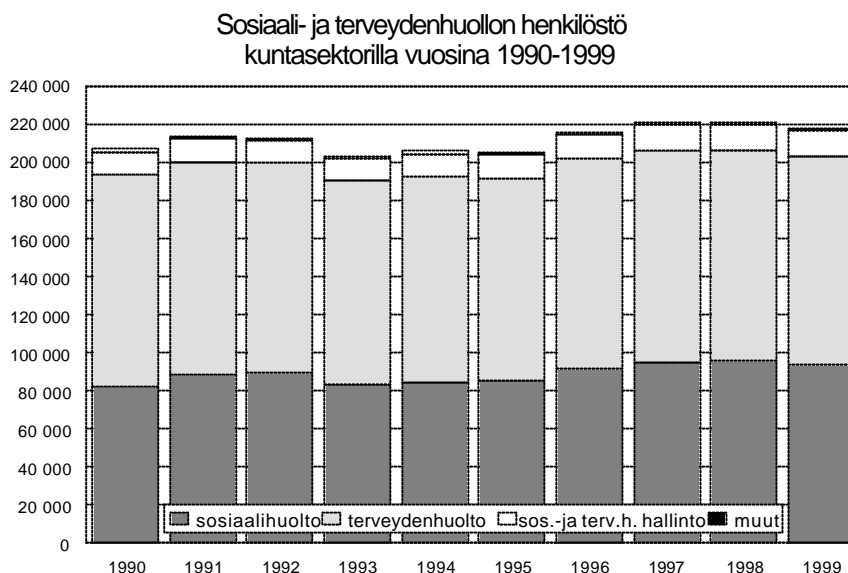
	Työllisiä	
	Kaikki yhteensä N=2 170 000	Sosiaali- ja terveydenhuolto N= 291 300
Naiset	49	89
Miehet	51	11
Yhteensä	100	100

Lähde: Tilastokeskus, Työssäkäyntitilasto

Sosiaali- ja terveydenhuollon koko henkilöstöstä 80 - 85 % työskentelee julkisella sektorilla, lähinnä kunnissa ja kuntayhtymissä. Muutamilla aloilla osuus on tätä pienempi. Näitä ovat esimerkiksi työterveyshuolto ja hammashuolto, joissa henkilöstöstä noin puolet on yksityisellä sektorilla. (Liitetaulukot 2 ja 3. Liite 4.)

Julkisella sektorilla henkilöstön määrä pysyi 1990-luvulla kokonaisuudessaan suurinpiirtein samana. Vuosikymmenen alussa henkilöstömäärä ensin kasvoi, laman aikana se laski jonkin verran ja vuosikymmenen lopulla kasvoi jälleen. Kuntasektorin henkilöstön kokonaismäärä ei ole muuttunut, ja työssä olevien määrä on osittain noussut virkavapaalla olevien määrän laskiessa. (Kuvio 9.)

Jos otetaan mukaan myös yksityinen sektori, työvoiman määrä Työssäkäyntilaston mukaan kasvoi aivan vuosikymmenen loppupuolella. Kasvulukuihin vaikuttaa osittain myös tilastointitavan muutos. (Liitetaulukko 2. Liite 4.)



Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri.

Kuvio 9. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö kuntasektorilla 1990 – 1999.

Sosiaalihuollon henkilöstömäärä kasvoi ja terveydenhuollon pysyi lukumääräisesti suurin piirtein ennallaan 1990-luvulla. Sosiaalihuollon henkilöstöä kasvatti erityisesti lasten päivähoidon henkilöstömäärän kasvu. Muut sektorit sosiaalihuollossa pysyivät suunnilleen ennallaan. Hallinnon osuus, joka aina on ollut pieni, pysyi suunnilleen vakiona 1990-luvulla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammateista suurin osa kuuluu terveyden- ja sairaanhoidon ammatteihin ja noin neljäsosa edustaa muita ammatteja kuten esim. toimisto-, opetus-, ja keittiötöitä. Toiseksi suurin ryhmä on sosiaalialan työt. Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon henkilöstömäärän kasvu oli ammattitain tarkasteltuna saman suuntainen kuin tehtävälueittainkin. (Taulukko 15, myös liitetaulukot 4 ja 5)

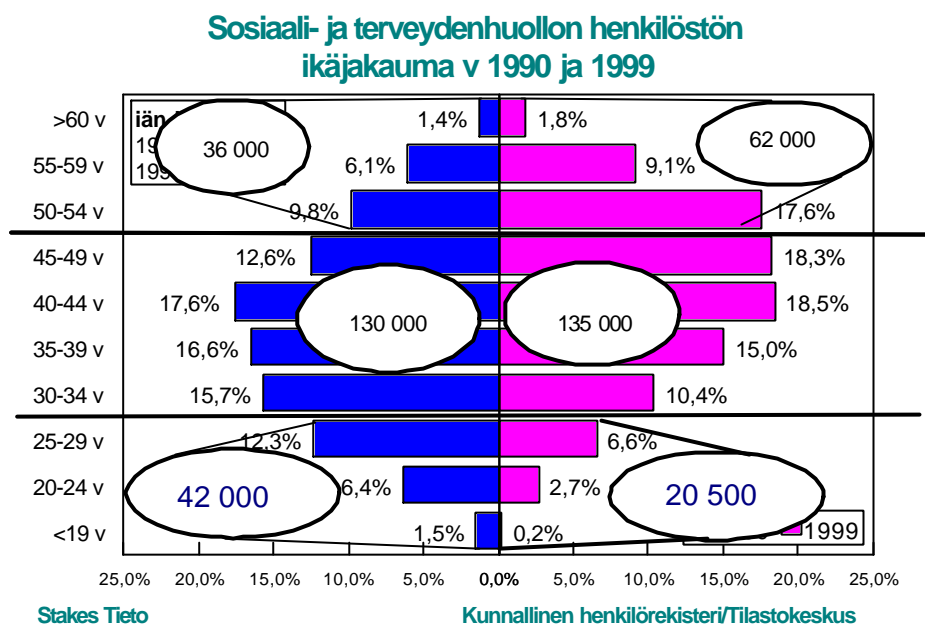
Taulukko 15. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä ammattiryhmittäin 1990, 1995 ja 1999.

	1990	1995	1999
Terveyden- ja sairaudenhoitotyö	89 100	88 500	91 700
Sosiaalialan työ	51 000	54 000	60 200
Muut terveyden- ja sairaudenhoidon ja sosiaalialan työt	10 600	10 000	10 500
Opetusalaan kuuluva työ	6 400	8 200	9 800
Sihteri- ja konekirjoitustyö ja muut toimistopalvelut	16 300	15 500	15 300
Hotelli-, ravintola- ja suurtaloustyö	18 300	15 700	14 600
Muut työt	16 300	13 200	15 400
Yhteensä	208 000	205 100	217 400

Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri.

5.1.2. Henkilöstön ikärakenne

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ikärakenne muuttui 1990-luvulla. Yli 49-vuotiaitten osuus kasvoi ja alle 30-vuotiaitten osuus pieneni huomattavasti. Tämä johti alalla työssäolevien keski-ään huomattavaan nousuun. Rakenteen muutos selittyy sillä, että uutta työvoimaa ei rekrytoitu nuorissa ikäluokissa. Heidän prosenttiosuutensa ja lukumääränsä väheni huomattavasti 1990-luvulla. (Kuvio 10.) Henkilöstön keski-ikä oli vuonna 1990 38,9 vuotta ja vuonna 1999 43,0 vuotta.



Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri.

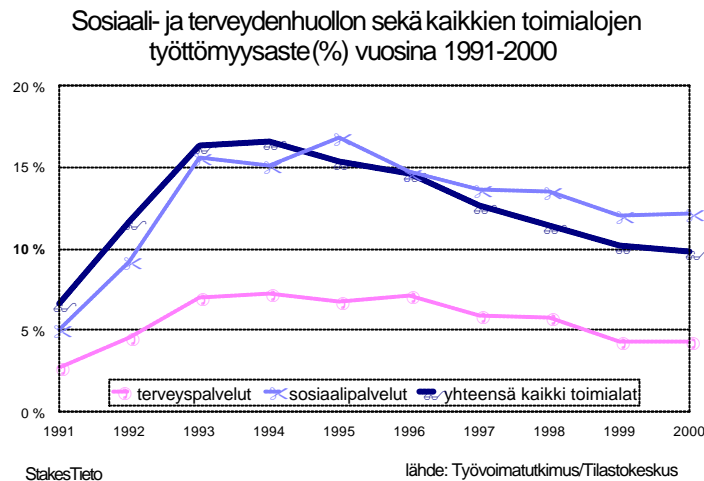
Kuvio 10. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ikäjakauma 1990 ja 1999.

5.2. Työtön työvoima ja keinoja työttömyyden vähentämiseksi

Sosiaali- ja terveyspalveluissa 1980-lukua leimasi laaja työvoimapula, johon etsittiin erilaisia ratkaisuja ja keskusteltiin ulkomaisen työvoiman rekrytoinnista. Laman tullen tilanne muuttui nopeasti, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon työttömyysaste pysyikin 1990-luvun alussa muita toimialoja alempana (kuviot 11.). Terveydenhuollon työttömyys on ollut alempi kuin sosiaalihuollon. Vaikka terveydenhuollon työttömyys kasvoi jonkin verran 1990-luvun loppupuolelle saakka, merkille pantavaa on ollut se, että työttömyys on yleensä kestänyt vain lyhyitä jaksoja kerrallaan. Myös sosiaalipalveluissa työttömyysaste 1990-luvun puolivälin jälkeen kääntyi laskuun, mutta lasku on muihin toimialoihin verrattuna ollut keskimääräistä hitaampaa. Vuonna 2000 sosiaalipalveluiden työttömyysaste oli edelleen keskimääräistä korkeampi. Yhtenä selityksenä on sosiaalipalveluissa toimineiden henkilöiden vähäinen tai puuttuva koulutus. Pohjois-Karjalassa tehdyn selvityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työttömistä työnhakijoista 41 % oli toisen asteen tai sitä vastaavan tutkinnon suorittaneita, 16 % opisto-/ammattikorkeakoulutasoisen tutkinnon ja 1 %

ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita⁷⁷. Loput 42 % oli sellaisia, joilta puuttui ammatillinen tutkinto kokonaan tai joiden koulutus oli toisen asteen tutkintoa alempi.

Tilastokeskuksen vuoden 2000 keskiarvotietojen mukaan terveystalveluissa oli 7 300 (4,3 %) työtöntä ja sosiaalitalveluissa 22 600 (12,2 %) (kuvio 11). Tilastokeskuksen mukaan naisten työttömyysaste oli terveystalveluissa 4,4 % (6 500) ja sosiaalitalveluissa 11,2 % (18 800) vuonna 2000. Miesten työttömyysaste oli vastaavasti terveystalveluissa 3,4 % (800) ja sosiaalitalveluissa 21,7 % (3 800).



Kuvio 11. Terveystalvelujen, sosiaalitalvelujen ja kaikkien toimialojen keskimääräinen työttömyysaste vuosina 1991 – 2000.⁷⁸

Työministeriön vuoden 2000 ensimmäistä neljää kuukautta koskevien tilastojen mukaan määrällisesti suurimmat työttömät työnhakijaryhmät terveydenhuollossa olivat sairaanhoitajat ja perushoitajat sekä sosiaalihuollossa perhepäivähoitajat, lastenhoitajat ja kodinhoitajat. Nämä samat ammattiryhmät ovat myös työssä olevien suurimmat ammattiryhmät. Alan yliopistollisen koulutuksen saaneita oli työttöminä vain vähän.

Työttömän työvoiman työllistämiseksi toteutettiin vuosina 1996 – 1997 määräaikainen työvuorottelukokeilu, jota jatkettiin aluksi vuoden 1998 alusta vuoden 2000 loppuun ja edelleen vuoden 2002 loppuun (1247/2000). Kokeiluajana lakia sovelletaan myös sellaisiin vuorotteluvapaisiin, joita koskeva sopimus tehdään lain voimassa ollessa ja jotka pidetään vuoden 2003 loppuun mennessä. Vuorotteluvapaakokeilun päätavoite oli vaikeasta työttömyystilanteesta johtuen työvoimapolitiittinen. Kokeilusta päätettäessä vuonna 1995 keskimääräinen työttömyysaste oli 15,4 %. Kokeilun aikana työttömyysaste aleni jatkuvasti. Kokeilun avulla pyrittiin luomaan työtilaisuuksia erityisesti nuorille ja pitkäaikaistyöttömille sekä kehittämään ja ylläpitämään heidän työtaitoaan. Työssä olevalle työvuorottelu mahdollisti työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen sekä koulutuksen ja kuntoutuksen aiempaa paremmin.

⁷⁷ Holopainen A, Hakulinen T. Sosiaali- ja terveysalalle tarvitaan lisää työvoimaa. Työvoiman määrällinen ennakointi Pohjois-Karjalan maakunnassa. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisu C: Tiedotteita 6. Joensuu, 2000.

⁷⁸ Tilastokeskuksen työvoimatutkimus vuosilta 1998, 1999, 2000, 2001. Tilastokeskus suorittaa tiedonkeruun kuukausittain tekemällä joka viikko otostutkimukset, joiden perusteella lasketaan keskimääräinen kuukausitieto. Vuositieto muodostuu laskemalla kuukausitiedot yhteen ja jakamalla summa luvulla 12. Lopputuloksena saadaan keskimääräinen kuukausitieto vuodessa.

Työministeriön 1999 asettama kolmikantainen seurantaryhmä arvioi työvuorottelujärjestelmän toimivuutta ja vaikuttavuutta. Vuodesta 1996 alkaen lähes 37 000 henkilöä on jäänyt vuorotteluvapaalle. Yleisimmin vapaata on käytetty opetus- sekä sosiaali- ja terveystoimessa kuntasektorilla. Järjestelmää hyödynsivät eniten toimihenkilötyössä olevat korkeakoulutuksen tai hyvän keskiasteen koulutuksen saaneet. Vuorottelupaikkaan välitetyistä vain pieni osa oli sellaisia, joiden työttömyys oli kestänyt yli vuoden. Pitkäaikaistyöttömien osuus vuorottelupaikkaan välitetyistä laski kokeilun aikana. Opiskelu vuorotteluvapaan aikana oli yleistä. Työnantajat arvostivat uuden työvoiman rekrytointimahdollisuuksia ja sijaisjärjestelyjen joustavuutta.

Osana valtakunnallista SoTeKeKo -projektia⁷⁹ (vuosina 1995-1998) kehitettiin mallia työttömien sosiaali- ja terveyshuollon työntekijöiden osaamisen ylläpitämiseksi (Kymenlaakson ammattikorkeakoulu). Hankkeen yhteistyötahoina olivat alueen sosiaali- ja terveysalan koulutusorganisaatiot, Etelä-Suomen lääninhallitus, työvoimahallinto, Kymenlaakson liitto, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri sekä sosiaali- ja terveystoimen yksiköitä. Karuselli-projektissa työssä olevat ja työttömät terveydenhuollon ammattihenkilöt osallistuivat sekä tietopuoliseen koulutukseen että käytännön harjoitteluun vuorotellen. Kun työssä olevat olivat tietopuolisessa koulutuksessa, heidän tilallaan työyhteisöissä oli kaksi (kutakin työssä olevaa kohden) työttömää työntekijää. Projektista saatiin hyvät tulokset, ja sitä on laajennettu ja edelleen kehitetty.

5.3. Henkilöstön vaihtuvuus

Kunnallisessa henkilökisterissä oli 1990-luvulla vuosittain noin 220 000 - 230 000 henkilöä. Vuosina 1990 - 1999 henkilöstön vaihtuvuus oli suuri, sillä samalta ajanjaksolta rekisteristä löytyi yhteensä 412 000 henkilöä.

Henkilöstön vaihtuvuutta voidaan analysoida monin tavoin, esimerkiksi laskemalla vaihtuvuuslukuja vuosittaisen poistuman tai vastaavasti uuden henkilöstön suhteen. Poistumasta laskettu vaihtuvuus sosiaali- ja terveydenhuollossa kuntasektorilla oli keskimäärin runsaan kymmenen prosentin paikkeilla koko 1990-luvun. (Taulukko 16.) Varsinaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa vaihtuvuus on ollut hieman pienempi kuin koko sektorilla. Sosiaali- ja terveystoimen opetus-, toimisto-, keittiö- ja vastaavissa ammateissa olevilla työpaikan vaihtaminen lienee monista syistä helpompaa kuin terveyden- ja sairaanhoidon tai sosiaalialan ammateissa.

Edellä määritelty vaihtuvuus riippuu myös ikäjakaumasta, sillä esimerkiksi eläkkeelle siirtyvien kasvava osuus voi nostaa vaihtuvuutta, vaikka muut vaikuttavat asiat pysyisivät ennallaan. Taulukossa 16. on pyritty eliminoimaan ikäjakauman vaikutus laskemalla ns. ikävakioitu vaihtuvuus. Ikävakiointissa on käytetty henkilöstön ikäjakaumaa vuodelta 1995. Ikävakioitu vaihtuvuus ei ole muuttunut 1990-luvulla. Voidaan päätellä, että suoraan laskettuun vaihtuvuuteen ovat vaikuttaneet muutokset ikäjakaumassa.

⁷⁹ Pelttari P. Yhteistyössä - Työelämän ja koulutuksen yhteistyön kehittyminen sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetushallitus, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 1999.
Metsämuuronen J. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala. ESR-julkaisu 39/98. Helsinki, 1998.

Taulukko 16. Sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön vakioimaton ja ikävakioitu vaihtuvuus 1990 - 1998, %.

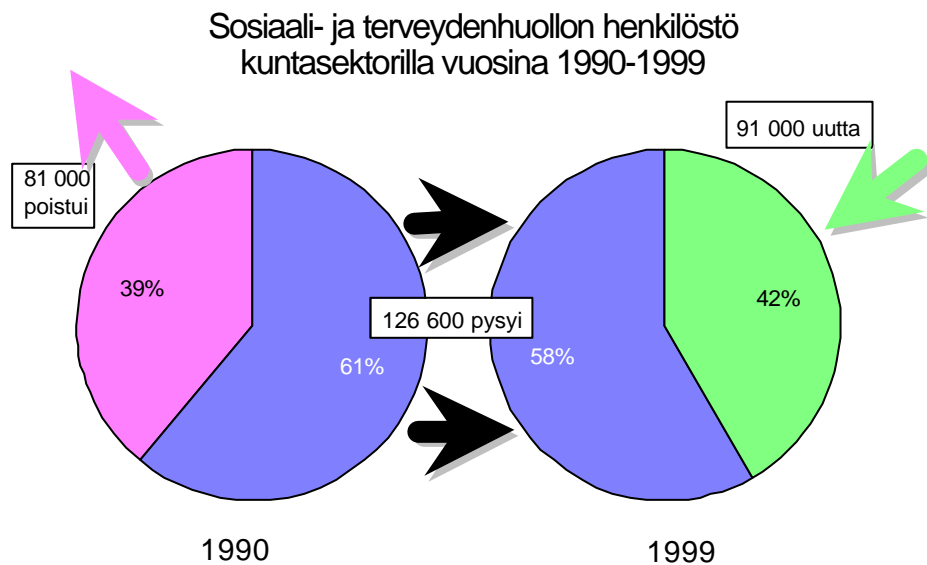
	Vakioimaton vaihtuvuus		Vakioitu vaihtuvuus vuoden 1995 ikäjakaumalla	
	Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollossa olevat	- niistä sosiaali- ja terveysalan ammatit	Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollossa olevat	- niistä sosiaali- ja terveysalan ammatit
1990	13,1	11,9	10,8	10,8
1991	13,4	12,4	11,6	11,6
1992	13,3	11,8	11,2	11,2
1993	9,5	8,6	9,1	9,1
1994	12,5	11,4	12,3	12,3
1995	11,5	10,5	11,5	11,5
1996	11,9	11,0	11,9	11,9
1997	12,2	11,4	12,3	12,3
1998	11,6	10,7	11,8	11,8

Huom. - vaihtuvuusluvut on laskettu työssä olevien mukaan, virkavapaalla olevat on poistettu.

Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri.

Pelkkä vuosittainen poistuma ei kuitenkaan anna koko kuvaa vaihtuvuudesta. Osa henkilöstöstä lähtee eri syistä tilapäisesti pois, esimerkiksi virkavapaalle ja tulee takaisin jonkin ajan kuluttua. Tätä on tarkasteltu vuosien 1990 - 1999 ja 1995 - 1999 välisiltä ajanjaksoilta.

Vuosien 1990 - 1999 välillä poistui yhteensä (kokonaan tai tilapäisesti) 81 000 henkilöä, mutta tilalle tuli uusia 91 000. Koko ajan työsuhteessa pysyneitä oli 126 600. Prosentteina vastaavat luvut ovat: lähteneet 39 % ja pysyneet 61% vuoden 1990 henkilömäärästä laskettuna. Työsuhteessa koko ajan pysyneet olivat 58% vuoden 1999 henkilömäärästä laskettuna ja uusia tuli vastaavasti 42 %. (Kuvio 12.)



StakesTietc

Kunnallinen henkilökisteri/Tilastokeskus

Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri

Kuvio 12. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstössä pysyneet, siitä poistuneet ja siihen tulleet uudet vuosina 1990 – 1999.

Vuosien 1995 - 1999 aikana poistui yhteensä (kokonaan tai tilapäisesti) 50 500 henkilöä, mutta tilalle tuli uusia 62 900. Koko ajan työsuhteessa pysyneitä oli 155 000. Prosentteina

vastaavat luvut ovat: lähteneet 25 % ja pysyneet 75 % vuoden 1995 henkilömäärästä laskettuna. Uusia vuoden 1999 henkilöstöstä verrattuna oli 29 % ja pysyneitä 71 %.

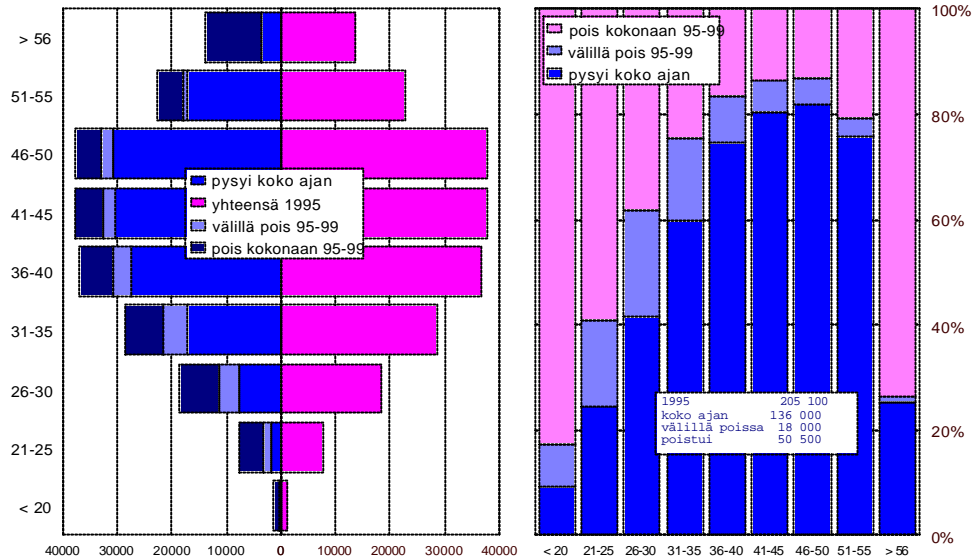
5.3.1. *Henkilöstön poistuma ja takaisin paluu vuosina 1995 - 1999*

Analyysiä voidaan täydentää tarkastelemalla vaihtuvuutta iän ja sukupuolen mukaan. Tässä yhteydessä on tarkasteltava myös sitä poistumaa, joka ei varsinaisesti johda lopulliseen poistumaan vaan jossa henkilöstö on eri syistä väliaikaisesti poissa ja tulee vuoden, kahden tai useamman vuoden kuluttua takaisin. Tarkastelussa on vaikeaa valita sopiva aikaväli. Laskelmat on tehty ajalta 1995 - 1999.

Kuviossa 13. ja taulukossa 17. on esitetty koko kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön poistuma ja takaisin paluu ikäryhmittäin vuosien 1995 - 1999 aikana. Kuviossa on esitetty ikäryhmittäin määrät (ja prosenttiosuudet) niistä henkilöistä, jotka ovat välillä eri syistä olleet poissa mutta ovat palanneet tarkastelukauden aikana.

Poistuma on suurinta nuorissa ja vanhoissa ikäryhmissä. "Poissaolo välillä", joka liittyy mm. virkavapauksiin eri syistä (lasten saaminen, jatkokouluttautuminen, toisen viran hoito jne.), on suurimmillaan ikäryhmissä 25 - 35 vuotta. Naiset, jotka muodostavat valtaosan alan henkilöstöstä (90 %), ovat välillä poissa, mutta palaavat takaisin suhteessa selvästi suuremmassa määrin kuin miehet. Tämä viittaa äitiyslomien vaikutukseen. Kuvaa ei tästä ole erikseen tehty, sillä naisten suuren prosenttiosuuden vuoksi naisten kuva olisi hyvin samankaltainen kuin kuviossa 13.

Kunnallinen sos terv henkilöstö vuosina 1995-1999 (ikä v. 1995)



Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri

Kuvio 13. Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö vuosina 1995-1999 (ikävakioitu vuodelta 1995).

Taulukko 17. Henkilöstömäärän muutokset kuntasektorin sosiaali- ja terveystoimessa vuosina 1995 ja 1999.

	1995	1995 - 1999			1999	
		Pysyi koko ajan	Oli välillä poissa ja palasi	Poistui kokonaan	Uusia	
Terveys- ja sairaanhoitotyö	89 000	60 000	8 000	20 500	24 000	92 000
Sosiaalialan työ	54 200	36 400	5 000	12 700	18 900	60 300
Muu terveyden ja sairaanhoito ja sosiaalialan työ	10 000	6 800	1 000	2 200	2 700	10 500
Opetusalaan kuuluva työ (lastentarhaopettajat)	8 200	4 900	1 200	2 100	3 700	9 800
Sihteeri-, konekirjoitustyö ja muut toimistopalvelut	15 500	10 900	1 100	3 500	3 300	15 300
Hotelli-, ravintola- ja suurta- loustyö	15 700	9 400	1 100	5 100	4 100	14 600
Muu työ	12 900	7 800	800	4 400	6 300	14 800
Yhteensä	205 100	136 400	18 200	50 500	62 900	217 400

5.3.2. Ammattien vaihtaminen

Ammatin vaihtamista on analysoitu tarkastelemalla ajanjaksoja 1990 - 1999 sekä toisaalta 1995 - 1999. Analyysissä käytetään seuraavia käsitteitä: 1) henkilöt, jotka ovat olleet henkilökisterissä tarkasteluajanjakson molempina ajankohtina, ovat voineet a) pysyä samassa ammatissa, tai b) vaihtaa ammattia. Jälkimmäisiä kutsutaan tässä ammatinvaihtajiksi. Ammatinvaihtajat ovat joko c) tulleet ammattiin tai d) lähteneet ammatista. Jokainen lähtö jostain ammatista on samalla tulo toiseen ammattiin. Lisäksi henkilö on ajanjaksojen välillä voinut 2) poistua rekisteristä tai 3) tulla uutena rekisteriin.

Ammattien vaihtamista esiintyi 1990-luvulla kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikka se ei ollut kovin suurta. Mitä erikoistuneempiin tai pidempää koulutusta edellyttäviin ammatteihin henkilö kuului (esim. lääkärit), sitä vähemmän ammattia vaihdettiin tarkasteltavana ajanjaksona. On huomattava myös, että vaihtamisen ilmenemiseen vaikuttaa myös tarkasteluajanjakson pituus.

Taulukossa 18. tarkastellaan ammattien vaihtamista ryhmiteltynä eräisiin ammattialoihin vuosilta 1990-1999. Sosiaalialan työhön kuuluvissa ammateissa oli vuonna 1990 yhteensä 51 000 henkeä. Heistä poistui tarkasteluajanjaksolla 19 100 ja uutena tuli 28 400. Vuonna 1999 henkilöstöä oli yhteensä 60 300. Sosiaalialan töissä pysyi 28 700 henkilöä. (Liitetaulukossa 5. on vastaava analyysi tehty myös vuosilta 1995-1999).

Analyysimenetelmän rajoitus on, että se riippuu täysin tarkastelun tasosta. Menetelmä ei anna mahdollisuutta selvittää ammatin vaihtamista luokittelun ammattiryhmien sisällä. Tarkkuustasosta riippuen kaikki vaihtamiset eivät tule esille. Taulukko 18. kuvaa ammatin vaihtamista esimerkiksi sosiaalialan töistä terveyden- ja sairaanhoidon töihin, mutta ei vaihtamista esimerkiksi sosiaalialan sisällä. (Tarkemmalla tasolla (ammattiryhmä 3 - 4 numeron tasolla) ammatin vaihtamista on analysoitu liitetaulukoissa 6 A ja 6 B vuosina 1995 - 1999).

Ammattia vaihtoi sosiaalialan töistä muihin sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteihin 3 300 lähtijää ja samaan aikaan siihen tuli muista ammateista 3 600 henkilöä. Siirtymien nettovaikutus sosiaalialan työn ammatteihin oli 300 henkeä vuosina 1990-1999. Ammattien vaihtaminen oli nettona sosiaalialan töissä noin yksi prosentti saman ajanjakson kokonaan uuden henkilöstön (28 400) määrästä. Bruttona vaihtaminen on runsas 11 prosenttia kaikesta sosiaalialan uudesta henkilöstöstä. Sosiaalialan ohella nettohyötyjiä vaihtamisesta olivat 1990-luvulla terveyden- ja sairaanhoidon ammatit, joista lähti 3 900 ja tuli 4 000. Nettovaikutus oli kuitenkin erittäin pieni - vain 100 henkeä. Menettäjiä olivat esimerkiksi opetusala (-200) ja ravintola- ja suurtaloustyön ammatit (-400).

Taulukko 18. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntasektorin henkilöstön ammattien vaihtaminen 1990-luvulla.

	1990	Pysyi samalla ammattialalla 1990-1999	Ammatinvaihtajia alojen välillä 1990-1999		Alalta lähti pois 1990-1999	Alalle tuli uusia 1990-1999	1999
	Lkm		Lähti	Tuli			Lkm
Terveyden- ja sairaudenhoitotyö	89 400	52 500	3 900	4 000	33 000	35 700	92 100
Sosiaalialan työ	51 000	28 700	3 300	3 600	19 100	28 400	60 300
Muu terveyden- ja sairaudenhoito ja sosiaalialan työ	10 600	5 900	1 200	500	3 500	3 300	10 500
Opetusalaan kuuluva työ (lastentarhaopettajat)	6 400	3 200	1 100	900	2 100	5 500	9 800
Sihteeri-, konekirjoitustyö ja muut toimistopalvelut	16 300	9 000	1 400	1 200	5 900	4 800	15 300
Hotelli-, ravintola- ja suur- taloustyö	18 300	7 300	1 500	1 100	9 500	5 900	14 600
Muu työ	15 900	5 800	1 800	2 800	8 300	7 400	14 800
Yhteensä	208 000	112 400	14 200	14 200	81 400	90 800	217 400

Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri

5.3.3. Alueelliset siirtymät

Alueellisia henkilöstön siirtymisiä (muuttoa maantieteellisesti) on analysoitu tarkastelemalla ajanjaksoja 1990 - 1999 sekä toisaalta 1995 - 1999. Analyysissä käytetään seuraavia käsitteitä: 1) henkilöt, jotka ovat olleet henkilökisterissä tarkasteluajanjakson molempina ajankohtina, ovat voineet a) pysyä samalla alueella (esim. pysyneet samassa sairaanhoitopiirissä), tai b) siirtyä muulle alueelle (esim. siirtyneet toiseen sairaanhoitopiiriin). Jälkimmäisiä kutsutaan tässä siirtyjiksi tai muuttajiksi. Ammatinvaihtajat ovat joko c) tulleet alueelle tai d) lähteneet alueelta. Myös tässä on huomattava, että jokainen siirtymä on lähtö joltain alueelta mutta samalla tulo toiselle alueelle. Edelleen tarkasteluajanjaksojen välillä henkilö on voinut myös 2) poistua rekisteristä tai 3) tulla uutena rekisteriin.

Analyysimenetelmän rajoitus on, että se riippuu täysin tarkastelun tasosta eli aluejaosta. Se ei anna mahdollisuutta selvittää alueellista siirtymistä alueen sisällä. Liitetaulukot (7 A ja 7 B) kuvaavat siirtymiä sairaanhoitopiiristä toiseen mutta eivät siirtymiä sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien välillä. Vastaava pätee myös luonnollisesti muihin aluejakoihin.

Vuosien 1990 - 1999 aineistoa on seuraavassa tarkasteltu kolmen suuren alueen (1) Kasvu-Suomi, 2) Pohjois- ja Itä-Suomi ja 3) Muu Suomi avulla. Kasvu-Suomeen otettiin suuret kaupungit ja niiden lähikunnat, alueeseen 2 tulivat Pohjois- ja Itä-Suomen maaseutukunnat ja alueeseen 3 jäivät loput. Ahvenanmaan maakunta ei ole luvuissa mukana. (Taulukko 19)

Taulukko 19. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön siirtyminen alueellisesti vuosina 1995 - 1999.

Vuosina 1995-1999 alalle jääneitten siirtymät alueittain									
	1995	Alkutilanne 1995			Lopputilanne 1999	Poistui kokonaan 1995-99	Tuli aivan uutena 1995-1999	1999	
	Lkm	Alue 1	Alue 2	Alue 3				Lkm	
Alue 1	104 200	78 100	77100	670	270	78 600	26 100	34 000	112 600
Alue 2	66 700	51 100	1100	49900	120	50 700	15 600	20 500	71 200
Alue 3	32 900	24 200	460	150	23600	24 000	8 700	8 100	32 100
Yhteensä	205 100	154 600				154 600	50 500	62 900	217 400

Lähde: Tilastokeskus, Kunnallinen henkilökisteri

Alueella 1 (Kasvu-Suomi) oli vuonna 1995 104 200 sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää kunnallisella sektorilla. Heistä 77 100 henkeä jäi samalle alueelle, 670 henkeä siirtyi alueelle 2 ja vastaavasti 270 henkeä alueelle 3. Samaan aikaan alueelta 2 tuli alueelle 1 yhteensä 1 100 henkeä (nettona 1100 - 670 = 430 henkeä) ja alueelta 3 yhteensä 460 henkilöä (nettona 460 - 270 = 190 henkilöä). Yhteensä alueen 1 "nettomuuttovoitto" oli siis 620 henkilöä. Vuosina 1995 - 1999 alueelta 1 poistui eläkkeelle, muille aloille tai muuten yhteensä 26 100 henkilöä mutta samaan aikaan tuli uusina 34 000 henkilöä. Nettokasvu oli 8 000 henkilöä. Alueellisen siirtymän vaikutus viidessä vuodessa (huom! kyseessä ovat tarkastelujakson päätevuodet, ei koko ajanjakso yhteensä) on noin seitsemän prosenttia.

Alueellisen siirtymän vaikutus henkilöstön määrän muutoksessa on ollut tarkastelukaudella kaikilla alueilla koko muutokseen verrattuna suhteellisen pientä, vaikkakaan ei merkityksentöntä. Alue 1 on ollut nettohyötyjä, alueet 2 ja 3 nettohäviäjiä. Kaikilla alueilla alan ulkopuolelta on tullut kokonaan uusia työntekijöitä huomattavasti enemmän kuin vanhoja on siirtynyt.

Sairaanhoitopiireittäin siirtymämatriisi vuosilta 1995-1999 on liitetaulukossa 7 A. Luvut ovat koko sektorin lukuja ja sisältävät kaikki ammatit. Liitetaulukko 7 B kuvaa nettosiirtymiä sairaanhoitopiirien välillä suhteessa kokonaisu muutokseen. Tarkasteluajanjaksona siirtyi yhteensä 3 400 henkilöä toiseen sairaanhoitopiiriin. Tarkastelu sairaanhoitopiireittäin osoittaa, kuten edellä ollut laajempienkin alueitten tarkastelu, että alueellisilla siirtymillä on vaikutusta henkilöstön määrän kehityksessä, mutta ainakaan nettomääräisenä ne eivät 1990-luvulla olleet kovin merkittäviä millään maantieteellisellä alueella.

5.4. Henkilöstötilanne eräissä ammateissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan arvio eräissä ammateissa toimivan työvoiman nykytilanteesta ja tulevasta tarpeesta perustuu aikaisempiin tutkimuksiin ja selvityksiin sekä asiantuntijakuulemisiin.

Lääkärit ja hammaslääkärit

Suomessa on lääkäreitä asukaslukuun suhteutettuna saman verran kuin OECD-maissa keskimäärin. Muihin Pohjoismaihin verrattuna lääkäritiheys on Suomessa pienin. Vuoteen 1999 saakka valmistui vuosittain keskimäärin 500 lääkäriä. Vuosina 2000 - 2003 valmistu-

nee vain 350 lääkäriä vuosittain ja vuoden 2004 jälkeen noin 430 - 480 lääkäriä vuosittain. Lääkäriksi valmistui 1990-luvulla vuosittain 300 – 200 enemmän kuin työelämästä poistui. Vuonna 2001 lääkäreitä arvioidaan valmistuvan yhtä paljon kuin heitä poistuu työelämästä. Tämän jälkeen poistuman arvioidaan olevan vuosittain suuremman kuin valmistuvien määrän.

Terveyskeskuslääkäreistä ja erikoislääkäreistä alkoi olla pulaa 1990-luvun loppupuolella. Tällä hetkellä sairaanhoitopiireissä on 600 erikoislääkärin ja terveyskeskuksissa 300 lääkärin vaje⁸⁰. Lisäksi sairaanhoitopiireissä tarvittaisiin tilapäisesti lisää noin 200 erikoislääkäriä. Erikoislääkärivaje on pahinta psykiatriassa, lasten- ja nuorisopsykiatriassa, silmätaudeissa, anestesiologiassa, radiologiassa, patologiassa ja kirurgiassa. Lääkäripulaa alkaa olla myös yliopistosairaaloissa ja niiden seutukuntien terveyskeskuksissa. Tilannetta vaikeuttaa osaltaan yksityissektorin lievä elpyminen, varhennettujen eläkemuotojen käytön yleistymisen sekä jossain määrin nuorten lääkärin ulkomaille muutto ja perhepoliittisten vapaiden käyttö.

Sosiaali- ja terveysministeriö on ehdottanut seuraavia lyhyen ja pitkän tähtäyksen toimenpiteitä julkisen sektorin lääkäritarpeen turvaamiseksi: 1) Lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja lisätään pysyvästi 550:een vuoden 2001 syksystä lähtien. 2) Lääkärikoulutuksen valtion korvaus suunnataan painotetusti niille aloille, joilla on erikoislääkäripulaa. 3) Erikoislääkärikoulutuksen alueelliset neuvottelukunnat huolehtivat sairaaloiden ja terveyskeskusten käytöstä erikoislääkärikoulutuksen järjestämisessä. 4) Maassa olevalle noin 200 ETA-alueen ulkopuolella lääkärikoulutuksen saaneelle, ammatinharjoittamisoikeutta hakevalle lääkärille järjestetään tarvittava lisäkoulutus. 5) Julkisen sektorin kilpailukykyä ja lääkäreiden työolosuhteita parannetaan yhteistyössä kuntatyönantajan ja työmarkkinaosapuolten kanssa. 6) Terveystieteiden ammattihenkilöiden neuvottelukunta selvittää lääkäri- ja erikoislääkärityövoimatarpeen joka toinen vuosi. Seuraavan kerran näin tehdään syksyllä 2001. Lisäksi tulee kiinnittää huomiota lääkäreiden ja terveydenhuollon muiden ammattihenkilöiden työnjaon kehittämiseen ja tehtävien siirtoon, joilla parannetaan eri ammattihenkilöiden asiantuntemuksen tarkoituksenmukaista käyttöä ja järkevöitetään toimintatapoja.⁸¹

Suomessa on hammaslääkäreitä väestöön suhteutettuna noin 1,5 -kertainen määrä verrattuna muihin EU-maihin. Hammaslääkäreiden määrä on korkea muissakin Pohjoismaissa Eurooppaan verrattuna. Valmistuvien määrä vähenee meillä lähivuosina sisäänottomäärien pienenemisen vuoksi. Vuonna 2001 aloituspaikkoja on 80. (Ks. alaviite 80)

Vaikka hammaslääkärityövoiman saatavuudessa ei ole tällä hetkellä ongelmia, työvoimatarvetta tulee arvioida uudelleen vuosina 2002 – 2003, jotta ei jouduttaisi samanlaiseen akuuttiin pulaan kuin lääkärityövoiman kohdalla. Vuosina 2001 - 2002 toteutuva hammashuollon asteittainen laajennus saattaa vaikuttaa tuntuvasti hammaslääkärin ja suun terveydenhuollon muun työvoiman tarpeeseen. Työvoimatarvetta arvioitaessa on otettava huomioon myös hammaslääkäreiden ja suun terveydenhuollon muiden ammattiryhmien työnjaon kehittäminen.

⁸⁰ Lääkärit ja hammaslääkärit terveyskeskuksissa ja sairaaloissa lokakuussa 1999. Terveystieteiden ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Lääkärit ja hammaslääkärit jaosto. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:10.

Punnonen H. Erikoislääkärivaje. Sairaaloiden vuosi 2000. Suomen Kuntaliitto, 2000.

⁸¹ Sosiaali- ja terveysministeriön muistio toimenpiteistä lääkäripulan torjumiseksi 14.5.2001.

Farmaseutit

Farmaseuteista vajaa 60 % työskentelee apteekkeissa, vajaa 10 % sairaalafarmasiassa ja b-put runsas 30 % teollisuudessa tai muilla aloilla kuten opettajina, tukkukaupassa ym. Terveysturvakeskuksen rekisterissä vuoden 1999 lopussa oli työikäisiä Suomessa asuvia farmaseutteja noin 5 700 henkilöä.

Farmaseuttien keski-ikä on varsin korkea. Suomen Farmasialiiton⁸² ja Suomen Apteekkariliiton⁸³ mukaan runsas kolmannes on yli 50-vuotiaita. Vanhuuseläkkeelle jää vuosina 2004 - 2009 noin 800 farmaseuttia. Apteekkien lukumäärään suhteutettuna eniten avoimia farmaseuttien paikkoja on ollut Helsingin, Turun ja Kymin apteekkaripiireissä sekä myös Tampereella ja Pohjolan alueella.

Jo vuonna 2001 käynnistetyin noin sadan farmaseutin muutoskoulutuksen lisäksi farmaseuttien koulutuksen ylimääräisiä aloituspaikkoja olisi tarpeen lisätä ainakin vuosina 2002 - 2004 eläkepoistumasta johtuen.

Puheterapeutit

Terveysturvakeskuksen rekisterissä vuoden 1999 lopussa oli työikäisiä Suomessa asuvia puheterapeutteja noin 800 henkilöä. Yhtä puheterapeuttia kohden oli keskimäärin 7 000 asukasta.⁸⁴ Alueelliset erot olivat huomattavan suuria. Puheterapeuttien tarve on kasvanut. Vuosittain syntyy 60 - 80 kuulovammaista lasta, joista kuuroja on noin 20 ja loput ovat huonokuuloisia. Näiden lisäksi on aikuiskuulovammaiset, jotka voivat merkittävästi hyötyä puheterapeutin palveluista. Jos puhe-, ääni- ja kommunikaatiohäiriöinsidenssiksi lasketaan väestöstä neljä prosenttia, minkä Puheterapeuttiliiton arvion mukaan voidaan katsoa olevan lievien ja vaikeiden häiriöiden keskiarvoinsidenssi, saadaan yhtä puheterapeuttia kohden potentiaalisia kuntoutettavia asiakkaita noin 280. Tämä on huomattava määrä, kun yksilötyön lisäksi puheterapeutin työhön kuuluu alueellinen puhe- ja kielihäiriöiden seulonta, alueellinen asiantuntijatyö sekä muut puheterapian ammattitaitoa vaativat toimenpiteet ja tehtävät.

Psykologit

Terveysturvakeskuksen rekisterissä vuoden 1999 lopussa oli työikäisiä Suomessa asuvia psykologeja noin 3 900 henkilöä. Heistä huomattava osa työskentelee kunnallisen sosiaali- ja terveysturvakeskuksen tehtävissä, sivistystoimissa ja työhallinnossa. Psykologien vanhuuseläkkeelle jäänti ajoittuu pääosin vuoden 2010 jälkeen. Vuoteen 2010 mennessä Suomen Psykologiliiton⁸⁵ arvion mukaan vanhuuseläkeiän saavuttaa keskimäärin 60 psykologia vuodessa. Psykologien koulutuksen lisäämistarve perustuu mielenterveyspalveluiden kasvaviin tarpeisiin.

⁸² Suomen Farmasialiiton vastaus sosiaali- ja terveysturvakeskuksen työvoimatarpeen ennakoitotoimikunnalle 22.9.2000.

⁸³ Suomen Apteekkariliitto 16.5.2001.

⁸⁴ Puheterapeuttiliitto ry. Muistio 2000.

⁸⁵ Suomen Psykologiliitto, Tuomo Tikkanen 5.10.2000.

Ravitsemusterapeutit

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen rekisterissä vuoden 1999 lopussa oli työikäisiä Suomessa asuvia ravitsemusterapeutteja vajaa 300 henkilöä, joista vajaa kolmannes työskentelee kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Koko väestöön suhteutettuna terveydenhuollossa oli yhtä ravitsemusterapeuttia kohden 76 000 asukasta.⁸⁶ Vastaava luku esim. Ruotsissa oli 1 / 20500. Ravitsemusterapeuttien lisätarvetta perustellaan ravintohoitoon liittyvillä tarpeilla.

Sosiaalihuollon henkilöstö

Vuonna 1997 kunta-alalla toimivista sosiaalihuollon henkilöistä 15 % (n. 14 100 työntekijää) oli sosiaalialan ammatillisen tutkinnon suorittaneita, 11 % (n. 10 000 työntekijää) kasvatus- ja opetusalan tutkinnon suorittaneita, 21 % (n. 19 500) terveysalan tutkinnon suorittaneita, 25 % (n. 23 400) jonkun muun tutkinnon suorittaneita ja loput 28 % (n. 28 000) vailla ammatillista tutkintoa tai tutkinto oli tuntematon. Näihin lukuihin ei sisällynyt sosiaalihuollon hallintohenkilöstöä eikä sosiaalityöntekijöitä. Eniten vailla tutkintoa olevia työntekijöitä sijoittui lasten päivähoidon (perhepäivähoitajat) ja vanhusten laitoshuoltoon (hoito-, laitos- ym. apulaiset).⁸⁷

Sosiaalityöntekijät

Kelpoisuusehdot täyttävistä soveltuvan ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneista (asetus 801/92 2 § 1 mom.) sosiaalityöntekijöistä on tällä hetkellä puutetta. Seuraavat sosiaalityöntekijöitä koskevat kuvaukset perustuvat sosiaali- ja terveysministeriön selvitykseen vuodelta 1998.⁸⁸ Suurin osa sosiaalityöntekijöistä työskenteli kunta-alalla sosiaalitoimistoissa.

Taulukko 20. Sosiaalityöntekijöiden ammatillisen perustutkinnon taso.

Tutkinnon taso	Sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijät		Kaikki vastanneet sosiaalityöntekijät	
	Lukumäärä	%	Lukumäärä	%
Vähintään ylempi korkeakoulututkinto	807	40	1 284	35
Alempi korkeakoulututkinto	652	33	1 337	37
Opisto- / amk- tason tutkinto	274	14	595	16
Kouluasteen tutkinto tai ei perustutkintoa	258	13	442	12
Yhteensä	1 991	100	3 658	100

Taulukossa 21. kuvataan tarkemmin sosiaalitoimistoissa työskennelleiden sosiaalityöntekijöiden koulutusta ja sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annetun asetuksen mukaisen kelpoisuuden täyttävien osuutta.

⁸⁶ Laillistetut ravitsemusterapeutit terveydenhuollossa. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 27.5.1999.

⁸⁷ Sosiaalialan ammatinharjoittamistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:32.

⁸⁸ Marjamäki P, Mäntysaari M, Ristimäki T. Sosiaalityöntekijät Suomessa 1998 - tehtävät, koulutus, määrä ja riittävyys. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:21.

Taulukko 21. Kelpoisuusehdot täyttävien ja niitä täyttämättömien osuudet sosiaalitoimistojen sosiaalityöntekijöistä 1998.

	Lukumäärä	%
Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet, joilla oli riittävät sosiaalityön opinnot	603	31
Sosiaalihuoltajatutkinnon tai vastaavan ruotsinkielisen tutkinnon suorittaneet	416	22
Pätevyitysmiskoulutuksen suorittaneet	161	8
Siirtymäsäännöksen nojalla kelpoiset	227	12
Muu koulutus tai opinnot kesken	524	27
Sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöitä yhteensä	1 931	100

Tutkintonsa tai pätevyitysmiskoulutuksen suorittamisen perusteella 61 % (n=1 180) vastanesta sosiaalitoimistojen sosiaalityöntekijöistä täytti kelpoisuusasetuksen ns. koulutukselliset kelpoisuusehdot. Siirtymäsäännösten nojalla muodollisen kelpoisuuden oli saavuttanut runsas 10 % ja runsas neljännes sosiaalitoimistojen sosiaalityöntekijöistä oli sellaisia, joilla ei ollut asetuksen edellyttämää koulutuksellista kelpoisuutta.

Nuorten vastavalmistuneiden sosiaalityöntekijöiden kiinnostus kunnallisen sosiaalityön tehtäviin on viime vuosina vähentynyt. Monin paikoin eri puolilla maata on puutetta sosiaalityöntekijöistä. Eräiden arvioiden mukaan vajaa puolet vuosittain sosiaalityön tutkinnon suorittaneista hakeutuu kunnalliseen sosiaalityöhön. Kunnallisen sosiaalityön lisäksi he voivat toimia myös suunnittelijoina, tutkijoina, järjestöissä sekä hallinnossa. Yhtenä selityksenä on tuotu esille sosiaalityön julkisuuskuvan heikkoutta, palkkauksen epäkohtia verrattuna muihin julkisen alan ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneisiin, työn raskautta ja täydennyskoulutuksen vähäisyyttä. Sosiaalityöntekijöiden ja sosionomi (AMK) -tutkinnon suorittaneiden keskinäistä tehtävä- ja ammattirakenteen kehittämistä tukeva 3-vuotinen kehittämishanke käynnistyi vuoden 2001 alussa. Projektin avulla pyritään selkiyttämään eri sosiaalialan koulutuksen saaneiden työntekijöiden tehtäväjakoja ja löytämään myös ratkaisuja sosiaalihuollon henkilöstökysymyksiin.

Lastensuojelu-, huume- ja päihdeongelmien kasvu on lisännyt sosiaalityöntekijöiden tarvetta. Laki kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2000) tulee voimaan 1.9.2001. Hallituksen esityksessä on arvioitu, että kuntien sosiaalitoimen asiakkaiksi tulee noin 19 000 kuntouttavan työtoiminnan asiakasta vuodessa. Sosiaalityöntekijöitä arvioidaan tarvittavan lisää noin 50 ja työtoiminnan ohjaajia noin 500. Työtoiminnan ohjaajilla tulisi olla vähintään opisto- tai ammattikorkeakoulutasoinen tutkinto. Vastaavanlaisia näkökantoja ovat esittäneet ESR-rahoitteisista kuntouttavan työtoiminnan kokeiluista tehdyt arviot.

5.5. Eläkkeelle siirtyminen

Merkittävin muutos sosiaali- ja terveydenhuollon toimialoilla tulee olemaan se varsin massiivinen eläkkeelle siirtymä, joka on odotettavissa 2000-luvun ensimmäisellä kymmenluvulla ja joka jatkuu tätäkin voimakkaampana vuoden 2010 jälkeen. Kansanterveystyön myötä 1970-luvulla alkanut sosiaali- ja terveyspalvelujen rakentaminen edellytti 1980-luvulla henkilöstön runsasta rekrytointia kasvaviin sosiaalipalveluihin, päihde- ja vammaishuoltoon sekä ennen kaikkea päivähoidon. Henkilöstö eläköityy vastaavalla volyyymillä, jolloin eläkkeelle siirtymisen ajankohdan ennakoiminen tulee tärkeäksi. Toimikunta on halunnut paneutua tähän kysymykseen mahdollisimman tarkkaan, joten seuraavassa käsitellään eläköitymistä varsin yksityiskohtaisesti käytettävissä olevien tietojen valossa.

Seuraavissa arvioissa on kuvattu kuntien palveluksessa olevan henkilöstön, ns. KVTEL-vakuutettujen henkilöiden poistumaa Kuntien eläkevakuutuksen rekisteritietojen pohjalta.⁸⁹ Koska kunnat vastaavat ylivoimaisesti suurimmasta osasta toimintoja, niiden palveluksessa olevan henkilöstön poistumat antavat riittävän yleiskuvan tilanteesta valtakunnallista arviota varten. Alueellinen ennakointi on tarpeen niissä kunnissa, joiden palvelut ovat voittopuolisesti ostopalveluja. Vaihtuvuuden kannalta poistumaa on käsitelty aiemmin raportin kohdassa 5.3. Yksityisen sektorin vakuutettujen eläkkeelle siirtymistä koskevia tietoja ei ole saatavissa vastaavalla tarkkuudella.

5.5.1. Kuntien palveluksesta eläkkeelle vuosina 1995 – 2000 siirtyneet

Kun kuvataan eläkkeelle siirtymistä työstä poisjäämisen näkökulmasta, tarkastellaan niitä eläkelajeja, joissa työskentely päättyy eläkkeelle siirryttäessä. Lisäksi tähän liittyy se, että työskentelyn päättymisen ja eläkkeen alkamisen välinen aika ei ole kovin pitkä. Esimerkiksi osa-aikaeläkkeelle siirryttäessä henkilö ei lopeta työskentelyä. Osa-aikaeläkkeelle siirtynyt henkilö lopettaa työskentelyn vasta siirtyessään täysiaikaiselle eläkkeelle, esimerkiksi vanhuuseläkkeelle. Myöskään työttömyyseläkkeen saanut henkilö ei siirry eläkkeelle suoraan työstä vaan työttömyyspäivärahauden jälkeen. Osa-eläkkeenä myönnetty työkyvyttömyyseläkkeet ja kuntoutustuet luetaan mukaan eläkkeelle siirtyneisiin. Tämä perustuu mm. siihen, että työskentelyä ei ole pakko jatkaa eläkkeen rinnalla.

Eläkkeet myönnetään joko ns. vapaakirja- tai täysitehoisina eläkkeinä. KVTEL-järjestelmästä vapaakirjaeläkkeen saanut henkilö on yleensä jäänyt eläkkeelle muun eläkejärjestelmän piiristä tai sitten palvelussuhteen päättymisestä on kulunut varhaiseläkkeiden osalta yleensä vähintään vuosi. Näin ollen palvelussuhteesta eläkkeelle siirtymistä kuvattaessa rajoitutaan henkilöihin, jotka ovat saaneet KVTEL-järjestelmästä täysitehoisen eläkkeen p.l. työttömyys- ja osa-aikaeläkkeet. Vuosina 1995 – 2000 edellä kuvatuin rajauksin KVTEL-eläkkeelle siirtyneiden henkilöiden määrät on taulukossa 22.

⁸⁹ Kuntien eläkevakuutuksen rekistereissä oleva ammattikoodi on muunnettu vastaamaan Tilastokeskuksen ammattiluokitus 1987 mukaista kooditusta. Tarkasteluun mukaan otettavia henkilöitä valittaessa on käytetty em. koodituksen pääluokkaa '1' – 'Terveyden- ja sairaudenhoito, sosiaalinen työ ym.'.

Taulukko 22. Palvelussuhteesta KVTEL-eläkkeelle siirtyneet henkilöt 1995 - 2000.

Tilastokeskuksen ammattiluokitus 87 pääluokka '1'	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Yhteensä
Terveys- ja sairaudenhoitotyö	2 037	1 869	1 892	1 890	2 087	1 851	11 626
Liikunta- ja työterapiatyö	35	32	30	20	21	37	175
Hammashoitoalan työ	44	50	49	64	57	74	338
Apteekkialan työ	20	8	15	11	13	13	80
Eläinlääketieteellinen työ	14	10	17	14	13	6	74
Sosiaalialan työ	1 071	1 026	1 015	1 107	1 204	1 343	6 766
Ympäristön- ja terveydensuojelutyö	27	14	14	24	27	27	133
Psykologit	5	8	12	9	15	16	65
Vapaa-aikatoimi	82	78	69	93	71	97	490
Yhteensä	3 335	3 095	3 113	3 232	3 508	3 464	19 747

Palvelussuhteesta eläkkeelle on viime vuosina siirtynyt noin 3 100 – 3 500 henkilöä vuosittain. Liitetaulukossa 8. (liite 4) on yllä oleva taulukko tarkemmalla ammattijaottelulla. Liitetaulukossa 9. (liite 4) on vuosien 1995 – 2000 aikana KVTEL-eläkkeelle siirtyneiden henkilöiden määrät eriteltynä ammattiluokan ja maakunnan mukaan.

5.5.2. Työikäisen henkilöstön kuoleman tapauksista aiheutuva poistuma

Kuolemista aiheutuvan poistuman arvioinnissa tarkastellaan mahdollisuuksien mukaan palvelussuhteita, jotka ovat päättyneet kuolemaan. Päällekkäisyyksien poistamiseksi on karjittu sellaiset tapaukset, joissa henkilö oli jo siirtynyt eläkkeelle. Taulukossa 23. on vuosina 1995 - 2000 kuolleiden sosiaali- ja terveystalouden henkilöiden erittely.

Taulukko 23. Kuolemaan päättyneet KVTEL-palvelussuhteet vuosina 1995 - 2000.

Tilastokeskuksen ammattiluokitus 87 pääluokka '1'	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Yhteensä
Terveys- ja sairaudenhoitotyö	55	47	59	55	63	62	341
Sosiaalialan työ	25	37	33	44	39	50	228
Muut pääluokan '1' alaluokat	7	11	13	12	19	14	76
Yhteensä	87	95	105	111	121	126	645

5.5.3. Arvioita kuntien palveluksesta eläkkeelle siirtyvien määristä vuosina 2001 – 2010

Tulevaisuudessa KVTEL-eläkkeelle siirtyvien määriä arvioitaessa on otettava huomioon useita epävarmuustekijöitä. Osa runsaan 10 vuoden aikana toteutetuista KVTEL-järjestelmän muutoksista alkaa varsinaisesti vaikuttaa arviointijakson ensimmäisellä puoliskolla. Varsinkin terveyden- ja sairaudenhoitoalalla vanhuuseläkeiän ja eläkelajien muutokset ovat vaikuttamassa asteittain vasta vuoden 2002 jälkeen. Ammatillisen eläkeikäjärjestelmän valinneilla vanhuuseläkeikä on alhaisempi kuin muilla, mutta heillä ei ole oikeutta mm. yksilölliseen varhaiseläkkeeseen, osa-aikaeläkkeeseen eikä varhennettuun vanhuuseläkkeeseen. Taulukossa 24. on kuvattu 31.12.1999 KVTEL-palvelussuhteessa olleiden sosiaali- ja terveystalouden henkilöiden vanhuuseläkeikien jakauma. Vanhuuseläkeikä on las-

kettu päivän tarkkuudella kullekin henkilölle erikseen hänen palvelussuhdehistoriansa perusteella.

Taulukko 24. KVTEL-palvelussuhteessa 31.12.1999 olleiden henkilöiden painotettu vanhuuseläkeikä.

Tilastokeskuksen ammattiluokitus 87 pääluokka '1'	57-58	58-59	59-60	60-61	61-62	62-63	63-64	64-65	65	Yhteensä
Terveyden- ja sairaudenhoitotyö	107	1257	3269	7061	7179	6031	10121	15094	50897	101016
Liikunta- ja työterapiatyö	5	29	65	99	59	29	239	499	1516	2540
Hammashoitoalan työ				2	2	67	1629	1524	2222	5446
Apteekkialan työ				2		1	129	185	322	639
Eläinlääketieteellinen työ							105	59	300	464
Sosiaalialan työ	21	208	546	1769	1903	1897	11291	18059	37688	73382
Ympäristön- ja terveydensuojelutyö	1	1		4	6	3	327	299	548	1189
Psykologit							2	526	465	1757
Vapaa-aikatoimi		2	4	8	14	40	1042	1078	4483	6671
Yhteensä	134	1497	3884	8945	9163	8070	25409	37262	98740	193104

Käytännössä terveyden- ja sairaudenhoito- sekä sosiaalialan työn luokista ei ole olemassa luotettavaa arviota varhaiseläkkeille hakeutumisesta kuluvan vuosikymmenen osalta. Vaikka vain noin 19 prosenttia 31.12.1999 KVTEL-palvelussuhteessa, sosiaali- ja terveystalouden ammattiluokissa olleista oli valinnut ammatillisen eläkeikäjärjestelmän, on vuosien 2001 – 2010 aikana vanhuuseläkeikänsä täyttävistä noin 56 prosenttia ammatillisen eläkeikäjärjestelmän piirissä.

Eräs tapa lähestyä eläkkeelle siirtyvien määrän arviointia onkin vanhuuseläkeiän täyttävien vuotuisen lukumäärän tarkastelu. Nämä henkilöt tulevat ainakin poistumaan tarkastelujaksolla palveluksesta, suurimmaksi osaksi eläkkeelle. KVTEL-palvelussuhteessa 31.12.1999 olleiden vanhuuseläkeiän täyttävien henkilöiden vuotuiset lukumäärät ovat taulukossa 25.

Taulukko 25. KVTEL:n mukaisen vanhuuseläkeiän täyttävien vuotuiset määrät.

Tilastokeskuksen ammattiluokitus 87 pääluokka '1'	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Yhteensä
Terveyden- ja sairaudenhoitotyö	1 308	1 508	1 475	1 796	2 417	2 458	2 110	2 303	2 429	2 550	20 354
Liikunta- ja työterapiatyö	18	11	22	28	33	34	45	33	52	52	328
Hammashoitoalan työ	34	62	31	59	37	71	62	71	94	120	641
Apteekkialan työ	12	21	6	15	20	19	14	20	17	27	171
Eläinlääketieteellinen työ	6	7	3	9	7	8	12	9	10	15	86
Sosiaalialan työ	687	1 029	588	949	1 277	1 246	1 235	1 355	1 765	2 193	12 324
Ympäristön- ja terveydensuojelu	15	25	5	20	24	22	25	23	39	34	232
Psykologit	13	23	7	24	35	30	40	38	55	72	337
Vapaa-aikatoimi	39	75	43	62	76	86	91	80	130	130	812
Yhteensä	2 132	2 761	2 180	2 962	3 926	3 974	3 634	3 932	4 591	5 193	35 285

Seuraavassa taulukossa 26. yllä olevaa asiaa on kuvattu tarkemmalla ammattijaottelulla.

Taulukko 26. KVTEL-palvelussuhteessa 31.12.1999 olleiden vanhuuseläkeiän täyttymisvuosi.

Tilastokeskuksen ammattiluokitus 87 pääluokka 'I'	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Yhteensä
Ylilääkärit	51	94	41	75	95	98	117	89	119	115	894
Erikois-, osaston- ja terveyskeskuslääkärit	33	61	39	59	86	90	93	98	124	127	810
Ylihoitajat ym.	29	30	37	30	31	31	28	34	40	26	316
Osastonhoitajat ja muut johtavat hoitajat	143	165	171	197	271	272	230	234	221	221	2 125
Apulaisosastonhoitajat ja muu erikoistunut hoitohe	148	150	126	189	215	226	205	237	249	246	1 991
Pidemmän koulutuksen saanut hoitohenkilökunta	333	279	351	402	567	605	454	497	535	552	4 575
Mielisairaanhoidajat	60	77	86	113	115	92	119	142	110	105	1 019
Perushoitajat	273	319	343	405	581	664	443	465	521	560	4 574
Kuntohoitajat	5	5		8	8	10	12	15	12	22	97
Kuulontutkijat, jalkojenhoitajat ja muu hoitohenki	2	3	5	1	3	1	3	2	5	4	29
Lääkintävahtimestarit ja sairaankuljetushenkilöstö	3	4	10	5	9	13	11	22	10	17	104
Tutkimustekninen ja avustava hoitohenkilökunta	184	254	217	250	342	262	317	366	364	443	2 999
Muut terveyden- ja sairaudenhoitotyön ammatit	44	64	48	62	93	93	78	102	119	111	814
Työ- ja toimintaterapeutit	15	10	18	23	31	27	33	23	31	31	242
Puheterapeutit	2		1	3	1	5	10	9	21	15	67
Johtavat hammaslääkärit	5	9	2	8	3	10	7	4	8	11	67
Terveyskeskus- ja erikoishammaslääkärit	19	45	14	35	23	34	33	36	41	46	326
Hammashoitajat	10	8	15	16	11	27	22	31	45	63	248
Farmaseutit	4	10	2	9	14	13	7	14	11	14	98
Muut apteekkialan ammatit	8	11	4	5	6	6	7	6	6	12	71
Eläinlääkärit	6	7	3	9	7	8	12	9	10	15	86
Johto- ja hallintotehtävissä toimivat sosiaalityönt	46	93	57	78	88	84	92	97	142	153	930
Sosiaalialan erityistyöntekijät	46	53	55	83	87	95	104	107	135	164	929
Muut sosiaalialan työntekijät	3	2	4	3	4	5	6	5	4	9	45
Lastenhoitajat ja muu lastenhoitohenkilöstö	205	182	186	218	345	325	188	233	303	346	2 531
Perhepäivähoitajat (kodeissa)	169	350	110	278	395	386	443	492	667	920	4 210
Harrastus- ja askartelu- ym ohjaajat	4	10	9	7	17	11	10	18	18	29	133
Kodinhoitajat, kotiaavustajat	177	295	133	223	282	278	318	316	407	461	2 890
Muut sosiaalityön ammatit	37	44	34	59	59	62	74	87	89	111	656
Terveys- ja työsuojelutarkastajat	9	20	5	16	14	14	17	17	21	24	157
Muut ympäristön- ja terveydensuojelutyön ammatit	6	5		4	10	8	8	6	18	10	75
Psykologit	13	23	7	24	35	30	40	38	55	72	337
Nuorisotyön johto- ja suunnittelutehtävät	4	6	4	5	6	10	6	3	9	6	59
Muu nuorisotyö	3	6	2	7	4	10	12	13	15	15	87
Urheilu- ja liikuntatyön johto- ja suunnittelutehtä	6	15	7	9	9	12	16	12	25	14	125
Muu urheilu ja liikuntatyö	16	36	16	29	41	40	37	37	58	67	377
Loma- ja virkistystoiminnan johto- ja suunnittelut	4	4	7	4	8	6	5	6	9	10	63
Muu loma- ja virkistystoimintatyö	2	4	5	1	1	3	3	2	4	5	30
Kulttuuritoimen johto- ja suunnittelutehtävät	1	2	1	4	4	4	7	1	6	8	38
Muut alaluokat yhteensä (tapauksia luokassa yhteensä alle 20)	4	6	5	6	5	4	7	7	4	13	61
Yhteensä	2 132	2 761	2 180	2 962	3 926	3 974	3 634	3 932	4 591	5 193	35 285

Liitetaulukossa 10. on vuosina 2001 - 2010 vanhuuseläkeiän täyttävien yhteismäärän ja-kaumat ammattiluokan ja jäsenyhteisön (eli työnantajan) sijaintimaakunnan mukaan.

Vanhuuseläkeiän täyttävien ennakoitu määrä ei vastaa todellisuudessa eläkkeelle siirtyvien määrää. Luvussa 5.5.1 oli kuvattu toteutunutta kehitystä. Eläkkeelle siirtyneiden määrä oli vuonna 2000 noin 3 500. Taulukon 26. mukaan vuonna 2001 noin 2 100 henkilöä tulee täyttämään vanhuuseläkeiän. Kun otetaan huomioon myös varhaiseläkkeet, tulee eläk-

keelle siirtyneiden kokonaismääräksi vuonna 2001 hieman suurempi luku kuin vuonna 2000.

Työkyvyttömyyseläkkeen riski-ikään sekä vanhuuseläkeikään tulee entistä suurempia ikäluokkia tarkastelujakson jälkimmäisellä puoliskolla. Mm. tästä ikärakenteen muutoksesta johtuen eläkkeelle siirtyvien vuotuisten lukumäärien arvioidaan kasvavan nykyisestä noin 3500 eläkkeen tasosta jopa 6 500 – 7 000 eläkkeeseen vuoteen 2010 mennessä. Arvion mukaan vuosien 2001 – 2010 aikana siirtyisi kuntasektorilta eläkkeelle 49 000 – 55 000 sosiaali- ja terveysalan henkilöä. Tässä arvioissa on oletettu, että poistuvien henkilöiden tilalle palkattavien henkilöiden joukosta ei tule merkittävää eläkepoistumaa. Edelleen, arvioissa ei ole otettu huomioon tulevia mahdollisia muutoksia eläkejärjestelmissä ja vakuutettujen tai työnantajien käyttäytymismalleissa. Eläkepoistuman ja työpanoksen kannalta asiaa tarkasteltaessa tulee ottaa vielä huomioon osa-aikaeläkkeelle siirtyvien työajan lyhentäminen.

5.6. Työvoiman maassa-, maahan- ja maastamuutto

Maan sisäinen muuttoliike on viime vuosina ollut voimakasta. Vuonna 2000 kirjattiin yli 280 000 muutto paikkakunnalta toiselle, mikä on suurin määrä sitten vuoden 1974. Valtaosassa maakuntia väestön määrä vähenee ja ikärakenne vanhenee. Lähtömuuttokunnissa vanhojen ihmisten suhteellinen osuus kasvaa. Se merkitsee myös lisääntyvää palvelujen tarvetta. Samanaikaisesti tuloveropohjainen rahoitus kapenee ja vaikeuttaa tarvittavien palveluiden rahoitusta kunnissa. Muuttovoittokunnissa, joita ovat erityisesti pääkaupunkiseutu sekä Tampereen, Turun, Jyväskylän ja Oulun lähiseutu, aktiiviväestön osuus on suuri ja palvelujen tarve kohdistuu lasten päivähoitoon ja koulutukseen.

Taulukko 27. Nettomuutto ja väestömuutokset vuonna 2000.

Maakunta	Synty- neiden enem- myys	Kuntien välinen muuttoliike			Maahan- ja maastamuutto			Koko- nais- muutos	Koko- naisvä- kiluku 31.12. 2000
		Tulo- muutto	Lähtö- muutto	Netto- muutto	Tulo- muutto	Lähtö- muutto	Netto- muutto		
Uusimaa	6 123	84 916	76 762	8 154	6 796	6 453	343	14 620	1 305 238
Itä-Uusimaa	133	4 643	4 312	331	266	186	80	544	89 638
Varsinais- Suomi	221	26 800	25 775	1 025	1 519	1 213	306	1 552	447 094
Satakunta	- 269	9 638	11 190	- 1 552	385	287	98	- 1 723	237 627
Kanta-Häme	- 53	9 299	9 228	71	243	222	21	39	165 229
Pirkanmaa	371	25 435	23 414	2 021	1 302	856	446	2 838	449 862
Päijät-Häme	63	10 419	10 618	- 199	566	369	197	61	197 408
Kymenlaakso	- 558	8 783	9 537	- 752	478	321	157	- 1 155	187 478
Etelä-Karjala	- 294	5 965	6 192	- 227	437	197	240	- 281	137 096
Etelä-Savo	- 528	8 881	9 924	- 1 043	329	218	111	- 1 460	167 310
Pohjois-Savo	- 181	12 073	13 660	- 1 587	443	413	30	- 1 738	252 054
Pohjois- Karjala	- 267	8 933	9 782	- 849	347	212	135	- 981	171 570
Keski-Suomi	235	16 049	15 858	191	566	421	145	571	261 084
Etelä- Pohjanmaa	- 10	7 962	9 142	- 1 180	182	193	- 11	- 1 201	195 594
Pohjanmaa	174	6 801	7 410	- 609	748	682	66	- 369	173 164
Keski- Pohjanmaa	192	2 515	3 122	- 607	155	121	34	- 381	71 265
Pohjois- Pohjanmaa	1 992	21 448	20 713	735	903	786	117	2 844	365 232
Kainuu	- 153	3 203	4 462	- 1 259	197	112	85	- 1 327	89 754
Lappi	221	10 108	12 868	- 2 760	615	649	- 34	- 2 573	191 779
Ahvenanmaa	11	1 042	944	98	353	380	- 27	82	25 788
Koko maa	7 423	284 913	284 913	-	16 830	14 291	2 539	9 962	5 181 264

Lähde: Tilastokeskus 2001

Suuri osa maakunnista on menettänyt koko 1990-luvun jälkipuoliskon väestöä lähinnä Etelä-Suomeen. Lukumääräisesti suurimpia menettäjiä ovat olleet Lappi ja Kainuu samoin kuin Etelä- ja Pohjois-Savo, Pohjois-Karjala ja Etelä-Pohjanmaa. Kun väestön vähenemisen laskee suhteessa maakunnan väkilukuun, menetys on vielä merkittävämpi. Näistä maakunnista monissa väestö vähenee niin syntyvyyden alhaisuuden kuin maakunnasta muuton vuoksi.

Taulukko 28. Nettomuutto maakunnittain 1995-2000.

Maakunta	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1995-2000	Väestö 31.12. 2000
Uusimaa	9 366	9 297	10 596	10 638	9 995	8 497	58 389	1 304 595
Itä-Uusimaa	- 111	248	236	789	681	411	2 254	89 604
Varsinais-Suomi	1 833	1 668	2 023	2 534	1 944	1 331	11 333	447 103
Satakunta	- 1 050	- 1 296	- 1 206	- 1 137	- 1 350	- 1 454	- 7 493	237 661
Kanta-Häme	- 234	- 195	- 27	- 93	163	92	- 294	165 307
Pirkanmaa	1 954	1 831	1 940	1 916	2 092	2 467	12 200	447 051
Päijät-Häme	- 444	- 633	- 1	- 121	- 111	- 2	- 1 312	197 378
Kymenlaakso	- 796	- 595	- 663	- 384	- 815	- 597	- 3 850	187 474
Etelä-Karjala	- 449	- 369	- 4	- 414	- 419	13	- 1 642	137 149
Etelä-Savo	- 566	- 813	- 973	- 1 080	- 1 160	- 932	- 5 524	167 369
Pohjois-Savo	- 673	- 743	- 1 092	- 1 508	- 415	- 1 557	- 5 988	252 115
Pohjois-Karjala	- 746	- 999	- 1 073	- 1 248	- 1 001	- 714	- 5 781	171 609
Keski-Suomi	- 139	339	268	3	34	336	841	263 886
Etelä-Pohjanmaa	- 1 406	- 1 197	- 1 330	- 987	- 891	- 1 191	- 7 002	195 615
Pohjanmaa	- 459	- 293	- 414	- 443	- 799	- 543	- 2 951	173 228
Keski-Pohjanmaa	- 602	- 644	- 524	- 463	- 707	- 573	- 3 513	71 292
Pohjois-Pohjanmaa	115	- 508	- 1 000	- 908	- 425	852	- 1 874	365 358
Kainuu	- 832	- 940	- 1 201	- 1 102	- 981	- 1 174	- 6 230	89 777
Lappi	- 1 439	- 1 472	- 1 918	- 2 766	- 2 512	- 2 794	- 12 901	191 768
Ahvenanmaa	- 57	21	73	149	83	71	340	25 776
Koko maa	3 265	2 707	3 710	3 375	3 406	2 539	19 002	5 181 115

Lähde: Tilastokeskus

Kaupunkien kasvu vahvistaa alueiden eriytymiskehitystä, mikä Suomessa ei kuitenkaan ole vielä edennyt pitkälle. Kasvukunnissa on ollut nähtävissä mm. lastensuojelun palvelutarpeen kasvua, jonka taustalla on mm. vanhempien tai lapsen omaa päihteiden ja huumeiden runsasta käyttöä, mielenterveysongelmia ja muita vaikeita sosiaalisia ongelmia.⁹⁰ Lastensuojelutarpeet eivät ole ainoastaan kasvukuntien ongelma, vaan myös niiden kuntien ongelma, joista väestö vähenee. Kasvukunnissa on jo ollut nähtävissä pulaa sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimasta. Pidemmän koulutuksen saaneiden sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön puute näkyy myös kunnissa, joissa väestö vähenee.

Maasta- ja maahanmuutto

Vuonna 2000 maahan tuli kaikkiaan vajaa 17 000 henkilöä ja maasta lähti runsas 14 000 henkilöä. Maahan- ja maastamuuton osalta Suomi oli nettosaaja vuonna 2000 (taulukko 27.).

Terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneiden muuttaminen töihin ulkomaille on ollut varsin vilkasta viime vuosina. Muuttajina ovat erityisesti lääkärit ja sairaanhoitajat ja muuttokohdemaina ovat ensisijaisesti olleet muut pohjoismaat, Iso-Britannia ja Saksa, joissa kaikissa on pulaa terveydenhuollon koulutuksen saaneesta työvoimasta.

Seuraavassa taulukossa (taulukko 29.) on kuvattu ulkomailta asuvia terveydenhuollon ammattihenkilöitä vuoden 1999 lopussa.

⁹⁰ Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3.

Taulukko 29. Ulkomailla asuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt vuoden 1999 lopussa⁹¹.

Ammattinimike	Terveydenhuollon ammattihenkilörekisteri 31.12.1999		
	Rekisterissä yhteensä 31.12.99	- heistä ulkomailla asuvia	Ulkomailla asuvat % kaikista
Lähihoitaja ja muut nimikesuojatut terveydenhuollon II-asteen tutkinnon suorittaneet	96 188	1 966	2,0
Sairaanhoitaja	60 636	2 871	4,7
Terveydenhoitaja	12 941	288	2,2
Kätilö	4 208	183	4,3
Fysioterapeutti	10 301	517	5,0
Laboratoriohoitaja	6 958	184	2,6
Röntgenhoitaja	3 361	135	4,0
Toimintaterapeutti	1 128	32	2,8
Hammashuoltaja	991	17	1,7
Apuneuvoteknikko	141	3	2,1
Lääkäri	16 833	894	5,3
Hammaslääkäri	5 057	216	4,3
Farmaseutti	5 911	179	3,0
Psykologi	3 989	57	1,4
Puheterapeutti	840	11	1,3
Ravitsemusterapeutti	270	3	1,1

Suhteessa kaikkiin terveydenhuollon ammattihenkilörekisterissä oleviin terveydenhuollon ammattihenkilöihin vilkkaimmin ovat muuttaneet töihin ulkomaille lääketieteen lisensiaatit, fysioterapeutit ja sairaanhoitajat. Vähiten muuttajia on ollut ravitsemusterapeuteissa, puheterapeuteissa ja psykologeissa. Terveydenhuollon TERHIKKI-tilasto ei kuitenkaan kerro sitä, työskenteleekö henkilö ulkomailla terveydenhuollon ammattihenkilönä. Lisäksi on huomattava, että kaikki muuttajat eivät ilmoita ulkomaista osoitettaan väestörekisteriin.

Pohjoismaat ovat selvittäneet toisesta Pohjoismaasta tulleiden terveydenhuollon koulutuksen saaneiden henkilöiden määrää vuosina 1998-1999⁹². Selvityksen mukaan Suomesta lähteneitä terveydenhuollon koulutuksen saaneita oli toisessa Pohjoismaassa noin 750 vuodessa (v. 1998: 747 henkilöä ja v. 1999: 742 henkilöä). Heistä 67 % oli Norjassa. Suomesta lähteneistä henkilöistä 75 % oli sairaanhoitajia. Muusta Pohjoismaasta Suomeen tulleita oli runsaat 40 terveysalan koulutuksen saanutta henkilöä vuodessa (v. 1998: 45 henkilöä ja v. 1999: 43 henkilöä). Heistä noin puolet oli lääkäreitä. Näistä luvuista ei käy ilmi, kuinka kauan he ovat toisessa maassa viipyneet ja ovatko he työssä siellä.

EU/ETA-maista tulleista keskimäärin 20 sairaanhoitajalle ja 50 - 70 lääkärille vuodessa on myönnetty ammatinharjoittamisoikeus Suomessa.⁹³ Sen lisäksi EU:n ulkopuolisista maista tulleista alle 10 sairaanhoitajalle ja noin 20 lääkärille vuodessa on myönnetty ammatinharjoittamisoikeus.

Sosiaalialan koulutuksen saaneiden muuttaminen ulkomaille tai ulkomailta Suomeen on vähäisempää kuin terveydenhuollon koulutuksen saaneilla. Toisaalta muuttajia koskevaa tietoa ei myöskään kerry samalla tavalla kuin terveydenhuollon koulutuksen saaneiden osalta. Sosiaalityön osaaminen edellyttää menetelmätiedon lisäksi myös kunkin maan lainsäädäntötietoa toimeentuloturvasta, lastensuojelun lainsäädännöstä ym. Näin ollen toisessa maassa saadun koulutuksen soveltaminen toiseen maahan ei sellaisenaan riitä, vaan

⁹¹ Vaalgamaa K, Ohtonen J. Terveydenhuollon ammattihenkilöt 31.12.1999. Stakes. Tilastoraportti 8/2000. Tiedot taulukosta 1A.: Työikäiset, laillistetut ja nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt.

⁹² Nordisk arbetsmarknad för sjukvårdspersonal. Årsrapport 1998-1999.

⁹³ Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Toimintakertomus 2000. Helsinki, 2001.

tarvitaan täydentävää koulutusta. Eri lähteistä saatujen tietojen perusteella ulkomailla tutkinnon suorittaneen tunnustamista sosiaali-alalla haetaan muutamia vuodessa.

6. Koulutuspoliittisia ja sosiaali- ja terveystieteellisiä linjauksia

Koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimialoja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotantoa määrittävät vahvasti valtionhallinnon näkemykset ja linjaukset. Uusi perustuslaki linjaa kansalaisten oikeudet koulutukseen, terveyteen ja hyvinvointiin. Koulutuksen osalta valtioneuvosto on ottanut kantaa kehittämissuunnitelmissaan myös sosiaali- ja terveysalaan. Vaikka maamme sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on pitkälle hajautettu kuntien kantaessa täyden vastuun palvelujen järjestämisestä kuntalaisilleen, lainsäädäntö ohjaa toimia. Valtioneuvoston tason linjaukset ja ministeriöiden strategiat toimivat myös tulevaisuuden visioina työvoimasuunnittelun osalta.

6.1. Toimintaympäristö 2000-luvulla

Teollistuneiden maiden yhteinen kehityspiirre on väestön ikääntyminen. Euroopan unionin alueella syntyvyys on ollut laskussa, ja alueen väestön kasvu selittyy lähinnä nettomaahanmuutosta. Ikärakenteen muutos yhtäältä pienentää koulutukseen tulevia ikäluokkia ja lisää sosiaali- ja terveyspalvelujen ja toimeentuloturvan tarvetta. Yhä pienemmän työssäkäyvän joukon on kannettava vastuu laajenevan työelämän ulkopuolella olevan väestön palveluista ja toimeentulosta. Perherakenteiden muutoksia leimaavat yhden huoltajan talouksien määrän kasvu ja monikerroksisten perheiden yleistyminen.

Vuonna 2020 Suomen väestöstä neljäsosan arvioidaan olevan yli 65-vuotiaita. Jo vuoteen 2010 mennessä vanhuuseläkeläisten määrän arvioidaan kasvavan neljännesmiljoonalla. Vanhusten määrän kasvu, eliniän nousu sekä iän myötä mahdollisesti kasvava hoidon ja huolenpidon tarve lisäävät sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta, selvimmin vuoden 2020 jälkeen. Tulevaisuudessa vanhuksista nykyistä suurempi osa säilyttää toimintakykyisyyden ja omatoimisuuden aikaisempaa korkeampaan ikään ja esimerkiksi lähes kaikkien 60 - 75 -vuotiaiden arvioidaan asuvan omissa kodeissaan itsenäisesti. Huolenpidon ja hoidon tarve on suurinta yli 85-vuotiaiden ryhmässä. Lisäksi erilaisten neuvonta-, opastus- ym. palvelujen tarve tulee kasvamaan.

Naisten työssäkäynti on ollut Suomessa yleistä ja pysyy jatkossakin korkeana. Tämä piirre yleistyy myös niissä maissa, joissa naisten työssäkäynti on ollut alhainen. Nämä muutokset lisäävät lasten päivähoidon ja vanhusten hoivapalvelujen tarvetta.

Teknologian kehitys tuo monenlaisia uusia välineitä sosiaali- ja terveysalan työhön. Niitä ovat vammaisten ja vanhusten käyttöön tarkoitettut itsenäistä selviytymistä tukevat apuvälineet, joitain työvaiheita kokonaan korvaavat robotit, monipuolinen kommunikaatio- ja viestintäteknologialaitteisto, valvontaan liittyvät ympäristöhallintalaitteet sekä potilastietohallinnon kehittämismahdollisuudet. Harvaan asutuilla alueilla liikkuvat terveysasemat ja muu uusi teknologia voivat tukea palvelujen järjestämistä ja kotona selviytymistä. Yhtäältä teknologia säästää työvoimaa lisäämällä kansalaisten itsenäistä selviytymistä sekä helpottamalla tietojen vaihtoa ja yhteyksien pitoa, mutta toisaalta teknologia lisää erityisasiantuntijoiden tarvetta ja mahdollistaa sellaisia hoitoja ja toimintoja, jotka eivät aiemmin olleet mahdollisia.

Työelämän ja työympäristön muutokset vaikuttavat osaltaan siihen tapaan, jolla tulevaisuudessa myös sosiaali- ja terveystalvveluja järjestetään. Nuoret ja koulutettu työvoima muuttaa muuta väestöä runsaammin paikkakunnalta toiselle tai maasta toiseen, ja ikäluokkien pieneneminen tuo eri toimialojen välille kilpailutilanteen, jossa myös sosiaali- ja terveydenhuolto on mukana. On tarvetta työnjaon tarkistamiseen, tehtäväkuvien laajentamiseen sekä uudenlaisiin ammatteihin. Erilaiset verkosto- ja tiimityön mahdollisuudet lisääntyvät. Kolmatta sektoria ja omaishoidon mahdollisuuksia kehitetään edelleen vastaamaan osaan hoito- ja huolenpitotarpeista. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimaa keskitetään aikaisempaa enemmän vaikeahoitoisempien asiakkaiden hoitoon ja auttamiseen.

Palvelutarpeiden kasvu, työolot sekä henkilöstö- ja palkkapolitiikan kehitys suhteessa muihin aloihin vaikuttavat osaltaan siihen, saako suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto työvoimaa muilta toimialoilta omasta maasta vai seurataanko muiden pohjoismaiden mallia hankkia työvoimaa maan ulkopuolelta. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden keskiikä on monissa ammateissa korkea, ja lähivuosina eläkkeelle jäänti nousee huomattavasti. Osaavan ja motivoituneen henkilöstön saatavuuden turvaaminen julkisella sektorilla on lähivuosien avainkysymys, sillä esimerkiksi hoitoalan työvoimasta kilpailevat myös muut Euroopan maat. Koulutuksen haasteena on tuottaa uutta ajattelua, yhtäältä laaja-alaista osaamista ja toisaalta syvällistä erityisosaamista. Ehkäisevä toiminta ja osaaminen korostuvat tulevaisuudessa.

Työllisyysasteen kohottaminen ja työttömyyden vähentäminen ovat keskeisiä kehittämisalueita. Tavoitteena on, että työllisyysaste voitaisiin lähivuosina nostaa 70 %:iin (v. 2000 se oli 66,8 %) ja työttömyysastetta alentaa nykyisestä (v. 2000 se oli 9,8 %). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työttömyys on alenemassa. Alan työttömyyden syynä on osaltaan ollut se, että työvoiman tarjonta ja kysyntä eivät ole kohdanneet, sillä muuttovoittopaikkakunnilla on pulaa mm. sijaistyövoimasta, mutta samalla on pulaa myös esim. asunnoista.

Köyhyys ja syrjäytyminen tulivat näkyvästi esille 1990-luvun laman seurauksena. Uutta oli ongelman laajuus. Köyhyyden taustalla oli usein työttömyys ja / tai ylivelkaantuminen, ja toimeentulotukea hakevien asiakkaiden määrät kasvoivat. Laman jälkeen pienituloisten ja tulottomien määrä ei niinkään ole kasvanut, mutta pitkäaikaistyöttömien köyhyysriski on kasvanut ja syventynyt. Tutkimusten mukaan syrjäytymisen seurausvaikutukset näkyvät osallisuuksien heikkenemisenä tai katkeamisena työssä, perheessä, harrastuksissa sekä ystävyys- ja muissa läheissuhteissa, toimeentulon heikkenemisenä sekä erilaisten sosiaalisten ongelmien ja sairauksien lisääntymisenä. Laman aikana pohjoismaisen sosiaaliturvan neljä tukipilaria; ansiosidonnainen turva, kaikille tarkoitettu perusturva, pienituloisille tarkoitettut erityiset tulonsiirrot sekä samanlaiset hyvinvointipalvelut tuloista, varallisuudesta sekä asuinpaikasta riippumatta autoivat työttömiksi joutuneiden selviytymistä. Nämä tukipilarit ovat keskeisiä köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisyssä ja vähentämisessä myös tulevaisuudessa.

Kansanterveys sekä terveellinen ja esteetön elinympäristö muodostavat jatkossakin keskeisen kehittämisalueen. Toimenpiteissä korostuvat lasten ja nuorten hyvinvoinnin parantaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen, nuorten miesten tapaturmaisten ja väkivaltaisten kuolemien, iän myötä yleistyvien kansantautien ja mielenterveysongelmien haittojen vähentäminen.

Sosiaali- ja terveystalvvelujen laatuun ja asiakkaiden mahdollisuuksiin vaikuttaa saamiinsa palveluihin voi tulevaisuudessa kohdistua merkittävästi nykyisiä suurempia vaatimuksia.

Tällaisen oletuksen voi tehdä paitsi viime vuosikymmenten kehityksen perusteella myös lähtien siitä, että väestön keskimääräisen koulutustason kohoaminen lisää kansalaisten edellytyksiä toimia laatumaisemmin ja käyttää vaikutusmahdollisuuksiaan.

Taloudellinen kehitys vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon muutokseen. Periaatteessa taloudellinen kasvu mahdollistaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvun. Kun teknologinen kehitys vähentää ihmistyön tarvetta teollisuudessa, on yhä enemmän työvoimaa käytettävissä henkilökohtaisiin palveluihin, muun muassa sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Taloudelliseen kehitykseen kiinteästi liittyvä työmarkkinoiden kehitys taas vaikuttaa olennaisesti siihen, miten työikäiset perheenjäsenet voivat sitoutua lähipiirinsä lasten, vammaisten ja vanhusten hoivaan. Mitä vaativammat ovat työmarkkinat, sitä suurempi on perheen ulkopuolella tuotettavien hoivapalvelujen tarve. Taloudellinen kilpailu globaalistuvassa maailmassa voi vaatia myös yhä suurempien voimavarojen sijoittamista kilpailevien teollisuus- ja palvelusektorien tukemiseen, esimerkiksi tutkimukseen, tuotekehittelyyn, koulutukseen ja investointeihin. Tämä taas rajoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon laajenemismahdollisuuksia.

6.2. Opetushallinnon linjauksia⁹⁴

Kansallisen koulutuspolitiikan tehtävänä on kansalaisten sivistystason ja osaamisen jatkuva nostaminen. Jokaisella ihmisellä on oikeus jatkuvaan itsensä kehittämiseen, uuden oppimiseen sekä kasvamiseen eettisesti ja moraalisesti vastuulliseksi yhteiskunnan ja ihmiskunnan jäseneksi. Koulutuksen perusturva kuuluu kaikille kansalaisille. Siihen kuuluvat oikeus opetussuunnitelmien mukaiseen opetukseen, riittävään valinnaisuuteen, opetuksen maksuttomuuteen ja turvalliseen oppimisympäristöön.

Hallitusohjelman peruslinjaus korostaa osaamista ja tietoa, joka hyödyttää maan kaikkia alueita tasapuolisesti. Koko väestön osaamistason nostaminen tukee Suomen kehittymistä sivistyskansana ja Suomen kilpailukykyä. Yhtenäiset koulutusmahdollisuudet kuuluvat jokaiselle Suomessa vakituisesti asuvalle henkilölle sukupuolesta, asuinpaikasta, iästä, kielestä, taloudellisesta asemasta, terveydentilasta, vammasta tai alkuperästä riippumatta elinikäisen oppimisen periaatteen mukaisesti. Suomesta rakennetaan yhteiskunta, jossa tieto ja osaaminen ovat osa sivistystä ja keskeisin tuotannontekijä, ja samalla huolehditaan monipuolisesti yhteiskunnan ja työelämän koulutustarpeista.

Lainsäädäntö velvoittaa ottamaan ammatillisessa peruskoulutuksessa huomioon erityisesti työelämän tarpeet. Koulutusta järjestettäessä tulee olla yhteistyössä elinkeino- ja muun työelämän kanssa.⁹⁵ Ammattikorkeakoulujen osalta eräs toimiluvan myöntämistä ja valtion ammattikorkeakoulun perustamista harkittaessa sovellettavia arviointiperusteita on suhteet työelämään.⁹⁶ Työelämän ja opiskelun yhteydet korostuvat ammattitaitovaatimusten muuttuessa ja työssä jaksamisen paineiden lisääntyessä. Kansalaisilta odotetaan entistä laajempaa ammattisivistystä yhtäaikaaisesti tarkentuvien ammattitaitovaatimusten kanssa. Yliopistojen laajana tehtävänä tutkimukseen perustuvan ylimmän opetuksen antamisen ohella on edistää vapaata tutkimusta ja tieteellistä ja taiteellista sivistystä sekä kasvattaa nuorisoa palvelemaan isänmaata ja yhteiskuntaa.⁹⁷

⁹⁴ Koulutus ja tutkimus vuosina 1999-2004. Kehittämissuunnitelma 29.12.1999. Opetusministeriö.

⁹⁵ Laki ammatillisesta koulutuksesta (630/98).

⁹⁶ Laki ammattikorkeakouluopinnoista (255/95).

⁹⁷ Yliopistolaki (645/1997)

Valtioneuvosto hyväksyy joka neljäs vuosi suunnitelman opetusministeriön hallinnonalan koulutuksen ja yliopistoissa harjoitettavan tutkimuksen kehittämisestä hyväksymisvuotta ja sitä seuraavaa viittä kalenterivuotta varten. Viimeisin kehittämissuunnitelma on laadittu vuosille 1999 - 2004. Kehittämissuunnitelmassa asetettujen tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan vuosittain.

Koulutuksen ja tutkimuksen vuosille 1999 - 2004 tehdyn kehittämissuunnitelman mukaan opiskelijoille tulee turvata oikeudet riittävään ja ammattitaitoiseen opetukseen ja ohjaukseen sekä turvalliseen opiskeluympäristöön. Tavoitteena on tarjota kaikille peruskoulusta pääseville jatko-opintopaikka ja varmistaa ammatillisen koulutuksen riittävyys. Koko ikäluokalle pyritään tarjoamaan jatko-opintomahdollisuudet peruskoulun jälkeen lukiossa tai ammatillisessa koulutuksessa. Nuorten ammatillisen peruskoulutuksen tarjontaa suunnataan erityisesti työvoimapulan uhkaamille aloille. Vuonna 2004 aloituspaikka tarjotaan 49 000 opiskelijalle. Tästä osa toteutetaan oppisopimuskoulutuksena. Toisen asteen koulutuksesta kehitetään nykyistä vahvempi vaihtoehto korkeakouluopintoihin etenemisen väylänä. Tavoitteena on, että ammattikorkeakoulun uusista opiskelijoista toisen asteen ammatillisen koulutuksen suorittaneita on noin 1/3. Sekä ammatillisessa koulutuksessa että aikuiskoulutuksessa arvioidaan erityisesti oppimistuloksia ja koulutuksen vaikuttavuutta työllistymiseen ja jatko-opintoihin. Koulutustarjonnan alueellista tasapainoa parannetaan ottaen huomioon työvoiman kysynnän ja väestökehityksen muutokset. Opetusministeriön ja koulutusyksikön välisissä tavoite- ja tulosneuvotteluissa viime kädessä vahvistetaan myös alueellinen aloituspaikkajako.

Ammattikorkeakouluissa aloituspaikkoja tarjotaan 25 000 opiskelijalle vuonna 2004. Ylempään korkeakoulututkintoon tähtäävässä koulutuksessa tarjotaan aloituspaikka 19 000 opiskelijalle. Yliopistojen koulutustarjontaa lisätään tietoteollisuuden aloilla sekä kaupallisella ja opettajankoulutusosalalla. Lisäksi koulutusta on jonkin verran lisätty lääkäreiden, puheterapeuttien ja farmaseuttien koulutuksen osalta.

Edellisten lisäksi erilaisia pohjakoulutuksia omaavien aikuisten tutkintoon johtavaan peruskoulutukseen osoitetaan sekä toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa että ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa 10 - 20 prosenttia koulutustarjonnasta. Yhdessä ammatillisen lisäkoulutuksen kanssa tämä merkitsee 80 000 vuosiopiskelijapaikkaa.

Koulutuksen nykyinen ohjauspolitiikka ja päätösvallan hajautus edellyttävät toimivaa koulutus- ja työvoimatarpeiden ennakoitijärjestelmää ja hyviä koulutustilastoja. Valmistuneiden työllistymisen seuranta ja koulutustarpeiden ennakoitua kehitetään, ja tulokset otetaan koulutuksen mitoituksessa entistä paremmin huomioon. Koulutuksen järjestäjien ennakoitivalmiuksia vahvistetaan kehittämällä ennakoitivälineitä ja -menetelmiä.

Elinikäistä oppimista painottavassa koulutuspolitiikassa on keskeistä vankan perustan luominen jatkuvalla oppimiselle. Koulutusta kehitetään siten, että työmarkkinoille siirtyvillä nuorilla on laaja-alaiset ja ammatillisen liikkuvuuden edellyttämät valmiudet sekä nykyistä paremmat oppimistaidot ja että koko ikäluokan peruskoulutustaso on nykyistä korkeampi. Koulutuksen työelämäyhteyksiä ja tukimuotoja kehittämällä pyritään siihen, että myös aikuisväestöllä on motivaatiota ja edellytyksiä hankkia ammatillinen koulutus ja kehittää jatkuvasti ammattitaitoaan ja muuta osaamistaan. Eläkeikäisen väestön elämän laatua ja selviytymistä parantavia opinto- ja sivistyspalveluja lisätään.

6.3. Sosiaali- ja terveystaloudellisia linjauksia

6.3.1. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010⁹⁸

Oikein ajoitettu ja mitoitettu sosiaali- ja terveydenhuolto on investointi ihmiseen. Hyvinvointia tukeva ympäristö, ongelmien estäminen ajoissa sekä palvelujen toimivuus ovat niitä tavoitteita, joilla tuetaan kansalaisten osallistumista, asiakkaiden tarpeiden huomioon ottamista sosiaali- ja terveyspalveluissa, kansalaisten omatoimisuuden vahvistamista sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittamista.

Sosiaali- ja terveystalouden strategisena tavoitteena on, että Suomi on vuonna 2010 sosiaalisesti elinvoimainen, taloudellisesti kestävä, toimintoiltaan tehokas ja dynaaminen yhteiskunta. Näihin tavoitteisiin pyritään edistämällä väestön terveyttä ja toimintakykyä, lisäämällä alan työelämän vetovoimaa, ehkäisemällä syrjäytymistä sekä turvaamalla toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva. Näihin sisältyy kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yhteistyön parantamista, eri-ikäisten toimintakyvyn tukemista, nuorten ja lasten kasvuolojen parantamista, elinikäisen oppimisen kannustamista ja ympäristöterveydenhuollon kehittämistä.

Tavoitteisiin sisältyy työssä käynnin jatkaminen kahdella - kolmella vuodella nykyistä pidempään. Sen mahdollistaa väestön parantunut toimintakyky ja iäkkäiden hoidon tarpeen siirtyminen myöhempään ikään. Väestön terveyserot tulevat kaventumaan, ennaltaehkäisevä työ vakiinnutetaan toiminnan normaaliaksi osaksi, palvelujen saatavuutta ja laatua parannetaan lisäämällä alueellista yhteistyötä ja sosiaaliturvan rahoitus on kestäväällä pohjalla.

Kehittämistyössä painotetaan ehkäisevän politiikan ensisijaisuutta, varhaista ongelmiin puuttumista, pitkäaikaistyöttömyyden katkaisua, alueellisten hyvinvointierojen kaventamista, monikulttuurisuuden huomioon ottamista kaikessa toiminnassa sekä päihdetilanteen hallintaa. Sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden kehittäminen ovat keskeisessä asemassa strategian toteuttamisessa. Kehittämisen painoalueet ovat asiakkaan aseman parantaminen, palvelujen laadun ja monipuolisuuden turvaaminen, työvoiman riittävyys, toimivat ja taroituksenmukaiset ohjausmallit sekä alueellisen yhteistyön kehittäminen.

6.3.2. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma

Maailman Terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille –prosessi on linjannut terveystaloudellista kansainvälisessä yhteistyössä ja jäsenmaissa jo kahden vuosikymmenen ajan. Vuonna 1998 hyväksytty Euroopan alueen uusin strategia Health 21 – health for all in the 21 st century – kattaa seuraavat 20 vuotta. Ohjelma tarjoaa jäsenmaille raamin terveystaloudellisista tavoitteista ja strategioista. Ohjelman päätavoitteet liittyvät ihmisten terveyden edistämiseen ja suojeluun elämän eri vaiheissa sekä sairauksien esiintymisen vähentämiseen ja niihin liittyvän kärsimyksen lievittämiseen. Päästrategiat ohjelman toimeenpanemiseksi liittyvät 1) terveyteen vaikuttaviin tekijöihin vaikuttamiseen ja niiden arviointiin, 2) terveysohjelmiin, 3) perhe- ja yhteisölähtöiseen perusterveydenhuoltoon ja integroituun

⁹⁸ Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3.

terveyspalvelujärjestelmään sekä 4) poikkihallinnolliseen yhteistyöhön terveyden edistämässä.⁹⁹

Valtioneuvoston vahvistamat Suomen terveystoimittiset linjaukset ovat perustuneet WHO:n Health for All -strategiaan jo 1980-luvun puolivälistä. Uudessa kansallisessa terveystoimittisessä ohjelmassa ”Terveys 2015 –kansanterveysohjelma” määritellään terveystoimittiset tavoitteet vuoteen 2015¹⁰⁰. Niissä korostetaan kansalaisten oman roolin merkitystä terveytensä edistämässä sekä arkielämän ympäristöjen kuten kotien, koulujen, työelämän, liikenteen, asuma-alueiden, kulutuksen ja vapaa-ajan ympäristöjen merkitystä. Terveystoimittisten arviointi ja terveystavoitteiden edistäminen koskevat kaikkien hallinnonalojen ja –tasojen toimintaa sekä Euroopan unionissa ja lähialueilla tehtävää ja muuta kansainvälistä yhteistyötä.

Ohjelmassa asetetaan tavoitteet terveyden edistämiseksi eri ikäryhmille ja kaikille yhteisesti (taulukko 30). Keskeiset haasteet liittyvät väestön vanhenemiseen, kulttuuriseen ja etniseen monimuotoistumiseen sekä ennen muita väestöryhmien välisten terveyserojen kasvuun. Väestön terveyttä ja toimintakykyä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä koskeva tutkimus, seuranta ja arviointi nähdään olennaisena osana terveystoimittisyyttä. Tutkimuksen tuottama uusi tieto auttaa kehittämään toimintaa sekä suuntaamaan terveystoimittisyyttä.

Ohjelma korostaa ”alhaalta ylös” otetta, mikä edellyttää kansanterveysalan järjestöjen ja terveydenhuollon ammattijärjestöjen roolin vahvistamista tavoitteiden toimeenpanossa. Terveystoimittisyyden tehtävänä on yhtäläisten, korkeatasoisten ja helposti saavutettavien terveystoimittisyyden tuottaminen. Kuntien roolissa korostuu terveystoimittisyyden ja hyvinvointitoimittisyyden ohjelmiin perustuva kehittämistyö, jolle kuntien autonomia ja laaja toimivalta luovat hyvät edellytykset. Kuntien terveyden edistämistoimittisyyden turvaamiseksi tarkistetaan niiden sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvan valtion rahoituksen perusteita siten, että siinä otetaan huomioon myös kunnan toimenpiteet asukkaiden terveyden edistämiseksi.

Ohjelman toimeenpano perustuu eri toimijoiden yhteistyöhön. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden rooli on keskeinen ohjelman viemisessä käytäntöön ja muiden toimijoiden aktivoimisessa. Terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on rakentaa yhdessä muiden tahojen kanssa terveyttä edistävää toimintaa yhteiskunnan eri toimintaloilla. Tällä hetkellä työskentelytavat terveydenhuollossa ovat usein liian sairausorientoituneita. Terveyden edistämisenäkökulman vahvistaminen terveystoimittisyyden edellyttää osaamisen kehittämistä ammatillisen perus- ja lisäkoulutuksen avulla. Erityisen tärkeää on jo työssä olevien terveyden edistämistoimittisyyden kehittäminen toimipaikkakoulutuksella.

⁹⁹ Health 21 – health for all in the 21 st century. The health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Health for All Series No 6. Copenhagen, 1999.

¹⁰⁰ Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveystoimittisyyden julkaisuja 2001:4.

Taulukko 30. Terveys 2015 –kansanterveysohjelman tavoitteet.

Ikäryhmittäiset tavoitteet	Kaikille yhteiset tavoitteet
<p>Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvallomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi.</p> <p>Nuorten tupakointi vähenee siten, että 16 – 18-vuotiaista alle 15 % tupakoi; nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa.</p> <p>Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta.</p> <p>Työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin.</p> <p>Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan.</p>	<p>Suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000.</p> <p>Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla.</p> <p>Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä.</p>

6.3.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 - 2003 on valtioneuvoston vahvistama asiakirja, jonka tavoitteita ovat itsenäisen suoriutumisen tukeminen, kansalaisten osallisuuden lisääminen, laadunhallinnan parantaminen, seudullinen yhteistyö sekä asiakaslähtöisen toimintatavan edistäminen kaikessa palvelutoiminnassa. Ohjelman toimenpiteet liittyvät hyvinvointia tukevan ympäristön rakentamiseen, ongelmien ehkäisemiseen ajoissa sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuuden parantamiseen. Keskeisessä asemassa ovat myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisen, riittävyden, hyvinvoinnin ja jaksamisen edistäminen.¹⁰¹

¹⁰¹ Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16.

7. Palvelutarpeisiin ja osaamiseen liittyvät muutokset

Sosiaali- ja terveystalvelujen kysyntä luo pohjaa alan työvoiman kysynnälle. Edellisissä luvuissa on hahmoteltu sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman tarjontaan vaikuttavia tekijöitä. Tämä luku keskittyy työvoiman kysyntään, joka kuitenkin määräytyy monien riskikäisten tekijöiden kautta.

Sosiaali- ja terveystalvelujen kysyntä ja tarve ovat vaikeasti määriteltävissä olevia ilmiöitä. On alueita, joilla kysyntää voisi olla runsaasti, mutta sen tyydyttäminen julkisissa palveluissa ei olisi mielekästä. Toisaalta on alueita, joilla kysyntää ei aina ole, mutta asiaan tarttuminen kannattaa. Alan keskeinen lainsäädäntö velvoittaa kunnat tarjoamaan kuntalaisille palveluja siinä määrin kuin kunnissa oleva tarve edellyttää. Lasten päivähoitossa perheillä on oikeus päivähoitopalveluihin niitä halutessaan. Asiantuntijat ovat kuitenkin sitä mieltä, että osa lapsista, joilla olisi tarve saada päivähoiton virikkeitä, ei koskaan tule palvelujen piiriin. Kaikilla lapsilla on oikeus esiopetukseen 6-vuotiaina. Muiden palvelujen osalta tarpeen määritykset ovat vieläkin mutkikkaampia. Niinpä tavallisesti kuvataan palvelujen tarjontaa, joka antaa riittävän käsityksen palvelutarpeen mittasuhteista.

Tulevien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden määrään ja koulutukseen vaikuttavat toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset. Työelämän ja koulutuksen yhteistyö tulee tiivistymään, ja osaamistarpeet määrittyvät yhä enemmän asiakkaiden ja työelämän tarpeista käsin.

7.1. Väestön ikärakenne, terveys ja toimintakyky

7.1.1. Väestön määrä ja ikärakenne

Koko viime vuosisadan ajan Suomen väkiluku kasvoi vuosikymmenessä noin 250 000 henkilöllä. Väestönkasvusta kolmasosa johtui 1990 -luvulla siirtolaisuudesta. Sitä aikaisemmin kasvun syynä oli syntyneiden suurempi lukumäärä kuolleisiin nähden. Mikäli kuolleisuudessa, hedelmällisyydessä ja siirtolaisuudessa ei tapahdu suuria muutoksia, kasvaa väkilukumme 2010 -luvulla tullessa 5,256 miljoonaan. Vuoden 2010 jälkeen on kuitenkin odotettavissa väkiluvun laskua, mikäli hedelmällisyys ei lisäänty, kuolleisuus pienene tai maahanmuutto kasva merkittävästi. Kaksi ensin mainittua tuskin muuttuu, mutta muuttoliike saattaa kasvaa merkittävästi, mikäli taloudellinen kehitys jatkuu myönteisesti.

Väestön vanheneminen ja uusien ikäluokkien pieneneminen. Tulevina vuosikymmeninä väestö vanhenee, mikä johtuu syntyvyyden pienenemisestä ja siitä, että yhä suurempi osa ihmisistä saavuttaa korkean iän. Ennusteiden mukaan ikärakenteen vanhenemisen vauhti pysyy jokseenkin samanlaisena kuin tällä hetkellä. Tästä johtuen vuonna 2010 65-vuotta täyttäneiden miesten arvioitu osuus väestöstä on 14,5 % ja naisten 19,6 %. Suhteellisesti eniten kasvavat vanhimmat ikäluokat. Keski-ikäisten (45 - 64 -vuotiaat) suhteellinen osuus kasvaa vuoteen 2010 saakka, minkä jälkeen se alkaa vähetä. Alle 45 -vuotiaiden miesten osuus vähenee 52,9 prosenttiin ja naisten 49,1 prosenttiin (luvut vuonna 1980 70,5 % ja 63,0 %) vuoteen 2025 mennessä. (Taulukko 31)

Taulukko 31. Väestö vuosina 2000 - 2030.

Ikä- Ryhmä	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	Muutos 2000 - 2010
0	56 791	55 524	55 581	55 611	54 966	53 037	50 767	- 1 210
1	57 441	55 696	55 626	55 699	55 280	53 584	51 264	- 1 815
2 – 3	117 512	112 211	111 385	111 663	111 267	108 749	104 162	- 6 127
4 – 5	124 276	113 937	111 869	112 025	111 996	110 478	106 406	- 12 407
6	65 377	57 941	56 218	56 146	56 208	55 768	54 110	- 9 159
7 – 14	517 075	509 024	467 807	453 907	452 582	452 474	447 399	- 49 268
15 - 64	3 469 255	3 498 214	3 496 854	3 365 679	3 257 918	3 169 528	3 087 145	27 599
65 - 74	435 522	444 184	502 743	642 936	709 324	671 507	658 990	67 221
75 - 84	260 271	294 447	301 556	317 040	369 423	485 209	536 758	41 285
85+	77 107	81 600	96 145	109 552	114 349	126 255	152 754	19 038
Yhteensä	5 180 627	5 222 778	5 255 784	5 280 258	5 293 313	5 286 587	5 249 755	75 157

(Lähteet: Tilastokeskuksen väestöennuste, 1998. Säntti R. Lasten päivähoito. Pienten lasten hoidossa kunta-kohtaisia eroja. Kuntapuntari 5/2000.)

Alueellisesti tarkastellen alle 65-vuotiaiden suhteellisissa muutoksissa vuoteen 2010 ei juurikaan ole eroja nykyiseen verrattuna. Vain HUS-piirissä työikäinen väestö lisääntyy seuraavan vuosikymmenen aikana. Ikäryhmän 65 - 79 -vuotiaat suhteellinen osuus lisääntyy kaikissa yliopistosairaalapiireissä. Yli 80 -vuotiaiden osalta erot ovat pieniä ja vaihtelevat tarkastelujaksosta riippuen.

Odotettavissa oleva elinikä. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 1997 65 -vuotiaiden miesten jäljellä olevan elinajan odote oli keskimäärin 15 vuotta ja naisten lähes 19 vuotta. Vastaavasti 80- vuotiaan miehen ennuste oli 6,6 ja naisen 8,1 vuotta. Odotettavissa oleva elinaika on jatkuvasti kasvanut sekä miehillä että naisilla. Jaksolla 1985 - 95 miesten elinajan odote kasvoi vajaalla kolmella (70,1 – 72,8) ja naisten vajaalla kahdella (78,5 – 80,2) vuodella. Kasvun odotetaan jatkuvan samansuuntaisena myös tulevaisuudessa.

7.1.2. Väestön terveys ja toimintakyky

Väestön terveys on kehittynyt viime vuosikymmeninä monessa suhteessa myönteisesti, ja terveyden odotetaan edelleen paranevan. Tässä luvussa kuvataan väestön terveyden ja väestöryhmien välisten terveyserojen kehitystä Kansanterveyslaitoksen ja sosiaali- ja terveysministeriön julkaisujen sekä Terveys 2015 –kansanterveysohjelman perusteella^{102 103 104}. Suomalaisten naisten keskimääräinen elinikä on hieman korkeampi kuin Euroopan unionin maiden naisten, mutta miehet ovat Euroopan unionin keskiarvosta vuoden jäljessä. Naisten keskimääräinen eliniän odote oli 80,8 vuotta ja miesten 73,5 vuotta vuonna 1998. Kolmessa vuosikymmenessä naisten keskimääräinen elinaika on pidentynyt noin kuusi ja miesten seitsemän vuotta.

Yli 65 -vuotiaiden kuolleisuus on pienentynyt huomattavasti. Syynä myönteiseen kehitykseen on ollut ennen muita sydän- ja verisuonitautien esiintyvyyden ja niihin kuolleisuuden

¹⁰² Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J. Suomalaisten terveys 1996. Kansanterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Edita, Helsinki 1997.

¹⁰³ Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J. Health in Finland. National Public Health Institute. Ministry of Social Affairs and Health. Edita, Helsinki 1999.

¹⁰⁴ Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.

väheneminen. Silti verenkiertoelinten sairaudet ovat meillä edelleen yleisempiä kuin useimmissa Länsi-Euroopan maissa ja aiheuttavat kuolemista yhä lähes puolet. Nuorten aikuisten, erityisesti miesten, kuolleisuus on vähentynyt vain hitaasti ja on Länsi-Eurooppaan verrattuna korkealla tasolla. Erityisesti tapaturmaiset, väkivaltaiset sekä alkoholiin ja mielenterveysongelmiin liittyvät kuolemat ovat yleisiä.

Erityisesti keski-ikäiset ja sitä vanhemmat kokevat itsensä keskimäärin terveemmiksi kuin saman ikäiset 1970-luvulla. Terveiden ja toimintakyvyn paraneminen on osaltaan vähentänyt myös työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuutta alle 55-vuotiaista ja lisännyt itsenäisesti selviytyvien osuutta yli 65-vuotiaista. Toimintakykyisyys on sairastavuutta olennaisempi tekijä hoidon tarpeen ja sosiaaliturvan kannalta, sillä pitkäaikaissairas saattaa tiedottaa sairautensa merkityksen vasta, kun se rajoittaa hänen toimintakykyään. Päivittäistä avuntarvetta esiintyy kotona asuvista 65 – 74 -vuotiaista 3 %:lla, 75 – 84 -vuotiaista 6 %:lla ja 85 vuotta täyttäneistä 15 %:lla. Tulevaisuudessa yli 75 -vuotiaiden toimintakyvyn ja terveyden ennustetaan olevan nykyistä paremmat¹⁰⁵.

Sairastavuus moniin vakaviin sairauksiin, kuten sydäninfarktiin, aivohalvaukseen, kohonneeseen verenpaineeseen, nivelreumaan ja moniin infektioauteihin on vähentynyt. Myönteisen kehityksen ohella on tapahtunut myös kielteisiä muutoksia, ja osin tilanne on pysynyt ennallaan. Aikuisten mielenterveyshäiriöt ovat yhtä yleisiä kuin 1980-luvulla. Nuorissa ikäryhmissä ne ovat kuitenkin lisääntymässä. Mielenterveyshäiriöt sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat edelleen yleisimmät työkyvyttömyyseläkkeiden syyt. Lasten ja nuorten tietyt pitkäaikaissairaudet ja nuorten riskikäyttäytyminen ovat lisääntyneet. Samoin ovat yleistyneet astma, allergiat, diabetes, eturauhassyöpä ja naisten rinta- ja keuhkosityöpä sekä päihdeongelmat ja huumeiden käytöstä aiheutuvat terveyshaitat. Ikärakenteen vanhenemisen myötä vakavasti toimintarajoitteisten osuus ja iäkkäiden kaatumistapaturmat tulevat lisääntymään. Työkäisen väestön ikääntyessä työkyvyn ylläpitäminen ja työelämässä selviytymisen tukeminen ovat entistä tärkeämpiä haasteita lähivuosina.

Vaikka väestön terveys on monessa suhteessa parantunut, terveyserot eivät ole kaikissa suhteissa pienentyneet. Sukupuolten ja maamme eri alueiden väliset kuolleisuuserot ovat vähentyneet, mutta sosioekonomisten ryhmien väliset kuolleisuus- ja sairastavuuserot ovat eräiltä osin kasvaneet. Sosioekonomiset ja sukupuolten väliset terveyserot (kuolleisuuserot) ovat meillä suuremmat kuin useimmissa Länsi-Euroopan maissa¹⁰⁶. Sosiaaliryhmien välisten terveyserojen odotetaan tulevaisuudessa vielä kasvavan.

Miesten ylikuolleisuudesta huomattava osa johtuu tupakasta ja alkoholista. Tulevaisuudessa sukupuolten välinen kuolleisuusero tulee pieneneään. Erot naisten ja miesten sairastavuudessa ja toimintakyvyssä ovat pienemmät kuin kuolleisuuserot. Miehet joutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle hieman yleisemmin kuin naiset. Naisilla on pitkäaikaissairauksia ja sairauspäiviä enemmän kuin miehillä.

Alueiden väliset erot ovat pienentyneet absoluuttisesti, mutta suhteelliset erot ovat säilyneet ennallaan. Alueellisten erojen pieneminen johtuu siitä, että erot elintasossa ja terveystotumuksissa Koillis- ja Lounais-Suomen välillä ovat pienentyneet. Tulevaisuudessa alueerojen ennakoitaan pienentyvän edelleen. Poikkeuksen tästä kehityksestä muodostaa pää-

¹⁰⁵ Martelin T, Kattainen A, Koskinen S. Sociodemographic differences in functional ability in old age. Kansanterveyslaitos. Poster, 2001.

¹⁰⁶ Lahelma E, Lundbeg O, Manderbacka K. Suomalaisten terveyserot eurooppalaisessa vertailussa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1999:3.

kaupunkiseutu, jonka asukkaiden muita alueita huonompi terveys tulee olemaan tulevaisuuden ongelma.

7.2. Sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö

Sosiaali- ja terveystalveluilla on erittäin tiivis kosketuspinta kansalaisten arkielämään. Arvioiden mukaan reilu kolmannes kansalaisista asioi vuosittain sosiaalihuollossa, mistä lasten päivähoito luonnollisesti muodostaa valtaosan. Väestöstä vain pieni osa ei käytä terveystalveluja vuosittain. Palkansaajista 90 % on työterveyshuollon piirissä. Yli 15 -vuotiaista 70 % käy avohoidon lääkärintaastanotolla vuosittain. Raskaana olevista naisista ja lapsiperheistä lähes kaikki käyttävät neuvolatalveluja. Luvut osoittavat, että sosiaali- ja terveydenhuolto muodostaa merkittävän sektorin yhteiskunnassa ja että kunnat ovat keskeinen sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäjä.

7.2.1. Sosiaali- ja terveystalvelut julkisella sektorilla

Kunta on velvollinen järjestämään sosiaalitalveluina lasten päivähoitoa, joka on erittäin suuri osa sosiaalitalveluista, lastensuojelua, kasvatus- ja perheneuvontaa sekä vanhus-, vammais- ja päihdehuollon talveluita. Kodinhoitoapu ja erilaiset asumistalvelut sekä ensi- ja turvakodit kuuluvat myös sosiaalitalveluihin. Toimeentulotukiasiakkaat, joiden määrä moninkertaistui laman vaikeina taloudellisina aikoina, asioivat sosiaalitaitoimen piirissä. Valtaosa sosiaalityöntekijäin asiakastyöstä ei tule tilastollisessa tarkastelussa näkyviin. Näihin tehtäviin kuuluvat mm. ottolapsiasioiden hoito, isyyden selvittäminen, kriminaalityö sekä vaativa psykososiaalinen tukityö, jota tehdään eri ikäisten asiakkaiden ja asiakasperheiden kanssa ja joka on intensiivistä, usein pitkäkestoista ja monia yhteydenottoja sekä asiakas- ja tarvittaessa myös työntekijän kotikäyntejä edellyttävää työtä. Tilastoihin ei myöskään kuvastu sosiaalitaitoimen hyvinvoinnin edistämistoiminta ja ehkäisevä työ, kuten rakenteellinen sosiaalityö, lasten kasvuympäristön kehittäminen, ehkäisevä päihdetyö ym.

Suurin osa kunnallisen sosiaalihuollon asiakkaista on avohuollon talvelujen piirissä asuen joko omassa kodissaan tai erityyppisissä asumisyksiköissä. Vain pieni osa on pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Lastensuojelutalveluiden, lasten huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevien sopimusten, laitoshoidossa olevien pitkäaikaisasiakkaiden määrä sekä päihdeiden ja huumeiden käyttäjien talvelujen käyttö lisääntyi 1990-luvun loppuvuosina (taulukko 32). Lisäksi sosiaalityöntekijä vahvisti lapsen elatusta koskevia sopimuksia vuoden 1999 aikana lähes 35 000 ja lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevia sopimuksia runsas 36 000.

Taulukko 32. Kunnallisen sosiaalihuollon asiakkaat 31.12. vuosina 1997 - 1999.¹⁰⁷

	1997	1998	1999
Päivähoidossa olevia lapsia	219 380	218 304	215 078
Lastensuojelulapsia ja -nuoria: Sijoitettuja lapsia	11 764	12 010	12 370
Ensi- ja turvakotien asiakkaita vuoden aikana	4 102	4 278	3 925
Elatustukea saaneita lapsia vuoden aikana	107 902	108 497	108 959
Perheasiain sovittelu vuoden aikana	9 616	8 992	9 458
Kasvatus- ja perheneuvolassa asiakkaita vuoden aikana	73 586	70 562	70 950
Kehitysvammaisten palvelujen käyttäjiä			
- Työ- ja toimintakeskuksissa	10 047	10 340	10 525
- laitoksissa	4 759	4 759	5 103
Muulla tavalla vammautuneiden palvelujen käyttäjiä:			
- Työkeskuksissa	3 492	3 078	3 219
- Kuljetuspalvelua käytti vuoden aikana	55 102	58 604	61 727
- Henkilökohtainen avustaja vuoden aikana	2 260	2 384	2 572
- Tulkkipalveluja käytti vuoden aikana	3 019	3 065	3 071
Mielenterveysasiakkaita:			
- Tuki- ja palveluasunnoissa	1 660	1 340	2 018
- kuntoutus- ja pienkodeissa	1 735	2 100	2 757
Kodinhoitoapua saaneita kotitalouksia vuoden aikana	132 493	126 422	126 427
Tukipalveluasiakkaita vuoden aikana	123 439	122 749	120 940
Omaishoidon tuki – kaikki asiakkaat vuoden aikana	20 294	20 417	20 754
Omaishoitajia vuoden aikana (sopimus tehty)	19 716	19 633	19 996
65+ vuotta täyttäneitä palvelujen käyttäjiä:			
- Kodinhoitoapua käytti vuoden aikana	85 408	84 816	84 283
- Tukipalvelua käytti vuoden aikana	103 298	105 621	103 423
- Omaishoidon tuen asiakkaita vuoden aikana	12 708	12 779	13 172
- Kotihoito (kaikki, myös alle 65 v) - 30.11.	47 447	..	51 411
- Palvelutaloissa asui	9 632	8 971	10 769
- Vanhainkodeissa	26 166	26 111	27 791
Pitkäaikaisasiakkaita	..	47 869	48 814
Asunnottomia yksinäisiä vuoden aikana	9 814	9 994	..
- Niistä ulkona yömajoissa yms. Asuvia yksinäisiä	4 169	4 120	..
Päihde- ja huumeasiakkaita vuoden aikana:			
- a-klinikoilla	39 146	39 302	40 018
- nuorisoasemilla	3 878	3 770	4 292
- katkaisuhuoltoasemilla	9 440	10 518	9 617
- kuntoutuslaitoksissa	7 369	6 394	6 394
- asumispalveluissa	4 073	4 081	4 268
- ensisuojusta	1 300	1 425	1 161
- laitoksissa	10 626	10 627	11 660
Toimeentulotukea saaneet taloudet vuoden aikana	344 705	313 705	291 961

Väestön terveyden edellytyksiin vaikutetaan kaikkien hallintosektoreiden kautta. Terveyspalvelut tarjotaan kuntien ja kuntayhtymien toimesta. Niitä täydentävät yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut. Kunnat huolehtivat kansanterveystyön toimeenpanosta järjestämällä perusterveydenhuollon palvelut ja vastaamalla ympäristöterveydenhuollosta. Kunnat vastaavat myös asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Ehkäisevä terveydenhuolto kuuluu sekä perusterveyden että erikoissairaanhoidon tehtäviin ja edellyttää laajaa poikkihallinnollista ja eri toimijoiden yhteistyötä ja toimenpiteitä.

¹⁰⁷ Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutieto 2001, Stakes. Asiakaslukumäärät sisältävät myös kunnan yksityisiltä palvelujen tuottajilta ostamia palveluja käyttäneet asiakkaat.

Terveydenhuollossa kuten sosiaalihuollossakin terveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisytyö saadaan huonosti tilastoitua. Toisin kuin sosiaalihuollossa terveydenhuollon tilastointi perustuu vastaanottokäynteihin sekä hoitajaksoihin ja -päiviin. Keskimäärin lasketuna suomalaisilla on 1 000 asukasta kohti noin 4 900 käyntiä terveyskeskuksissa, noin 1 100 käyntiä erikoissairaanhoidon avopalveluissa ja noin 600 käyntiä yksityislääkärillä. (Taulukko 33)

Taulukko 33. Terveyden- ja sairaanhoidon palvelut vuosina 1997 – 1999.¹⁰⁸

Palvelu	1997	1998	1999
Kansanterveystyö - /1000 asukasta			
- terveyden- ja sairaanhoitokäynnit yhteensä	4 994	4 934	4 898
- hammashuollon käynnit	987	961	951
- hoitajakset vuodeosastolla ja päiväkirurgia	57	59	60
- hoitopäivät	1 575	1 592	1 568
Kunnallinen erikoissairaanhoido (sairaanhoitopiirit) - /1000 asukasta			
- avohoitokäynnit	1 167	1 148	1 140
- hoitajakset vuodeosastolla ja päiväkirurgia	194	191	189
- hoitopäivät	1 158	1 093	1 049
Yksityisen terveydenhuolto - / 1000 asukasta			
- lääkärissä käynnit (sairausvakuutuskorvatut)	639	647	634

7.2.2. Ostopalvelut ja yksityiset sosiaali- ja terveystalvet

Kunnat täyttävät sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämiselvoitteensa tavallisimmin tuottamalla talvet itse. Ne voivat myös ostaa talvet kolmannelta sektorilta tai yksityisiltä talvetuottajilta. Laman aikana kannustettiin sosiaali- ja terveystalvelujen yksityistämistä, mutta suurta lisäystä ei tapahtunut. Ostopalveluiden osuus kuntien sosiaali- ja terveystalvelutarjonnassa on edelleen pieni, mutta niiden käyttö on lisääntynyt. Kunnat käyttivät vuonna 1999 sosiaali- ja terveydenhuollon menoista lähes 6 % yksityisten ostopalvelujen hankintaan. Vastaava luku vuonna 1993 oli 3 %.¹⁰⁹ (Taulukko 34).

Taulukko 34. Yksityisiltä ostettujen talvelujen osuudet eräistä kuntien järjestämistä sosiaali- ja terveystalveluista 1995.¹¹⁰

Sosiaali- ja terveystalvelu	Ostopalvelujen %-osuus kunnallisista talveluista
Perusterveydenhuollon hammashuolto	0,4
Perusterveydenhuollon muu avohoitto	0,7
Terveystalvetkeskusvuodeosastohoitto	1,4
Kodinhoittoapu	4,7
Vanhainkotihoitto	10,4
Kehitysvammaisten laitoshoitto	12,2
Kehitysvammaisten talveluasuminen	17,1
Vanhusten talveluasuminen	27,4
Päihdeongelmaisten talveluasuminen	46,0

¹⁰⁸ Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutieto 2001, Stakes.

¹⁰⁹ Tilastokeskuksen Kuntien talous- ja toimintatilasto / SOTKA-tietokanta.

¹¹⁰ Södergård H. Sosiaali- ja terveystalvetala käännekohtassa. Yksityisen ja kolmannen sektorin perusanalyysi ja kehittämisen suuntaviivat. Sitra. Taloustieto Oy, 1998.

Kunnat ovat jo pitkään hankkineet sosiaalipalveluita ostopalveluina. Viime vuosina markkinoille on ilmaantunut myös kansainvälisiä ketjuja, jotka tuottavat päivähoito- ja kotipalveluja. Vuodesta 2001 asteittain toteutettava hammashuollon uudistus saattaa lisätä terveyskeskusten hammaslääkäripalveluiden hankkimista ostopalveluina.

Yksityislääkäritoiminta on vakiintunutta, mutta yksityislääkäreistä suurella osalla on myös julkinen virka. Yksityissektori on merkittävä erikoissairaanhoidon avopalveluiden tuottaja. Terveystieteiden avohoitokäynneistä 29,5 % tapahtui yksityissektorilla vuonna 1999 (taulukko 35). Niitä on tarjolla erityisesti suurissa kaupungeissa. Yksityistä terveystieteiden palvelutuotantoa on ollut julkista enemmän kuitenkin vain muutamalla alalla. Tällaisia ovat sairaankuljetus, optikkotoiminta, lääkehoito, hammashuolto, fysioterapia, psykoterapia ja huomattava osa työterveyshuoltoa. Esimerkiksi fysioterapiakäynneistä noin 4/5 on yksityistä toimintaa, työterveyshuollosta noin 75 % ja hammashuollon käynneistä runsas puolet, noin 55 %. Terveystieteiden vuodeosastohoidosta vain 3,5 % annetaan yksityissektorilla.

111

Taulukko 35. Eri tuottajien %-osuudet sosiaali- ja terveydenhuollossa 1999.¹¹²

Palvelu	Kunnat ja kuntayhtymät	Valtio	Yksityinen	Yhteensä
Päiväkotien hoitopäivät / vuodessa	93,5	0,0	6,5	100
Lastensuojelulaitosten hoitopäivät / vuodessa	43,2	4,8	52,0	100
Ensikotien hoitopäivät / vuodessa	4,6	0,0	95,4	100
Turvakotien hoitopäivät / vuodessa	20,3	0,0	79,7	100
Kasvatus- ja perheneuvolan asiakkaat / vuodessa	97,4	0,0	2,6	100
Vanhainkotien hoitopäivät / vuodessa	89,9	0,0	10,2	100
Vanhusten palveluasumisen asiakkaat 31.12.	60,4	0,0	39,6	100
Kehitysvammaisten hoitopäivät / vuodessa	87,2	0,0	12,8	100
Kehitysvammaisten asumispalvelut / asiakkaat 31.12	77,3	0,0	22,7	100
Kehitysvammaisten työ- ja toimintakeskusten asiakkaat 31.12.	92,5	0,0	7,5	100
Vajaakuntoisten työkeskusten asiakkaat 31.12	69,2	0,0	30,8	100
Muut palvelu- ja tukiasunnot / asiakkaat 31.12	60,4	0,0	39,6	100
Kodinhoitoapua saaneet kotitaloudet / vuodessa	94,1	0,0	5,9	100
A-klinikoiden asiakkaat / vuodessa	67,9	0,0	32,1	100
Nuorisoasemien asiakkaat / vuodessa	35,8	0,0	64,2	100
Päihdehuollon asumispalvelujen asumispäivät / vuodessa	41,5	0,0	58,5	100
Ensisuojien asumispäivät / vuodessa	62,0	0,0	38,0	100
Katkaisuhoitoasemien hoitopäivät / vuodessa	59,1	0,0	40,9	100
Päihdehuollon kuntoutuslaitosten hoitopäivät/vuodessa	48,7	0,1	51,2	100
Terveystieteiden avohoitoto	70,4	0,1	29,5	100
Terveystieteiden vuodeosastohoito	94,5	2,1	3,5	100
Kokoaikainen henkilöstö yhteensä 31.12	85,0	1,0	14,0	100

Sosiaalihuollon palveluista lastensuojelun, ensi- ja turvakotitoiminnan, vanhus- ja vammaisten asumispalvelut ja päihdehuollon palvelut tuotetaan valtaosaltaan yksityisen palvelun tuottajan, tavallisimmin kuitenkin yleishyödyllisten järjestöjen tai säätiöiden eli kolmannen sektorin toimesta. (Taulukko 35).

¹¹¹ Kauppinen S, Niskanen T, Swahne A. Yksityisten osuus kasvaa sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa. Dialogi 1/2001.

¹¹² Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2000. SVT. Sosiaaliturva 2001:1. Taulukko 29.

7.2.3. Arvioita eräiden sosiaali- ja terveyspalvelujen näkymistä

Palvelujen tarve tulee määrittämään siitä, miten menestyksellisiä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoimet ovat, miten avohoitopalvelut kehittyvät ja miten tehokkaiksi ja vaikuttaviksi erikoistuneet palvelut muuttuvat.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nousee keskeiseksi monestakin syystä. Globaalistuvassa ympäristössä pienet maat eivät ole suojassa ympäristöongelmilta eivätkä nopeasti leviäviltä taudeilta. Euroopan Unionin tasolla näkyneet toimet muiden ohella BSE-taudin torjunnassa osoittavat, miten moninaiset tekijät voivat vaikuttaa terveydentilaan. Ympäristöterveydenhuollon toimet voivat vähentää tautien riskejä ja varoittaa vaaroista. Työterveydenhuollolla on myös merkittävä ennaltaehkäisevä vaikutus.

Avohoitopalvelujen kehittäminen ja niiden tarve tulee lähivuosina korostumaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Tarve tulee lisääntymään ikääntyneiden hoiva- ja hoitopalvelutarpeen kasvaessa, jolloin kotiin tulevien palvelujen laatu ja intensiteetti kasvavat. Samoin on ennakoitavissa, että mielenterveyspalvelujen tarve ja palvelujen kysyntä nousee kaikissa ikäryhmissä. Monimuotoisen ja joustavan avopalvelutarjonnan kehittäminen mielenterveyspotilaille on sekä kunnallinen että valtakunnallinen haaste. Yhtäältä tarvitaan matalan kynnyksen palveluja ja kriisipalveluja äkillisiin ongelmatilanteisiin, ja toisaalta pitkäaikaispotilaille mielekkään elämän rakenteita yhteistyössä muiden hallintokuntien kanssa. Kuntoutuksen tarve ja itsenäisen elämän turvaaminen nousevat väestön ikääntyessä myös kehittämishaasteiksi.

Terveydenhuoltoyksiköiden välistä työnjakoa kehitetään ja yhteistyötä lisätään. Palveluntuottajiksi tulee myös uusia toimijoita. Vaativaa erikoissairaanhoitoa keskitetään nykyistä harvempiin yksiköihin, ja keskussairaaloiden toiminta jakautuu entistä pienempiin erikoisaloihin. Erikoissairaanhoitoa tarjoavat myös kunnalliset liikelaitokset ja yksityiset palveluntuottajat. Terveyskeskukset ja perustason erikoissairaanhoitoa tarjoavat yksiköt lisäävät toiminnallista yhteistyötä. Kuntien välinen yhteistyö mahdollistaa väestövastuiseen työskentelymallin ja erityisosaamisen vahvistamisen perusterveydenhuollossa.¹¹³

Terveydenhuollossa päiväkirurgisen hoidon jatkohoito ja teknologiasovellusten mahdollistama entistä vaativampi hoito kotona lisäävät avopalveluiden kysyntää. Sairaalaosastoilla hoidetaan pääasiassa kriittisesti sairaita. Terminaalivaiheen hoito annetaan siihen soveltuvassa ympäristössä ja yhä useammin myös potilaan kotona. Informaatioteknologia ja uudistuvat toimintatavat vähentävät potilaan siirtelyn tarvetta ja vahvistavat näin perusterveydenhuollon asemaa palvelujärjestelmän perustana. Perusterveydenhuollosta konsultoidaan erikoissairaanhoidon asiantuntijoita telemaattisesti. Erikoissairaanhoidon asiantuntijat tarjoavat hoitoa myös etäpoliklinikkatoimintana, joka tuo samalla lisäkoulutusmahdollisuuksia perusterveydenhuollossa työskenteleville.¹¹⁴

Kunnallisessa päivähoidossa¹¹⁵ päivittäiset hoitoajat ovat pidentyneet vanhempien työpäivän pituudesta johtuen. Samoin on lisääntynyt ilta-, yö- ja viikonloppuhoidon tarve. Mikäli pienten lasten vanhempien työhön osallistumisen aste kasvaa tai lasten kotihoidon suosio

¹¹³ Huttunen J. Perusterveydenhuollon yksikkökoko – Miten nykytilaa tulisi kehittää? TERVE-SOS 2001. Luontolyhenteet. Stakes, Kuopion kaupunki 2001.

¹¹⁴ Ks. Kekomäki M. Terveydenhuolto 2000-luvulla. Futura 2000:2.

¹¹⁵ Takala P, Heikkilä M. Pienten lasten hoito. Teoksessa: Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.

vähenee, päivähoitoon osallistumisen aste nousee nykyisestä. Vaikka peruskoulun aloittamisen alentaminen vuodella toteutuisikin, pienten koululaisten iltapäivähoidon tarve säilyy tai kasvaa nykyisestään. Päivähoitohenkilöstötarvetta tulevat lisäämään myös paine ryhmäkoon pienentämiseen sekä erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten määrän kasvu. Erityiskoulutetusta henkilöstöstä kuten esimerkiksi erityislastentarhanopettajista on jo pulaa.

Kasvatus- ja perheneuvolojen asiakaskäynnit ja terapioiden määrä näyttävät lisääntyvän (liitetaulukko 11). Lastenhuollon muiden erityispalvelujen kuten perheasiainsovitte-
lun, elatustuen sekä ensi- ja turvakotitoiminnan piirissä olevien lasten määrä on edelleen kasvussa¹¹⁶. Lapsiperheille tarkoitettujen yleisten palvelujen, kuten iltapäiväkerho- ja lasten leikkitoiminnan, lasten neuvolatoiminnan, lapsiperheiden kotipalvelujen sekä koulun tukio-
petuksen kehittäminen on tärkeää, sillä niiden avulla voidaan tukea vanhemmuutta ja vähentää lastenhuollon erityispalvelujen tarvetta.

Selviytymistä ja sopeutumista tukevien sekä toimeentulon riittämättömyyteen ja taloudelliseen turvattomuuteen liittyvien palvelujen tarve ei ole vähentynyt samassa määrin kuin olisi ollut odotettavissa taloudellisen kasvun ja työttömyyden alenemisen perusteella. Huomattava osa pitkäaikaistyöttömistä on vajaakuntoisia, jolloin tarvitaan erilaisia kuntouttavia toimenpiteitä. Maahan muuttajien määrä on kasvanut, ja osa heistä tarvitsee monipuolisia tukipalveluja alkua-
ajan vaiheessa. Päänteiden ja erityisesti huumeiden käyttäjien määrä on ollut nousussa, ja huumeiden käyttö on leviämässä koko maahan¹¹⁷. Ylivelkaantumista on edelleen, ja erityisesti nuorten keskuudessa se jopa lisääntyy. Näin ollen sosiaalisen luotuksen tarvetta esiintyy runsaasti.

Hyvinvointiklusterin laajenemisen myötä yksityisen ja kolmannen sektorin kapasiteetti sekä omaishoidon osuus tulevat kasvamaan. Tämä merkitsee pienten ja keskisuurten sosiaali- ja terveydenhuollon yritysten määrän kasvua sekä kouluttamattomien työntekijöiden osallistumista hoitoon. Samoin suuret kansalaisjärjestöt ovat merkittäviä sosiaali- ja terveystal-
velujen tuottajia. On ennakoitu, että sosiaali- ja terveydenhuoltoon tulee myös uusia toimijoita. Esimerkiksi seurakunnat voivat järjestää hoito- ja saattokotitoimintaa omille jäsenil-
leen ja elinkeinoelämä vanhustenhuollon palveluja omille työntekijöilleen.¹¹⁸

¹¹⁶ Heino T. Lasten psykososiaaliset palvelut ja lastensuojelu. Teoksessa: Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.

¹¹⁷ Kaukonen O, Metso L, Halmeaho M. Päihdepalvelut. Teoksessa: Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.

¹¹⁸ Metsämuuronen J. Uuden vuosituhanen haasteet sosiaali- ja terveystalalla. Futura 2000:2.

7.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehitystarpeista tulevaisuudessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottaminen on pitkään tapahtunut hyvin perinteisesti. Palveluissa on muiden ohella henkilöstön keskuudessa vahva hierarkiensa, johtaminen on ollut professioihin sidottua, logistiikka on kehittymätöntä (esim. ajanvaraukset) ja olemassa olevat logistiikkajärjestelmät ovat yhteensopimattomia. Laman aikana taloudellinen paine johti suurempaan joustavuuteen, ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hajonta väheni. Sosiaali- ja terveydenhuollolla on itsellään käytettävissä keinoja, joilla asiakkaiden tarpeisiin voidaan vastata vaikuttavammin. Vaikka tulevaisuutta ennakoidaan alalla jatkuvasti, yhteiset linjaukset suomalaisten palveluiden kehityssuunnista ovat kuitenkin vielä hahmottumattomia. Toimikunta suosittaakin, että tähän kysymykseen paneuduttaisiin erityisesti. Tulevien vuosien palvelujen ennakointi luo pohjaa niin koulutuksen kuin henkilöstömäärienkin suunnitteluun.

Seuraavassa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehitystä ja linjataan niiden suuntaa lähivuosina. Epäkohdat liittyvät ennen muita kuntien välisiin eroihin palveluiden saatavuudessa, toimintakäytännöissä ja sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaisissa menoissa. Tapahtuneen kehityksen ja ennakoitujen muutosten näkökulmasta näyttäisi siltä, että työvoima- ja koulutustarpeisiin vaikuttaisivat palvelujärjestelmään liittyvät tekijät kuten toimintamallien ja työskentelytapojen kehitys sekä tietyiltä osin myös erityisosaamista vaativat tehtävät.

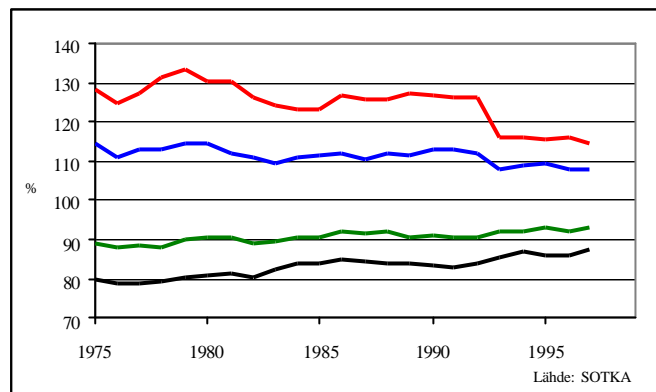
Tutkimusten mukaan kuntien väliset erot sosiaali- ja terveystoimen menoissa ovat melko suuret (kuviot 14). Erojen syyt ovat yhteydessä eroihin palvelutarpeessa, palvelurakenteessa, kunnallisessa sosiaali- ja terveystoimituksessa sekä paikallisen toiminnan tehokkuudessa ja tuottavuudessa. Väestörakenteesta johtuvaa palvelutarvetta lukuun ottamatta syyt liittyvät näin ollen tekijöihin, jotka kuuluvat kuntien oman päätöksenteon piiriin.¹¹⁹

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisen tavoitteena on ollut toiminnan rationointi ja kustannussäästöt purkamalla laitospaasiteettia ja kehittämällä avohoitoa. Palvelurakenteen uudistaminen käynnistyi psykiatristen palveluiden osalta jo 1970-luvulla. Hoitopäivät¹²⁰ vähenivät yhteensä 15 % vuosina 1991 - 1998. Somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopäivät vähenivät noin viidenneksen sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten kumpikin runsaan kolmanneksen. Perusterveydenhuollon yleissairaanhoidon ja vanhainkotien sairaansijojen vähentämistä koskevia tavoitteita ei saavutettu, sillä terveystoimien hoitopäivät kasvoivat noin 15 %. Tällä hetkellä suurimmat puutteet liittyvät vanhusten palveluihin ja mielenterveyspalveluihin, joissa avopalveluiden kehittäminen ei ole edennyt laitoshoidon purkamisen edellyttämällä tavalla¹²¹.

¹¹⁹ Valtonen H. Mikä selittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen eroja? Teoksessa: Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.

¹²⁰ Stakes / Hilmo.

¹²¹ Uusitalo H. Sosiaaliturva ja sosiaali- ja terveystoimien palvelut 1990-luvulla. Teoksessa: Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.



©2000 STAKES, Hannu Uusitalo

Kuvio 14. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen jakaumat vuosien 1975 - 1997, mk/asukas, kuntien kahden ylimmän ja kahden alimman desiilin suhde mediaaniin (%).

7.3.1. Sosiaali- ja terveystoimen tuottamisen tehostaminen

Työvoiman riittävyyttä voidaan turvata myös työvoimavaltaisilla aloilla tuottavuutta nostamalla. Mitä enemmän lähivuosina pystytään panostamaan muihin tuotannontekijöihin kuin työvoimaan, sitä enemmän voidaan säästää inhimillisten resurssien käytössä ja sitä paremmin niitä voidaan suunnata uudestaan. Vaihtoehtoiset tuotantotavat liittyvät tieto- ja muun teknologian hyväksi käyttämiseen, tapaan organisoida palveluiden tuottaminen, johtamisen rooleihin toimintayksiköissä sekä toiminnan vaikuttavuuden parantamiseen.

Perinteinen organisaatiolähtöinen järjestäminen on johtanut päällekkäisyyksiin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja yksityissektorin toiminnoissa, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisiin rajoihin ja liian pieniin terveyskeskusyksiköihin. Epäkohtien ratkaisemiseksi kehitetään alueellisen yhteistyön malleja palveluiden tuottamiseksi seutukunnallisena yhteistyönä ja alueellisesti keskittäen. Eri puolilla maata on käynnistymässä kokeiluja, joiden tavoitteena on toiminnallisen yhteistyön kehittäminen sairaanhoitopiirien pienten sairaaloiden ja lähikuntien terveyskeskusten välillä sekä sairaanhoitopiirien kesken. Toiminnallista yhteistyötä tuetaan kehittämällä yhteensopivia aluetietojärjestelmiä ja konsultaatiojärjestelmiä.^{122 123 124}

Sosiaalihuollon ongelmana on erityisosaamista edellyttävien palvelujen puuttuminen. Peruskuntien tueksi kehitetään ylikunnallisia ja seudullisesti järjestettäviä palveluja, joilla turvataan tarvittava erityisosaaminen. Verkostoituvat erityispalvelut -kehittämishankkeen tavoitteena on sosiaalihuollon erityispalvelujen kuten lastensuojelun, päihdehuollon, vammaispalvelujen ja erityispäivähoidon turvaaminen kaikille niitä tarvitseville asiakkaille kaikkialla maassa asuinpaikasta ja kunnan koosta riippumatta.

¹²² Terveystoimen kehittäminen 2000-luvulle. Terveystoimen kehittämisprojektin toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1998:5.

¹²³ Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa I. Saumaton hoito- ja palveluketju.

Asiakaskortti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:8.

¹²⁴ www.makropilotti.fi.

Sosiaalialan osaamiskeskusten tehtävänä on sosiaalialan perus- ja erityisosaamisen edistäminen sekä erityispalvelujen tuottaminen ja välittäminen sekä niitä koskeva konsultaatio. Osaamiskeskusten tarkoituksena on rakentaa toimiva yhteys käytännön työn ja sen kehittämisen sekä koulutuksen ja tutkimuksen välille.

Sosiaalihuollon erityisosaamista tukemaan kehitetään myös ekonsultaatiota, jonka tarkoituksena on tukea kuntia, kuntayhtymiä ja muita palveluntuottajia palvelujen toteuttamisessa. Hankkeessa selvitetään, miten tietoteknologiaa hyödyntäen voidaan kehittää sosiaalihuollon ammattilaisten, erityisesti sosiaalityöntekijöiden keskinäisiä verkostoja niin, että niillä olisi nykyistä paremmin edellytyksiä kollegiaalisen vertaistuen antamiseen.

Terveystieteiden toimintayksiköiden toimintaa ja kustannusten hallintaa on pyritty tehostamaan erottamalla terveystieteiden tilaaja ja tuottaja sekä kilpailuttamalla tuottajia. Sopimusohjauksella on suomalainen sovellus tilaaja-tuottajamalleista. Tällä hetkellä sairaanhoitopiireistä noin puolessa on käytössä erilaisia kokonaiskustannuksista ja terveystieteiden hinnasta sopimiseen perustuvia malleja. Niiden avulla kuntien muodostama tilaajarengas tai yksittäiset kunnat ja sairaanhoitopiiri sopivat terveystieteiden tuottamisen ehdoista ja järjestelyistä. Sopiminen on parantanut eri osapuolten välistä yhteistyötä ja luottamusta sekä tuonut uusia välineitä kustannusten hallintaan, mutta toiminnan ja palveluiden käytön ohjaukselliset vaikutukset ovat usein jääneet vähäisiksi.¹²⁵

7.3.2. *Palveluketju toiminnan uudistajana*

Potilaan tai asiakkaan näkökulmasta organisaatiolähtöisen palveluiden järjestämistavan epäkohtana on, että hän ei pysty hahmottamaan palvelukokonaisuutta, ei osaa 'kulkea' organisaatioiden välillä eikä saa riittävästi kokonaisuuksia koskevaa ohjausta. Näiden epäkohtien korjaaminen edellyttää sosiaali- ja terveystieteiden järjestämistä asiakaslähtöisinä ja saumattomina palveluketjuina. Palveluketju kattaa tarvittavat julkiset ja yksityiset sosiaali- ja terveystieteet, järjestöjen tuottamat palvelut sekä toimeentulo- ja sosiaaliturvaedut. Verkostoituneita organisaatioita voivat olla myös virtuaalisairaalat, liikkuvat terveysasemat sekä Internet -pohjaiset hoito- ja hoivapalvelut. Sosiaali- ja terveystieteiden saumattoman palveluketjun kokeilua varten on kehitetty malli omanuomajapalveluista. Saumattomuutta tuetaan myös palveluketjusuunnitelman sekä alueellisten tietojärjestelmien ja sähköisen asiakaskortin avulla.^{126 127 128}

Tilastojen mukaan sosiaali- ja terveystieteiden eri toimijoilla on runsaasti yhteisiä asiakkaita mm. terveystieteiden konservatiivisilla ja yleislääketieteen aloilla, kotihoidossa ja vanhainkodeissa sekä psykiatriassa (taulukko 36). Yhteisten asiakkaiden osuus lisääntyi hieman useilla aloilla ja väheni terveystieteiden psykiatriassa, yksityisessä terveystieteidenhuollossa, päihdehuollossa ja kuntoutuksessa 1990-loppupuolella.

¹²⁵ Pekurinen M, Uutela T, Häyrynen M, Keikkala S, Puro M, Räsänen R, Rytönen A. Yhteistyötä ja kumppanuutta terveystieteiden Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjauksen kokeilu. Lopputalousraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaistu 90/2000.

¹²⁶ Sosiaali- ja terveystieteiden tietoteknologian hyödyntäminen. Osa I. Saumaton hoito- ja palveluketju. Asiakaskortti. Sosiaali- ja terveystieteidenministeriön työryhmämuistioita 1998:8.

¹²⁷ Laki sosiaali- ja terveystieteiden saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta (811/2000).

¹²⁸ www.makropilotti.fi

Taulukko 36. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri palvelumuotojen kaikki asiakkaat, vain yhtä palvelua käyttäneet asiakkaat ja yhteiset asiakkaat vuonna 1997.¹²⁹

Palvelumuoto	Kaikki asiakkaat käyttäneet		Vain yhtä palvelua käyttäneet		Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset asiakkaat, %
	Lkm	Lkm	Lkm	%	
ESH konservatiivinen	243 925	144 805	59	41	
ESH operatiivinen	434 996	341 597	79	21	
ESH psykiatria	25 787	13 379	52	48	
TK psykiatria	4 686	2 351	50	50	
TK konservatiivinen	22 120	7 034	32	68	
TK operatiivinen	26 092	18 608	71	29	
TK yleislääketiede	135 999	48 996	36	64	
Terveydenhuolto – yksityinen	40 648	27 141	67	33	
Kotihoito	66 878	25 900	39	61	
Palveluasuminen	11 800	5 450	46	54	
Vanhainkoti	45 665	17 942	39	61	
Päihdehuolto	10 699	5 713	53	47	
Kehitysvammanhuolto	7 434	5 440	73	27	
Kuntoutus	4 033	2 329	58	42	

Palveluketjujen rinnalla on käytössä verkostoitunut työtapa, jossa eri asiantuntijoiden osaamista hyödynnetään ja pyritään välttämään asiakkaan 'pallottelua' toimipisteestä toiseen. Verkostoituneessa työssä asiakkaan ja hänen perheensä ympärille kootaan useita, hallinnonrajat ylittäviä toimijoita, jotka kaikki ovat omissa työtehtävissään työskennelleet asiakkaan ja hänen perheensä kanssa. Työ perustuu asiakkaan ja hänen perheensä suostumukseen. Toimijoita ovat esimerkiksi sosiaalityön, kasvatus- ja perheneuvolan, lastenneuvolan, kouluterveydenhuollon tai koulun työntekijät. Kukin toiminnassa mukana oleva osapuoli sitoutuu käyttämään asiantuntemustaan yhteiseen tavoitteeseen pääsemiseksi ja osaltaan huolehtimaan omassa yksikössään, että tehdyt ratkaisut voivat toteutua.

7.3.3. Hoidon ja sosiaalialan työn vaikuttavuuden parantaminen

Hoito- ja tutkimusmenetelmien kasvava tarjonta ja kustannusten hallinta edellyttävät menetelmien kliinisen hyödyn, kustannusvaikuttavuuden ja eettisen hyväksyttävyyden arviointia. Sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa menetelmien arvioinnista on tullut osa toimintaa, ja tämä suunta voimistunee tulevaisuudessa. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan tuoreimman luotettavan tutkimustiedon käyttöä potilaiden hoitoa ja muuta toimintaa koskevassa päätöksenteossa.^{130 131}

Valtakunnallisia hoitosuosituksia tehdään kansallisesti tärkeistä terveysongelmista, joiden hoitokäytännöt vaihtelevat. Asiantuntijat laativat suositukset systemoituihin kirjallisuuskatsauksiin ja teknologian arviointiraportteihin perustuen. Vaikuttavuustiedon lisäksi päätökseen tarvitaan myös tietoa eri hoitovaihtoehtojen mahdollisista haitoista ja sivuvaikutuksista

¹²⁹ Nylander O, Nenonen M. Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu. Teoksessa: Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.

¹³⁰ Partanen P, Perälä M-L. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. Stakes. FinOHTAn raportti 1997:7.

¹³¹ Mäkelä M. Näyttöön perustuva terveydenhuolto Suomessa. Teoksessa: Voutilainen P, Leino-Kilpi H, Mikkola T, Peiponen A. Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Tammi, Helsinki 2000.

sekä kustannuksista. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen edellyttää sitä tukevan toimintapolitiikan luomista terveydenhuollon toiminta- ja koulutusyksiköissä sekä kattavaa seuranta- ja arviointijärjestelmää palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla.¹³²

Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset arvioivat hoitokäytäntönsä ja laativat alueelliset hoito-ohjelmat valtakunnallisten suositusten pohjalta. Suositusten toimeenpanoa tuetaan myös koulutuksen ja erillishankkeiden avulla. Yksittäisen hoitosuosituksen käyttö vakiintuu, kun kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tuntevat suosituksen ja suosituksen periaatteita sovelletaan paikallisissa hoito-ohjelmissa.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim on laatinut yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa Käypä hoito -suosituksia vuodesta 1997. Niistä tehdään myös potilasversioita. Suomen Sairaanhoitajaliitto käynnisti vuoden 2000 lopussa yhdessä yliopistojen hoitotieteen laitosten, Hoitotieteiden tutkimusseuran, Sairaanhoitajien koulutussäätiön ja Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen kanssa hoitotyön kansallisten hoitosuosituksen laatimisen.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin yhteyteen perustettiin vuonna 1995 FinOHTA, terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö, jonka tehtävänä on kansallisen menetelmätutkimusten edistäminen sekä kotimaisista ja kansainvälisistä menetelmätutkimuksista saadun tiedon levittäminen¹³³. FinSOC, sosiaalipalvelujen menetelmien arviointiyksikkö käynnistyi Stakesissa vuoden 1997 alusta. Sen tehtävänä on edistää sosiaalipalvelujen ja sosiaalityön menetelmiin ja teknologiaan liittyvää arviointitutkimusta¹³⁴. Terveydenhuollon Cochrane-yhteistyö ja sosiaalialan vastakäynnistynyt Campbell-yhteistyö ovat toimintoja, joiden tavoitteena on edistää päättäjiä, ammattilaisia ja suurta yleisöä hyödyttäviä systemaattisia kirjallisuuskatsauksia¹³⁵. Lisäksi siihen sisältyy em. aloihin liittyvä kokeellisten tutkimusten rekistereitä sekä toimintatapoja, toimintaohjeita ja standardeja koskevia tietokantoja.

7.3.4. Teknologian kehitys

Uusi teknologia ei tuone henkilökohtaisen palvelun varaan rakentuvaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon samanlaista muutosta kuin se on tuonut teolliseen tavaratuotantoon. Millään teknologialla ei voida korvata työntekijän ja asiakkaan henkilökohtaista kohtaamista, joka on useimpien sosiaali- ja terveyspalvelujen ydin.

Tietoteknologian kehitys tuo suuria mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä vanhustenhuoltoon. Tietoteknologia tehostaa hoitoa ja hallintoa sekä muuttaa palvelujärjestelmää nopeuttamalla tiedon siirtymistä ja tasoittamalla sen jakaantumista järjestelmässä. Tietoteknologiset sovellukset mahdollistavat palvelujen viemisen asiakkaiden lähiympäristöön sekä esimerkiksi laboratorio- ja radiologisten tutkimusten etäkäytön. Hallinnon tehostumisen myötä vapautuu voimavaroja, jotka voidaan suunnata hoito- ja palvelutehtäviin. Tietoteknologinen kehitys lisää asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksia palveluihinsa,

¹³² Mäkelä M. Näyttöön perustuva terveydenhuolto Suomessa. Teoksessa: Voutilainen P, Leino-Kilpi H, Mikkola T, Peiponen A. Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Tammi, Helsinki 2000.

¹³³ Semberg-Konttinen V. Terveydenhuollon menetelmien arviointi. Teoksessa: Voutilainen P, Leino-Kilpi H, Mikkola T, Peiponen A. Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Tammi, Helsinki 2000.

¹³⁴ Sosiaalihuollon menetelmien arvioinnin tukeminen. Stakes. FinSoc news 1/1998.

¹³⁵ Mäntysaari M. Campbell-yhteistyö (C2) käynnistyy. Stakes. FinSoc news 1/2001.

työntekijöiden pysymistä uusimman tiedon tasalla sekä eri palveluntuottajien yhteistyömahdollisuuksia.¹³⁶

Erityisenä huolenaiheena tulee olemaan se, että kaikilla ei ole mahdollisuutta eivätkä kaikki osaa käyttää tietotekniikkaa. Tiedonsiirron helppous lisää myös ihmisiä koskevien arkaluontoisten ja yksityisten tietojen suojaamisen tarvetta. Tietoyhteiskuntakehityksen keskeisinä haasteina on turvata tietoteknologian hyödyntämismahdollisuudet ja tarjota siinä tarvittavat taidot kaikille kansalaisille sekä varmistaa tietoturvallisuus verkossa.

Bioteknologinen kehitys todennäköisesti tehostaa useiden sairauksien hoitoa. Se luo hoitomahdollisuuksia sairauksille ja vammoille, joihin sopivia hoitoja ei vielä ole. Se voi mahdollistaa joidenkin sairauksien nykyistä tehokkaamman ehkäisyn. Se voi synnyttää myös uusia terveys- ja hyvinvointiriskejä, esimerkiksi geenimanipuloinnin tuottaessa ehkä odottamattomia seuraamuksia. Samoin se voi nostaa esiin uusia eettisiä ongelmia, esimerkiksi perimätietojen salassapidossa ja perimätietojen perusteella tapahtuvan syrjinnän ehkäisemisessä.

Keskeisenä toimintapoliittisena lähtökohtana ja tavoitteena on ihmisten elinympäristöjen ja teknologisten ratkaisujen esteettömyys sekä sosiaalisen, taloudellisen ja asenteellisen syrjinnän ehkäisy. Lähtökohta on, että yhteiskunnan yleiset palvelut on järjestetty siten, että kaikki kansalaiset voivat niitä käyttää. Erityispalvelujen tavoitteena on täydentää yleisiä palveluja ja siten tukea yhdenvertaisia mahdollisuuksia. Käytännössä erityispalvelujen merkitys on edelleen keskeinen monilla elämänalueilla, joilla vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuutta voidaan lisätä varmistamalla palveluiden, tuotteiden ja ympäristöjen yleistä esteettömyyttä.

7.4. Sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisen muutostarpeet

Osaamisen muutostarpeet johtuvat edellä kuvailluista sosiaali- ja terveysalan työn, käytettävien työmenetelmien ja toimintaympäristön muutoksista ja muutostarpeista. Sosiaali- ja terveysalan osaamistarpeita ja niissä ennustettuja muutoksia sekä niiden erilaisia luokitteluja kuvaillaan monissa lähteissä^{137 138 139 140 141 142 143 144}. Niissä määritellään erityisesti alan-

¹³⁶ Ks. Kekomäki M. Terveydenhuolto 2000-luvulla. Futura 2000:2.

¹³⁷ Honkakoski A. Sosiaalialan toiminnan todellisuus, ammattitaito ja koulutus. Opetushallitus. Kehittyvä koulutus 1. Hakapaino. Helsinki, 1995.

¹³⁸ Kananoja A, Elovainio M. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn tulevaisuus. Stakes. Raportteja 150, 1994.

¹³⁹ Kivinen K. "Orjat vai sankarit". Sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvat työt ja kvalifikaatiot. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn ja koulutuksen kehittämisprojekti. Tutkimusraportteja 1. Sarja A. Tehy ry. Ja Työsuo-
jelurahasto. Helsinki, 1994.

¹⁴⁰ Nousiainen I. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysala. Jyväskylä University Printing House and ER-Paino Ky. Lievestuore, 1998.

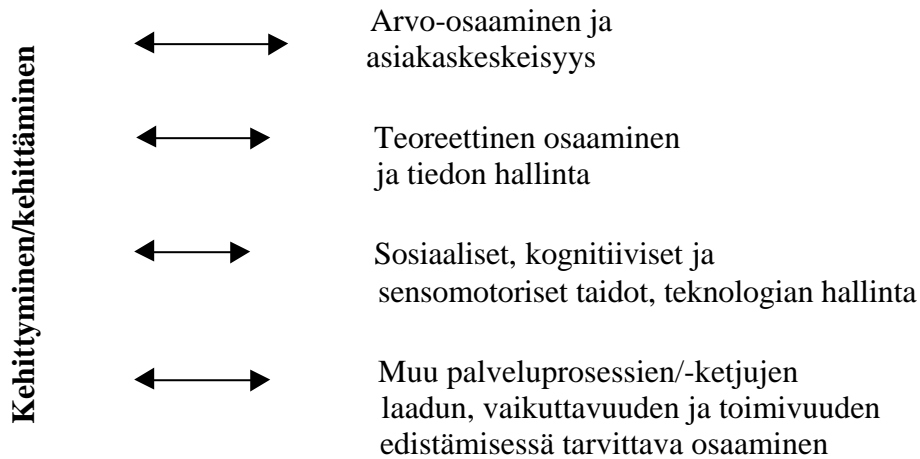
¹⁴¹ Metsämuuronen J. Maaailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Toinen tarkistettu painos. Oy Edita Ab. Helsinki, 2000.

¹⁴² Pelttari P. Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Stakes Tutkimuksia 80. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1997.

¹⁴³ Saukkonen R. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman tuottamisen muuttuvat ehdot. Teoksessa M. Mattila M, Saukkonen R, Uusikylä P. Hyvinvointivaltiota kilpailuvaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:4.

¹⁴⁴ Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa - terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000: 15.

työssä nykyisin ja tulevaisuudessa tarvittavaa yleisosaamista, mutta todetaan, että muuttuvat asiakkaiden tarpeet ja ongelmat, työmenetelmät ja toimintaympäristöt edellyttävät myös erikoisosaamista. Kuviossa 15. esitetyt sosiaali- ja terveydenhuollon yleisosaamisen tarpeet ovat luokiteltu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjien ja hänelle tuotettavan palveluprosessin näkökulmasta.



Kuvio 15. Sosiaali- ja terveysalan yleisosaamisen tarpeet.

Arvo-osaaminen ja asiakaskeskeisyys ilmentävät perusarvojen (mm. ihmisarvon kunnioittaminen, tasa-arvo, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus) ja perusperiaatteiden (mm. kokonaisvaltaisuus, jatkuvuus, yksilöllisyys, vastuullisuus) omaksumista työn lähtökohdaksi.

Teoreettinen osaaminen ja tiedon hallinta: Monipuolista teoreettista osaamista ja tiedon hallintaa tarvitaan esimerkiksi näyttöön perustuvassa päätöksenteossa, priorisoinnissa ja arvioinnissa. Osaamisalue sisältää muiden ohella työssä tarvittavan monitieteisen tiedon hallinnan sekä valmiudet tiedon hankkimiseen ja kriittiseen arviointiin.

Sosiaaliset, kognitiiviset ja sensomotoriset taidot, teknologian hallinta: Työssä tarvittavat taidot voidaan jakaa sosiaaliin, kognitiiviin ja sensomotorisiin taitoihin. Sosiaalisia taitoja ovat mm. valmiudet ihmisestä lähtevään kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen: ”elämän kirjon kohtaaminen”, ihmissuhde- ja vuorovaikutusvalmiudet, empaattisuus, ystävällisyys, yhteistyövalmiudet (asiakas, omaiset, verkosto, moniammatillinen yhteistyö). Kognitiiviset taidot ovat muiden ohella tiedon käyttäminen ja välittäminen, havainto- ja ajattelukyky, ymmärtäminen, analysointi ja tulkinta. Sensomotoriset taidot ovat aistitoimintojen ja liike-toimintojen välistä yhteistyötä. Lisäksi työ edellyttää uudistuvan teknologian ja informaatioteknologian hallintaa.

Muita palveluprosessien ja -ketjujen toimivuuden edistämiseksi tarvittavia valmiuksia ja ominaisuuksia ovat esimerkiksi palveluprosessien johtamis- ja organisointivalmiudet eri organisaatioissa ja yhteisöissä sekä niiden välillä, laadun-, vaikuttavuuden- ja riskienhallinta, valmiudet ihmisen oman toimintakyvyn ja omien voimavarojen tukemiseen ja aktivointiin, valmiudet monikulttuuriseen työhön, valmiudet ihmisen ympäristön ja kulttuurin huomiointiin, hyväksikäyttöön ja tarvittaessa muuttamiseen sekä muutoksen hallinta ja aikaansaanti. Lisäksi tarvitaan monia persoonallisuuden ja yleisiä työn tekemiseen liittyviä

ominaisuuksia, joista esimerkkeinä ovat hyvä itsetunto, luovuus, kollegiaalisuus, ennaltaehkäisevä ja kuntouttava työorientaatio, kustannustietoisuus, motivaatio, innovatiivisuus, sitoutuminen, ennakointikyky, itseohjautuvuus, joustavuus, yrittäjyys ja vaikuttamisen valmiudet. Sitran (2000) Suomi 2015-ohjelman ensimmäisessä raportissa todetaan ko. osaamisalueesta seuraavaa: ”Tulevaisuuden tieto- ja osaamisyhteiskunta vaatii työntekijöiltä itsenäisyyttä, riippumattomuutta, ennakkoluulottomuutta, luovuutta, kekseliäisyyttä sekä kykyä omaehtoiisiin ratkaisuihin ja riskinottoon. Tietoyhteiskunnassa yrittäjyys on entistä kilpailukykyisempi keino, jolla ihminen voi luoda oman työpaikkansa”.

Itsensä ja työn kehittämisvalmius, elinikäinen oppimisvalmius ja uudistumiskyky korostuvat muuttuvassa yhteiskunnassa, ja ne liittyvät siten kaikkiin edellä esitettyihin osaamistarvealueisiin.

Edellä kuvatut yleisosaamisen tarpeet liittyvät kaikkeen sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtävään työhön. Ennakoitaessa yleisosaamisen muutostarpeita, voidaan todeta, että hyvin monet yleisosaamisen alueet ovat jo nykyään (olleet kautta aikojen) tärkeitä sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisalueita. Ne ovat myös alan ammattiharjoittamista koskevien säästöjen¹⁴⁵ edellyttämiä, joten niiden muutostarpeet suhteessa tulevaisuuteen (vuoteen 2010) ovat melko vähäiset. Suurin muutostarve liittyy elinikäiseen oppimiseen ja jatkuvaan kehittymiseen ja kehittämiseen osaamiseen. Tämän osaamisalueen tärkeys korostuu jatkossa entisestään. Mm. Sitran (2000) Suomi 2015-ohjelman raportin mukaan: ”Tietoyhteiskunnassa yhä suurempi osa työstä on henkistä ja ammattitaidot perustuvat monipuoliseen osaamiseen. Yritykset ja työnantajat ovat entistä enemmän riippuvaisia työntekijöistään. Ratkaisevaa silloin on ihmisen valmius muutoksiin sekä oman osaamisen jatkuvaa kehittämistä ja uusien taitojen hankkimista”.

Erikoisosaamisessa muutostarpeet ovat sen sijaan suuremmat. Niitä aikaansaavat sosiaali- ja terveystieteelliset linjaukset sekä erilaiset muutokset ja muutostarpeet muiden ohella seuraavilla alueilla: eri ikäisten ihmisten terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, kuten lasten- ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, työikäisten työhyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, ikääntyvien ja vammaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, mielenterveys- ja huume- ja päihdetyö, eri sairauksien hoito sekä syrjäytymisen ehkäisy. Kansainvälisyys ja monikulttuurinen työ, yksityisyrittäjyys, tietotekniikan hyödyntäminen, hyvinvointia edistävän ympäristön luominen sekä sosiaalisten ja terveydellisten vaikutusten arviointi aikaansaavat niinkään erikoisosaamisen tarvetta.^{146 147 148 149}

Osaamisen muutostarpeet eivät erillisinä vaikuta henkilöstön määrälliseen tarpeeseen. Tulevaisuuden osaamistarpeet ovat yhteydessä työn, työmenetelmien ja toimintaympäristöjen muutokseen, ja sitä kautta mahdollisesti vaikuttavat myös alan henkilöstön määrälliseen tarpeeseen.

¹⁴⁵ Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000: 15.

¹⁴⁶ Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 – 2003. Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16.

¹⁴⁷ Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.

¹⁴⁸ Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3.

¹⁴⁹ Suomi 2015: Suomen tulevaisuuden menestystekijät ja haasteet. Sitra, 2000.

7.5. Kansainvälisiä kehityslinjoja

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää koskeva kansainvälinen keskustelu on painottunut 2000 -luvulle tullessa laatukysymyksiin, näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen ja vaikuttavuuden osoittamiseen. Globaali sosiaalipolitiikka on nouseva teema, joka tuo tullessaan kysymykset toimintojen regulaatiosta eli maailmanlaajuisesta yhteisestä sääntelystä, kansalaisten voimaannuttamisesta (empowerment) ja tulonjaosta.

Rahoituslaitokset ovat tulleet esille uusina toimijoina terveyttä ja hyvinvointia koskevissa kysymyksissä. Maailmanpankissa terveydenhuollon hankkeiden rahoitus ja lainoitus kasvaa nopeasti. Maailman Kauppajärjestö WTO keskusteli 2000-luvun alussa palveluiden kaupasta ja sen kansainvälisestä vapauttamisesta tavalla, joka voisi koskea myös eläkkeitä ja sosiaali- ja terveyspalveluita.

OECD on tuonut esille Caring World -teeman. Globaali ikääntyminen on yhtenä painopisteenä, kun maailmanlaajuisesti halutaan vaihtaa kokemuksia ja verrata kansallisten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmien toimivuutta. YK:n alaiset järjestöt, kuten lasten avun rahasto UNICEF ja Maailman terveysjärjestö WHO linjaavat omalta osaltaan kehitystä. WHO:lla on erityismandaatti edistää yhteistyötä terveyden kehittämisessä. WHO:n toiminta on vahvistumassa myös terveyspalvelujärjestelmien kehittämisessä. Keskeinen osa Suomen kansainvälistä terveydenhuollon yhteistyötä tehdään WHO:n päämajan ja Euroopan alue-toimiston kanssa.

Euroopan unionin mandaatti ei suoranaisesti ulotu sosiaali- ja terveyspalveluihin, vaan ne kuuluvat kansallisen kompetenssin piiriin. Euroopan unionista on kuitenkin tullut tärkeä toimija terveyden edistämiskysymyksissä, sillä monet sisämarkkinoihin, maatalouspolitiikkaan ja ympäristö- ja liikennesektoriin liittyvät EU:n päätökset vaikuttavat jäsenmaiden kansalaisten terveyteen. Amsterdamin sopimuksen 152 artikla vahvistaa edelleen kansanterveyden asemaa Euroopan unionin työssä ja antaa selkeän velvoitteen ottaa ihmisten terveyden suojeleminen huomioon kaikissa yhteisön toimissa. EU:n kansanterveysalan toimintaohjelman 2001 – 2006 toimintalinjaukset korostavat terveyden edistämiseen liittyvää toimintaa.¹⁵⁰

Tietoyhteiskuntakehitys nostaa esille kansalaisten tasaveroiset mahdollisuudet ja edellyttää kehitys- ja kehittyneiden maiden välisen tietoyhteiskuntakehityksen eron (digital divide) ratkaisemista. Myös EU:n asiakirjoissa (eEurope) korostetaan tasa-arvoa, kuten palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta (e-accessibility). Erityisesti terveydenhuollon (e-Health) on arvioitu tuovan uusia mahdollisuuksia tietoyhteiskuntakehityksessä EU:n laajuisesti.

7.5.1. Sosiaalityön koulutuksen kansainvälisiä kehityslinjoja

Sosiaalityön koulutuksen tilaa selvittäneen Euroopan Neuvoston asiantuntijaryhmän mukaan selvin 1980-luvulla tapahtunut sosiaalityön koulutuksen muutos Euroopassa oli peruskoulutuksen siirtyminen yliopistoihin. Sama kehitys jatkui 1990-luvulla, ja yhä useampi maa Euroopassa on siirtämässä sosiaalityön peruskoulutusta yliopistoon.

¹⁵⁰ Terveysalan kansainvälinen yhteistyö - suunta ja linjaukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:19.

Tällä hetkellä sosiaalityön yliopistollista koulutusta suunnataan Euroopassa tohtorikoulutuksen käynnistämiseen, ammatillisen erikoisosaamisen kehittämiseen, sosiaalityö –oppiaineen ja tutkimusalan kehittämiseen sekä maisteritason perustutkintojen vakiinnuttamiseen myös niissä maissa, joissa koulutettujen sosiaalityöntekijöiden valtavirta valmistuu edelleen yliopistoja alemmista oppilaitoksista¹⁵¹. Suomessa vastaava kehitystyö alkoi 1990-luvulla. Euroopan maista Ruotsissa ja Suomessa sosiaalityön tutkimus ja tohtorikoulutus ovat vakiintuneinta. Vertailun vuoksi mainittakoon, että Euroopan ulkopuolisista maista esimerkiksi Pohjois-Amerikassa ja Australiassa sosiaalityö on jo aiemmin vakiintunut tutkimusala ja akateeminen oppiaine.

Sosiaalityö ja sosiaalityöntekijä käsitteillä on Euroopassa voitu tarkoittaa monenlaisia ammattitehtäviä ja työmenetelmiä alan monista historiallisista juurista johtuen. Euroopan yhdyntyminen on kuitenkin luonut paineita rakentaa sosiaalityön alalle joustavan yhteistyön mahdollistavaa yhteistä käsitteistöä, jotta toimijat kykenevät jakamaan kokemuksia käytännön kenttätyöstä kulttuuri- ja kielieroja unohtamatta, analysoimaan erilaisia sosiaalityön tekemisen perinteitä sekä oppimaan niistä kunkin omaa kulttuurista ja sosiaalista toimintaympäristöä varten.

Kokeneiden sosiaalityön ammattilaisten akateemiset jatkotutkinnot (Suomi: ammatillinen liseniaatin tutkinto, UK: DSW doctorate in social work) ovat hankkeita, joilla tähdätään koulutustason kohottamiseen sekä erikoistuneen sosiaalityön tiedontuotannon vahvistamiseen. Nämä tutkinnot on suunniteltu palvelemaan työikäntöjen kehittämistä ja käytäntöihin liittyvää tiedontuotantoa. Viime aikoina on eurooppalaisen sosiaalityön tutkijayhteisön toiminta aktivoitunut rakentamaan sosiaalialan tiedontuotantoa ja edistämään tiedontuotantoa ja tutkimukseen perustuvaa eurooppalaista sosiaalityön osaamista.

7.5.2. *Terveydenhuollon koulutuksen kansainvälisiä kehityslinjoja*

WHO:n Euroopan alueen uusi strategia Health 21 – health for all in the 21 st century korostaa, että laadukas ja kustannustehokas terveystalouden palvelujärjestelmä perustuu perusterveydenhuollon palveluihin, joita tuetaan joustavin sairaalapalveluin¹⁵². Ohjelman mukaan perusterveydenhuollon ytimessä toimii sairaanhoitajan ”Family Health Nurse” ja perhelääkäriin ”Family Health Physician” muodostama tiimi, joka vastaa tietyn väestöosan terveysneuvonnasta ja sairauksien ehkäisystä ja hoidosta sekä tukee perheiden toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Ohjelmassa painotetaan myös ammatillisen koulutuksen kehittämistä terveystalouden tavoitteiden pohjalta. WHO:n Euroopan aluetoimisto on laatinut suosituksia sairaanhoitajakoulutuksen¹⁵³ kehittämistä ja Family Health Nurse –koulutusta¹⁵⁴ varten sekä valmistelee hoitotyön täydennys- ja lisäkoulusta koskevaa strategiaa. Niissä

¹⁵¹ Uusimmat tiedot perustuvat vuonna 2000 Pariisissa toteutettuun projektiin *Epistemological Issues in Social Work Research*, jonka tarkoituksena oli koota uusinta sosiaalityön eurooppalaista tutkimuskeskustelua ja luoda perustaa sosiaalityön tohtorikoulutuksen kehittämiseksi Ranskassa sekä seuraaviin julkaisuihin: The Initial and Further Training of Social Workers taking into account their Changing Role, Council of Europe 1995; Laot, F.: Doctoral Work in the Social Field in Europe. *Social Work in Europe* vol 7 (2000), 2, 2-7; sekä Laot, F.: Doctorats en travail social quelques initiatives européennes, ENSP 2000 (ilmestyy englanniksi 2001).

¹⁵² Health 21 – health for all in the 21 st century. The health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Health for All Series No 6. Copenhagen, 1999.

¹⁵³ Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education. World Health Organization. Europe, 25 January 2000.

¹⁵⁴ The family health nurse. Context, conceptual framework and curriculum. World Health Organization. Europe, 27 January 2000.

korostetaan muiden ohella koulutustason nostamista, eri ikäisten terveyden ja mielenterveyden edistämismahdollisuuksia, vahvaa kliinistä osaamista, moniammatillista yhteistyötä, perhe- ja yhteisölähtöisiä toimintatapoja sekä näyttöön perustuvaa toimintaa. Koulutuksen laadun ja vaikuttavuuden arviointiin ja kehittämiseen esitetään niin ikään kiinnitettävän entistä enemmän huomiota.

Euroopan unionissa koulutuksen kehittämistä koskevista yleisistä linjauksista painottuvat koulutuksen laadun arviointi sekä laadunvarmistusjärjestelmien kehittäminen ja tutkintorakenteiden kehittäminen tutkintojen vertailtavuutta ja tunnustamista sekä liikkuvuutta tukevaan suuntaan. Myös elinikäisen oppimisen merkitystä painotetaan.

Terveydenhuoltoalojen erityisdirektiivein säänneltyjen tutkintojen tunnustamisen osalta on käyty keskustelua muiden ohella direktiiveissä koulutukselle asetettavien tavoitteiden ja minimivaatimusten osalta. Sairaanhoidajakoulutusta koskevaa direktiiviä on käytetty pilotina uudistustarpeiden arvioinnissa. Uudistamistarpeita koskevassa keskustelussa on painottunut koulutuksen tavoitteiden laadinta yksittäisten aihekohtaisten sisältövaatimusten säätämisen sijasta. Koulutuksen pituudesta säätämistä on kuitenkin pidetty edelleen tärkeänä. Koulutuksen järjestäminen ja sisällölliset ratkaisut kuuluvat kansalliseen päätösvaltaan.

Koulutuksen kehittämisessä terveydenhuollon alueella on tuotu selvästi esiin myös erikoisosaamisen ja erikoistumiskoulutuksen kehittämisen tarve. Esimerkiksi farmasian alalla, jossa perinteisesti ei ole ollut erikoistumiskoulutusta, on koulutuksen neuvoa-antava komitea tehnyt suosituksia erikoistumiskoulutuksen kehittämisestä.

8. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvittava työvoima vuoteen 2015 mennessä

8.1. Koulutustarve-ennusteissa käytetty ennakointimenetelmä¹⁵⁵

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunta käytti koulutustarve-ennusteiden laatimisessa työvoimamenetelmää ja Opetushallituksen ammatillisen koulutuksen määrällisten koulutustarpeiden ennakointi (Mitenna) –projektissa¹⁵⁶ siitä kehitettyä sovellutusta. Työvoimamenetelmä on myös kansainvälisesti yleinen metodi. Opetushallituksessa on kehitetty koulutustarve-ennusteiden laatimista helpottava laskentamalli, jolla voidaan tuottaa tietoa työvoiman kysynnästä ja siihen perustuvasta aloituspaikkatarpeesta koulutuksen eri aloilla ja asteilla. Kyseisessä menetelmässä ammatilliset koulutustarpeet johdetaan yhtäältä elinkeinoelämän tulevista muutoksista ja kehittämistarpeista ja toisaalta nuorisoikäluokkaennusteista ja aikuiskoulutuksen tarvearvioista. Toimikunnalle tehdyissä koulutustarve-ennusteissa koulutetun työvoiman tarpeet esitettiin kokonaisuutena, eikä aloituspaikkatarpeita sovitettu nuorisoikäluokan kokoon.

Toimialaennusteet

Koulutustarve-ennusteita laadittaessa lähtökohtana käytettiin työministeriön neuvottelevan virkamiehen Pekka Tiaisen laatimia toimialaennusteita (liitetaulukko 12.). Toimialaennusteiden pohjalla on käytetty työministeriön asettaman Työvoima 2017 –työryhmän vuonna 1999 julkaisemia ennusteita. Työryhmän ennusteet on laadittu eri hallinnonalojen yhteistyönä, ja niissä on otettu huomioon eri sektoreiden ja strategioiden pitkän aikavälin arvioita.

Sosiaali- ja terveystalouden työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan työssä käytettiin kahta vaihtoehtoista kehitysuraa, joista toinen oli ns. perusura ja toinen sosiaali- ja terveystalouden tarveperusteinen kehitysura. Ennusteet ulottuvat vuoteen 2030. Perusura kuvaa todennäköistä jatkoa nykykehitykselle ilman merkittäviä muutoksia kansainvälisessä taloudessa ja muussa toimintaympäristössä. Perusurassa talouden bruttokansantuotteen kasvu on noin 2,5 % vuodessa tällä vuosikymmenellä ja noin 2 % sen jälkeen. Kyseiset ennusteet esitettiin Työvoima 2017 –työryhmän loppuraportissa¹⁵⁷, mistä löytyy myös tarkemmat kuvaukset ennusteen sisältämisestä olettamuksista. Sosiaali- ja terveystalouden tarvepohjaisessa toimialaennusteessa puolestaan on ollut tavoitteena huomioida sosiaali- ja terveystalouden tarvepohjainen kehitys. Arviot on laadittu siten, että ne liittyvät kansantalouden kokonaisuuteen, jolloin talouden eri osien kasvu ja työllisyys tulevat peilatuksi kokonaiskehitystä vasten.

Perusurassa sosiaalipalveluiden työllisyys ei pitkällä aikavälillä juurikaan kasva, kun taas terveydenhuollossa työllisyyden kasvu on melko voimakasta. Väestön vanhenemisen ja

¹⁵⁵ Tässä esityksessä on ennakointimenetelmän yleisiä periaatteita kuvattaessa käytetty osittain suoria sitaatteja Opetushallituksen julkaisusta Ammatillinen koulutus 2010 (Autio jne.) ja toimialaennusteiden laatimisperusteita kuvattaessa Pekka Tiaisen 24.3.2001 laatimaa muistiota Sosiaali- ja terveystalouden työllisyys kokonaistalouden osana 2000-luvun alussa. Lainauksia ei ole tähän tekstiin merkitty erikseen.

¹⁵⁶ Projekti oli Euroopan sosiaalirahaston Tavoite 4 –ohjelman mukainen hanke, joka toteutettiin Opetushallituksessa opetusministeriön myöntämän rahoituksen turvin. Projekti asetettiin syyskuussa 1996 ja se ulottui vuoden 1999 kevääseen. Projekti tuotti loppuraportin nimeltään Ammatillinen koulutus 2010, josta löytyy tätä esitystä tarkemmat kuvaukset mm. menetelmässä käytetyistä laskentatavoista ja tausta-aineistoista. Julkaisu on saatavissa Opetushallituksesta.

¹⁵⁷ Työllisyys ja hyvinvointi uuden vuosituhatvuoden alkaessa. Työvoima 2017. Loppuraportti. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 1999: 200.

yksityisen kulutuksen kasvun arvioidaan lisäävän erityisesti yksityisen puolen tuottamien terveydenhuoltopalveluiden kysyntää, koska resurssirajoite hillitsee julkisen puolen terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden kehitystä. Perusurassa on myös oletettu, että lasten päivähoidossa työskentelevien määrä vähenee.

Sosiaali- ja terveystalveluiden suhteellisten hintojen nousu vaikuttaa kysyntää alentavasti yritystoiminnan puolella. Pitkällä aikavälillä on kuitenkin havaittavissa trendi, jonka mukaan elintason nousu lisää terveystalveluiden kysyntää. Jälkimmäisen vaikutus kysyntään on ollut ensimmäistä suurempi. Tulevaisuuden kulutusrakenteen tutkiminen voisi antaa tähän lisävalaistusta. Julkisen sektorin puolella suhteellisten hintojen nousu vaikuttaa hoitumahdollisuuksiin ja rajoittaa sitä kautta palvelujen kasvua.

Tarveperusteisessa arvioissa sosiaalihuollon toimialalla työskentelevien määrä kasvaisi. Päivähoidon työllisyys säilyy tarveurassa ennallaan. Vaikka päivähoitoikäisten lasten määrä vähenee, naisten työvoimaosuuden nouseminen lisää lasten päivähoidon tarvetta. Alle 65-vuotiaiden sosiaali- ja lääkintäpalveluiden tarpeeseen perustuva työllisyys on saatu väestökehityksen ja tuottavuuden perusteella. Yli 65-vuotiaiden määrästä aiheutuva sosiaali- ja terveydenhuollon työllisyys vuosille 2000 – 2010 perustuu Stakesin arvioihin. Stakesin mukaan yli 65-vuotiaiden käyttämiin ikääntyneiden hoiva- ja hoitopalveluihin tarvitaan 6 300 työllistä lisää korjaamaan edellisellä vuosikymmenellä syntynyttä palveluiden jälkeenjääneisyyttä, ja 12 000 työllistä lisää vastaamaan sosiaali- ja terveystalveluiden lisätarpeeseen¹⁵⁸. Vuoden 2010 jälkeen työvoiman tarve kasvaisi vanhusväestön määrän kasvun tahdissa.

Vanhusväestön terveystalveluissa on laskettu palveluiden tarve vanhusväestön määrän perusteella käyttäen vanhusten terveystalveluiden kulutusmeno-osuutta ja toisaalta kaikkien väestöryhmien terveystalveluiden keskimääräistä kulutusmeno-osuutta. Näiden erotus muodostaa ns. vanhuuskomponentin, joka tarkoittaa vanhuudesta aiheutuvaa palveluiden lisätarvetta verrattuna muun väestön palvelutarpeeseen. Tästä johtuen vanhusväestön terveystalveluiden tarve kehittyy sekä vanhusten määrän että keskimääräistä suuremman terveystalveluiden kysynnän perusteella. Alle 65-vuotiaiden terveystalveluissa julkisen sektorin ja voittoa tavoittelemattoman sektorin tuotannossa työllisyys määräytyy väestökehityksen mukaan. Yritystoiminnassa terveystalveluiden tuotannon kasvu määritellään yksityisen kulutuksen volyymin perusteella.

Perusuralla sosiaali- ja terveydenhuollon toimialoilla työllisyys kasvaa aikavälillä 2000 – 2010 yhteensä 32 000 henkilöllä ja vuosina 2010 - 2030 yhteensä noin 40 000 henkilöllä. Tarveuralla työllisten määrä kasvaa noin 50 000 henkilöllä vuosina 2000 - 2010 ja noin 40 000 henkilöllä ajanjaksolla 2010 - 2030.

Sosiaali- ja terveystalveluiden tuotanto kasvaa näissä arvioissa hitaammin kuin tuotanto koko kansantaloudessa keskimäärin. Tuottavuus sektorilla kasvaa pääasiassa yritystoiminnan puolella. Sosiaali- ja terveystalveluiden osuus kokonaistyöllisyydestä kasvaa sekä perusuralla että tarvepohjaisella kehitysuralla. Yksityisen sektorin osuus sosiaali- ja terveystalveluiden tuotannossa ja työllisyydessä kasvaa.

Tarvearvionkin mukainen työllisyyden kasvu voidaan tyydyttää kotimaisesta työvoimareservistä ja tuotannon kasvu toteutuu osittain tuottavuuden nousun kautta. Ulkomaisen väestön määrä on arvioitu väestöennusteen pohjalta, ja sosiaali- ja terveystalveluille tulee ulko-

¹⁵⁸ Mielenterveystalveluiden laatusuositus. TATO:n mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmän esitys. Sosiaali- ja terveystalveluiden ministeriön monisteita 2001:14.

maista työvoimaa samassa suhteessa kuin muillekin sektoreille. Omaishoidon laajeneminen voi kattaa osan palvelutarpeen kasvusta. Myös toiminnan uudelleenorganisointi ja tuottavuuden kasvu helpottavat työvoimakapeikkojen välttämistä.

Tarveperusteisessa kehitysurassa on nimensä mukaisesti lähtökohdaksi otettu sekä sosiaali- että terveystalouden perusuraa voimakkaampi palvelutarve. Se toimii tässä tarkastelussa vertailukohtana peruskehitykselle ja tarjoaa apuvälineen, kun keskustellaan siitä, miten tarvepohjaisen kehityksen suuntaan voidaan edetä. Hyvin hitaan talouskasvun tilanteessa myös peruskehitystä hitaampi kehitys olisi todennäköistä. Tämä johtaisi palvelujen laadun merkittävään heikkenemiseen.

Laskelmat on pyritty tekemään niin, että ne sopivat talouden ja työllisyyden kokonaiskehitykseen. Laskelmissa on käytetty kansantalouden tilinpidon tasoa, mikä aiheuttaa sen, että esimerkiksi Stakesin käyttämissä tilastoissa työllisyyden lähtötaso on hieman alempi. Tähän on syynä mm. se, että kansantalouden tilinpidon luvuissa mukana ovat kesälomittajat jaettuna koko vuodelle. Myös muu kuin kesälomituksen aiheuttama vaihtelu näkyy kansantalouden tilinpidon luvuissa. Stakesin luvuissa eivät myöskään ole mukana ammatinharjoittajat, mikä osaltaan aiheuttaa lähtötason eron. Eri tilastotarkasteluita varten tulee aineistoille tehdä tarvittavat tasomuutokset.

Kun edellä selostettuja toimialaennusteita käytetään koulutustarve-ennusteen laatimiseen Mitenna-mallilla, (liitekuvio 7.) muutetaan tiedot väestölaskennan tasoon. Tämä johtuu siitä, että malliin syötettävät muut tiedot, kuten toimialojen ammattirakennetiedot, saadaan väestölaskennan mukaisesta tilastoinnista. Viimeisimmät tiedot ovat vuoden 1995 väestölaskennasta¹⁵⁹. Työvoima- ja koulutustarpeita ennakoitaessa käytetään Mitenna-mallissa lähtökohdaksi toimialoittaisia työvoimaennusteita. Koulutustarve-ennusteissa käytetään toimialaennusteita vuoteen 2015 saakka, jotta voitaisiin arvioida työvoiman tarpeeseen perustuvaa aloituspaikkatarvetta ajanjaksolle 2002 – 2010. Seuraavassa taulukossa on esitetty sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimialojen työllisten määrät vuosina 1995 ja 2015 väestölaskennan tasossa perusuran ja tarveuran mukaisissa vaihtoehdoissa. Terveydenhuollon toimialan työllisten määrä kasvaa ajanjaksolla 1995 - 2015 perusuralla 20 % ja tarveuralla 24 %. Sosiaalihuollossa vastaava kasvu on 28 % ja 38 %.

Taulukko 37. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimialojen työlliset vuosina 1995 ja 2015 perusuran ja tarveuran mukaan.

	Terveystaloudenhuolto		Sosiaalihuolto	
	1995	2015	1995	2001
Perusura	136 933	163 900	117 400	149 800
Tarveura	136 933	169 900	117 400	162 500

Koulutustarve-ennusteita laadittaessa oleellista on, että ennakkoinnin lähtökohdaksi käytettävät toimialaennusteet käsittävät kaikki talouden sektorit. Tällöin voidaan koulutusta käsitellä kokonaisuutena, sillä aloituspaikkatarvetta arvioitaessa ei voida huomioida vain joidenkin tiettyjen toimialojen koulutustarvetta. Tiettyjen sektoreiden koulutustarvetta arvioitaessa tulee ottaa huomioon myös se, että henkilöt, joilla on kyseiselle alalle sopiva koulutus, hakeutuvat myös muille sektoreille töihin. Sosiaali- ja terveystalouden koulutustarvetta ennakoitaessa tulee siis muistaa, että tutkinnon suorittaneet sijoittuvat työskentelemään myös

¹⁵⁹ Seuraavat väestölaskentatiedot valmistuvat vuoden 2002 aikana.

muille kuin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimialoille. Esimerkiksi kaupan toimialalla myyntityössä on tietyillä aloilla perusteltua, että työntekijöillä on sosiaali- ja terveysalan koulutus. Osittain edellä mainitusta johtuen on tärkeää, että ennakkoinnin taustatietoina käytetyt työvoimaa koskevat tilastot käsittävät työvoiman kokonaisuutena riippumatta siitä, onko heidän työnantajansa julkisen, yksityisen vai kolmannen sektorin toimija.

Ammattirakenne-ennusteet

Toimialaennusteiden laatimisen jälkeen jokaiselle 22 toimialalle tehdään ammattirakenne-ennusteet. Mallissa ammattiryhmiä on noin 50. Lähes kaikkia ammattiryhmiä esiintyy kaikilla toimialoilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialoillakin työskentelee myös muihin kuin varsinaisesti hoitotyön ammattiryhmiin kuuluvia henkilöitä. Hoitotyön ammattiryhmiä on Mitenna-mallin mukaisessa ammattiluokituksessa neljä: lääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhuollon tekninen henkilöstö ja työnjohtotyö, muu terveydenhuoltotyö sekä sosiaali- ja vapaa-aika-alan työ¹⁶⁰. Ammattirakenne-ennusteiden taustatietona käytetään Tilastokeskuksen viiden vuoden välein tuottamia väestölaskennan toimialoittaisia ammattirakennetietoja ajanjaksolta 1970 - 1995. Toimikunnan työtä varten ammattirakenne-ennusteet tehtiin vuodelle 2015. Sekä perusuralle että tarveperusteiselle kehitysuralle tehtiin kolme erilaista ammattirakenne-ennustetta. Nämä olivat ns. trendi 1 ja trendi 2 laskelmat sekä laskelma, jossa huomioitiin toimikunnan käsitykset ammattirakenteen muutoksesta.

Trendi 1 -laskelma on tehty niin, että ensin on laskettu jokaisen ammattiryhmän osuuden absoluuttinen muutos jaksolle 1970 - 1975. Tämä muutos on sitten jaettu viidellä (=keskimäärin vuotta kohti). Tämä vuosikeskiarvo kerrotaan jakson painokertoimella. Laskelmissa kaikille jaksoille on annettu yhtä suuri painokerroin, jolloin yhden jakson painokertoimeksi tulee 0.2 (viisi jaksoa => $5 \cdot 0,2 = 1$). Vastaavasti on laskettu muiden viisivuotisjaksojen (1975 - 1980, 1980 - 1985, 1985 - 1990 ja 1990 - 1995) muutokset. Eri jaksojen muutokset lasketaan yhteen ja summa kerrotaan trendinopeuden arvolla (tässä oletettu ykköseksi, eli trendinopeus on tasainen, ei siis kiihtyvä eikä hidastuva). Näin saadaan keskimääräinen rakenteellinen vuosimuutos. Tämä kerrotaan ennustejakson pituudella ja tulo lisätään vuoden 1995 rakenteosuuteen. Jos laskennallinen osuus on alle nollan, se muutetaan nolaksi. Trendi 2 -laskelma puolestaan on tehty siten, että ensin on laskettu jokaisen ammattiryhmän osuuden suhteellinen muutos vuotta kohden jaksolle 1970 - 1975. Vastaavasti on laskettu muiden viisivuotisjaksojen suhteelliset vuosimuutokset. Tästä on sitten laskettu keskimääräinen rakenteen suhteellinen vuosimuutos, ja tällä vuosimuutoksella muutetaan vuoden 1995 rakenteosuutta ennustejakson pituuden mukaan. Trendiennusteet kertovat tulevaisuudesta olettaen, että kehitys jatkuu samanlaisena, kuin mitä se on ollut ennusteen laatimisessa käytetyn historiatiedon mukaan. Molemmat trendiennusteet antavat tietenkin erilaisen tuloksen ja ovat lähtökohtana oman ammattirakenne-ennusteen tekemiseen. Asiantunte-
musta ja muuta tietoa hyväksi käyttäen syntyvät sitten varsinaiset ennusteet.

Toimikunnan käyttämässä ammattirakenne-ennusteessa on taustalla käytetty trendi 1:n mukaista vaihtoehtoa. Trendiennuste kuitenkin ennustaa lääkäreiden määrän toimikunnan käsityksen mukaan varsin korkeaksi. Tämä johtuu siitä, että lääkäreiden määrä on kasvanut

¹⁶⁰ Ammattiryhmät jakaantuvat alaryhmiin seuraavasti (suluissa alaryhmän osuus pääryhmästä vuoden 1995 väestölaskennassa):

Lääkärit: eläinlääkärit (5,3 %), lääkärit (71,4 %), hammaslääkärit (23,3 %).

Sairaanhoitajat ym.: ylihoitajat (1,2 %), osastonhoitajat, laboratorionhoitajat, kättilöt ja muut sairaanhoitajat (67,3 %), mielisairaanhoitajat (6,6 %), farmasiatyö (10,4 %), lääkintävoimistelijat ym. (11,5 %), muut terveyden- ja sairaanhoidon ammatit (0,5 %), optikot (1,4 %), hammasteknikot (1,1 %).

Muu terveydenhuoltotyö: hammashoitajat ja vastaanottoapulaiset (15,0 %), apuhoitajat ja lääkintävahtimestarit (46,9 %), tekniset sairaanhoitopulaiset (0,8 %), laitostenhoitajat (2,7 %), muut lääketiet. ja sairaanhoitotyön ammatit (4,4 %), hierojat (6,7 %), parturit, kampaajat, kosmetologit jne. (23,5 %).

Sosiaali- ja vapaa-aika-alan työ: johto- ja hall.tehtävissä toimivat sosiaalityöntekijät (1,9 %), muut sosiaali- ja lasten päivähoitotyöntekijät jne. (51,6 %), kotitalouden hoitajat, perhepäivähoitajat ja lastenhoitajat (20,4 %), kodinhoitajat ja kotiavustajat (20,2 %), uskonnollis-sosiaalisen työn tekijät (3,8 %) ja liikunnanohjaajat ym. (2,1 %).

poikkeuksellisen nopeasti 1970-luvun puolesta välistä 1980-luvun lopulle. Toimikunnan käsityksen mukaan kasvu ei liene yhtä voimakasta tulevaisuudessa. Terveydenhuollon toimialalla on lisäksi palvelurakenteen oletettu muuttuvan siihen suuntaan, että niiden ammattiryhmien osuus, joissa koulutus on pääasiassa ammattikorkeakoulu- tai yliopistotasosta, on suurempi kuin trendin tuottama ennuste. Ammattiryhmät, joissa koulutus on suurelta osin ammatillisen peruskoulutuksen tasoista, muodostavat toimikunnan mielestä puolestaan pienemmän osuuden toimialojen työllisistä vuonna 2015, kuin mitä trendilaskelmat tuottavat. Koulutustarve-ennusteissaan toimikunta on käyttänyt lähtökohtanaan edellä selostetun ammattirakenteen mukaisia ennusteita, ja käytetyksi toimialaennusteeksi on valittu tarveperusteinen kehitysura. Toimikunnan koulutustarve-ennusteiden pohjalla käytetyissä laskelmissa työllisten määrien suhteelliset muutokset alan kannalta keskeisissä hoitotyön ammateissa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattiryhmissä perusuralla ja tarveperusteisella kehitysuralla ovat seuraavanlaiset:

Taulukko 38. Hoito- ja sosiaalialantyyntö ammattiryhmien työllisten määrän muutos terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimialoilla 1995 – 2015.

Ammattiryhmä	Muutos, %	
	Perusura	Tarveura
Lääkärit	9	14
Sairaanhoidajat, terveydenhuollon tekninen henkilöstö ja työnjohtotyö	37	43
Muu terveydenhuoltotyö	-34	-31
Sosiaali- ja vapaa-aika-alan työ	55	68

Muiden toimialojen ammattirakenne-ennusteina käytettiin Mitenna-projektissa laadittuja ammattirakenne-ennusteita.

Työvoiman määrän muutos, poistuma ja uuden työvoiman tarve

Hoitoalan ammattiryhmiä esiintyy myös muilla kuin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimialoilla. Ammattiryhmät summataan yli toimialojen ennustevuodelle, jolloin saadaan työvoiman määrän muutos (lisäys tai vähennys) ammattiryhmittäin. Tämän jälkeen huomioidaan ammattiryhmittäinen poistuma, ja näin saadaan uuden työvoiman tarve (työpaikka-avaukset). Poistuma koostuu kolmesta komponentista: kuolleisuudesta, työkyvyttömyyspoistumasta ja ikäpoistumasta (vanhuuseläke). Poistumalla tarkoitetaan siis pysyvää työelämästä poistumista. Kuolleisuuskertoimet kuvaavat sitä, kuinka suuri osuus tietyn ammattiryhmän tietynikäisestä työvoimasta todennäköisesti kuolee vuosittain. Kuolleisuustiedot perustuvat Tilastokeskuksen tuottamaan aineistoon työllisen työvoiman kuolleiden määristä ammattiryhmittäin ja ikäluokittain. Laskennassa on käytetty 1990-luvun kuolleisuustietojen keskiarvoa. Työkyvyttömyydestä johtuvassa poistumassa on huomioitu sekä varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet että yksilölliset varhaiseläkkeet. Pohjatiedot on saatu Kansaneläkelaitokselta, ja laskennassa on käytetty vuosien 1993, 1994 ja 1995 keskiarvotietoja. Ikäpoistumalla tarkoitetaan työeläkkeelle siirtyviä, ja se huomioidaan sen jälkeen, kun kaksi edellä mainittua poistumatekijää on ensin otettu huomioon. Poistuma on erittäin merkittävä tekijä, kun määritellään uuden työvoiman tarvetta. Poistumalaskelmissa on käytetty ennustekauden loppujaksolle (2005 - 2015) poistumaa. Työvoiman muutos on puolestaan laskettu jaksolle 1995 - 2015. Ennustejaksolle vuosittainen uuden työvoiman tarve jaksolla 2005 - 2015 saadaan näiden kahden luvun vuosikeskiarvon summasta. Toimikun-

nalle tehdyssä ennusteessa edellä mainituissa hoitotyön ammattiryhmissä poistuma muodostaa uuden työvoiman tarpeesta perusuran mukaisessa vaihtoehdossa yhteensä 73 % ja tarveuran mukaisessa vaihtoehdossa yhteensä 68 %. Työvoiman määrän muutoksen osuudeksi uuden työvoiman tarpeesta jää siis hoitotyön ammateissa perusuralla yhteensä 27 % ja tarveuralla yhteensä 32 %.

Uuden työvoiman tarve (muutos + poistuma) Mitennassa käytettyjen ammattiryhmäluokitusten mukaan ajanjaksolla 2005 - 2015 on alla olevan taulukon 39. mukainen.¹⁶¹

Taulukko 39. Uuden työvoiman kokonaistarve vuotta kohden 2005 - 2015.

Ammattiryhmä:	Perusura	Tarveura
Lääkärit	670	710
Sairaanhoidajat y m	4 630	4 830
Muu terveydenhuoltotyö	2 070	2 170
Sosiaali- ja vapaa-aika-alan työ	5 970	6 480
Sosiaali- ja hoitotyön ammatit yhteensä	13 340	14 190

Ammattien ja koulutuksen vastaavuusavaimet

Työvoiman kysyntä muutetaan Mitenna-mallissa koulutuksen kysynnäksi, kun kaikkien ammattiryhmien uuden työvoiman tarve summataan opintoala- ja asteluokituksen mukaiseksi työvoiman tarpeeksi. Tässä käytetään hyväksi kullekin ammattiryhmällä laadittua koulutusjakaumaa, joka kuvaa ammattiryhmän työtehtävissä tulevaisuudessa tarvittavaa koulutusta. Tätä jakaumaa kutsutaan ammattiryhmien ja koulutuksen vastaavuusavaimiksi. Vastaavuusavain on laadittu eri opintoalojen ja -asteiden prosenttiosuuksina kunkin ammattiryhmän työvoimasta. Prosenttiosuuksien summa on kunkin ammattiryhmän osalta sata.

Avaimen laatimisessa on taustatietona käytetty Tilastokeskuksen väestölaskentatilastoista saatua ammattiryhmien ja koulutusten ristiintaulukointia. Aineistosta tarkasteltiin erityisesti 25 - 49-vuotiaiden ikäluokkaa, joka kuvaa aktiiviväestön ammatti- ja koulutusjakaumaa. Todellisuudessa opintoaloittainen ja -asteittainen koulutusjakauma on useimmissa ammattiryhmissä varsin laaja, koska osa väestöstä sijoittuu ammattiin ja työtehtäviin, joiden suorittamista hankittu ammatillinen koulutus ei tue tarkoituksenmukaisella tavalla. Laskentamallin avain on laadittu siten, että epätarkoituksenmukainen sijoittuminen vähenisi. Avaimessa on tiettyä tavoitteellisuutta myös siinä mielessä, että siinä on oletettu, että tulevaisuudessa lähes kaikilta työelämään tulevilta edellytetään jonkin opintoalan ja -asteen tutkintoja. Kouluttamattomien osuus on siis arvioitu erittäin pieneksi.

Sosiaali- ja terveysalan ammatillisen perustutkinnon, ammattikorkeakoulututkinnon tai yliopistotutkinnon suorittaneet sijoittuvat pääasiassa hoitotyön ammatteihin. Jonkin verran alan tutkinnon suorittaneita tarvitaan kuitenkin myös muissa ammattiryhmissä. Mitenna-mallissa tämä on huomioitu juuri ammattien ja koulutuksen vastaavuusavaimen avulla. Näin voidaan ennakoita koulutetun työvoiman tarvetta kokonaisuutena opintoaloittain.

¹⁶¹ Huom. Sekä ennustejakso että käytetyt ammattiluokitukset poikkeavat toimikunnan esittämistä uuden työvoiman tarve -ennusteissa käytetyistä.

Toimikunnalle laadittuja ennusteita varten tarkistettiin Mitenna-projektissa aikanaan käytettyjä ammattien ja koulutuksen vastaavuusavaimia. Tarkistuksia tehtiin lähinnä hoitotyön ammattien osalta. Seuraavassa taulukossa on esitetty hoitotyön ammattiryhmien koulutusjakauma vuoden 1995 väestölaskennan mukaan (25 - 49-vuotiaat) sekä toimikunnan ennusteiden laatimisessa käytetty vastaavuusavain. Sosiaali- ja terveysalan koulutusta tarvitaan hoitotyön ammattiryhmien lisäksi mm. opetus- ja kasvatustyössä, kemiallisessa prosessityössä (laboratoriot sijoittuvat tähän ammattiryhmään), pesula- ja muussa palvelutyössä, myyntityössä, erilaisissa johto- ja asiantuntija-ammateissa ja muutamissa muissa ammattiryhmissä.

Taulukko 40. Koulutusjakauma hoitotyön ammattiryhmissä vuoden 1995 väestölaskennan mukaan (25 - 49 -vuotiaat), sekä toimikunnan ennusteessa käytetty vastaavuusavain.

Lääkärit

Opintoala	Opint oaste	% -osuus ammattiryhmästä	
		Väestölaskenta 1995	Toimikunnan ennusteessa käytetty avain
Luonnontieteellinen koul.	yliopisto	0,5	2,5
Maatalous-metsätiet.koul.	yliopisto	0,1	0,5
Lääketieteilinen koul.	yliopisto	63,7	70
Hammaslääketieteilinen koul.	yliopisto	27,5	19
Eläinlääketieteilinen koul.	yliopisto	5,7	8
		100	100

Sairaanhoitajat, terveydenhuollon tekninen henkilöstö ja työnjohto

Opintoala	Opint oaste	% -osuus ammattiryhmästä	
		Väestölaskenta 1995	Toimikunnan ennusteessa käytetty avain
Sosiaali- ja terveysala	amm.peruskoul.	9,3	1
Sosiaali- ja terveysala	amk	79,2	88,5
Terveystieteellinen koul.	yliopisto	0,9	3,4
Farmasian koul.	yliopisto	6,1	6,1
Muut yhteensä		4,5	1
		100	100

Muu terveydenhuoltotyö mm. lähihoitajat

Opintoala	Opint oaste	% -osuus ammattiryhmästä	
		Väestölaskenta 1995	Toimikunnan ennusteessa käytetty avain
Sosiaali- ja terveysala	amm.peruskoul.	62,1	75,2
Kauneudenhoitoala	amm.peruskoul.	16,9	19,5
Kauneudenhoitoala	amk	0,1	0,7
Muut yhteensä		20,9	4,6
		100	100

Sosiaali- ja vapaa-aika-alan työ

Opintoala	Opint oaste	% -osuus ammattiryhmästä	
		Väestölaskenta 1995	Toimikunnan ennusteessa käytetty avain
Sosiaali- ja terveysala	amm.peruskoul.	39	47
Sosiaali- ja terveysala	amk	7,4	11
Tekstiili- ja vaatetusala	amm.peruskoul.	5,2	3
Koti-, laitostal.- ja puhd.palv.ala	amm.peruskoul.	14,6	9
Hotelli-, rav.- ja suurtal.ala	amm.peruskoul.	5,4	3
Yhteiskuntatieteellinen koul.	yliopisto	6,3	6
Vapaa-ajan toiminta	amm.peruskoul.	1,1	3,5
Vapaa-ajan toiminta	amk	4,3	6
Kasvatustieteellinen koul.	yliopisto	2,3	2,3
Muut yhteensä		14,4	9,2
		100	100

Uuden työvoiman tarve koulutuksen mukaan ja siitä aiheutuva aloituspaikkatarve

Uuden työvoiman tarve muutetaan siis jokaiselle ammattiryhmälle laaditun ammattien ja koulutuksen vastaavuusavaimen avulla ammattiryhmittäin koulutuksen tarpeeksi. Eri ammattiryhmissä tarvittava koulutetun työvoiman tarve lasketaan yhteen, ja näin saadaan kokonaisuudessaan työmarkkinoilla tarvittava uuden työvoiman tarve opintoaloittain ja -asteittain. Laskentamalli tuottaa työvoiman tarpeesta johdetut koulutustarve-ennusteet koko ennustekaudelle ja jakaa tulokset ennustejakson vuotta kohti. Kysymys on näin ollen keskimääräisistä vuosittaisista tarpeista.

Sosiaali- ja terveystieteiden kannalta keskeisten opintoalojen tutkinnon suorittaneiden tarve vuotta kohden ajanjaksolla 2005 – 2015 on eri vaihtoehtolaskelmien mukaan alla olevan taulukon mukainen.

Taulukko 41. Työvoiman tarve vuotta kohden sosiaali- ja terveystieteiden liittyvillä opintoaloilla 2005 - 2015.

	Trendillä 1		Trendillä 2		Toimikunnalle tehty ennuste	
	Perusura	Tarveura	Perusura	Tarveura	Perusura	Tarveura
Sosiaali- ja terveystieteiden:						
- ammatillinen peruskoulutus	4 800	5 100	4 600	4 900	4 700	5 100
- ammattikorkeakoulu	4 700	4 900	3 800	4 100	5 100	5 300
Terveystiede	230	240	210	220	250	260
Lääketiede	700	730	520	550	510	540
Hammaslääketiede	180	190	130	140	130	140
Farmasia:						
- alempi korkeakoulututkinto	200	210	150	160	220	230
- ylempi korkeakoulututkinto	70	80	60	60	80	80
Psykologia	190	190	190	200	190	190
Yhteensä	11 070	11 640	9 660	10 330	11 180	11 840

Työelämän tarpeiden lisäksi eri opintoalojen aloituspaikkatarpeeseen vaikuttaa koulutusjärjestelmän toimivuus. Sitä kuvataan laskentamallissa tunnusluvuilla, joita kutsutaan mitoitusparametreiksi. Mitoitusparametrejä ovat aloituspaikkojen täyttöaste, koulutuksen aloittaneiden läpäisyosuudet, moninkertainen koulutus ja tutkinnon suorittaneiden työvoimaosuudet. Parametrit vaihtelevat opintoaloittain ja -asteittain. Ne vaikuttavat siihen, kuinka paljon tarvitaan aloituspaikkoja, jotta ammatteihin saadaan tarvittava määrä koulutettua työvoimaa.

Täyttöaste on laskettu siten, että opintolinjan aloittaneiden määrää on verrattu aloituspaikkojen määrään (aloittaneiden osuus aloituspaikoista). Taustatietoina on käytetty vuoden 1999 yhteishakutilastoista laskettuja aloituspaikkojen täyttöasteita. Jos täyttöaste on ammatillisessa peruskoulutuksessa tai ammattikorkeakoulutuksessa ollut alle 95 %, se on nostettu tavoitteellisena pidettävään 95 %:iin. Tätä korkeampien täyttöasteiden osalta on käytetty tilastoista saatua tietoa. Yliopistojen ja korkeakoulujen täyttöaste on 100 %. Sosiaali- ja terveystieteiden ammatillisessa peruskoulutuksessa täyttöaste on viime vuosina ollut alle 90 %, joten se on nostettu näissä laskelmissa tavoitteelliseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulu- ja yliopistokoulutuksessa täyttöaste on 100 %.

Tutkintojen läpäisyosuudella tarkoitetaan sitä, kuinka moni koulutuksen aloittaneista suorittaa tutkinnon loppuun. Tutkinnolla tarkoitetaan nuorisostaan opintolinjan tai tutkintoon

johtavan aikuislinjan suorittamista. Lämpäisykertoimet on laskettu vertaamalla keskenään tietoja ammatillisten oppilaitosten aloittaneista ja tutkinnon suorittaneista opintolinjoittain. Esimerkiksi lämpäisykertoimen arvo 0,90 tarkoittaa, että 90 prosenttia aloittaneista valmistuu tarkasteltavalta opintoalalta ja -asteelta. Laskentamallissa käytettyjen ammatillisen peruskoulutuksen ja ammattikorkeakoulukoulutuksen lämpäisykertoimien pohjana ovat vuosien 1986–1996 lämpäisykertoimien keskiarvot. Mikäli lämpäisyosuus on ammatillisessa peruskoulutuksessa jollain opintoalalla ollut huonompi kuin 90 % tai ammattikorkeakoulutuksessa huonompi kuin 85 %, on se laskennassa nostettu vastaamaan näitä tavoitteellisia arvoja. Yliopistojen lämpäisyosuudet on laskettu vuonna 1988 ylemmän korkeakoulututkinnon suorittamisen aloittaneiden seuraavan kymmenen vuoden aikana suorittamien tutkintojen perusteella¹⁶². Sosiaali- ja terveysalalla on ammatillisessa peruskoulutuksessa käytetty 93 %:n ja ammattikorkeakoulujen osalta 85 %:n lämpäisyosuutta. Alan ylempien korkeakoulututkintojen lämpäisyosuudet vaihtelevat 79 %:n ja 97 %:n välillä.

Moninkertainen koulutus tarkoittaa useamman tutkinnon suorittamista. Henkilö, joka suorittaa jotain toista (uutta) tutkintoa, lasketaan pois aikaisemman tutkinnon alan tehtäviin liittyvästä työvoimasta. Uudeksi tutkinnoksi ei lueta saman opintoalan saman asteen tutkintoa, esimerkiksi kaksivuotisen tutkinnon jatkoksi suoritettua kolmivuotista tutkintoa ammatillisessa peruskoulutuksessa. Korkeakouluissa tämä koskee myös saman alan jatkotutkintoja. Uusi tutkinto lasketaan ensisijaiseksi tutkinnoksi henkilön tiedoissa. Laskentamallissa käytetty tiedosto muodostuu vuosilta 1986–1996 tutkinnon suorittaneista ja jatkotutkinnon suorittaneista opintoaloittain ja asteittain (miltä aloilta ja asteilta mille aloille ja asteille). Lisäksi ammatillisen perustutkinnon suorittaneiden aineisto on tarkistettu käyttäen apuna tilastoja vuonna 1994 tutkinnon suorittaneiden myöhemmin suorittaneista tutkinnoista. Sosiaali- ja terveysalan ammatillisen perustutkinnon suorittaneista noin 25 % ja ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneista noin 5 % on suorittanut myöhemmin jonkin muun opintoalan ja/tai opintoasteen tutkinnon. Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneilla vaihteluväli on 0 - 5 %.

Työvoimaosuus tarkoittaa sitä, kuinka suuri osuus tutkinnon suorittaneista siirtyy työvoimaan. Laskelmissa on käytetty pohjatietona 25 – 49-vuotiaiden työvoimaosuutta vuoden 1995 väestölaskennassa opintoaloittain ja -asteittain. Tietoja on varovasti tarkistettu vuoden 1998 työssäkäyntitilaston ennakkotietojen avulla. Sosiaali- ja terveysalan ammatillisen perustutkinnon suorittaneiden työvoimaosuus on 87 %. Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneista työvoimaan siirtyy noin 89 %. Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneilla työvoimaosuus on näitä korkeampi, 90 - 95 %.

Tehtäessä koulutustarve-ennusteita Mitenna-mallilla on nuorten aloituspaikkojen kokonaistarve mahdollista sovittaa nuorisoiäluokan kokoon. Toimikunnalle laaditussa ennusteessa ei näin ole kuitenkaan tehty, vaan aloituspaikkatarpeita tarkastellaan suoraan sosiaali- ja terveysalan työelämän tarpeesta lähtevänä. Nuorisoiäluokan koon huomioiminen tarkoittaisi sitä, että nuorten aloituspaikkamäärä ennusteessa mitoitettaisiin kokonaisuudessaan esimerkiksi sellaiseksi, että se antaa kaikille nuorille mahdollisuuden hakeutua ammatillisesti suuntautuneeseen koulutukseen. Tämän jälkeen nuorten kokonaisaloituspaikkamäärä jaettaisiin eri opintoaloille ja asteille työelämän koulutustarpeen rakenteen mukaisesti suhteessa. Ikäluokan koon lisäksi aloituspaikkatarpeeseen vaikuttavat edellä mainitut laskentaparametrit.

¹⁶² Pajala S, Lempinen P. Pitkä tie maisteriksi. Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus rs 22/2001. Helsinki, 2001.

Sosiaali- ja terveystieteiden kannalta keskeisten opintoalojen ja –asteiden työelämän koulutustarpeesta lähtevä vuosittainen aloituspaikkatarve on esitetty seuraavassa taulukossa. Vuosina 2005-2015 tarvittava uusi työvoima koulutetaan pääasiassa 2000-2010. Tämän vuoksi aloituspaikkatarve on esitetty vuosille 2002-2010. Taulukossa 42. on vertailun vuoksi esitetty myös keskiarvot viime vuosien aloituspaikoista ammatillisessa peruskoulutuksessa sekä yliopistojen aloittaneista.

Taulukko 42. Työelämän tarpeeseen perustuva vuosittainen aloituspaikkatarve vuosina 2002 - 2010.

	Trendi 1		Trendi 2		Toimikunnalle tehty ennuste		Aloituspaikat 1999-2000 ja yliopistossa aloittaneet ¹⁶³
	Perus- ura	Tarveura	Perus- ura	Tarveura	Perus- ura	Tarveura	
Sosiaali- ja terveystieteet:	14 690	15 630	13 210	14 080	15 210	16 190	14 710 ¹⁶⁴
- ammatillinen peruskoulutus	8 190	8 790	7 870	8 440	8 180	8 790	7 860
- ammattikorkeakoulu	6 490	6 840	5 340	5 640	7 030	7 390	6 850
Terveystiede	340	360	300	320	360	380	360
Lääketiede	800	840	600	630	590	620	460
Hammaslääketiede	200	210	140	150	140	150	70
Farmasia:							
- alempi kk.tutkinto	320	340	250	260	350	370	270
- ylempi kk.tutkinto	90	100	70	80	100	110	110
Psykologia	250	260	260	270	260	260	200
Yhteensä	16 690	17 730	14 840	15 790	17 010	18 070	16 180

Kuten aiemmin todetaan, näissä laskelmissa ei ole otettu kantaa siihen, mikä on nuorten ja aikuiskoulutuksen välinen suhde, vaan aloituspaikkatarpeet on esitetty kokonaisuutena. Edellä esitetyissä työvoiman tarpeesta lähtevissä aloituspaikkatarpeissa ei ole myöskään huomioitu työttömän työvoiman työvoimatarjontaa, joka todellisuudessa vähentää aloituspaikkatarvetta. Työministeriön työnvälitystietojen mukaan¹⁶⁵ sosiaali- ja terveystieteiden ammatillisen perustutkinnon suorittaneita on työttömänä työnhakijana viime vuosina ollut kuukausittain keskimäärin 12 000 henkilöä. Opisto- tai ammattikorkeakoulutasoisen tutkinnon suorittaneita työttömiä työnhakijoita on työministeriön tilastoissa ollut kuukausittain keskimäärin vajaat 9 000 henkilöä. Määrällisesti suurimmat ryhmät tutkinnoittaisessa työttömyystilastossa ovat erikoissairaanhoitajat ja sairaanhoitajat sekä terveydenhoitajat. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden työttömyys on suhteellisen pientä.

¹⁶³ Yliopistotutkinnon aloittaneiden osalta lähteenä on Yliopistojen hakija- ja opinto-oikeusrekisteri 15.3.2001

¹⁶⁴ Opti-tietokanta 5.12.2000

¹⁶⁵ Tiedot on peräisin tilastoista ajalta 1997 - 2001. Keskiarvot on laskettu maaliskuun ja syyskuun tiedoista, jotta niihin ei vaikuttaisi vasta valmistuneiden kitkatyöttömyys.

8.2. Lausunnonantajien ja asiantuntijoiden arvioita työvoimatarpeesta

Monet toimikunnan kuulemista asiantuntijoista ja lausunnonantajista totesivat, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön eläkkeelle jääminen tapahtuu aikaisemmin kuin mitä lakisääteisistä eläkkeelle jäämisen vuosista voidaan päätellä. Samoin he olivat yhtä mieltä tulevista palvelutarpeiden päälinjoista, joista merkittävin on vanhusten määrän kasvu ja ikärakenteen vanheneminen. Seuraavissa ammattiryhmissä ennakoitiin lisääntyvää työvoiman tarvetta:

- Toisen asteen koulutuksen saaneiden *lähihoitajien* tarpeen nähtiin lisääntyvän erityisesti vanhusten avohuollossa. Lisäksi lähihoitajien tarvetta perusteltiin mm. päivähoidon tarpeilla sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden avohuollon tarpeilla.
- *Sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia* katsottiin tarvittavan lisää. Lisästarvetta perusteltiin ennen muita vanhusten avo-, sairaala- ja laitoshoidolla. Lisäksi sairaanhoitajia arvioitiin tarvittavan mm. psykiatriseen avo- ja sairaalahoitoon. Terveydenhoitajien lisästarvetta perusteltiin lasten, aikuisten ja erityisesti myös vanhusten ehkäisevällä terveydenhoitotyöllä. Monet lausunnonantajista ja asiantuntijoista arvioivat, että näissä ammattiryhmissä lisästarve olisi huomattavasti suurempi kuin mitä Stakesin tekemät arviot (luku 8.2) osoittavat. Perusteluna esitettiin, että lääkärien ja sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien välistä työnjakoa tulisi tarkistaa ja että lääkärien nykyisistä tehtävistä osan voisi tulevaisuudessa siirtää sairaanhoitajille tai muille sairaanhoitajakoulutuksen saaneille terveydenhuollon ammattihenkilöille.
- Kuntoutusohjaajien lisästarvetta perusteltiin vanhustenhuollon kasvavilla tarpeilla. Huomattava osa koulutetuista *fysioterapeuteista ja kuntoutuksenohjaajista* työskentelee tällä hetkellä muualla kuin julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämä on ollut omiaan vaikuttamaan siihen, että kunta-alalla on pulaa näiden tutkintojen suorittaneista työntekijöistä.
- *Bioanalyttikkojen ja röntgenhoitajien* lisästarvetta perusteltiin uusien työmenetelmien mahdollistamien tutkimusten ja hoitojen tarkentumisella ja niiden lisääntyneellä määrällä, vaikka laboratoriotutkimus- ja erilaisia kuvantamismenetelmiä on viime vuosina automatisoitu. Samaan aikaan tehtävien vaativuustaso on kohonnut ja erityistä osaamista vaativien tutkimusmenetelmien määrä on kasvanut.
- *Toimintaterapeuttien* tarpeen arvioitiin lisääntyvän mm. vanhusten ja mielenterveysasiakkaiden määrän kasvun vuoksi sekä omatoimisuuden edistämiseen, toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kuntoutukseen liittyvien työtapojen kehittymisen myötä. Samoilla syillä perusteltiin myös *apuväline- ja apuneuvoteknikoiden* lisästarpeita.
- *Hammashuoltajien ja sitä vastaavien* tutkinnon suorittaneiden (suuhygienisti (AMK)) lisästarvetta perusteltiin suun terveydenhuollon uudistuksella sekä hammashuoltajien ja hammaslääkäreiden työnjaon kehittämisellä.
- *Sosionomi (AMK)* -tutkinnon suorittaneiden (kuten *sosiaaliohjaajien, sosiaalikasvattajien ym.*) lisästarvetta monet asiantuntijat ja lausunnonantajat perustelivat mm. sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien välisen työnjaon kehittämisellä, vanhusten avohuollon, lastensuojelun ja päihdehuollon palvelutarpeiden kasvulla ja työmuotojen kehittymisellä. Lisästarvetta perusteltiin myös uusilla tehtävillä, joista merkittävin on kuntouttavan työtoiminnan käynnistyminen lakisääteisenä kunnallisena toimintana 1.9.2001 lukien.

- Lähes kaikki asiantuntijat ja lausunnonantajat toivat esille *lääkärikoulutuksen* lisätarpeita. Lääkäripulaa on lähes kaikilla erikoisaloilla, mutta erityisesti psykiatriassa, anesthesiologiassa, radiologiassa ja neurologiassa.
- *Farmaseuteista* todettiin jo olevan pulaa ja sen arvioitiin vaikeutuvan tulevaisuudessa, ellei koulutusta lisätä.
- *Psykologien* eläkepoistuman arvioitiin olevan vähäistä vuoteen 2010 mennessä. Nykyinen koulutusvolyyymi tuottaa riittävästi uutta työvoimaa poistuman korvaamiseksi. Pulaa nähtiin tulevaisuudessa olevan varsinkin neuropsykologian osajista. Lisäksi todettiin, että lastensuojelun tarpeet lisäävät myös psykologien tarvetta.
- Lausunnonantajat ja asiantuntijat olivat yksimielisiä *puheterapeuttikoulutuksen* aloituspaikkojen liian alhaisesta määrästä ja palvelutarpeen tulevasta kasvusta. Puheterapeuteista on jo tällä hetkellä pulaa kuten myös *ravitsemusterapeuteista*, joiden koulutuksen aloituspaikkamäärät ovat vielä pienemmät kuin puheterapeuttien.
- Lausunnonantajat ja asiantuntijat toivat myös esille, että päteviä *sosiaalityöntekijöitä* on vaikeaa saada kuntiin ja että osa kunnissa nyt toimivista sosiaalityöntekijöistä ei täytä koulutuksellisia kelpoisuusehtoja. Sosiaalityöntekijöiden keski-ikä on myös varsin korkea ja kolmanneksen arvioidaan jäävän eläkkeelle vuoteen 2010 mennessä. Työn kuormittavuus saattaa varhaistaa sosiaalityöntekijöiden eläke- ja muuta poistumaa sekä lisätä alan vaihtoa. Lisäksi sosiaalityöntekijöiden lisätarvetta perusteltiin mm. neuvonnan ja ohjauksen tarpeilla, vaikeiden lastensuojelun toimien kuten huostaanotto, vaativien päihdehuollon palveluiden ja syrjäytymiskehityksen kasvulla sekä kuntiin tulevilla uusilla tehtävillä.
- *Lastentarhanopettajien* työvoimatarpeen arvioitiin alenevan, koska väestöennusteiden mukaan syntyvien ja päivähoitoikäisten lasten määrä alenee tulevina vuosina. Päivähoitoon osallistuvien lasten määrä ei todennäköisesti kuitenkaan tule alenemaan samassa suhteessa kuin syntyvien määrä, koska lapsiryhmien koko saattaa pienetä nykyisestä ja päivähoitoon osallistumisaste saattaa jopa kasvaa. Lastentarhanopettajat ovat keskimääräistä nuorempia, joten eläkepoistuma ei tule olemaan merkittävä vielä 2010 mennessä. Erityislastentarhanopettajista on pulaa jo tällä hetkellä, ja lausunnonantajien mukaan heidän koulutustaan tulisi lisätä.

Monissa kannanotoissa painotettiin erityistä osaamista omaavien työntekijöiden tarvetta useilla eri aloilla. Koulutusjärjestelmä on viime vuosina painottanut ns. laaja-alaisen yleisosaamisen tärkeyttä, oppimaan oppimista sekä työelämälähtöisiä koulutusmuotoja. Erityisosaamista omaavia työntekijöitä kaivattiin lasten ja nuorten palveluihin, velkaneuvontaan ja yleiseen edunvalvontaan, työhön valmennukseen (mm. kuntouttava työtoiminta), mielen-terveystyöhön sekä atk- ja tietoverkkotyöhön. Uudet osaamistarpeet liittyivät mm. palveluiden kehittämiseen, henkilöstön kouluttamiseen ja työnohjaukseen. Lisää tarvitaan myös henkilö- ja ryhmäkohtaisia avustajia. Hallinto- ja johtotehtävissä toimivista nähtiin tulevan pulaa. Näistä nostettiin esille hoitotyön lähijohtajat, sosiaalihuollon hallintotehtävät sekä toimiala- ja laitosjohtotehtävät, joissa tällä hetkellä toimivien keski-ikä on huomattavan korkea ja eläkkeelle siirtyminen tulee olemaan suurta vuoteen 2010 mennessä.

EHDOTUS-OSA:

9. Ehdotus sosiaali- ja terveysalan koulutuksen mitoitukseksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ylitarjonta on kääntymässä työvoiman niukkuudeksi. Koska eläkepoistumat tulevat olemaan seuraavien 10 vuoden aikana suuria ja suurempia kuin lakisääteiseen eläkeikään perustuen pystytään arvioimaan, tarvitaan lukuisia toimenpiteitä alalla olevan työvoiman pitämiseksi ja uuden rekrytoimiseksi. Myös muiden alojen houkuttavuus ja rekrytointi satoihin tuhansiin alan vapaisiin työpaikkoihin Euroopan unionin alueella ovat vakavasti otettava uhka maamme sosiaali- ja terveydenhuollon työnantajille. Tässä tilanteessa haasteiksi nousevat työvoiman työssä pysyminen ja työvoiman työhyvinvoinnista huolehtiminen. Myös maahan muuttajien ammatillisesta koulutuksesta ja sen tarvittavasta täydentämisestä on huolehdittava. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon työkäisestä työvarannosta suuri osa on alan työmarkkinoiden ulkopuolella, jatkossa tulisi selvittää, missä tämä alalle koulutettu työvoima on ja miten se saataisiin alalle työhön. Esimerkiksi alan työttömien osaamisen ylläpitämisestä tulee huolehtia eri keinoin.

Kuntien tehtävänä on vastata siitä, että asukkaat saavat tarvitsemansa sosiaali- ja terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveyspalveluiden riittävyyden kannalta ratkaisevia tekijöitä ovat henkilöstön määrä sekä työntekijöiden työkyky ja työmotivaatio. Jotta kunnat onnistuvat sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistehtävässään, on kiinnitettävä huomiota työntekijöiden työolosuhteisiin sekä työkyvyn ja ammattitaidon ylläpitämiseen ja edistämiseen sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Niistä huolehtiminen edellyttää työnantajan henkilöstöpolitiikan ja johtamisen nostamista keskeiseksi kehittämiskohteeksi. Henkilöstön työhyvinvointia tuetaan myös monin sosiaali- ja terveysministeriön toimenpitein ja eri hallinnonalojen yhteistyönä toteutettavien valtakunnallisten kehittämishankkeiden avulla. Lisäksi alan palkkauskehityksestä on huolehdittava niin, että se vastaa koulutustasoa ja työelämän vaatimustasoa.

9.1. Koulutuksen mitoitus koulutusasteittain

Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen mitoitusehdotus käsittää tutkintoon johtavan koulutuksen ammatillisessa peruskoulutuksessa, ammattikorkeakouluissa sekä eräissä yliopistollisissa koulutuksissa. Lääketieteellistä, hammaslääketieteellistä ja terveystieteiden koulutusta aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärät eivät sisälly taulukon 43. lukuun, vaan näitä koskevat ehdotukset ovat luvussa 9.2.

Toimikunnan ehdotus pohjautuu kahteen pitkän aikavälin vaihtoehtoiseen toimialoittaiseen työvoiman kysyntäennusteeseen, jotka se tilasi työministeriöltä (luku 8.1). Toimialaennusteista laadittiin työvoiman ammattirakenne-ennusteet. Näin saatiin kuva työvoiman kysynnästä. Koulutuksen mitoitustarpeita laskettaessa käytettiin hyväksi Opetushallituksen Mitenna-mallia. Sen toimintaa ja vaihtoehtoisia laskennallisia tuloksia on selostettu tarkemmin luvussa 8.1. Ehdotuksissa on otettu huomioon myös toimikunnan saamat asiantuntijalausekset (luku 8.2).

Toimikunta on laatinut koulutusasteittaisen ehdotuksensa käyttäen apuna laskennallisia tuloksia, mutta ei täysin niiden mukaisesti. Koulutuksen tarvelaskelmat pohjautuvat vuo-

teen 2015 asti ulottuvaan työvoiman tarpeeseen. Toimikunta ei ole ottanut kantaa siihen, järjestetäänkö koulutus nuorten vai aikuisten koulutuksena. Ehdotus koskee keskimääräisiä aloituspaikka- ja aloittajatarpeita koko maassa vuosille 2002 - 2010.

Toimikunnan ehdotus aloituspaikka- ja aloittajatarpeiksi ja nykyinen koulutustarjonta ilmevät taulukosta 43. Luvussa 9.2. ammattikorkeakoulutuksen kokonaismitoitus on jaettu koulutusohjelmakohtaisiin ehdotuksiin. Eräiden yliopistokoulutusten aloittavien lukumääriä käsitellään luvussa 9.2.

Taulu 43. Toimikunnan ehdotus ammatillisen peruskoulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkatarpeesta sekä eräiden yliopistokoulutusten aloittajatarpeesta vuosille 2002 - 2010.

Sosiaali- ja terveysala	Ehdotus vuosille 2002-2010 (keskimäärin)	Keskimäärin vuosina 1999-2000
Ammatillinen peruskoulutus (aloituspaikat)	8 500 - 9 000	7 860 ¹⁶⁶
Ammattikorkeakoulutus (aloituspaikat)	7 200 - 7 900	6 850
Eräät yliopistokoulutukset (aloittaneet) ¹⁶⁷	1 400 - 1 600	n. 1 270

Koulutustarpeeseen vaikuttavat keskeisesti työvoimasta poistuvien henkilöiden määrä sekä mm. väestön ikärakenteen muutoksesta aiheutuva palvelutarpeiden lisääntyminen seuraavien 10 - 15 vuoden aikana. Todennäköistä on, että palvelurakenteen muutos tulee vuosikymmenen loppua kohti painottamaan nykyistä enemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneen työvoiman tarvetta. Mitoituksessa on otettu huomioon myös se, etteivät kaikki ammatillisesta peruskoulutuksesta valmistuvat siirry työelämään, vaan osa (noin 2200 - 2500) jatkaa saman alan seuraavalle asteelle. Alalla on myös kouluttamatonta työvoimaa, jonka koulutustarve painottuu ammatilliseen peruskoulutukseen.

Sosiaali- ja terveysalalla on edelleenkin työttömyyttä, joka painottuu ammatillisen peruskoulutuksen saaneisiin. Lähivuosina voidaan nämä aloituspaikat valtakunnallisesti säilyttää lähellä nykyistä keskimääräistä tasoa ja nostaa mitoitusta sen mukaan, miten työttömyys vähenee.

Toimikunta ehdottaa, että

sosiaali- ja terveysalan ammatillisen peruskoulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja lisätään vuosina 2002 - 2010 nykyisestä. Lisästarpeet perustuvat työvoiman ennakoituun tarpeeseen. Ehdotus merkitsee sitä, että alan koulutuksen ikäluokkaosuutta muihin koulutusaloihin nähden, aikuiskoulutuksen määriä tai molempia tulee lisätä nykyisestä.

¹⁶⁶ Opti-tietokanta 5.12.2000.

¹⁶⁷ Yliopistokoulutuksen aloittaneiden ja aloittavien lukuihin on sisällytetty seuraavat koulutukset: farmasian ylempi ja alempi korkeakoulututkinto, psykologin, puheterapeutin, ravitsemusterapeutin, sosiaalityöntekijän ja lastentarhanopettajan koulutukset (taulukko 46, sivu 121).

9.2. Koulutuksen mitoitus koulutusohjelmittain ja tutkinnoittain

Sosiaali- ja terveydenhuollon uuden työvoiman tarvetta arvioitaessa nykyisten työvoimavajausten ohella on otettu huomioon vanhusten lisääntyvä ja lasten aleneva määrä. Lasten ja nuorten samoin kuin aikuistenkin mielenterveyspalveluiden lisääntyvän tarpeen sekä lastensuojelupalvelujen lisääntyvän kysynnän on arvioitu aiheuttavan lisätyövoiman tarvetta. Sosiaalihuollon työvoimatarpeeseen vaikuttaa edellisten lisäksi kuntouttavaa työtoimintaa koskevan lain voimaantulo vuonna 2001. Uudistus voi merkitä huomattavaa asiakasmäärän kasvua sosiaalihuoltoon. Kuntien selvityksen mukaan väestöstä noin 10 - 20 % on hammashoitopalvelujen ulkopuolella, vaikka heillä on hoidon tarvetta. Kun kunnallisten palvelujen ja hammashuollon sairausvakuutuskorvauksen piiriin tulevat kaikki vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneet ikäluokat, aiheutuu palveluihin aluksi paikoitellen ruuhkaa, mutta suun terveydenhuollon toimintojen kehittämällä ja paremmalla integraatiolla tehokkuutta voidaan parantaa¹⁶⁸.

Vaikka alle kouluikäisten lasten määrän arvioidaan alenevan seuraavan kymmenen vuoden aikana, ei lasten päivähoitoon tarvittavan henkilöstön määrän ole ennakoitu ratkaisevasti pienenevän. Syinä tähän ovat erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten määrän, ilta-, yö- ja viikonlopun päivähoiton tarpeen ja pienten koululaisten iltapäivähoidon mahdollinen kasvu.

¹⁶⁸ Suun terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998-2000. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2001:13.

Taulukko 44. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillista peruskoulutusta ja ammattikorkeakoulutusta edellyttävä työvoima: arvio lukumäärästä, poistumasta ja työvoimatarpeen muutoksista vuoteen 2010 mennessä sekä ehdotus koulutuksen aloituspaikoiksi (vuodessa) vuosina 2002 - 2010.

Ammatti- tai tehtävänimike	Tutkintonimike	TEO:n rekisterissä 31.12.1999 olevat työikäiset Suomessa asuvat	Kunta-alalla työssä olevat	Yksityisellä alalla työssä olevat	Eläke- ja muu poistuma 2001 - 2010	Toimikunnan arvio työvoimatarpeen muutostrendistä vuoteen 2010	Aloituspaikkojen keskiarvo 1999-2000 vuodessa ¹⁶⁹	Toimikunnan ehdotus aloituspaikoiksi (vuodessa) vuosina 2002-2010
Ammatillisen peruskoulutus								
Lähihoitaja ¹⁷⁰	Lähihoitaja	94 200	62 000	11 300	41 000	Lisääntyy	7 860	8500 - 9000
Ammattikorkeakoulutus								
Sairaanhoitaja ¹⁷¹	Sairaanhoitaja (AMK) ym.	74 500	32 000 ¹⁷²	7 000	21 000	Lisääntyy	3 185	3500 - 3800
Fysioterapeutti	Fysioterapeutti (AMK)	9 800	1 900	2 800	600 ¹⁷⁰	Vähenee	459	400 - 450
Laboratorionhoitaja	Bioanalyttikko (AMK)	6 800	3 500	800	500 ¹⁷⁰	Ennallaan	200	200 - 240
Röntgenhoitaja	Röntgenhoitaja (AMK)	3 250	1 900	400	800 ¹⁷⁰	Ennallaan	151	150 - 200
Toimintaterapeutti	Toimintaterapeutti (AMK)	1 100	500	..	..	Lisääntyy	130	140 - 150
Hammashoivaja	Suhygienisti (AMK)	980	500	..	..	Lisääntyy	110	130 - 150
Apuvälineteknikko / apuneuvoteknikko	Apuvälineteknikko (AMK)	140	..	..	..	Lisääntyy	21	30 - 50
Sosiaaliohjaaja, sos.kasvattaja ym	Sosionomi (AMK)	-	4 500	..	550 ¹⁷³	Lisääntyy	2364	2400 - 2550
Ns. pienet ryhmät						Lisääntyy	230	250 - 310
Ammattikorkeakoulutus yhteensä							6 850	7 200 - 7 900

¹⁶⁹ Opti-tietokanta 5.12.2000

¹⁷⁰ Lähihoitajan lisäksi tähän on laskettu mukaan aiemmat ammatillista peruskoulutusta vastaavat sosiaali- ja terveysalan tutkinnot. Sosiaalialan tutkinnot eivät sisälly TEO:n rekisteriin

¹⁷¹ Sisältää tutkinnot, joihin sisältyy myös sairaanhoitajakoulutus eli sairaanhoitajien lisäksi terveydenhoitajat(AMK), kätilöt(AMK) ja ensihoitajat(AMK).

¹⁷² Kunnallisen työmarkkinailmoituksen mukaan tämän tutkinnon suorittaneita 31.12.1999 oli runsas 37 000. Tällöin lukuun sisältyvät myös ylihoitajina ja osastonhoitajina toimivat sairaanhoitajat, joita oli yhteensä noin 5 000.

¹⁷³ Poistumätieto sisältää lähinnä kunta-alan tehtävissä toimivien työntekijöiden eläkepoistumaa koskevat tiedot vuoteen 2010 mennessä.

Toimikunta ei ole erikseen arvioinut sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen pienistä kouluohjelmista valmistuneiden työntekijöiden eläke- ja muuta poistumaa, mutta seuraavassa taulukossa 45. esitetään arvio aloituspaikkojen määräksi. Nämä sisältyvät ammattikorkeakoulun aloituspaikkojen kokonaislukuun.

Taulukko 45. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon eräiden koulutusohjelmien aloituspaikkojen jakauma ja ehdotus aloituspaikkojen määräksi vuodelle 2002-2010.

Ammatti- tai tehtävänimi-ke	Tutkintonimike	Aloituspaikkojen keskiarvo vuosina 1999-2000 ¹⁷⁴	Toimikunnan ehdotus (vuodessa)
Kuntoutuksen ko.	Kuntoutuksen ohjaaja (AMK)	96	100 - 110
Hammastekniikan ko.	Hammasteknikko (AMK)	15	20 - 30
Optometrian ko.	Optometrismi (AMK)	55	60 - 70
Jalkaterapian ko.	Jalkaterapeutti (AMK)	55	60 - 70
Naprapatian ko.	Naprapaatti (AMK)	0	0 - 10
Osteopatian ko.	Osteopaatti (AMK)	9	10 - 20
Yhteensä		230	250 - 310

Vaikka toimikunta ehdottaa sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja korotettavaksi vuosina 2002 - 2010 kaikkiaan 350 - 1050 paikalla vuodessa vuosien 1999 - 2000 aloituspaikkojen keskiarvoon nähden, ehdotus on maltillinen, kun sitä verrataan ammattikorkeakoulututkinnon ja sosiaali- ja terveysalan opistotutkintojen aloituspaikkamääriin vuosina 1992 - 1998. Ehdotettu aloituspaikkojen vaihteluvälin ylärajakin jää pienemmäksi kuin aloituspaikat 1990-luvulla vuotta 1996 lukuun ottamatta.

Taulukossa 46. on arvioita eräiden yliopistokoulutusta edellyttävien ammattien osalta eläke- ja muusta poistumasta sekä aloituspaikkatarpeista.

¹⁷⁴ Opti-tietokanta 5.12.2000.

Taulukko 46. Sosiaali- ja terveydenhuollon eräiden yliopistollista tutkintoa edellyttävien tehtävien työvoima: arvio lukumäärästä, poistumasta, työvoimatarpeen muutoksista vuoteen 2010 mennessä sekä ehdotus koulutusta aloittavien lukumääristä (vuodessa) vuosina 2002 - 2010.

Ammatti- tai tehtävänimike	Tutkintonimike	TEO:n rekisterissä 31.12.1999 olevat työkäiset Suomessa asuvat	Kunta-alalla työssä olevat	Yksityisellä alalla työssä olevat	Eläke- ja muu poistuma 2001 - 2010	Toimikunnan arvio työvoimatarpeen muutostrendistä vuoteen 2010	Koulutuksen aloitaneiden keskiarvo 1999-2000 vuodessa	Toimikunnan ehdotus aloittavien lukumääräksi (vuodessa) vuosina 2002-2010
Farmaseutti Proviisori	Farmaseutti Proviisori	5 700	400	4 400	800	Lisääntyy	Al. 270 / Yl. 110	330 - 370 / 100 - 110
Psykologi	PsM	3 900	1800	620	600 ¹⁷⁵	Lisääntyy	200	240 - 260
Puheterapeutti	FM	830	520	..	..	Lisääntyy	50 (v. 2001)	60 - 90
Ravitsemusterapeutti	TtM	270	70 ¹⁷⁶	..	..	Lisääntyy	20 (v.2001)	30 - 50
Sosiaalityöntekijä	YTM / VTM	-	5 800 ¹⁷⁷	..	1700	Lisääntyy	220 (v.2001)	260 - 320
Lastentarhanopettaja	KtK	-	9 000	2000	600 ¹⁷⁸	Ennallaan	400 (v.2001) ¹⁷⁹	380 - 400
Yhteensä							n. 1 270	n. 1400 - 1600

¹⁷⁵ KVTEL: eläkeiän saavuttaa vuoteen 2010 mennessä n. 340 psykologia. Suomen Psykologiliiton ilmoituksen (5.10.2000) mukaan vuosittain arvioidaan jäävän eläkkeelle keskimäärin 60 psykologia.

¹⁷⁶ Ravitsemusterapeuttiyhdistys (27.5.1999): Noin 70 ravitsemusterapeuttia työskenteli julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa.

¹⁷⁷ Sosiaalityöntekijän koulutusta edellyttävissä tehtävissä (useita tehtävänimikkeitä) n. 3800, sosiaalihuollon johto- ja hallintotehtävissä toimivia n. 2000 (31.12.1999).

¹⁷⁸ Lukuun sisältyy n. 400 lasten päiväkodin johtajatehtävistä eläkkeelle jäävää vuoteen 2010 mennessä.

¹⁷⁹ Lähivuosina koulutetaan sosiaalikasvattajia LTO:n tehtäviin (esikouluopettajan tehtävät).

Puheterapeuttien osalta koulutusmääriä tulisi lisätä vuodesta 2002 alkaen. Palveluiden tarvetta ja työvoimatilannetta tulisi arvioida uudelleen vuonna 2004. Myös lausunnonantajat ja asiantuntijalausunnot puolsivat *farmasian alan alemman korkeakoulututkinnon* ja *psykologian* koulutuksen sisäänoton lisäämistä lähivuosina. Samoin *sosiaalityöntekijöiden* koulutusmääriä tulisi lisätä pätevien sosiaalityöntekijöiden puutteen vähentämiseksi sekä lisätarpeen ja pätevytymiskoulutustarpeen tyydyttämiseksi.

Mitenna-mallilla arvioituna uuden työvoiman tarve lääkäreiden kohdalla vaihtelisi 670 - 710 vuotta kohden riippuen siitä onko kyse perus- vai tarveurasta (luku 8.1. taulukko 39.). Tulosta on tarkennettu vaihtoehtoisilla trendi 1 ja trendi 2 laskelmilla sekä toimikunnalle tehdyllä ennusteella, jossa vaihteluväli on 510 - 700 vuotta kohden (taulukko 41.). Työvoiman tarve on muutettu vuosittaiseksi koulutuksen aloittajien tarpeeksi vuosille 2002 - 2010. Jotta koulutus tuottaisi Mitenna-mallin mukaisen työelämän työvoiman, lääketieteellisessä koulutuksessa tulisi vuosittain aloittaa 590 - 800 uutta opiskelijaa riippuen siitä onko kyse perusurasta vai tarveurasta (taulukko 42.). Sosiaali- ja terveysministeriö on ehdottanut lääkärinkoulutuksen aloituspaikkoja lisättäväksi 550:een jo vuonna 2001. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan ja Suomen Kuntaliiton selvitysten mukaan sairaanhoitopiireissä on tällä hetkellä noin 600 erikoislääkärin ja terveyskeskuksissa noin 300 lääkärin vaje¹⁸⁰. Lisäksi sairaanhoitopiireissä tarvittaisiin tilapäisesti lisää noin 200 erikoislääkäreitä. Lääkäreiden vuosittaisen poistuman arvioidaan nousevan jo vuonna 2002 suuremmaksi kuin valmistuvien määrän.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan selvityksen mukaan hammaslääkäri työvoiman saatavuudessa ei ole tällä hetkellä ongelmia. Vuosina 2001 - 2002 toteutuva hammashuollon asteittainen laajennus saattaa kuitenkin vaikuttaa hammaslääkärien ja suun terveydenhuollon muun työvoiman tarpeeseen.

Toimikunta toteaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan selvitykseen perustuen, että

Lääkärikoulutusta tulisi lisätä jo syksyllä 2001 ja että lähivuosien yksityiskohtainen lääkärikoulutuksen mitoitus tulee tehdä terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan syksyllä 2001 valmistuvan selvityksen pohjalta.

Hammaslääkäreiden osalta vastaava selvitys tulee tehdä vuoteen 2003 mennessä.

Terveystieteiden maisterikoulutus tähtää erilaisiin terveydenhuollon klinisiin asiantuntijatehtäviin, sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon ja talouden asiantuntija-, suunnittelu- ja johtamistehtäviin sekä terveysalan opetustehtäviin¹⁸¹. terveystieteen maisterin koulutuksen saaneet ravitsemusterapeutit toimivat kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Jo tällä hetkellä heistä on jonkin verran pulaa ja väestön ikääntymisen arvioidaan lisäävän työvoimatarvetta. terveystieteellinen koulutus on ollut käyttökelpoinen myös alan hallinto- ja johtamistehtävissä. Lisäksi alan erilaisissa kehittämis-, opetus- ja tutkimustehtävissä on lisääntyvässä määrin terveystieteellisen perus- ja tieteellisen jatkokoulutuksen saaneen työvoiman tarvetta.

¹⁸⁰ Lääkärit ja hammaslääkärit terveyskeskuksissa ja sairaaloissa lokakuussa 1999. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Lääkärit ja hammaslääkärit jaosto. Monisteita 2000:10.

Punnonen H. Erikoislääkärivaje. Sairaaloiden vuosi 2000. Suomen Kuntaliitto, 2000.

¹⁸¹ Terveydenhuollon tutkintoasetustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1996:34.

Toimikunta ehdottaa, että

sosiaali- ja terveysministeriö tekee erillisen selvityksen terveystieteellisen koulutuksen saaneen työvoiman lähivuosien tarpeesta.

9.3. Kustannusvaikutukset

Toimikunta korostaa, että tässä esitetyt kustannusten lisäykset sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa peruskoulutuksessa eivät ole lisäkustannuksia julkiselle taloudelle, kun koulutusjärjestelmää tarkastellaan kokonaisuutena. Ammattikorkeakoulu- ja yliopistokoulutuksessa lisäkustannuksia aiheutuu vain silloin, jos vastaavia supistuksia ei tehdä joillakin muilla koulutusaloilla.

Ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikka maksaa vuodessa (v. 2001) keskimäärin runsaat

33 700 mk ja ammattikorkeakoulutuksessa keskimäärin vajaat 33 800 mk vuodessa. Molempiin hintoihin sisältyvät nuorten ja aikuisten koulutuksen aloituspaikat. Yliopistokoulutuksessa tutkinnon vuosihinta vaihtelee tutkinnoittain ollen keskimäärin (vuosien 1998 - 2000 keskiarvo)

21 000 - 62 000 markkaa vuodessa. Edellä olevaan yliopistollisen koulutuksen keskiarvohintaan ei sisälly lääketieteen eikä hammaslääketieteen koulutusta.

Toimikunnan ehdotukset sosiaali- ja terveysalan koulutuksen aloituspaikkojen sekä yliopistossa aloittaneiden määrän lisäyksiksi ovat seuraavat (vuosien 1999 - 2000 keskiarvoon nähden):

- Ammatilliseen peruskoulutukseen 640 - 1 140 aloituspaikkaa lisää
- Ammattikorkeakoulutukseen 350 - 1 050 aloituspaikkaa lisää
- Eräisiin yliopistokoulutuksiin¹⁸² 130 - 330 aloittanutta lisää

Koska koulutus kestää useita vuosia, 3-vuotisen *ammatillisen peruskoulutuksen* tutkintokustannukset yhdeltä aloituspaikalta ovat 101 154 mk ja 3,5 -vuotisen *ammattikorkeakoulutuksen* tutkintokustannukset yhdeltä aloituspaikalta 118 195 mk. *Yliopistokoulutuksen* tutkinnon pituus vaihtelee 3 - 5,5 vuoden välillä, joten tutkinnon hinta on noin 98 400 - 310 500 mk. (taulukko 47.)

¹⁸² Ei sisällä lääketieteen eikä hammaslääketieteen koulutusta. Tässä tarkoitettut yliopistokoulutukset on lueteltu taulukossa 46 sivulla 129.

Taulukko 47. Keskimääräiset aloituspaikka-, yliopistokoulutuksen vuosi- ja kaikkien koulutustasojen tutkintokustannukset.

	Aloituspaikka / markkaa / vuosi	Tutkinto / markkaa
Ammatillinen peruskoulutus (nuorten ja aikuisten koulutus)	33 718 mk (v. 2001)	101 154 mk
Ammattikorkeakoulu - nuorten ja aikuisten koulutus	33 770 mk (v. 2001)	118 195 mk
Yliopistokoulutus ¹⁸³	21 018 - 62 000 (v. 1998-2000 keskiarvo)	98 404 - 310 516 (v. 1998-2000 keskiarvo)

Ehdotusten aiheuttamat lisäkustannukset sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa olisivat ensimmäisenä vuotena seuraavat:

Ammatillinen peruskoulutus (640-1140 paikkaa) (sisältää nuorten ja aikuisten koulutuksen)	21,6 mmk - 38,4 mmk
Ammattikorkeakoulu (350-1050 paikkaa) (sisältää nuorten ja aikuisten koulutuksen)	11,8 mmk - 35,4 mmk
Yliopistokoulutus (130 - 330 aloittanutta) ¹⁷⁸	7,3 mmk - 14,9 mmk

Kun koulutus on täysimääräistä ja kaikilla vuosikursseilla on opiskelijoita, vuotuiset kustannukset ovat 3-5 -kertaiset riippuen koulutuksen pituudesta. Ammatillisen peruskoulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen osalta valtio rahoittaa kustannuksista 57 % ja kunnat 43 %. Yliopistokoulutus on kokonaan valtion rahoittamaa.

Ammatillisen peruskoulutuksen osalta tämä laskelma on teoreettinen ja kuvaa ainoastaan niitä kustannuksia, joita toimikunnan ehdottamat aloituspaikkojen lisäykset tulisivat ensimmäisenä aiheuttamaan sosiaali- ja terveysalalla. Koska nuorisosta koulutuksen aloituspaikat mitoitetaan ikäluokan koon mukaan, jonkin alan koulutuspaikkojen lisääminen merkitsee vähennyksiä jossain muualla. Tämän vuoksi koulutuskustannusten muutoksia ei voida arvioida yhden alan perusteella. Toimikunta ei myöskään ole arvioinut, miten koulutustarpeet jakautuvat nuoriso- ja aikuiskoulutuksen välillä. Tämäkin vaikuttaa koulutuskustannuksiin. Lisäkustannusarvio kuvaa siis kustannusten enimmäislisäystä, jos sosiaali- ja terveysalojen aloituspaikkoja voitaisiin lisätä vähentämättä aloituspaikkoja muualla.

Valtioneuvoston vuosille 1999 - 2004 hyväksymän koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelman mukaan tavoitteena on, että kaikille peruskoulusta pääseville tarjotaan jatko-opintopaikka. Mikäli ehdotetut aloituspaikkojen lisäykset eivät kohdistu sosiaali- ja terveysalalle, ne ovat aloituspaikkoja joillakin muilla koulutusaloilla. Opiskelupaikan yksikköhinta vaihtelee eri koulutusaloilla jonkin verran, mutta erot ovat kokonaiskustannusten kannalta epäoleellisia.

¹⁸³Ei sisällä lääketieteen eikä hammaslääketieteen koulutusta. Tässä tarkoitettujen yliopistokoulutusten on lueteltu taulukossa 46 sivulla 129. Siellä lueteltujen koulutusten lisäksi kustannuksiin sisältyy myös terveystieteen koulutuskustannukset

Ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja nuorten koulutuksessa on vuonna 2001 yhteensä 24 240. Yliopistokoulutuksen aloitti vuonna 2000 yhteensä 19 900 opiskelijaa. Lähivuosina näiden yhteinen aloituspaikka / aloittaneiden määrä on noin 45 000. Mikäli toimikunnan ehdottamat lisäykset ammattikorkeakoulu- ja yliopistokoulutuksessa lisäävät nykyistä aloituspaikkojen ja aloittaneiden kokonaismäärää, aiheutuu siltä osin vastaavat lisäkustannukset. Tätä ei kuitenkaan ole mahdollista ennakolta arvioida.

Edellä todettu koskee myös opintotuesta aiheutuvia kustannuksia.

10. Ehdotus uudeksi seuranta- ja ennakointijärjestelmäksi

Lausunnonantajat ja asiantuntijat arvioivat ennakointityön tarvetta, sen sisältöjä sekä toteutusta. Ennakointityön tulisi pohjautua näkemykseen sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistarpeista.

Ennakoinnin tietosisällössä olennaista olisivat väestön ikäluokkien kokoa ja työvoiman eläke- ym. poistumaa, työvoimaan osallistumisastetta, koulutuksesta valmistuvien määrää ja työmarkkinoille sijoittumista sekä työpaikkamuutoksia koskevat ajantasaiset tiedot samoin kuin palvelutarpeiden analysointi. Samoin nostettiin esille erilaisia palvelutarpeita kuvaavia tietotarpeita kuten esim. tietoja väestön eläköitymiskäyttäytymisestä, rikollisuuden kehittymisestä ym. Ennakoinnissa käytettävä tieto tulisi päivittää vuosittain ammattitaitain, seutukunnittain ja maakunnittain.

Nykyisen tilastointijärjestelmän puutteellisuuksista nostettiin esille mm. vaikeudet saada tietoja sosiaalialan koulutuksen saaneiden henkilöiden määristä ja sijoittumisesta työmarkkinoille. Samoin toivottiin valtakunnallisten ja alueellisten tilastointijärjestelmien kehittämistä ja ajantasaistamista. Tiedon tuottamisessa ja hyödyntämisessä toivottiin käytettävän valtakunnallisia rekistereitä, joita yhdistelemällä voitaisiin saada ajankohtaista tietoa.

Lausunnonantajien ja asiantuntijoiden mielestä alueellisessa ennakoinnissa soveltuva alue olisi lääni, sairaanhoitopiiri tai ns. miljoonapiiri. Pääkaupunkiseutu laajana alueena muodostaisi oman alueen. Alueellisella tasolla tulisi voida suunnitella ja kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta myös omista lähtökohdista.

Ennakointiin liittyvän seurantajärjestelmän tulisi olla pysyvä, systemaattinen, alueelliselle tasolle ja henkilöstötarpeeseen pohjautuva valtakunnan tason järjestelmä. Aluetason tiedot tulisi koota yhteen valtakunnalliseen tietokantaan, jonka tulisi olla kaikkien käytettävissä esim. internet -sivuilla. Ennakointityössä tarvittavan tiedon tuottamisessa olisi pysyvä elin tai sihteeristö.

10.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen määrällisen kehityksen ja tarpeen ajantasainen seuranta ja ennakointi valtakunnallisesti ja alueellisesti

10.1.1. Valtakunnallinen ja alueellinen ennakointi

Sosiaali- ja terveysala kuuluu suurimpiin koulutusaloihin. Lisääntyvä palveluiden kysyntä ja työvoimatarve tulevat vaikuttamaan merkittävästi alan koulutuksen mitoitukseen ainakin

seuraavien 10 – 20 vuoden aikana. Koska koulutuksen keskitetty suunnittelujärjestelmä lakkautettiin 1990-luvun loppupuolella, tällä hetkellä ei ole vastaavia järjestelmiä työvoima- ja koulutustarpeen määrällistä ja laadullista ennakointia varten. Nykyiset sosiaali- ja terveysministeriön tai opetusministeriön toimielimet, joiden tehtäviin ennakointi liittyy, eivät vastaa riittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon ennakointitarpeisiin. Ohjausjärjestelmissä tapahtuneiden muutosten myötä on tarpeen käynnistää järjestelmä, jonka avulla sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman kysynnän ja tarjonnan tasapainoa voidaan edistää valtakunnan tasolla ja alueellisesti. Toimikunta korostaa kuitenkin, että ennakoinnissa otetaan huomioon eri toimialojen muodostama kokonaisuus. Sen vuoksi on tarpeen, että laskelmat tuotetaan kaikki koulutusalat ja -asteet huomioon ottavalla menettelyllä, esimerkiksi Opetushallituksen Mitenna-mallia käyttäen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunta ehdottaa, että alan työvoiman ja koulutuksen määrällistä suunnittelua varten asetetaan sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakoinnin yhteistyöryhmä. Yhteistyöryhmän tehtävänä on seurata säännöllisesti sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimassa tapahtuvia muutoksia ja ennakoida alan koulutustarpeita valtakunnan tasolla sekä tehdä niiden perusteella ehdotukset opetusministeriölle. Lisäksi yhteistyöryhmän tehtävänä on linjata sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistarpeet, jotka liittyvät väestön tarpeiden, sosiaali- ja terveystalv palvelujärjestelmän ja työelämän tuleviin muutoksiin.

Toimikunta ehdottaa että, yhteistyöryhmän toimintaa tukemaan asetetaan sihteeristö, jonka tehtävänä on vastata valtakunnalliseen seurantaan ja ennakointiin liittyvästä valmistelutyöstä yhteistyöryhmää varten ja tehdä muut sen antamat tehtävät.

Lisäksi toimikunta ehdottaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima- ja koulutustarpeen alueellinen ennakointi kytketään jo nykyään tehtävään ennakointitoimintaan. Tällöin otetaan huomioon TE-keskusten, yliopistojen, ammattikorkeakoulujen, ammatillisen koulutuksen järjestäjien, lääninhallitusten, kuntien, sairaanhoitopiirien, maakuntien liittojen ja muiden mahdollisten tahojen työvoima- ja koulutustarpeen määrällisen ennakoinnin asiantuntemus. Konkreettiset yhteistyömuodot sovitaan kullakin alueella erikseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö yhdessä asettavat sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakoinnin yhteistyöryhmän. Yhteistyöryhmässä ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, työministeriö, valtiovarainministeriö, Tilastokeskus sekä Suomen Kuntaliitto. Yhteistyöryhmä varmistaa, että sillä on käytössään myös sosiaali- ja terveystalv palvelujärjestelmän, sosiaali- ja terveystalv alan koulutuksen sekä työmarkkinaosapuolten näkemykset alan työvoima- ja koulutustarpeista.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö yhdessä asettavat sihteeristön ministeriöiden ja muiden tahojen virkamiehistä, joiden virkatehtävät liittyvät työvoimaseurantaan ja -suunnitteluun sekä koulutustarpeiden ennakointiin. Sihteeristössä ovat mukana sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, työministeriö, Opetushallitus ja Stakes. Asiantuntijoina sihteeristössä toimivat lisäksi Tilastokeskus ja Kuntien eläkevakuutus.

Yhteistyöryhmä käsittelee työvoiman muutoksia ja tarvetta koskevat tiedot vuosittain sihteeristön valmistelun pohjalta sekä tekee opetusministeriölle esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima- ja koulutustarpeesta joka kolmas vuosi koulutuksen mitoitusta varten. Yhteistyöryhmä valmistelee alueellisia työvoima- ja koulutustarpeita koskevat ehdotukset alueellisen ennakoititiedon pohjalta. Yhteistyöryhmän työ kytketään opetusministeriön asettamien alan koulutustoimikuntien sekä sosiaali- ja terveysministeriössä toimivan terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan toimintaan.

Sihteeristö kokoaa työvoiman muutoksia koskevat seurantatiedot yhteistyöryhmälle vuosittain Tilastokeskuksen tuottamien tietojen pohjalta. Tilastoaineiston hankintaan on varattava riittävät resurssit. Seurantatiedot tulee olla käytettävissä keskeisten ammattien osalta ja alueittain, sekä niiden tulee kattaa alan henkilöstö julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla. Sihteeristön jäsenet tekevät yhteistyöryhmän toiminnan edellyttämän valmistelutyön osana virkatyötään.

10.1.2. Ennakoinnin kehittäminen ja resurssointi

Opetushallitus on vuonna 1999 laatinut valtakunnallisen ammatillisen koulutuksen määrällisen tarve-ennusteen vuosille 2001 - 2005. Laskelmat pohjautuivat vuoteen 2010 ulottuvaan työllisen työvoiman määrän kehitykseen. Toimikunnan laskelmat on tuotettu Opetushallituksessa käytössä olevaa laskentamallia hyödyntäen, jolloin on saatu koulutustarvearviot opintoalaluokituksella. Toimikunnan tutkintokohtaiset arviot on laadittu pitäen lähtökohtana opintoaloittaisia kokonaislukuja ja ottamalla huomioon lausunnonantajien kannanotot, nykyiset aloituspaikat, ammattiryhmittäiset muutostarpeet, poistumat ja eri ammattiryhmien työttömyystilanne.

Opetushallituksen ennakointityössä on otettu huomioon tutkintoon johtavan peruskoulutuksen kaikki tasot eli ammatillinen peruskoulutus, ammattikorkeakoulutus sekä yliopistokoulutus. Valittu opintoalatarkkuus on todettu toimivaksi luokituksiksi, vaikka siinä onkin selkeitä puutteita eikä se anna nykymuodossaan kaikissa tapauksissa riittävää kuvaa koulutustarpeista. Luokitus on kuitenkin suhteellisen toimiva sosiaali- ja terveysalalla¹⁸⁴. Esimerkiksi tekniikan alan yliopistokoulutus on yhtenä - teknillistieteellisenä – opintoalana, joka ei vastaa muiden asteiden tarkempaa luokitusta. Ongelmien poistamiseksi Tilastokeskuksella ja opetusviranomaisilla on tarkoitus uudistaa opintoalaluokitusta.

Määrällisessä ennakoinnissa tarvitaan mahdollisimman ajantasaista tilastoaineistoa. Tällä hetkellä suurin ongelma on tuoreen tiedon saanti työllisistä ja työttömistä toimialoittain, ammattilaittain, koulutuksen ja iän mukaan niin, että saadaan selville toimialojen ammattirakenteet (ammattiryhmittäin) sekä ammattiryhmät koulutuksen ja iän mukaan. Toistaiseksi se on ollut mahdollista vain väestölaskentatiedoista, jotka Tilastokeskus tuottaa joka 5. vuosi.

¹⁸⁴ Koulutusalaan kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon opintoalat ammatillisessa peruskoulutuksessa ja ammattikorkeakoulutuksessa sekä yliopistojen liikuntatieteellisen, terveystieteiden, lääketieteellisen, hammaslääketieteellisen, eläinlääketieteellisen sekä farmasian opintoalat.

Toimikunta ehdottaa, että

Tilastokeskus hankkisi tietoa työvoimasta em. luokituksilla useammin kuin väestölaskentojen yhteydessä. Muut tarvittavat taustatiedot ovat nykyisin aikaisempaa paremmin saatavissa. Useimmat niistä on sisällytetty Tilastokeskuksen ja opetusministeriön välisiin vuosittaisiin tietopalvelusopimuksiin. Näiden tietojen saantia tulisi edelleen kehittää ennakoinnin tarpeita ajatellen.

Toimikunta edellyttää, että

sosiaali- ja terveysalan työvoima- ja koulutustarpeita seurataan vuosittain. Pitkän aikavälin määrällisen koulutustarpeen ennakkointia ehdotetaan tehtäväksi noin kolmen vuoden välein.

Seuraavan kerran tulisi koulutustarvearvioita kuitenkin laatia jo sen jälkeen, kun vuoden 2000 väestölaskentatiedot ovat käytettävissä eli vuoden 2003 aikana. Luvussa 10.1.1. ehdotetaan, että perustetaan yhteistyöryhmä, joka vastaisi ennakkointitietojen säännöllisestä raportoinnista. Sen lisäksi olisi pysyvä sihteeristö, joka vastaisi tietojen kokoamisesta. Edellä mainittujen tahojen tulisi laatia vuosittainen seurantaraportti sen hetkisestä alan työvoima- ja koulutustilanteesta. Mukana olisivat mm. aloituspaikkatilanne, työllisyyskehitys, tutkinnon suorittaneiden sijoittuminen, koulutushalukkuus sekä aluekatsaus.

Tarvittavat tutkintokohtaiset laskelmat tulisi toimikunnan käsityksen mukaan tuottaa erikseen opintoalojen mukaisten kokonaislukujen puitteissa, jotka em. yhteistyötahot tuottaisivat täydennyksenä (mm. alan ammattikorkeakoulututkinnot). Laskennan helpottamiseksi voidaan kehittää erillinen tutkintokohtainen laskentamenettely, jossa käytettäisiin hyväksi Mitenna-mallin tausta-aineistoa - mm. laskentaparametreja - soveltuvin osin. Kehittämistyöstä vastaisivat em. yhteistyötahot. Niiden lisäksi kehittämiseen tulisi varata henkilöresursseja noin 0,5 - 1 henkilötyövuoden verran.

10.1.3. Tilastoinnin kehittämistarpeet

Lähtökohta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötilastoinnille on laaja, tarkka, nopea ja kustannustehokas tilastointijärjestelmä. Monipuolisin ja paras tähän tarkoitukseen on rekisteripohjainen tilasto. Ainoastaan se mahdollistaa kunnollisen seurannan. Peruslähtökohdana tilastoinnin kehittämisessä on jo olemassa olevien rekistereiden ja tilastoaineistojen hyväksikäyttö.

Tilastokeskus kerää jo nyt erittäin paljon tietoja, joiden yhdistäminen tarkoituksenmukaisella tavalla antaa mahdollisuuden monipuoliseen seurantaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä. Näin voidaan hoitaa keskitetty tiedontuotanto. Erillisiä tiedonkeruita voidaan tehdä perustelluissa erikoistilanteissa.

Perustiedon kerääjiä on useita - esim. Kuntien eläkevakuutus, joka antaa keräämänsä aineiston Tilastokeskukselle, ja monet muut tiedontuottajat (mm, ETK, KELA, työnantaja-järjestöt, työvoimahaallinto).

Tarjontapuolen rekistereistä TERHIKKI¹⁸⁵ sisältää tiedot laillistetuista ja nimikesuojatuista ammattihenkilöistä. Kattavin, vaikkakaan ei aivan täydellinen se on laillistusta vaativien

¹⁸⁵ Terveystieteen ammattihenkilöiden keskusrekisteri.

ammattien kuten lääkäreiden, hammaslääkäreiden, proviisoreiden ja sairaanhoitajien osalta. Heidän on ilmoitettava tietonsa rekisteriin. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden (esim. psykoterapeutit) osalta kattavuus ei ole täydellinen, koska ammattihenkilöllä ei ole varsinaista ilmoituspakkoa¹⁸⁶.

Tilastoinnin jatkokehityksessä on vältettävä päällekkäistä tiedonkeruuta. Tiedonkeruun vähentäminen on kirjattu mm. valtioneuvoston päätöksiin. Erillisten uusien rekistereiden perustaminen edellyttää lakia, varsinkin jos niihin kerätään yksilötason aineistoa.

Tilastointi ja varsinkin sen käsitteet ja luokitukset ovat usein myös EU:n säätelemiä. Suomessa on käytettävä Tilastokeskuksen luokituksia, jotka ovat yhdenmukaisia EU-luokitusten kanssa. Hallinnonaloittain voidaan käyttää omia luokituksia, joista on kuitenkin voitava palata yleisempiin luokituksiin.

Tilastollisessa seurantajärjestelmässä on pyrittävä kattavaan kehikkoon, jolla voidaan seurata työvoiman tarjontaa ja kysyntää (työssä olevat) sekä alan työttömyyttä. Tilastot on tuotettava siten, että niiden avulla voidaan seurata virta- ja varantosuureita. Olennaisia tietoja ovat tutkinto (koulutusala ja -aste), ammatti, aluetieto (maantieteellinen), ikä ja sukupuoli.

Näitä tietoja on jo saatavissa Kunnallisen henkilörekisterin kautta, mutta tarkka ammattitieto jää vielä puuttumaan yksityisen sektorin osalta. Kun ammattitieto saadaan mukaan työssäkäyntitilastoon, Tilastokeskuksen tiedot sisältävät jokaisen työllisen työpaikan sijaintikunnan ja asuinkunnan, joten alueellinen vertailtavuus on mahdollista. Kuntapohjaisista aineistoista voi vapaasti yhdistellä kaikki kuntaa suuremmat alueet, kuten esim. lääni, maakunta, seutukunta, sairaanhoitopiiri.

Koulutussuunnittelun kannalta olennaisia ovat lisäksi mm. seuraavat tiedot: aloituspaikat ja aloittaneet, aloituspaikkojen täyttöasteet, tutkinnon suorittaneiden osuus aloittaneista, moninkertainen koulutus ja työvoimaosuudet.

Tilastopohjan hyödyntämisessä on otettava huomioon yhtenäinen käsitteistö ja luokitukset. EU:n tiedontarpeet vaikuttavat Suomen sisällä Tilastokeskuksen luokittelujen kautta. Jatkoissa kaikki kansalliset ja kansainväliset tilastot tehdään EU:n suositusten mukaisina.

Tietojen tuoreus ja ajantasaisuus on tärkeä lähtökohta. Tällä hetkellä Kunnallinen henkilörekisteri valmistuu puoli vuotta keräämisen jälkeen. Työssäkäyntitilaston ennakkotiedot, jossa on mukana myös yksityisen sektorin tiedot, valmistuvat vajaan vuoden viipeellä. Lopulliset tiedot valmistuvat noin vuoden ja 10 kuukauden viipeellä. Vaikka kunnallinen henkilöstö kattaa sosiaali- ja terveyshuollon henkilöstöstä noin 80 %, jatkossa on toivottavaa saada koko alan, myös yksityisen sektorin tarkat tiedot nopeammin. Työssäkäyntitilaston ammattitiedon saanti nopeutuu ja tarkentuu, kun Tilastokeskus kehittää käyttöönsä ns. ammattirekisterin, jota päivitetään vuosittain. Toistaiseksi ammattitieto on kerätty vain väestölaskentavuosina eli joka viides vuosi, viimeksi vuonna 1995.

¹⁸⁶ Ammatillisesta koulutuksesta annetun asetuksen (811/1998, 24 §) mukaan koulutuksen järjestäjän tulee välittömästi ilmoittaa terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädännön edellyttämät tiedot suoritetuista tutkinnoista.

Toimikunta ehdottaa, että

Tilastokeskus tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä koskevat tilastotiedot erikseen tehtävällä tietopalvelusopimuksella sihteeristön, yhteistyöryhmän ja alueellisten ennakointiryhmien käyttöön.

10.2. Seuranta- ja ennakointijärjestelmän taloudelliset vaikutukset

Toimikunta arvioi ehdotetun seuranta- ja ennakointijärjestelmän taloudellisia vaikutuksia ehdotetun yhteistyöryhmän ja sen työhön liittyvän sihteeristön, ennakoinnin kehittämisen sekä tilastoinnin kehittämisen osalta.

Yhteistyöryhmän toiminta-, asiantuntijoiden kuulemis-, tilastojen ym. kustannukset arvioidaan olevan noin 50 000 - 100 000 mk vuodessa.

Yhteistyöryhmän työhön liittyvä sihteeristö: Ehdotuksen mukaan sihteeristö asetetaan ministeriöiden ja muiden tahojen virkamiehistä, joiden virkatehtävät liittyvät työvoimaseurantaan ja -suunnitteluun sekä koulutustarpeiden ennakointiin. Sihteeristössä ovat mukana sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, työministeriö, Opetushallitus sekä Stakes. Asiantuntijoina sihteeristössä toimivat lisäksi Tilastokeskus ja Kuntien eläkevakuutus. Toimikunta arvioi, että sihteeristön työ edellyttää yhteensä noin 0,5 - 1 henkilötyövuoden työpanoksen vuosittain. Alkuvaiheessa työpanosta tarvitaan hieman enemmän kuin myöhemmin vuosina.

Ennakoinnin kehittäminen: Sihteeristön lisäksi ennakoinnin kehittämistyöhön tulisi varata henkilöresurssia noin 0,5 - 1 henkilötyövuotta.

Tilastoinnin kehittäminen ja vuosittaiset tilastojotarpeet: Alkuvaiheessa järjestelmän kehittämisestä tulee kertaluonteisia kustannuksia. Kehittämistyö vie arviolta 1-2 vuotta, mutta kalenterivuoden aikana työaika kuluu keskimäärin 2 - 4 henkilötyövuotta. Tähän ei ole laskettu Tilastokeskuksen mahdollista omaa sisäistä ammattirekisterin kehitystyötä. Vuosittaisiin tilastojoihin tulisi varata keskimäärin 0,5 henkilötyövuotta.

Kustannukset yhteensä

	Markkaa / henkilötyövuosi	Yhteensä mk / vuosi
Yhteistyöelimen toiminta- ym. kustannukset	-	50 000 - 100 000 mk
Sihteeristön työstä, ennakoinnin ja tilastoinnin kehittämisestä, tilastojoihin ym: noin 1,5 - 2,5 henkilötyövuotta	350 000 - 400 000 mk*)	562 500 - 937 500 mk

*) laskentakeskiarvona käytetty 375 000 mk/v

Kustannukset jakautuvat toimintaan osallistuvien eri ministeriöiden ja keskusvirastojen kesken.

TIIVISTELMÄ

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON TYÖVOIMATARPEEN ENNAKOINTITOIMIKUNNAN MIETINTÖ

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan 5.4.2000. Toimikunnan tehtävänä oli laatia ennuste sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeesta keskeisten ammattien osalta ja arvioida ammatillisen koulutuksen mitoitusta vuosiksi 2001 – 2010 sekä tehdä ehdotus työvoima- ja koulutustarpeen seuranta- ja ennakointijärjestelmäksi. Toimikunnan määräaika oli 31.3.2001, jota jatkettiin 31.5.2001 saakka.

Toimikunnan asettamisen taustalla olivat ennen muita väestön ikärakenteessa ja tarpeissa tapahtuvat muutokset, jotka lisäävät ikääntyneiden hoito- ja hoivapalveluiden tarvetta lähivuosina. Yhteiskunnan kehitys näyttää lisäävän syrjäytymisriskiä ja muiden ohella mielen-terveyspalvelujen tarvetta. Samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ikääntyessä eläkepoistuma kasvaa voimakkaasti. Toimikunnan asettaminen liittyi myös työvoiman ja koulutuksen määrällisessä suunnittelussa tapahtuneisiin muutoksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimasuunnittelu tapahtui aikaisemmin valtiosuusjärjestelmään liittyvän valtakunnallisen suunnittelujärjestelmän kautta. Opetushallinnon alalla toiminut koulutuksen mitoituksen suunnittelujärjestelmä lakkautettiin 1990-luvun lopulla. Koska sosiaali- ja terveysala on suurimpia koulutusaloja, ja alalla työskentelee merkittävä osa julkisten palvelujen työntekijöistä, tarvitaan uusi järjestelmä alan työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointia varten.

Työvoimatarpeen laadullista ja määrällistä ennakointia kehitettiin 1990-luvulla erityisesti Euroopan Sosiaalirahaston rahoittamana sekä Työvoima- ja elinkeinokeskusten (TE-keskukset) toimesta. Tavoitteena oli kehittää alueviranomaisten, oppilaitosten, yritysten ja järjestöjen alueellisen ennakoinnin menetelmiä. Myös kunnat, sairaanhoitopiirit ja maakuntaliitot tekevät ennakointia alueillaan. Koulutuksen laadullinen ja määrällinen ennakointi sekä työelämän kehittäminen kuuluvat ammattikorkeakoulujen laadun kehittämistoimintaan yhdessä työelämän edustajien ja työntekijäjärjestöjen kanssa. Suomen Kuntaliiton, Kuntien eläkevakuutuksen ja Kunnallisen työmarkkinalaitoksen selvityksessä on käsitelty kuntien työvoimatarvetta hallinnonaloittain vuoteen 2010. Selvitykseen sisältyy myös kuntien työllisyyspolitiikan aktivointia, henkilöstöpolitiikkaa ja eläkepolitiikkaa koskevat osat, ja siinä arvioidaan henkilöstön saatavuutta ja työmarkkinoiden muutosten vaikutuksia kuntasektorin kilpailukykyyn ja palvelutuotantoon.

Ennakointikäytännöt vaihtelevat huomattavasti Euroopan unionin jäsenmaissa, eivätkä ennakointimenetelmät ole riittävän kehittyneitä. Työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointia toteutetaan hajautetusti alueellisena tai paikallisena toimintana, keskitetysti keskushallinnon tasolla ja jopa yksittäisten yritysten tasolla. Myös kiinnostus sektorikohtaiseen ennakointiin on lisääntynyt. Tässä painottuvat teollisuuden toimialat. Useissa maissa on otettu käyttöön myös laadullisia menetelmiä, joilla pyritään kartoittamaan erilaisia kehitystrendejä. Analyttisiä ennakointityökaluja on kehitetty Tanskassa, Ranskassa ja Suomessa. Poikkeuksen ennakointihankkeiden joukossa muodostaa Ruotsissa toteutettu hanke, joka koski hoitoalan työvoimatarpeen ennakointia.

Toimikunta kartoitti työvoimatarjontaan yhteydessä olevia muutostekijöitä. Ne liittyvät ammatillisen koulutuksen kehitykseen ja tarjontaan ja alan koulutuksen vetovoimaisuuteen, joka toistaiseksi on ollut hyvä. Työelämän ja perhe-elämän yhdistämistarpeet nousevat esille. Henkilöstön ikääntyessä joudutaan aiempaa enemmän kiinnittämään huomiota työhyvinvointiin. Toimikunta selvitti myös alan työvoimarakennetta, työttömyyttä, henkilöstön vaihtuvuutta ja poistumaa sekä maassa, maahan ja maastamuuttoa. Työvoiman kysyntään vaikuttavat kansalaisten tarpeet ja väestön terveys ja toimintakyky. Sosiaali- ja terveystalveilla on erittäin tiivis kosketuspinta kansalaisten arkielämään, ja merkittävä osa väestöstä käyttää vuosittain niitä. Kaikilla alueilla palvelujen tarjontaa ei ole edes riittävästi.

Toimikunta käytti ennakoitinsa pohjana Opetushallituksen kehittämää, kaikki koulutusalat kattavaa Mitenna-mallia. Koulutustarve-ennusteita laadittaessa lähtökohtana käytettiin työministeriön laatimia toimialaennusteita, jotka perustuivat Työvoima 2017 –työryhmän ennusteisiin. Ammattirakenne-ennusteet laadittiin Tilastokeskuksen väestölaskennan toimialoittaisten ammattirakennetietojen pohjalta. Ammattien poistuma-arviot perustuivat Tilastokeskuksen ja Kansaneläkelaitoksen tietoihin. Eri ammattiryhmien koulutusjakauma saatiin Tilastokeskuksen väestölaskentatilastojen sekä ammattien ja koulutuksen vastaavuusavaimiin toimikunnan tekemien tarkistusten perusteella. Uuden työvoiman tarve muutettiin ammattiryhmittäiseksi koulutustarpeeksi jokaiselle ammattiryhmälle laaditun vastaavuusavaimen avulla. Mitenna-malli ottaa huomioon myös muita aloituspaikkatarpeeseen vaikuttavia tekijöitä koulutusjärjestelmän toimivuutta kuvaavien tunnuslukujen avulla.

Toimikunta ei sovittanut nuorten aloituspaikkatarpeita nuorisoikäluokan kokoon, vaan aloituspaikkoja koskevat ehdotukset perustuvat työelämän tarpeisiin. Toimikunnan laskelmissa ei otettu kantaa nuorten ja aikuiskoulutuksen suhteeseen, mutta todettiin aikuiskoulutuksen luontevasti sopivan alan tarpeisiin. Työttömän työvoiman tarjonta voi vaikuttaa sosiaali- ja terveysalan koulutuksen lisäykseen.

Toimikunta sai työnsä aikana tietoa alan ja eri ammattiryhmien työvoima- ja koulutustarpeista myös sosiaali- ja terveystalvejärjestelmän, alan koulutuksen, kolmannen sektorin, potilasjärjestöjen ja alan ammattijärjestöjen edustajilta. Toimikunta käytti tätä tietoa laatiesaan Mitenna-mallin avulla saatujen ennusteiden perusteella ehdotustaan eri ammattiryhmien koulutustarpeeksi.

Toimikunnan ennakointi painottui julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeeseen. Toimikunta arvioi, että kunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta jää eläkkeelle 49 000 – 55 000 työntekijää vuosina 2001–2010. Samaan aikaan väestö vanhenee syntyvyyspienentyessä ja vanhimpien ikäluokkien kasvaessa. Yli 65-vuotiaiden määrän arvioidaan kasvavan noin 128 000 hengellä kuluvalle vuosikymmenellä. Lisäyksestä on yli 75-vuotiaita noin 60 000.

Toimikunta arvioi, että yli 65-vuotiaiden käyttämiin hoito- ja hoitopalveluihin tarvitaan 6 300 työntekijää lisää korjaamaan nykyistä vanhustenhuollon henkilöstön alimitoitusta. Lisäksi sosiaali- ja terveystalvelujen kasvavaan tarpeeseen monilla aloilla arvioidaan tarvittavan 12 000 työntekijää lisää vuoteen 2010 mennessä.

Toimikunta ehdottaa, että vuosina 2002 – 2010 sosiaali- ja terveysalan ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikkoja tarvitaan vuosittain 8 500 – 9 000 ja alan ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja vastaavasti 7 200 – 7 900. Ammatillinen peruskoulutus koskee sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon, lähihoitajan koulutusta. Ammattikorkeakoulutuksen

aloituspaikat kattavat muiden ohella sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, fysioterapeutin, bioanalyytikon, suuhygienistin ja sosionomin koulutukset. Ehdotus merkitsee vuosittain 640 – 1 140 aloituspaikan lisäystä vuosien 1999 – 2000 alan ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikkojen keskiarvoon verrattuna ja vastaavasti 350 – 1 050 ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikan lisäystä.

Alan yliopistokoulutuksen vuosittain aloittavien määräksi ehdotetaan 1 400 – 1 600 opiskelijaa, joka on 130 – 330 opiskelijaa enemmän kuin vuonna 1999 – 2000 aloittaneiden määrän keskiarvo. Yliopistokoulusta koskeva ehdotus kattaa farmasian alemman ja ylemmän korkeakoulututkinnon, psykologin, puheterapeutin, ravitsemusterapeutin, sosiaalityöntekijän ja lastentarhanopettajan koulutukset. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden työvoima- ja koulutustarvetta arvioitiin aikaisempien selvitysten pohjalta. Toimikunta toteaa, että lääkärikoulutuksen lisästarve on kiireellinen, ja ehdottaa, että lääkärikoulutusta lisätään jo syksystä 2001 lähtien. Hammaslääkärityövoiman saatavuudessa ei ole tällä hetkellä ongelmia, mutta vuosina 2001 – 2002 toteutuva hammashuollon laajennus saattaa vaikuttaa hammaslääkärien ja suun terveydenhuollon muun työvoiman tarpeeseen. Lisäksi toimikunta otti kantaa eräiden näitä pienempien ammattien koulutustarpeeseen.

Toimikunta ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö asettavat alan työvoiman ja koulutustarpeen suunnittelua varten sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakoinnin yhteistyöryhmän. Siinä ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, työministeriö, valtiovarainministeriö, Tilastokeskus ja Suomen Kuntaliitto. Yhteistyöryhmän toimintaa tukemaan ehdotetaan asetettavaksi sihteeristö, joka vastaa valtakunnalliseen seurantaan ja ennakointiin liittyvästä valmistelutyöstä. Sihteeristö muodostetaan sosiaali- ja terveysministeriön, opetusministeriön, työministeriön, Opetushallituksen ja Stakesin virkamiehistä, joiden virkatehtävät liittyvät työvoimaseurantaan ja -suunnitteluun sekä koulutustarpeiden ennakointiin. Lisäksi toimikunta ehdottaa, että työvoima- ja koulutustarpeen alueellinen ennakointi kytketään eri puolilla maata jo nykyisin tehtävään ennakointitoimintaan. Tällöin otetaan huomioon TE-keskusten, yliopistojen, ammattikorkeakoulujen, ammatillisen koulutuksen järjestäjien, lääninhallitusten, kuntien, sairaanhoitopiirien, maakuntien liittojen ja muiden mahdollisen tahojen työvoima- ja koulutustarpeen määrällisen ennakoinnin asiantuntemus.

Yhteistyöryhmä tuottaa työvoiman muutoksia ja tarvetta koskevat tiedot vuosittain ja tekee joka kolmas vuosi opetusministeriölle esityksen alan työvoima- ja koulutustarpeesta koulutuksen mitoitusta varten. Alueellisia työvoima- ja koulutustarpeita koskevat ehdotukset ryhmä valmistelee alueellisen ennakointitiedon pohjalta. Lisäksi yhteistyöryhmä linjaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistarpeet, jotka vaikuttavat työvoiman tulevaan tarpeeseen. Yhteistyöryhmällä on oltava käytössään myös sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän, alan koulutuksen sekä työmarkkinaosapuolten näkemykset alan työvoima- ja koulutustarpeista.

Toimikunta kiinnitti huomiota alalla olevan työvoiman työhyvinvoinnista huolehtimiseen ja töissä pitämiseen sekä uuden työvoiman rekrytointiin liittyviin kysymyksiin. Myös maahan muuttajien ammatillisesta koulutuksesta ja sen täydentämisestä on huolehdittava. Lisäksi toimikunta toi esille sen, että sosiaali- ja terveydenhuollon työikäisestä työvarannosta suuri osa on alan työmarkkinoiden ulkopuolella. Jatkossa tulee selvittää, missä tämä työvoima on ja miten heitä saataisiin alalle työhön.

Koska alakohtaisessa työvoima- ja koulutustarpeen ennakoinnissa on otettava huomioon eri toimialojen muodostama kokonaisuus, toimikunta ehdottaa, että ennakointilaskelmat tuotetaan opetushallituksen kehittämän Mitenna-mallin avulla. Tarvittavat työvoimaa ja koulutusta koskevat tilastotiedot saadaan Tilastokeskuksen, Kuntien eläkevakuutuksen ja opetushallinnon tilastoista. Jotta tiedot saadaan sekä kunnallisen että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon kattavina ja nykyistä lyhyemmällä viiveellä, eri tilastojen sisältämiä tietoja on yhdistettävä tarkoituksenmukaisella tavalla ja tietojen ajantasaisuutta on kehitettävä.

Koulutuksen lisäyksestä aiheutuvat kustannusten lisäykset alan ammatillisessa peruskoulutuksessa eivät ole lisäkustannuksia julkiselle taloudelle, kun koulutusjärjestelmää tarkastellaan kokonaisuutena. Ammattikorkeakoulu- ja yliopistokoulutuksesta lisäkustannuksia aiheutuu, jos vastaavia supistuksia ei tehdä jollain muilla koulutusaloilla. Toimikunnan tekemiin koulutuksen lisäysehdoituksiin perustuvia lisäkustannuksia sosiaali- ja terveysalan koulutukseen arvioidaan aiheutuvan nuorten ja aikuisten ammatillisessa peruskoulutuksessa ensimmäisenä vuotena noin 21,6 – 38,4 Mmk, ammattikorkeakoulutuksessa noin 11,8 – 35,4 Mmk ja yliopistokoulutuksessa tutkinnosta riippuen 7,3 – 14,8 Mmk. Yliopistokoulutuksen kustannuksiin eivät sisälly lääketieteen ja hammaslääketieteen koulutukset.

Toimikunnan kuulemat asiantuntijat:

Osastopäällikkö Maija Anttila, TEHY ry
 Kehittämispäällikkö Tom (Erik) Arnkil, Stakes
 Ylitarkastaja Viveca Arrhenius, Sosiaali- ja terveysministeriö
 Erikoissuunnittelija Esa Eriksson, Stakes
 Hallinto- ja talousjohtaja Jukka Finska, Jyväskylän kaupunki
 Hallintojohtaja Marianne Groundstroem, Samfundet Folkhälsan i svenska Finland r.f.
 Ammattiasiansihteeri Rauni Heija, SuPer
 Tutkimuspäällikkö Margareta Heiskanen, Kunnallinen Työmarkkinailaitos
 Yliopettaja Arja Holopainen, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
 Johtaja Anneli Jaroma, Mikkelin ammattikorkeakoulu
 Toimitusjohtaja Aulikki Kananoja, Helsingin kaupunki
 Johtava lääkäri Esko Karra, Porin terveyskeskus
 Hallintoylilääkäri Martti Kekomäki, HUS
 Koulutusalojohtaja Kristiina Kimmola, Helsingin ammattikorkeakoulu
 Ylilääkäri Maarit Kokki, Sosiaali- ja terveysministeriö
 Rehtori Marja-Liisa Kontio, Jyväskylän sosiaali- ja terveysalan oppilaitos
 Johtaja Markku Koponen, Palvelutyönantajat
 Erikoistutkija Riitta Luoto, Kansanterveyslaitos
 Erikoistutkija Seppo Montén, Helsingin kaupunki
 Ennakoinnin asiantuntija Keijo Mäkelä
 Perusturvajohtaja Jouni Nummi, Kauhajoen kunta
 Johtaja Heikki Paavilainen, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri
 Hallintoylihoitaja Anja Seppälä, HUS
 Terveysjohtaja Riitta Simoila, Helsingin kaupunki
 Koulutusasiainsihteeri Mervi Tolonen, Sosiaalityöntekijäin Liitto ry
 Ylihoitaja Pirkko Valkonen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
 Toiminnanjohtaja Jouko Vasama, Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY
 Kotipalveluohjaaja Pirjo Virtanen, Suomen Kotipalveluhenkilöt SKH ry
 Suunnittelupäällikkö Reijo Vuorento, Suomen Kuntaliitto

Lausunnonantajat:

Kansliapäällikkö Timo K. Tikka, Etelä-Suomen lääninhallitus
 Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia
 HUS
 Invalidiliitto ry
 Kriminaalihuoltoyhdistys
 Kunnallinen työmarkkinailaitos
 Kuntoutussäätiö
 Lastentarhanopettajaliitto ry
 Mielenterveyden Keskusliitto r.y.
 Palvelutyönantajat
 Päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä PÄIVYTT
 Sosiaalialan ammattikorkeakoulu
 Sosiaali- ja terveysturvan Keskusliitto
 Sosiaalityöntekijäin Liitto ry
 Suomen Potilasliitto ry
 Suomen Terveysturvanopettajaliitto ry
 Super
 Vanhustyön Keskusliitto
 Tehy ry

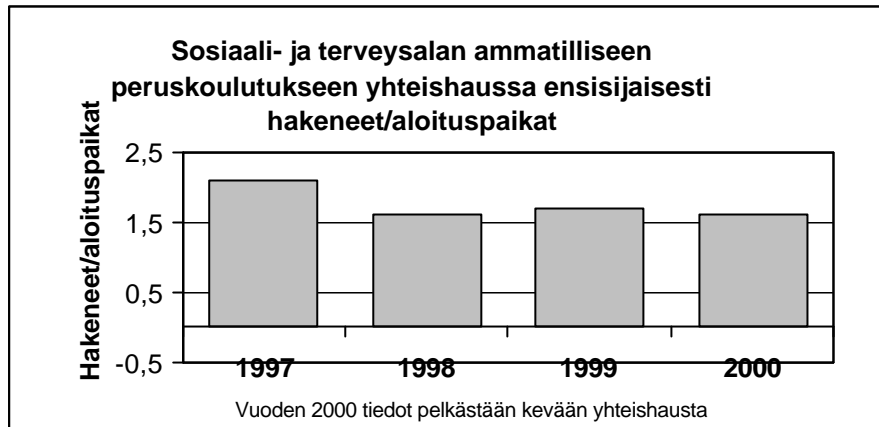
Lailistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt (L 559/1994)

Farmaseutti
Fysioterapeutti
Hammashuoltaja
Hammaslääkäri
Hammasteknikko
Kätilö
Laboratoriohoitaja
Lääkäri
Optikko
Proviisori
Psykologi
Puheterapeutti
Ravitsemusterapeutti
Röntgenhoitaja
Sairaanhoitaja
Terveydenhoitaja
Toimintaterapeutti

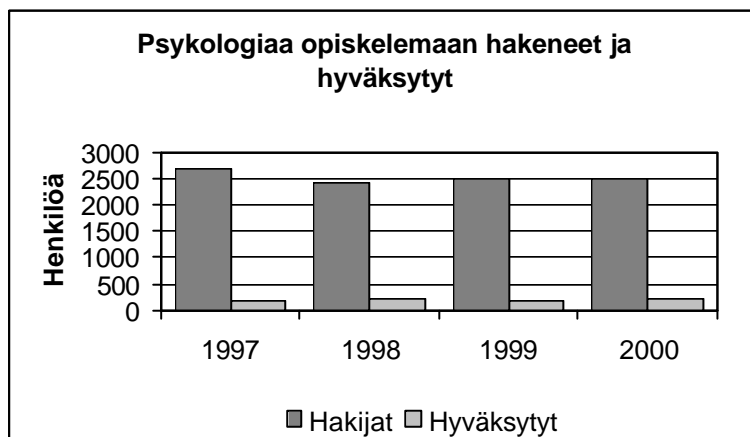
Nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt (A 564/1994)

Apuhoitaja
Apuneuvoteknikko
Hammashoitaja
Jalkojenhoitaja
Koulutettu hieroja
Koulutettu kiropraktikko
Koulutettu naprapaatti
Koulutettu osteopaatti
Kuntohoitaja
Lastenhoitaja
Lähihoitaja
Lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja
Mielenterveyshoitaja
Mielisairaanhoitaja
Perushoitaja
Psyko-terapeutti
Sairaalfyysikko
Sairaalageneetikko
Sairaalakemisti
Sairalamikrobiologi
Sairaalasolubiologi

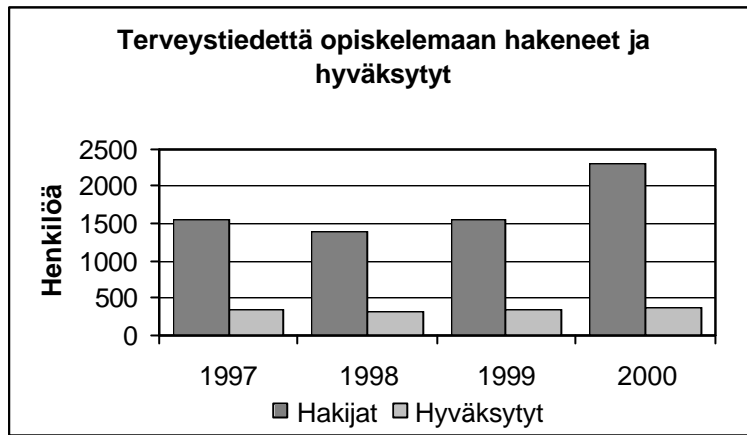
Liitekuviot 1 - 6



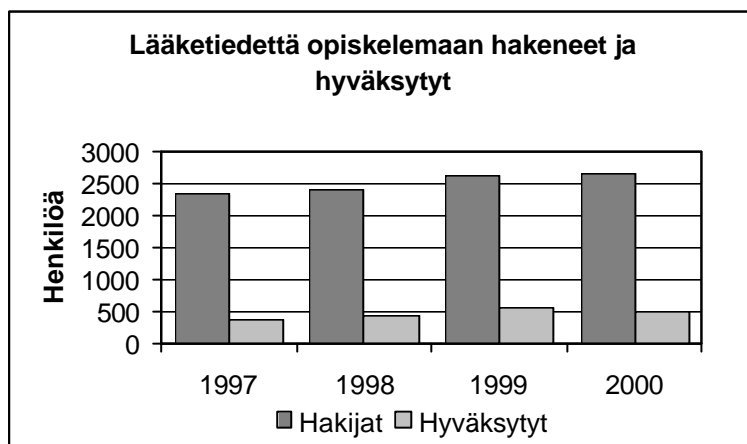
Liitekuvio 1. Sosiaali- ja terveysalan ammatilliseen peruskoulutukseen yhteishaussa ensisijaisesti hakeneet / aloituspaikat.



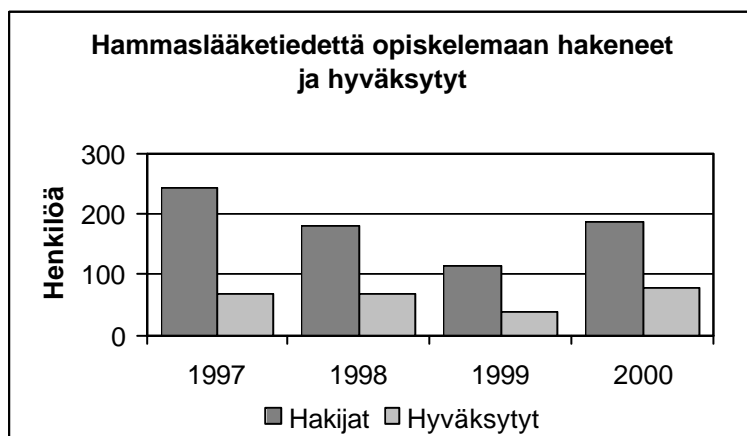
Liitekuvio 2. Psykologiaa opiskelemaan hakeneet ja hyväksytyt.



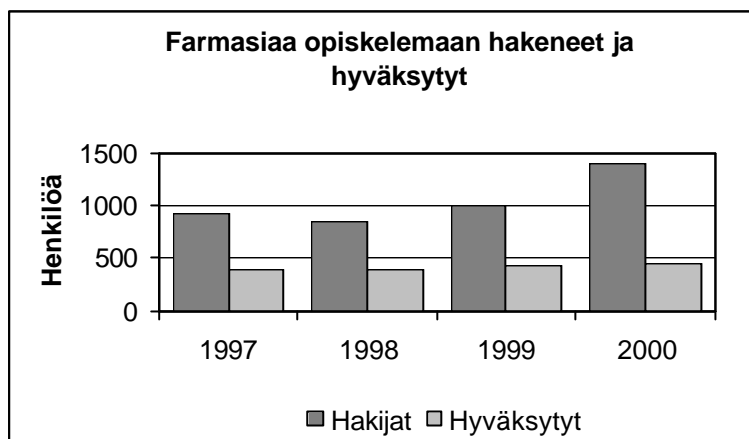
Liitekuvio 3. Terveystiedettä opiskelemaan hakeneet ja hyväksytyt.



Liitekuvio 4. Lääketiedettä opiskelemaan hakeneet ja hyväksytyt.



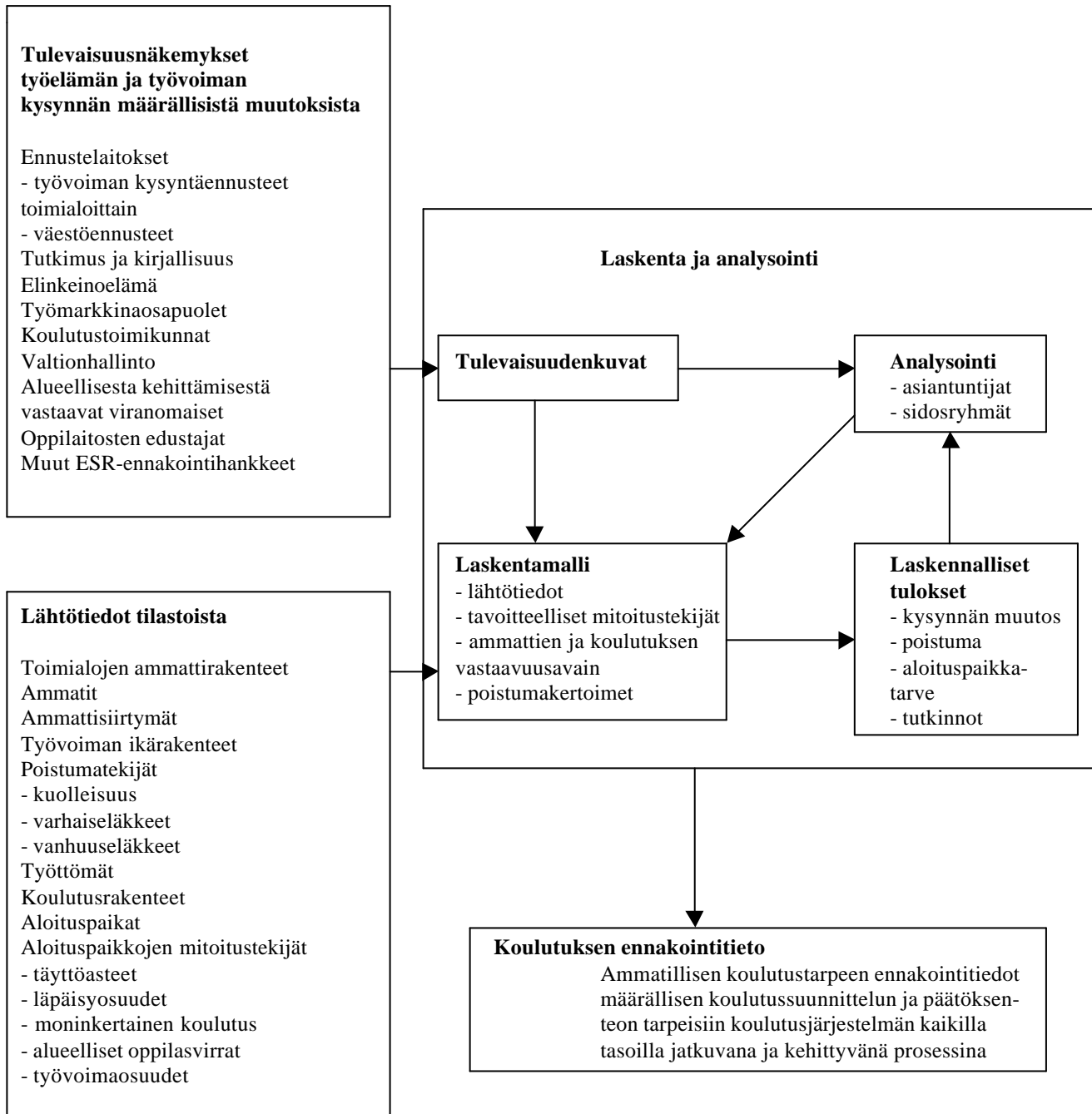
Liitekuvio 5. Hammaslääketiedettä opiskelemaan hakeneet ja hyväksytyt



Liitekuvio 6. Farmasiaa opiskelemaan hakeneet ja hyväksytyt.

Liitekuvio 7.

Ammatillisen koulutuksen määrällisten tarpeiden ennakointi



Lähde: Autio V, Hanhijoki I, Katajisto J, Kimari M, Koski L, Lehtinen J, Mõnten S, Taipale U, Vasara A. Ammatillinen koulutus 2010. Työvoiman tarve vuonna 2010 ja ammatillisen koulutuksen mitoitus. Opetushallitus 1999.

Liitetaulukot 1 -12

Liitetaulukko 1. KVTEL-vakuutetun sosiaali- ja terveysalan henkilöstön palvelussuhteiden keskeytykset Perhevapaiden käyttö 31.10.1997 ja 31.10.1998.

tkamm kdi	Nimike	31.10.1997			31.10.1998		
		Hoitovapaa (vanh. lomaa seuraava)	Äitiysloma	Vanhem- painloma	Hoitovapaa (vanh. Lomaa seuraava)	Äitiysloma	Vanhem- painloma
1011	Ylilääkärit	6	5	2	3	1	2
1012	erikois-, osaston- ja terveyskeskuslääkärit	43	51	68	49	55	59
1013	Apulaislääkärit	3	20	24	0	11	16
102	ylivoitajat ym.	3	0	2	1	0	0
1031	Osastonhoitajat ja muut johtavat hoitajat	29	14	13	19	15	17
1032	Apulaisosastonhoitajat ja muu erikoistunut hoitohe	184	101	140	183	82	124
1033	pidemmän koulutuksen saanut hoitohenkilökunta	498	289	453	497	308	448
1035	Lastenhoitajat	1	0	0	1	0	0
1036	Mielisairaanhoidajat	59	26	31	49	24	45
1037	Perushoitajat	355	167	213	318	151	177
1038	Kuntohoitajat	30	18	19	27	12	20
1039	Kuulontutkijat, jalkojenhoitajat ja muu hoitohenki	1	1	0	2	0	2
1041	Lääkintävahvistamistarit ja sairaankuljetushenkilöstö	3	3	3	2	5	5
1042	Tutkimustekninen ja avustava hoitohenkilökunta	135	44	52	126	43	61
109	muut terveyden- ja sairaudenhoitotyön ammatit	45	15	21	43	20	26
111	Liikuntaterapiatyö	19	11	15	15	9	8
112	työ- ja toimintaterapeutit	59	28	25	62	9	25
113	Puheterapeutit	16	7	13	21	3	4
1211	johtavat hammaslääkärit	1	0	0	0	1	0
1212	Terveyskeskus- ja erikoishammaslääkärit	23	18	29	24	13	18
1213	Apulaishammaslääkärit	0	0	0	0	0	0
122	Hammashoitajat	77	40	46	84	27	39
129	muut hammashoitotalan ammatit	0	0	0	0	0	1
131	proviisorit ja apteekkarit	0	1	2	0	1	1
132	Farmaseutit	7	3	4	4	1	5
139	muut apteekki-alan ammatit	1	1	0	1	1	1
141	Eläinlääkärit	3	4	7	6	4	3
151	johto- ja hallintotehtävissä toimivat sosiaalityönt	50	38	29	45	32	41
152	sosiaalialan erityistyöntekijät	149	93	77	141	79	75
153	muut sosiaalialan työntekijät	4	2	4	3	6	4
154	Lastenhoitajat ja muu lastenhoitohenkilöstö	526	170	250	491	208	253
155	Perhepäivähoitajat (kodeissa)	189	109	102	186	114	101
156	harrastus- ja askartelu- ym ohjaajat	26	6	9	18	10	5
157	Kodinhoitajat, kotiaavustajat	344	149	148	326	129	141
159	muut sosiaalityön ammatit	64	33	49	66	37	54
1611	terveys- ja työsuojelutarkastajat	4	6	9	10	2	3
1612	Ammattientarkastajat	1	0	0	0	0	0
169	muut ympäristön- ja terveydensuojelutyön ammatit	10	1	5	8	3	5
171	Psykologit	18	17	18	19	18	13
1811	nuorisotyön johto- ja suunnittelutehtävät	7	4	0	2	3	2
1812	muu nuorisotyö	23	17	19	33	13	13
1821	raittiustyön johto- ja suunnittelutehtävät	0	2	0	0	0	0
1822	muu raittiustyö	2	1	1	2	1	0
1831	urheilu- ja liikuntatyön johto- ja suunnittelutehtä	1	2	0	1	1	0
1832	muu urheilu ja liikuntatyö	14	8	9	17	5	11
1841	loma- ja virkistystoiminnan johto- ja suunnittelut	2	3	4	3	1	2
1842	muu loma- ja virkistystoimintatyö	4	2	1	2	2	2
1851	Kulttuuritoimen johto- ja suunnittelutehtävät	1	2	1	1	4	0
1852	muu kulttuurityö	2	0	1	0	0	1
	Sosiaali- ja terveysala yhteensä	3042	1532	1918	2911	1464	1833

Lähde: Kuntien eläkevakuutus 2001

Liitetaulukko 2. Terveysthuollon ja sosiaalipalveluiden työllinen työvoima 1995-1999*.

Terveysthuolto ja sosiaalipalvelut					
Työllisten %-osuudet	1995	1996	1997	1998*	1999* e
Julkisen sektorin	85 %	85 %	85 %	82 %	
Kunta	84 %	84 %	84 %	82 %	
Valtio	1 %	1 %	1 %	1 %	
Valt. enemm. yhtiöt	0 %	0 %	0 %	0 %	
Yksityinen sektori	15 %	15 %	15 %	18 %	
Palkansaajat	12 %	12 %	12 %	15 %	
Yrittäjät	3 %	3 %	3 %	3 %	
Yhteensä	252000	276000	285000	289000	291 000

Terveysthuolto ja sosiaalipalvelut					
Työllisten lkm	1995	1996	1997	1998	1999*
Julkisen sektorin	214000	235000	242000	238000	
Kunta	212000	233000	240000	236000	
Valtio	1900	1500	1600	1600	
Valt. enemm. Yhtiöt	0	400	400	500	
Yksityinen sektori	38600	41400	43900	51000	
Palkansaajat	31100	33700	35400	42000	
Yrittäjät	7600	7700	8400	9000	
Yhteensä	252000	276000	285000	289000	291 000

Lähde: Tilastokeskus, Työssäkäyntitilasto

* Vuonna 1998 yksityisen sektorin osalta tietopohja laajeni huomattavasti kun kun yksityisen sektorin lyhytaikaiset työsuhteet rekisteröityivät aiempaa laajemmin. Aiemmin ainoastaan vähintään yhden kuukauden tai sitä pidemmät työsuhteet työsuhteet tulivat tilastoon mukaan. Vuotta 1998 aiemmat luvut eivät ole suoraan vertailukelpoisia yksityisen ja kunnallisen sektorin keskinäisen suhteen vertailussa *

Liitetaulukko 3.**Vertailua Työssäkäyntitilaston ja Kunnallisen henkilökäyttilaston ja sosiaalipalveluiden työllisestä työvoimasta**

TYÖSSÄKÄYNTITILASTO	1998	1999
Koko maa yhteensä	100	102
Terveysthuolto- ja sosiaalipalvelut	100	101
851 Terveysthuoltopalvelut	100	100
853 Sosiaalipalvelut	100	101
Kunnallinen henkilökäyttilasto	1998	1999
Terveysthuolto- ja sosiaalipalvelut	100	100
Terveysthuolto	100	99
Sosiaalihuolto	100	100
Sos. terveys alan hallinto	100	103
Mukana myös kuntasektorin virkavapaalla olevat		
Kunnallinen henkilökäyttilasto	1998	1999
Terveysthuolto- ja sosiaalipalvelut	100	99
Terveysthuolto	100	100
Sosiaalihuolto	100	98
Sos. terve alan hallinto	100	102
Poistettu virkavapaalla olevat		
Kunnallisen osuus työssäkäyntitilaston luvuista		
Kuntien sosiaali- ja terveysthuolto	1998	1999
Mukana myös virkavapaalla olevat	81 %	80 %
Virkavapaalla olevat poistettu	76 %	75 %

Liitetaulukko 4.

Kunnallinen henkilöstö tehtäväalueittain, lukumäärät.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Lasten päivähoito	40 800	47 100	46 500	42 200	41 900	42 900	46 600	49 500	50 100	48 500
Vanhusten laitoshuolto	17 700	17 500	17 300	16 700	17 600	17 700	18 100	18 700	18 400	18 200
Kotipalvelu	11 600	11 800	12 600	12 200	12 900	13 200	13 700	13 900	12 700	13 700
Muu sosiaalihuolto	11 600	11 900	12 700	12 200	12 200	11 400	13 000	12 900	14 100	13 000
Perusterveydenhuolto	46 500	47 100	50 200	48 600	45 500	45 900	48 900	47 300	49 100	48 700
Erikoissairaanhoido	65 100	64 900	60 500	58 500	62 200	60 300	62 200	63 900	62 000	61 300
Hallinto	11 900	11 900	11 400	10 900	12 100	12 500	13 200	13 100	12 900	13 100
Yhteensä	206 700	213 700	212 700	202 700	205 700	205 100	215 900	220 400	220 400	217 400
Sosiaalihuolto yhteensä	81 700	88 300	89 100	83 300	84 600	85 200	91 400	95 000	95 300	93 400
Terveydenhuolto yhteensä	111 700	112 000	110 700	107 200	107 700	106 200	110 200	111 200	111 100	111 000
Hallinto	11 900	11 900	11 400	10 900	12 100	12 500	13 200	13 100	12 900	13 100

Henkilöstö tehtäväalueittain 1990=100

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Lasten päivähoito	100	115	114	103	103	105	114	121	123	119
Vanhusten laitoshuolto	100	99	98	94	99	100	102	106	104	103
Kotipalvelu	100	102	109	105	111	114	118	120	109	118
Muu sosiaalihuolto	100	103	109	105	105	98	112	111	122	112
Perusterveydenhuolto	100	101	108	105	98	99	105	102	106	105
Erikoissairaanhoido	100	100	93	90	96	93	96	98	95	94
Hallinto	100	100	96	92	102	105	111	110	108	110
Yhteensä	100	103	103	98	100	99	104	107	107	105
Sosiaalihuolto yhteensä	100	108	109	102	104	104	112	116	117	114
Terveydenhuolto yhteensä	100	100	99	96	96	95	99	100	99	99
Hallinto	100	100	96	92	102	105	111	110	108	110
Yhteensä	100	103	103	98	100	99	104	107	107	105

% -osuus miehet/naiset

Miehet	9,4 %	9,4 %	9,6 %	9,5 %	9,5 %	9,2 %	9,3 %	9,2 %	9,0 %	9,1 %
Naiset	90,6 %	90,5 %	90,4 %	90,5 %	90,5 %	90,8 %	90,7 %	90,8 %	91,0 %	90,9 %

Koko- ja osa-aikaiset lkm

Koko-aikaiset	193 100	205 300	201 200	188 400	187 900	184 600	189 900	193 200	195 200	193 100
Osa-aikaiset	13 700	8 400	11 500	14 300	17 800	20 500	26 000	27 200	25 200	24 600

Indeksi 1990=100

Koko-aikaiset	100	106	104	98	97	96	98	100	101	100
Osa-aikaiset	100	61	84	104	130	150	190	199	184	180

Työsuhdelaji lkm

Vakituiset	149 700	154 300	160 500	160 000	158 200	152 900	154 300	159 000	162 500	159 600
Työllistetyt (lokakuu)	3 900	5 300	7 000	5 800	8 300	9 200	10 000	8 900	6 800	6 000
Määräaikaiset, sijaiset	53 100	54 100	45 100	36 900	39 200	43 000	51 600	52 500	51 200	52 000
Tilapäiset ja muut										

Indeksi 1990=100

Vakituiset	100	103	107	107	106	102	103	106	108	107
Työllistetyt	100	134	179	147	211	234	254	227	173	153
Määräaikaiset, sijaiset	100	102	85	70	74	81	97	99	96	98
Tilapäiset ja muut										
Yhteensä	100	103	103	98	100	99	104	107	107	105

% -osuus työsuhdelaji

vakituiset	72,4 %	72,2 %	75,5 %	78,9 %	76,9 %	74,6 %	71,5 %	72,1 %	73,7 %	73,3 %
Työllistetyt	1,9 %	2,5 %	3,3 %	2,8 %	4,0 %	4,5 %	4,6 %	4,0 %	3,1 %	2,8 %
Määräaikaiset, sijaiset	25,7 %	25,3 %	21,2 %	18,2 %	19,1 %	21,0 %	23,9 %	23,8 %	23,2 %	23,9 %
Tilapäiset ja muut										

Lähde: Kunnallinen henkilökisteri, Tilastokeskus

Luvut ovat lokakuun poikkileikkauksilukuja

Liitetaulukko 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö vuosina 1990, 1995 ja 1999 ja muutokset (Kunnallinen henkilökisteri).

Taulu A

Lukumäärät 1990, 1995 ja 1999	lkm			Indeksi			%osuudet		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999	1990	1995	1999
<i>Ammattiryhmät</i>									
Terveys- ja sairaanhoitotyö	89 100	88 500	91 700	100	99	103	42,8 %	43,1 %	42,2 %
Sosiaalialan työ	51 000	54 000	60 200	100	106	118	24,5 %	26,3 %	27,7 %
Muu terv. sair ja sosiaaliala	10 600	10 000	10 500	100	94	99	5,1 %	4,9 %	4,8 %
Opetusalaan kuuluva työ	6 400	8 200	9 800	100	128	153	3,1 %	4,0 %	4,5 %
Siht.-, konekirj.työ ja muut toim. palvelut	16 300	15 500	15 300	100	95	94	7,8 %	7,6 %	7,0 %
Hotelli-, ravintola- ja suurpalvelutyö	18 300	15 700	14 600	100	86	80	8,8 %	7,7 %	6,7 %
Muu työ	16 300	13 200	15 400	100	81	94	7,8 %	6,4 %	7,1 %
Yhteensä	208 000	205 100	217 400	100	99	105	100 %	100 %	100 %

Taulu B Vuosina 1990-1999 pysyneet, poistuneet ja uudet

	1995	1990-99			1999	pohjana vuosi 1990			pohjana vuosi 1999		
		1990-99	90-99	90-99		1990	1990-99	1990-99	1999	1990-99	1990-99
		<i>pysyi</i>	<i>poistui</i>	<i>uusia</i>		<i>pysyneet</i>	<i>poistuneet</i>		<i>Pysyi</i>	<i>Uusia</i>	
Terveys- ja sairaanhoitotyö	89 400	56 400	33 000	35 700	92 100	89 400	63 %	37 %	92 100	61 %	39 %
Sosiaalialan työ	51 000	31 900	19 100	28 400	60 300	51 000	63 %	37 %	60 300	53 %	47 %
Muu terv. sair ja sosiaaliala	10 600	7 200	3 500	3 300	10 500	10 600	68 %	32 %	10 500	69 %	31 %
Opetusalaan kuuluva työ	6 400	4 300	2 100	5 500	9 800	6 400	67 %	33 %	9 800	44 %	56 %
Siht.-, konekirj.työ ja muut toim. palvelut	16 300	10 400	5 900	4 800	15 300	16 300	64 %	36 %	15 300	69 %	31 %
Hotelli-, ravintola- ja suurpalvelutyö	18 300	8 800	9 500	5 900	14 600	18 300	48 %	52 %	14 600	60 %	40 %
Muu työ	15 900	7 600	8 300	7 400	14 800	15 900	48 %	52 %	14 800	50 %	50 %
Yhteensä	208 000	126 600	81 400	90 800	217 400	208 000	61 %	39 %	217 400	58 %	42 %

Taulu C Vuosina 1995-1999 Pysyneet, poistuneet ja uudet

Pysyneet, poistuneet ja uudet	1995	1995-99	1995-99	1995-99	1995-99	1999	1995-99	95-99
	<i>alku tilanne</i>	<i>oli koko ajan</i>	<i>oli välillä poissa</i>	<i>poistui kokonaan</i>	<i>tuli uusia</i>	<i>loppu tilanne</i>	<i>oli poistui suht 1995</i>	<i>uusia suht 1999</i>
Terveys- ja sairaanhoitotyö	89 000	60 000	8 000	20 500	24 000	92 000	23 %	27 %
Sosiaalialan työ	54 200	36 400	5 000	12 700	18 900	60 300	22 %	35 %
Muu terv. sair ja sosiaaliala	10 000	6 800	1 000	2 200	2 700	10 500	22 %	27 %
Opetusalaan kuuluva työ	8 200	4 900	1 200	2 100	3 700	9 800	23 %	45 %
Siht.-, konekirj.työ ja muut toim. palv.	15 500	10 900	1 100	3 500	3 300	15 300	23 %	21 %
Hotelli-, ravintola- ja suurpalvelutyö	15 700	9 400	1 100	5 100	4 100	14 600	34 %	26 %
Muu työ	12 900	7 800	800	4 400	6 300	14 800	34 %	70 %
Yhteensä	205 100	136 400	18 200	50 500	62 900	217 400	24 %	31 %

Liitetaulukko 6 A.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammattien vaihdokset välillä 1995-1999 (siirtymämatriisi vuosina 1995 ja 1999 työssä olleista).

Koodi	amm99 ->																													v 1995	
	033	1011	1012	1013	102	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1041	1042	109	111	121	122	151	152	153	154	155	156	157	159	171	199		9000
033	5071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	346	17	-	94	44	-	-	7	-	-	43	5 650
1011		1349	153	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1 590
1012		404	3661	239	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	4 390
1013		62	919	237	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34	1 250
102		-	-	-	426	28	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	490
1031		-	-	-	55	3026	110	200	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	3 460
1032		-	-	-	11	492	5543	1744	10	-	-	12	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	7 870
1033	-	-	-	-	5	302	550	14837	6	-	8	50	18	-	-	-	8	-	-	16	11	-	8	7	-	7	23	9	47	15 930	
1034		-	-	-	-	19	13	11	2579	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	2 650
1035	-	-	-	-	-	-	-	62	937	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	8	-	-	-	-	-	-	5	1 080
1036		-	-	-	-	10	14	192	-	-	3048	34	-	-	10	-	16	-	-	-	25	5	8	-	-	-	43	38	-	43	3 490
1037	-	-	-	-	-	6	55	612	6	6	25	12964	-	9	26	11	5	-	-	-	20	-	23	16	-	93	249	-	198	14 340	
1038	-	-	-	-	-	-	-	44	-	-	-	7	683	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	780
1041		-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	4	-	478	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	510
1042	-	-	-	-	-	-	-	26	-	-	25	121	-	3	6234	42	-	-	-	-	27	-	34	28	2	68	72	-	1047	7 750	
109		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	20	-	-	75	64	-	444	2 310	
111		-	-	-	-	11	-	192	-	-	19	6	5	-	5	-	1219	-	-	-	19	5	-	11	7	10	-	-	73	1 590	
121		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 670
122		-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	2 290
151	178	-	-	-	-	7	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2544	114	13	94	320	7	-	6	5	-	104	3 410
152	18	-	-	-	-	-	-	20	-	-	17	7	-	-	11	-	9	-	-	210	2986	5	69	33	11	472	182	6	5	369	4 440
153		-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	9	53	-	-	-	-	-	-	-	-	80
154	196	-	-	-	-	-	6	20	-	-	-	29	-	-	20	11	-	-	-	10	29	8	8184	242	10	43	76	6	200	9 100	
155	29	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	53	-	-	41	21	-	-	-	7	21	9	448	11324	8	114	44	-	196	12 330	
156	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	6	-	-	6	7	30	5	342	6	-	-	8	39	490	
157	-	-	-	-	-	-	5	19	-	-	-	279	-	-	-	32	24	-	-	5	36	35	76	9	9056	322	-	-	65	9 980	
159	-	-	-	-	-	5	-	23	-	-	12	57	9	-	18	-	7	-	-	6	28	-	41	21	11	30	1082	-	106	1 470	
171		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	955	-	-	960
199	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	4	3	-	-	6	-	-	-	5	6	6	6	-	-	-	6	-	1207	43	1 310
9000	26	18	77	30	5	8	14	135	35	-	18	323	8	17	335	155	29	2	18	130	108	10	237	147	22	116	129	-	52	28974	31 180
v 1999	5550	1840	4810	520	500	3930	6340	18210	2650	950	3180	14080	740	510	6820	1820	1330	1670	2280	3320	3470	110	9380	12300	450	10100	2340	1010	1310	32 210	153 740

HUOM! Neljä (4) ja sitä pienemmät lukumäärät on taulukossa merkitty "-". Lukumäärä 0 on merkitty " " (tyhjä)

1011 joht. lääkärit	1035 lastenhoitajat (th)	121 hammaslääkärit	157 kodinhoitajat
1012 tk- ja erik. lääkärit	1036 mielisairaanhoitajat	122 hammashoitajat	159 muut sosiaalityön ammatit
1013 apul. lääkärit	1037 perushoitajat	151 johto ja hall.teht toimiva sos.tt	171 psykologit
102 ylihoitajat	1038 kuntahoitajat	152 sos.alan erikoistyöntekijät.	199 muu sos terv
1031 osastonhoitajat ja muut joht.hoit.	1041 lääkintävahtimestarit ja sair.kulj.	153 muut sosiaalialan työntekijät.	033 lastentarhaopettajat
1032 apul.os.hoit ja erik. hoitohenkilöstö	1042 tutkimustekn ja muu avustava hoitohenkilöstö	154 lastenhoitajat (sh)	9000 kaikki muut
1033 pid. koul. saanut sair.hoit	109 Muut terv.huollon ammatit	155 perhepäivähoitajat	
1034 laboratoriohoitajat	111 liikunta ja terapia	156 harrastus- ym. Ohjaajat	

**Liitetaulukko 6 B. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntasektorin henkilöstön ammattien vaihtaminen
1995-1999-luvulla.**

Nimike	koodi	lkm 1995	pysyi samassa ammattiryhmässä 1995-1999	ammattin vaihtajia ammattiryhmien välillä 1995-1999		poistui kokonaan 1995-1999	tuli uutena 1995-1999	lkm 1999
				lähti	tuli			
Johtavat lääkärit ja vast	1011	1 900	1 500	190	490	400	200	1 800
Tk-ja erikoislääkärit ja vast.	1012	5 300	4 300	680	1 150	1 000	1 830	4 770
Apulaislääkärit ja vast.	1013	1 700	1 250	1 020	280	450	690	510
Ylihoitajat	102	630	490	60	80	140	30	510
Osastonhoitajat ja muut johtavat hoitajat	1031	4 300	3 500	430	900	800	330	3 970
Apul.osastonhoitajat ja muu erikoistunut hoitohenkistö	1032	10 000	7 900	2 330	800	2 100	1 730	6 370
Pidemmän koulutuksen saanut sairaanhoidtaja	1033	20 100	15 900	1 100	3 400	4 200	8 600	18 200
Laboratoriohoitajat	1034	3 100	2 600	70	80	500	890	2 610
Lastenhoitajat (th)	1035	1 500	1 080	150	20	420	150	950
Mielisairaanhoidajat	1036	4 600	3 500	450	130	1 100	1 120	3 180
Perushoitajat	1037	18 500	14 300	1 400	1 100	4 200	4 700	14 000
Kuntohoitajat	1038	1 040	780	100	60	260	260	740
Lääkintävahvistimestarit ja sair.kulj.	1041	650	510	40	40	140	150	510
Tutkimustekninen ja muu avustava hoitohenkilöstö	1042	11 600	7 750	1 500	600	3 850	3 150	6 850
Muut terv.huollon ammatit	109	3 600	2 300	770	280	1 300	990	1 810
Liikunta ja terapiatyön ammatit	111	2 200	1 600	370	110	600	760	1 340
Hammaslääkärit	121	2 000	1 700	10	0	300	410	1 690
Hammashoitajat	122	2 800	2 300	50	30	500	720	2 280
Johto- ja hallintotehtävissä toimivat sosiaalityöntekijät	151	4 200	3 400	900	800	800	400	3 300
Sosiaalialan erikoistyöntekijät	152	5 800	4 400	1 500	480	1 400	1 820	3 380
Muut sosiaalialan työntekijät	153	110	80	20	60	30	70	120
Lastenhoitajat (sh)	154	12 800	9 100	920	1 200	3 700	5 620	9 380
Perhepäivähoitajat	155	14 900	12 300	1 000	980	2 600	4 820	12 280
Harrastus- ym. ohjaajat	156	700	490	150	110	210	260	450
Kodinhoitajat	157	13 300	10 000	920	1 050	3 300	3 870	10 130
Muut sosiaalityön ammatit	159	2 200	1 500	400	1 300	700	1 800	2 400

Liitetaulukko 7 A.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö aluesiirtymät sairaanhoitopiireittäin vuosina 1995-1999.
(siirtymämatriisi, sekä vuonna 1995 että 1999 työssä olleet - ei Ahvenanmaa)

	shp95	shp99																				1995		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	
Uudenmaan shp	1	17529	288	25	5	23	28	18	13	6	5	5	10	9	-	-	13	-	-	5	17990			
Helsingin shp	2	325	17978	16	11	11	24	13	18	7	-	6	6	6	17	6	16	-	12	-	6	18490		
Varsinais-Suomen shp	3	24	25	14097	27	14	19	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	6	-	-	-	14250		
Satakunnan shp	4	13	17	47	6250	-	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6390		
Kanta-Hämeen shp	5	30	18	20	5	4952	32	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5090		
Pirkanmaan shp	6	16	26	14	14	24	12802	14	5	-	-	-	-	24	16	5	-	-	-	-	-	12980		
Päijät-Hämeen shp	7	20	26	9	22	20	5698	8	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	5830		
Kymenlaakson shp	8	27	45	-	-	-	12	14	5442	8	-	-	-	9	6	-	-	-	-	-	-	5570		
Etelä-Karjalan shp	9	12	23	-	-	-	12	-	7	3775	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	3860		
Etelä-Savon shp	10	7	15	-	-	-	-	5	-	-	3592	6	5	17	10	-	-	-	-	-	-	3670		
Itä-Savon shp	11	6	7	-	-	-	5	4	-	11	7	2077	23	16	6	-	-	-	-	-	-	2170		
Pohjois-Karjalan shp	12	15	21	-	-	-	7	8	-	8	-	9	5602	34	-	-	-	13	-	-	-	5740		
Pohjois-Savon shp	13	18	19	7	-	-	14	7	6	13	20	8	19	8290	24	6	5	12	6	-	-	8480		
Keski-Suomen shp	14	23	19	11	-	-	33	9	-	-	9	6	8	20	7903	-	-	6	-	-	-	8070		
Etelä-Pohjanmaan shp	15	-	15	9	-	8	33	-	-	-	-	-	-	-	-	5813	9	-	12	-	-	5930		
Vaasan shp	16	5	19	7	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	15	5591	-	-	-	-	5660		
Keski Pohjanmaan shp	17	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	8	9	2322	27	-	23	30	2440	
Pohjois-Pohjanmaan shp	18	25	30	9	6	5	15	10	8	-	-	-	9	11	9	14	6	16	11457	19	23	25	11710	
Kainuun shp	19	6	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	2753	-	-	2820	
Länsi-Pohjan shp	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	2099	-	2150
Lapin shp	21	13	8	7	-	5	5	-	6	-	-	-	6	-	7	-	-	-	37	-	-	4034	4150	
v 1999		18120	18610	14290	6340	5090	13120	5840	5530	3860	3650	2130	5700	8440	8050	5900	5660	2360	11660	2800	2150	4120	153900	

HUOM! Neljä (4) ja sitä pienemmät lukumäärät on taulukossa merkitty "-". Lukumäärä 0 on merkitty " " (tyhjä)

Liitetaulukko 7 B.

Kunnallisen henkilöstön alueellinen siirtyminen, poistuma sekä uusi henkilöstö sairaanhoitopiireittäin vuosina 1995-1999.

	Lkm 1995	Pysyi alalla 1995-1999				poistui kokonaan 1995- 1999 pois	tuli aivan uutena 1995-99 uusina	lkm 1999
		alkutilanne	lähti	tuli	lopputilanne			
Helsingin shp	25 800	18 500	510	630	18 600	7 300	8 800	27 400
Uudenmaan shp	24 300	18 000	460	590	18 100	6 300	8 500	26 600
Varsinais-Suomen shp	18 200	14 200	150	190	14 300	4 000	5 400	19 700
Pirkanmaan shp	17 200	13 000	180	320	13 100	4 200	5 900	19 000
Pohjois-Pohjanmaan shp	15 900	11 700	250	200	11 700	4 200	4 300	16 000
Pohjois-Savon shp	11 100	8 500	190	150	8 400	2 600	3 800	12 200
Keski-Suomen shp	10 600	8 100	160	150	8 100	2 500	2 800	10 900
Satakunnan shp	8 300	6 400	140	90	6 300	1 900	3 400	9 700
Päijät-Hämeen shp	7 700	5 800	130	140	5 800	1 900	2 400	8 200
Pohjois-Karjalan shp	7 700	5 700	140	100	5 700	2 000	1 900	7 600
Etelä-Pohjanmaan shp	7 500	5 900	110	90	5 900	1 600	2 300	8 200
Kymenlaakson shp	7 300	5 600	130	90	5 500	1 700	2 000	7 500
Vaasan shp	7 100	5 700	70	70	5 700	1 400	2 600	8 300
Kanta-Hämeen shp	6 600	5 100	140	140	5 100	1 500	1 700	6 800
Lapin shp	5 700	4 100	110	90	4 100	1 600	1 400	5 500
Etelä-Karjalan shp	5 100	3 900	80	80	3 900	1 200	1 200	5 100
Etelä-Savon shp	4 800	3 700	80	60	3 700	1 100	1 100	4 800
Kainuun shp	3 900	2 800	70	50	2 800	1 100	700	3 500
Keski Pohjanmaan shp	3 100	2 400	120	30	2 400	700	900	3 300
Länsi-Pohjan shp	2 900	2 200	50	60	2 200	700	500	2 700
Itä-Savon shp	2 800	2 200	90	50	2 100	600	700	2 800
Yhteensä	205 100	154 600	3 400	3 400	154 600	50 500	62 900	217 400

Liitetaulukko 8.

Vuosina 1995 – 2000 täysitehoiselle KVTEL-eläkkeelle (p.l. työttömyys- ja osa-aikaeläke) siirtyneet henkilöt sosiaali- ja terveysalalla.

Tilastokeskuksen ammattiluokitus 87 pääluokka '1'	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Yhteensä
Ylilääkärit	67	78	54	58	66	67	390
Erikois-, osaston- ja terveyskeskuslääkärit	52	63	52	49	51	55	322
Ylihoitajat ym.	31	24	25	20	32	25	157
Osastonhoitajat ja muut johtavat hoitajat	159	143	146	192	191	146	977
Apulaisosastonhoitajat ja muu erikoistunut hoitohe	239	235	215	220	236	138	1 283
Pidemmän koulutuksen saanut hoitohenkilökunta	272	256	298	261	324	396	1 807
Mielisairaanhoitajat	158	143	120	139	129	129	818
Perushoitajat	421	385	399	349	400	447	2 401
Kuntohoitajat	11	4	10	2	8	11	46
Lääkintävahtimestarit ja sairaankuljetushenkilöstö	9	10	6	13	13	12	63
Tutkimustekninen ja avustava hoitohenkilökunta	489	419	465	470	496	341	2 680
Muut terveyden- ja sairaudenhoitotyön ammatit	125	105	96	108	136	77	647
Työ- ja toimintaterapeutit	32	24	25	17	18	29	145
Johtavat hammaslääkärit	5	4	2	7	3	6	27
Terveyskeskus- ja erikoishammaslääkärit	21	24	22	31	28	36	162
Hammashoitajat	18	21	25	26	26	32	148
Farmaseutit	8	5	9	5	7	5	39
Muut apteekkialan ammatit	12	3	6	6	6	8	41
Eläinlääkärit	14	10	17	13	13	6	73
Johto- ja hallintotehtävissä toimivat sosiaalityönt	56	68	76	87	73	81	441
Sosiaalialan erityistyöntekijät	70	69	63	71	89	105	467
Lastenhoitajat ja muu lastenhoitohenkilöstö	272	268	271	237	274	294	1 616
Perhepäivähoitajat (kodeissa)	324	262	258	295	329	395	1 863
Harrastus- ja askartelu- ym ohjaajat	21	19	16	18	10	11	95
Kodinhoitajat,kotiavustajat	307	295	291	344	379	371	1 987
Muut sosiaalityön ammatit	21	41	37	52	48	81	280
Terveys- ja työsuojelutarkastajat	19	10	6	11	17	19	82
Muut ympäristön- ja terveydensuojelutyön ammatit	8	4	8	13	10	8	51
Psykologit	5	8	12	9	15	16	65
Nuorisotyön johto- ja suunnittelutehtävät	9	3	4	2	3	4	25
Muu nuorisotyö	7	16	13	11	9	8	64
Urheilu- ja liikuntatyön johto- ja suunnittelutehtä	8	5	8	9	10	12	52
Muu urheilu ja liikuntatyö	41	40	37	52	38	64	272
Loma- ja virkistystoiminnan johto- ja suunnittelut	6	3	1	5	6	3	24
Muu loma- ja virkistystoimintatyö	4	6	3	8	2	3	26
Muut alaluokat yhteensä (tapauksia luokassa yhteensä alle 20)	14	22	17	22	13	23	111
Yhteensä	3 335	3 095	3 113	3 232	3 508	3 464	19 747

Liitetaulukko 9.

Vuosien 1995 - 2000 aikana täysitehoiselle KVTEL-eläkkeelle (p.l. työttömyys- ja osa-aikaeläke) siirtyneet henkilöt sosiaali- ja terveysalalta maakunnittain

Jäsenyhteisön sijaintimaakunta	Terveiden- ja sairauddenhoitotyö	Liikunta- ja työterapia -työ	Hammas- hoitoalan työ	Apteekki- alan työ	Eläinlää- ketieteel- linen työ	Sosiaali- alan työ	Ympäris- tön- ja terveyden suojelutyö	Psykologit	Vapaa- aikatoimi	Yhteensä
Uusimaa	2784	37	77	20	3	1534	24	15	124	4618
Varsinais-Suomi	996	23	33	7	9	628	10	3	40	1749
Satakunta	509	4	19	4	10	264	6	4	28	848
Kanta-Häme	432	6	7	3	1	196	3	3	13	664
Pirkanmaa	1004	6	27	10	4	501	12	5	34	1603
Päijät-Häme	412	5	13	4	1	222	7	3	24	691
Kymenlaakso	445	3	12	2	4	247	6	5	24	748
Etelä-Karjala	345	3	8			158	4	1	8	527
Etelä-Savo	519	13	13	2	3	220	5	3	18	796
Pohjois-Savo	683	9	20	6	7	428	11		26	1190
Pohjois-Karjala	466	10	13	7	3	302	4	4	24	833
Keski-Suomi	573	3	21	2	1	372	5	2	19	998
Etelä-Pohjanmaa	483	11	14	2	5	243	7	2	12	779
Pohjanmaa	419	5	8	2	7	263	5		11	720
Keski-Pohjanmaa	116		4	1	2	83	2		7	215
Pohjois-Pohjanmaa	755	18	25	5	7	542	11	4	30	1397
Kainuu	166	4	3	1	4	126	1	6	16	327
Lappi	418	15	15	2	2	288	8	4	20	772
Itä-Uusimaa	89		6		1	104	2	1	10	213
Ahvenanmaa	12					45			2	59
Yhteensä	11626	175	338	80	74	6766	133	65	490	19747

Taulukon luvut on saatu laskemalla yhteen vuosien 1995 – 2000 luvut.

Liitetaulukko 10.

KVTEL-palvelussuhteessa 31.12.1999 olleet, vanhuuseläkeikänsä vuosina 2001 – 2010 täyttävät henkilöt yhteensä

Jäsenyhteisön sijaintimaakunta	Terveystyö ja sairauksien hoitotyö	Liikunta- ja työterapia-työ	Hammashoitoalan työ	Apteekki-alan työ	Eläinlääketieteellinen työ	Sosiaalialan työ	Ympäristön- ja terveydensuojelutyö	Psykologit	Vapaa-aikatoimi	Yhteensä
Uusimaa	4579	89	133	36	9	2894	62	99	152	8053
Varsinais-Suomi	1808	41	78	17	11	1213	18	30	73	3289
Satakunta	826	15	35	7	2	522	9	16	41	1473
Kanta-Häme	725	7	25	9	3	348	6	16	27	1166
Pirkanmaa	1872	14	62	21	6	945	13	33	83	3049
Päijät-Häme	778	5	23	1	2	440	11	19	37	1316
Kymenlaakso	823	3	21	6	1	401	11	10	34	1310
Etelä-Karjala	661	8	23	4	5	292	4	11	17	1025
Etelä-Savo	780	20	21	5	6	393	11	7	31	1274
Pohjois-Savo	1043	19	33	11	11	686	14	8	46	1871
Pohjois-Karjala	753	25	21	6	1	450	7	10	30	1303
Keski-Suomi	1096	12	42	9	6	702	7	18	42	1934
Etelä-Pohjanmaa	908	14	26	6	4	438	6	13	33	1448
Pohjanmaa	794	17	14	8	3	473	5	11	27	1352
Keski-Pohjanmaa	225	2	4	1		206	2	6	9	455
Pohjois-Pohjanmaa	1364	19	40	13	5	894	18	18	59	2430
Kainuu	359	7	12	2	4	255	8	4	12	663
Lappi	760	9	22	5	6	491	12	8	32	1345
Itä-Uusimaa	174	2	6	4	1	211	8		17	423
Ahvenanmaa	26					70			10	106
Yhteensä	20354	328	641	171	86	12324	232	337	812	35285

Taulukon luvut on saatu laskemalla yhteen vuosien 2001 – 2010 luvut.

Liitetaulukko 11. Kasvatus- ja perheneuvolojen kehitys

Vuosi	Asiakkaita yhteensä	Palvelupisteitä	Tehtyjä tutkimuksia (sis. ohjauksen, neuvonnan ja perheasioiden sovittelun)	Annettuja terapioiden
1985	49 197	206	135 775	103 080
1991	51 363	210	140 236	112 482
1997	71 914	222	248 033	171 238

Lähde: Kauppinen S, Taskinen S. Kasvatus- ja perheneuvonta 1997. Tilastoraportti 12. Stakes. Helsinki, 1998.

Liitetaulukko 12. Toimialaennuste perus- ja sote-uralla vuoteen 2030 asti.

Tiainen, Pekka 24.3.2001												
Ennuste opetushallitukselle/perusura	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1 Maatalous	141,2	132,8	129,7	120,0	121,3	118,0	114,8	111,4	106,7	103,3	101,4	98,5
2 Metsätalous	28,4	26,4	23,0	23,7	22,7	24,0	23,2	23,3	23,1	22,8	22,3	22,1
3 Metsäteollisuus	123,0	120,0	117,5	122,0	122,0	121,8	122,4	121,9	121,6	121,6	121,5	122,2
4 Metallituotteiden valmistus	36,6	38,0	37,0	37,5	40,0	45,5	46,2	46,3	46,9	47,6	47,7	48,0
5 Koneiden valmistus	53,2	59,1	63,2	63,6	64,6	64,7	65,7	65,8	66,7	67,7	67,9	68,2
6 Sähkötekniisten tuotteiden valmistus	42,0	43,5	45,4	49,9	54,7	55,3	57,4	58,8	60,8	63,2	64,7	65,1
7 Kulkuneuvojen valmistus	24,4	21,6	19,8	19,9	19,7	20,8	20,7	20,4	20,3	20,3	19,9	19,9
8 Instrumenttien yms. valmistus	7,9	9,7	8,8	10,3	11,3	9,1	9,4	9,7	10,0	10,4	10,6	10,7
9 Muu metalliteollisuus	21,3	21,5	22,6	22,4	22,7	22,1	22,0	21,7	21,6	21,5	21,1	21,1
10 Muu teollisuus	148,6	148,5	149,2	148,9	152,6	154,1	153,1	152,0	150,5	149,7	149,2	149,1
11 Rakennustoiminta	115,3	118,0	130,0	138,7	148,9	149,0	155,3	156,3	156,2	156,8	158,0	158,0
12 Kauppa	297,9	313,4	326,0	335,3	351,5	350,0	360,5	364,0	365,1	366,7	369,7	371,7
13 Liikenne	163,4	159,5	163,6	169,4	168,4	171,5	174,1	175,8	178,2	180,2	180,7	181,8
14 Rahoitus-, vakuutus- ja kiinteistö- ja liike-elämää palveleva toiminta	195,4	203,8	206,3	215,6	229,1	249,7	248,4	251,6	254,2	254,1	255,0	260,5
15 Julkinen hallinto, maanpuolustus ja yleinen turvallisuus	109,4	106,0	103,6	109,9	113,6	110,5	112,7	112,2	111,2	110,3	110,2	109,5
16 Puhtaanapito	30,3	31,5	30,3	30,3	33,8	32,1	32,3	32,3	32,3	31,9	31,6	31,5
17 Opetus ja tutkimus	154,7	157,1	162,1	168,3	170,1	181,0	185,8	186,9	187,5	188,5	188,8	187,4
18 Terveystieteiden tutkimus	163,4	157,5	159,2	159,2	162,6	163,6	170,0	173,6	176,8	180,7	184,3	186,3
18.1.Lääkintä- ja eläinlääkintäpalvelu	163,4	157,5	159,2	159,2	162,6	163,6	170,0	173,6	176,8	180,7	184,3	186,3
19 Sosiaalihuolto	134,6	145,5	150,9	154,5	158,5	162,8	166,9	168,1	169,0	171,0	172,7	173,2
19.1 Sosiaalihuolto	134,6	145,5	150,9	154,5	158,5	162,8	166,9	168,1	169,0	171,0	172,7	173,2
20 Järjestötoiminta	29,1	32,3	33,5	32,9	36,4	39,3	40,5	41,0	41,5	42,0	42,4	42,1
21 Kulttuuritoiminta	44,5	46,5	51,1	51,9	53,4	52,2	53,3	54,2	54,9	55,8	56,4	56,5
22 Kotitalouspalvelut	28,1	28,8	29,8	29,8	30,9	31,8	34,0	35,4	36,2	37,3	38,2	38,6
22.1 Kotitalousesineiden korjaus	2,6	2,7	2,7	3,4	3,7	4,0	4,1	4,2	4,2	4,2	4,3	4,3
22.2 Pesulapalvelu	3,4	3,8	3,3	3,6	4,2	3,5	3,8	3,9	4,0	4,2	4,3	4,3
22.3 Kotitalouspalvelu	3,6	3,3	3,9	3,6	4,5	4,2	4,5	4,7	4,8	5,0	5,1	5,2
22.4 Henkilökohtainen palvelutoiminta	18,5	19,0	19,9	19,2	18,5	20,1	21,6	22,6	23,2	23,9	24,6	24,8
23 Elinkeino tuntematon	5,9	6,2	7,1	7,8	6,3	6,5	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Kaikki	2098,6	2127,2	2170,0	2221,7	2295,0	2335,3	2375,0	2388,5	2397,3	2409,3	2420,6	2428,1

Tiainen, Pekka 24.3.2001												
Ennuste opetushallitukselle/perusura	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 Maatalous	94,0	92,9	92,6	92,0	91,8	91,7	91,8	91,9	91,7	91,5	91,3	91,3
2 Metsätalous	21,9	21,5	21,2	20,8	20,4	19,9	19,5	19,1	18,7	18,6	18,4	18,3
3 Metsäteollisuus	122,3	122,5	122,5	122,4	122,3	122,0	121,1	119,9	118,5	117,8	117,1	116,3
4 Metallituotteiden valmistus	48,1	48,2	48,0	47,8	47,6	47,3	47,0	46,7	46,3	46,0	45,6	45,2
5 Koneiden valmistus	68,5	68,6	68,3	68,0	67,6	67,2	66,8	66,4	65,9	65,4	64,9	64,3
6 Sähkötekniisten tuotteiden valmistus	65,5	65,7	65,6	65,4	65,2	64,9	64,6	64,4	64,0	63,8	63,6	63,4
7 Kulkuneuvojen valmistus	19,8	19,6	19,3	19,1	18,8	18,5	18,2	17,9	17,6	17,3	17,0	16,7
8 Instrumenttien yms. valmistus	10,8	10,8	10,8	10,8	10,7	10,7	10,6	10,6	10,5	10,5	10,5	10,4
9 Muu metalliteollisuus	21,0	20,9	20,7	20,4	20,2	20,0	19,7	19,5	19,3	19,0	18,8	18,5
10 Muu teollisuus	148,4	146,6	144,5	140,1	137,7	135,4	132,8	130,5	128,2	126,2	124,3	122,3
11 Rakennustoiminta	157,3	157,5	157,4	157,0	155,6	155,0	154,3	153,7	153,2	153,0	152,8	152,5
12 Kauppa	376,2	379,9	382,9	384,7	385,3	385,7	385,7	386,1	386,7	388,0	389,3	390,5
13 Liikenne	182,1	181,6	181,4	179,7	178,3	176,7	174,9	173,3	171,8	170,7	169,5	168,3
14 Rahoitus-, vakuutus- ja kiinteistö- ja liike-elämää palveleva toiminta	261,1	261,4	261,5	261,8	261,1	260,5	260,0	259,9	259,9	260,3	260,8	261,2
15 Julkinen hallinto, maanpuolustus ja yleinen turvallisuus	109,1	108,3	106,6	105,2	103,6	102,0	100,4	98,9	97,5	96,2	94,9	93,6
16 Puhtaanapito	31,3	30,9	30,5	30,2	29,8	29,4	29,0	28,6	28,3	28,0	27,7	27,4
17 Opetus ja tutkimus	185,3	182,6	179,4	176,5	173,5	170,4	167,4	164,5	161,7	158,9	156,2	153,4
18 Terveystieteiden tutkimus	188,1	189,0	189,4	190,1	191,3	192,4	193,3	194,4	195,5	197,0	198,4	199,8
18.1.Lääkintä- ja eläinlääkintäpalvelu	188,1	189,0	189,4	190,1	191,3	192,4	193,3	194,4	195,5	197,0	198,4	199,8
19 Sosiaalihuolto	173,1	172,3	171,0	170,1	170,5	170,8	171,0	171,3	171,7	172,4	173,0	173,6
19.1 Sosiaalihuolto	173,1	172,3	171,0	170,1	170,5	170,8	171,0	171,3	171,7	172,4	173,0	173,6
20 Järjestötoiminta	41,7	41,1	40,4	39,8	39,1	38,4	37,7	37,1	36,4	35,8	35,3	34,7
21 Kulttuuritoiminta	56,5	56,2	55,8	55,6	55,2	54,8	54,4	54,0	53,7	53,4	53,1	52,7
22 Kotitalouspalvelut	39,3	39,8	40,2	40,6	41,0	41,3	41,7	42,0	42,4	42,9	43,3	43,7
22.1 Kotitalousesineiden korjaus	4,3	4,4	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,6	4,6	4,6	4,7	4,7
22.2 Pesulapalvelu	4,4	4,5	4,5	4,5	4,6	4,6	4,7	4,7	4,8	4,8	4,9	4,9
22.3 Kotitalouspalvelu	5,3	5,3	5,4	5,5	5,5	5,6	5,6	5,7	5,7	5,8	5,8	5,9
22.4 Henkilökohtainen palvelutoiminta	25,3	25,6	25,8	26,1	26,4	26,6	26,8	27,1	27,3	27,6	27,9	28,2
23 Elinkeino tuntematon	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Kaikki	2427,3	2423,9	2415,9	2403,8	2392,4	2381,1	2368,0	2356,9	2345,5	2338,7	2331,5	2324,2

Tiainen, Pekka 24.3.2001												
Ennuste opetushallitukselle/perusura	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1 Maatalous	91,4	89,9	89,7	88,4	88,5	87,5	87,4	87,3	87,4	87,4	87,3	87,3
2 Metsätalous	18,1	18,0	17,9	17,8	17,7	17,6	17,5	17,3	17,2	17,0	16,8	16,7
3 Metsäteollisuus	115,6	115,0	113,9	112,8	111,9	110,8	109,8	108,9	108,2	107,2	106,4	105,7
4 Metallituotteiden valmistus	44,9	44,6	44,1	43,6	43,2	42,8	42,3	41,9	41,6	41,2	40,8	40,5
5 Koneiden valmistus	63,8	63,4	62,7	62,0	61,5	60,8	60,2	59,6	59,2	58,6	58,1	57,6
6 Sähkötekniisten tuotteiden valmistus	63,2	63,0	62,7	62,4	62,2	61,8	61,6	61,3	61,2	60,9	60,7	60,6
7 Kulkuneuvojen valmistus	16,5	16,2	15,9	15,8	15,6	15,3	15,2	15,1	15,1	15,1	14,8	14,8
8 Instrumenttien yms. valmistus	10,4	10,4	10,3	10,3	10,2	10,2	10,1	10,1	10,1	10,0	10,0	10,0
9 Muu metalliteollisuus	18,3	18,0	17,6	17,3	16,9	16,5	16,2	15,8	15,5	15,2	14,9	14,6
10 Muu teollisuus	120,4	118,6	116,5	114,4	112,5	110,4	108,5	106,7	105,1	103,2	101,6	100,1
11 Rakennustoiminta	152,4	152,1	151,6	151,1	150,9	150,3	149,9	149,6	149,5	149,1	148,9	148,8
12 Kauppa	392,0	394,7	394,9	395,9	396,7	397,8	399,1	401,0	403,5	405,0	407,3	410,0
13 Liikenne	167,2	166,1	164,8	163,4	163,0	162,7	162,5	161,4	160,6	159,4	158,5	157,7
14 Rahoitus-, vakuutus- ja kiinteistö- ja liike-elämää palveleva toiminta	261,7	262,5	262,1	261,8	261,9	261,8	261,9	262,4	262,5	262,8	263,5	264,5
15 Julkinen hallinto, maanpuolustus ja yleinen turvallisuus	92,3	91,1	89,7	88,4	87,2	86,1	84,8	83,7	82,7	81,5	80,4	79,5
16 Puhtaanapito	27,1	26,9	26,5	26,1	25,8	25,5	25,1	24,8	24,5	24,1	23,8	23,5
17 Opetus ja tutkimus	150,8	148,2	145,5	142,7	140,2	137,9	135,3	132,9	131,0	128,5	126,3	124,3
18 Terveystieteiden tutkimus	201,3	202,8	202,8	202,8	203,1	203,6	203,6	203,8	204,6	204,5	204,9	205,3
18.1.Lääkintä- ja eläinlääkintäpalvelu	201,3	202,8	202,8	202,8	203,1	203,6	203,6	203,8	204,6	204,5	204,9	205,3
19 Sosiaalihuolto	174,2	174,9	174,4	173,8	173,5	173,3	172,8	172,4	172,6	172,1	171,8	171,8
19.1 Sosiaalihuolto	174,2	174,9	174,4	173,8	173,5	173,3	172,8	172,4	172,6	172,1	171,8	171,8
20 Järjestötoiminta	34,1	33,6	33,0	32,4	31,8	31,3	30,7	30,2	29,8	29,2	28,7	28,3
21 Kulttuuritoiminta	52,4	52,1	51,8	51,4	51,1	50,8	50,4	50,1	49,9	49,5	49,2	49,0
22 Kotitalouspalvelut	44,2	44,7	45,0	45,4	45,8	46,3	46,7	47,0	47,5	47,8	48,2	48,6
22.1 Kotitalousesineiden korjaus	4,7	4,8	4,8	4,8	4,8	4,9	4,9	4,9	5,0	5,0	5,1	5,1
22.2 Pesulapalvelu	5,0	5,0	5,1	5,1	5,2	5,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,4	5,5
22.3 Kotitalouspalvelu	6,0	6,0	6,1	6,1	6,2	6,3	6,3	6,4	6,4	6,5	6,5	6,6
22.4 Henkilökohtainen palvelutoiminta	28,5	28,9	29,1	29,3	29,6	29,9	30,2	30,4	30,7	30,9	31,2	31,5
23 Elinkeino tuntematon	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Kaikki	2318,2	2312,6	2299,4	2285,9	2277,3	2267,1	2257,6	2249,6	2245,3	2235,2	2229,1	2225,1

Tiainen, Pekka 24.3.2001												
Ennuste opetushallitukselle/sote	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1 Maatalous	141,2	132,8	129,7	120,0	121,3	118,0	114,9	112,0	109,3	107,5	103,1	102,9
2 Metsätalous	28,4	26,4	23,0	23,7	22,7	24,0	23,4	23,7	23,7	23,6	23,2	23,0
3 Metsäteollisuus	123,0	120,0	117,5	122,0	122,0	121,8	122,5	124,5	125,0	125,3	126,5	127,3
4 Metallituotteiden valmistus	36,6	38,0	37,0	37,5	40,0	45,5	46,3	47,6	48,7	48,8	48,9	49,5
5 Koneiden valmistus	53,2	59,1	63,2	63,6	64,6	64,7	65,9	67,7	69,2	69,4	69,5	70,4
6 Sähkötekniisten tuotteiden valmistus	42,0	43,5	45,4	49,9	54,7	55,3	57,5	60,4	63,2	64,8	66,3	67,2
7 Kulkuneuvojen valmistus	24,4	21,6	19,8	19,9	19,7	20,8	20,8	21,0	21,1	20,8	20,4	20,5
8 Instrumenttien yms. valmistus	7,9	9,7	8,8	10,3	11,3	9,1	9,5	9,9	10,4	10,7	10,9	11,1
9 Muu metalliteollisuus	21,3	21,5	22,6	22,4	22,7	22,1	22,1	22,3	22,4	22,0	21,6	21,7
10 Muu teollisuus	148,6	148,5	149,2	148,9	152,6	154,1	152,8	154,8	155,1	154,9	154,5	154,8
11 Rakennustoiminta	115,3	118,0	130,0	138,7	148,9	149,0	155,4	159,3	160,1	161,1	163,1	163,2
12 Kauppa	297,9	313,4	326,0	335,3	351,5	350,0	360,8	365,2	369,8	372,5	376,4	380,7
13 Liikenne	163,4	159,5	163,6	169,4	168,4	171,5	174,2	175,5	177,9	179,1	180,4	182,9
14 Rahoitus-, vakuutus- ja kiinteistö- ja liike-elämää palveleva toiminta	195,4	203,8	206,3	215,6	229,1	249,7	248,6	253,0	253,7	254,1	255,7	262,1
15 Julkinen hallinto, maanpuolustus ja yleinen turvallisuus	109,4	106,0	103,6	109,9	113,6	110,5	112,8	113,0	112,1	111,4	111,4	112,1
16 Puhtaanapito	30,3	31,5	30,3	30,3	33,8	32,1	32,3	32,5	32,2	31,9	31,7	31,8
17 Opetus ja tutkimus	154,7	157,1	162,1	168,3	170,1	181,0	185,9	188,2	188,8	190,1	190,8	191,5
18 Terveystieteiden tutkimus	163,4	157,5	159,2	159,2	162,6	163,6	170,1	174,8	178,3	182,5	186,5	190,7
18.1.Lääkintä- ja eläinlääkintäpalvelu	163,4	157,5	159,2	159,2	162,6	163,6	170,1	174,8	178,3	182,5	186,5	190,7
19 Sosiaalihuolto	134,6	145,5	150,9	154,5	158,5	162,8	167,0	170,2	172,0	175,3	178,2	181,6
19.1 Sosiaalihuolto	134,6	145,5	150,9	154,5	158,5	162,8	167,0	170,2	172,0	175,3	178,2	181,6
20 Järjestötoiminta	29,1	32,3	33,5	32,9	36,4	39,3	40,5	41,3	41,8	42,4	42,9	43,1
21 Kulttuuritoiminta	44,5	46,5	51,1	51,9	53,4	52,2	53,3	54,6	55,4	56,3	57,1	57,9
22 Kotitalouspalvelut	28,1	28,8	29,8	29,8	30,9	31,8	34,0	35,6	36,6	37,7	38,7	39,6
22.1 Kotitalouksineiden korjaus	2,6	2,7	2,7	3,4	3,7	4,0	4,1	4,2	4,3	4,3	4,3	4,4
22.2 Pesulapalvelu	3,4	3,8	3,3	3,6	4,2	3,5	3,8	4,0	4,1	4,2	4,3	4,4
22.3 Kotitalouspalvelu	3,6	3,3	3,9	3,6	4,5	4,2	4,5	4,7	4,9	5,0	5,2	5,3
22.4 Henkilökohtainen palvelutoiminta	18,5	19,0	19,9	19,2	18,5	20,1	21,6	22,7	23,4	24,1	24,9	25,4
23 Elinkeino tuntematon	5,9	6,2	7,1	7,8	6,3	6,5	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Kaikki	2098,6	2127,2	2170,0	2221,7	2295,0	2335,3	2376,8	2413,3	2432,9	2448,1	2463,9	2491,3

Tiainen, Pekka 24.3.2001

Ennuste opetushallitukselle/sote	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 Maatalous	98,6	98,4	98,3	97,6	97,2	97,1	96,8	96,7	96,1	95,4	94,9	94,5
2 Metsätalous	23,0	22,8	22,5	22,1	21,6	21,1	20,5	20,1	19,6	19,3	19,1	18,8
3 Metsäteollisuus	128,7	130,3	132,6	132,6	132,4	132,0	130,1	128,6	126,9	125,4	124,2	122,7
4 Metallituotteiden valmistus	50,0	50,3	50,4	50,4	50,3	49,7	48,9	48,3	47,7	47,0	46,5	45,8
5 Koneiden valmistus	71,1	71,5	71,7	71,7	71,6	70,7	69,6	68,7	67,8	66,9	66,1	65,1
6 Sähkötekniisten tuotteiden valmistus	68,0	68,5	68,8	69,0	69,0	68,3	67,3	66,6	65,8	65,2	64,7	64,1
7 Kulkuneuvojen valmistus	20,5	20,5	20,3	20,1	19,9	19,5	19,0	18,6	18,1	17,7	17,4	16,9
8 Instrumenttien yms. valmistus	11,2	11,3	11,3	11,3	11,3	11,2	11,1	11,0	10,8	10,7	10,7	10,6
9 Muu metalliteollisuus	21,8	21,8	21,7	21,5	21,4	21,0	20,6	20,2	19,8	19,4	19,1	18,7
10 Muu teollisuus	155,7	155,1	153,5	149,2	146,5	143,7	140,3	137,6	134,6	131,7	129,2	126,3
11 Rakennustoiminta	164,2	164,5	164,7	164,7	164,4	164,3	164,0	163,8	163,7	162,5	161,6	160,4
12 Kauppa	391,9	400,4	406,6	411,0	411,3	410,9	408,8	408,5	407,4	406,4	406,1	405,0
13 Liikenne	185,4	186,7	187,2	187,2	186,6	184,9	182,1	180,1	177,9	175,6	173,7	171,4
14 Rahoitus-, vakuutus- ja kiinteistö- ja liike-elämää palveleva toiminta	268,1	273,3	274,8	275,5	274,5	273,3	271,5	270,8	269,7	268,6	267,9	266,7
15 Julkinen hallinto, maanpuolustus ja yleinen turvallisuus	111,8	111,6	110,2	108,7	107,0	105,2	103,0	101,2	99,3	97,4	95,6	93,7
16 Puhtaanapito	32,0	32,2	31,9	31,6	31,2	30,7	30,1	29,7	29,2	28,8	28,3	27,9
17 Opetus ja tutkimus	189,9	188,3	185,5	182,7	179,7	176,5	172,7	169,7	166,4	162,9	159,7	156,2
18 Terveystieteiden tutkimus	192,6	194,4	195,4	196,3	198,0	199,4	200,1	201,6	202,7	203,7	205,1	206,1
18.1.Lääkintä- ja eläinlääkintäpalvelu	192,6	194,4	195,4	196,3	198,0	199,4	200,1	201,6	202,7	203,7	205,1	206,1
19 Sosiaalihuolto	182,5	183,3	183,3	183,3	184,3	185,1	185,2	185,9	186,4	186,7	187,4	187,7
19.1 Sosiaalihuolto	182,5	183,3	183,3	183,3	184,3	185,1	185,2	185,9	186,4	186,7	187,4	187,7
20 Järjestötoiminta	42,7	42,3	41,7	41,1	40,5	39,8	39,0	38,3	37,6	36,9	36,3	35,6
21 Kulttuuritoiminta	57,9	57,9	57,7	57,4	57,0	56,6	56,0	55,5	55,0	54,5	54,0	53,4
22 Kotitalouspalvelut	40,3	41,0	41,6	42,1	42,5	42,9	43,1	43,4	43,7	44,0	44,3	44,6
22.1 Kotitalouksesineiden korjaus	4,5	4,6	4,7	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,9	4,9
22.2 Pesulapalvelu	4,5	4,6	4,6	4,7	4,7	4,8	4,8	4,9	4,9	4,9	5,0	5,0
22.3 Kotitalouspalvelu	5,4	5,5	5,6	5,6	5,7	5,7	5,8	5,8	5,9	5,9	6,0	6,0
22.4 Henkilökohtainen palvelutoiminta	25,9	26,3	26,7	27,0	27,3	27,5	27,7	27,9	28,1	28,3	28,5	28,7
23 Elinkeino tuntematon	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Kaikki	2513,9	2532,3	2537,7	2533,1	2524,3	2510,0	2485,8	2471,0	2452,1	2432,7	2417,8	2398,3

Tiainen, Pekka 24.3.2001

Ennuste opetushallitukselle/sote	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1 Maatalous	94,6	92,9	92,8	91,4	91,5	90,3	90,2	90,0	90,0	90,0	90,0	90,0
2 Metsätalous	18,6	18,4	18,3	18,2	18,0	17,9	17,8	17,6	17,4	17,2	17,0	16,8
3 Metsäteollisuus	121,7	120,8	119,5	118,1	117,0	115,6	114,4	113,2	112,2	111,0	110,0	109,0
4 Metallituotteiden valmistus	45,4	44,9	44,4	43,8	43,4	42,8	42,3	41,8	41,4	40,9	40,5	40,1
5 Koneiden valmistus	64,5	63,9	63,1	62,3	61,7	60,9	60,1	59,5	58,9	58,2	57,5	57,0
6 Sähkötekniisten tuotteiden valmistus	63,8	63,5	63,1	62,7	62,3	61,9	61,5	61,1	60,9	60,5	60,2	59,9
7 Kulkuneuvojen valmistus	16,6	16,3	16,0	15,9	15,7	15,3	15,2	15,1	15,0	15,0	14,7	14,7
8 Instrumenttien yms. valmistus	10,5	10,5	10,4	10,3	10,3	10,2	10,1	10,1	10,0	10,0	9,9	9,9
9 Muu metalliteollisuus	18,5	18,2	17,8	17,3	16,9	16,5	16,1	15,8	15,4	15,1	14,7	14,4
10 Muu teollisuus	124,1	122,0	119,6	117,2	115,1	112,7	110,5	108,5	106,6	104,6	102,7	101,0
11 Rakennustoiminta	159,9	159,3	158,5	157,7	157,1	156,2	155,4	154,8	154,5	153,7	153,2	152,8
12 Kauppa	405,7	407,7	407,0	407,3	407,3	407,5	408,1	409,2	410,9	411,6	413,1	415,0
13 Liikenne	170,0	168,6	166,9	165,1	163,9	163,9	163,2	161,8	160,7	159,1	157,9	156,8
14 Rahoitus-, vakuutus- ja kiinteistö- ja liike-elämää palveleva toiminta	266,8	267,0	266,1	265,2	264,8	264,2	263,8	263,8	263,4	263,1	263,3	263,8
15 Julkinen hallinto, maanpuolustus ja yleinen turvallisuus	92,3	90,9	89,3	87,8	86,4	85,1	83,6	82,3	81,3	79,9	78,7	77,5
16 Puhtaanapito	27,5	27,2	26,8	26,4	26,0	25,6	25,2	24,8	24,5	24,0	23,7	23,3
17 Opetus ja tutkimus	153,4	150,8	147,9	145,0	142,4	140,0	137,3	134,8	132,8	130,2	127,9	125,8
18 Terveystieteiden tutkimus	207,9	209,9	210,7	211,5	212,6	214,0	214,8	215,9	217,6	218,3	219,6	221,0
18.1.Lääkintä- ja eläinlääkintäpalvelu	207,9	209,9	210,7	211,5	212,6	214,0	214,8	215,9	217,6	218,3	219,6	221,0
19 Sosiaalihuolto	188,7	189,9	190,0	190,0	190,3	190,8	190,9	191,2	192,0	192,1	192,5	193,1
19.1 Sosiaalihuolto	188,7	189,9	190,0	190,0	190,3	190,8	190,9	191,2	192,0	192,1	192,5	193,1
20 Järjestötoiminta	35,1	34,5	33,9	33,3	32,7	32,2	31,6	31,0	30,6	30,0	29,5	29,0
21 Kulttuuritoiminta	53,0	52,7	52,3	51,9	51,6	51,4	51,0	50,7	50,5	50,1	49,8	49,5
22 Kotitalouspalvelut	45,0	45,5	45,8	46,2	46,6	47,0	47,4	47,7	48,2	48,5	48,9	49,3
22.1 Kotitalouksesineiden korjaus	4,9	4,9	4,9	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,1	5,1	5,1	5,2
22.2 Pesulapalvelu	5,0	5,1	5,1	5,2	5,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,5	5,5	5,6
22.3 Kotitalouspalvelu	6,1	6,1	6,2	6,2	6,3	6,3	6,4	6,4	6,5	6,6	6,6	6,7
22.4 Henkilökohtainen palvelutoiminta	29,0	29,3	29,6	29,8	30,1	30,4	30,6	30,9	31,2	31,4	31,6	31,9
23 Elinkeino tuntematon	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Kaikki	2389,7	2381,5	2366,2	2350,6	2339,6	2328,0	2316,5	2306,7	2300,7	2288,9	2281,2	2275,7

Lähdeluettelo:

- Ailasmaa R. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö kuntasektorilla 1999. Stakes. Tilastoraportti 2000:10.
- Aitlahti T. Terveysministeriön selvityksiä 1999:12.
- Alatalo R, Holopainen K, Korkeamäki H, Montén S, Ojala S, Passoja S, Rimpioja T, Surakka I. Ammatillisen koulutuksen määrällisen ja laadullisen koulutustarpeen kartoittaminen Helsingin seudulla. Projektin loppuraportti. Espoon kaupungin suomenkielinen koulutuskeskus. Helsingin kaupungin opetusvirasto. Vantaan kaupungin sivistystoimi. LAI-NET OY. Rauma, 2000.
- Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J. Health in Finland. National Public Health Institute. Ministry of Social Affairs and Health. Edita, Helsinki 1999.
- Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J. Suomalaisten terveys 1996. Kansanterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Edita, Helsinki 1997.
- Asetus ammatillisesta koulutuksesta (811/1998).
- Asetus koulutuksen ja yliopistoissa harjoitettavan tutkimuksen kehittämissuunnitelmasta (987/1998).
- Autio V, Hanhijoki I, Katajisto J, Kimari M, Koski L, Lehtinen J, Mõnten S, Taipale U, Vasara A. Ammatillinen koulutus 2010. Työvoiman tarve vuonna 2010 ja ammatillisen koulutuksen mitoitus. Opetushallitus 1999.
- Den ljusnande framtid är vård: om vård och omsorg - en arbetsmarknad i utveckling. Kommissionen för rekryteringen till vård och omsorg. Facta info direkt. Stockholm. Ds. 1999:44.
- Epistemological Issues in Social Work Research. Paris, 2000.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle ammatillisen lisäkoulutuksen rahoitusta koskevaksi lainsäädännöksi (HE 144/2000 VP).
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 246/1998 VP).
- Health 21 – health for all in the 21 st century. The health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization. European Health for All Series No 6. Copenhagen, 1999.
- Heino T. Lasten psykososiaaliset palvelut ja lastensuojelu. Teoksessa: Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.
- Holopainen A, Hakulinen T. Sosiaali- ja terveysalalle tarvitaan lisää työvoimaa. Työvoiman määrällinen ennakointi Pohjois-Karjalan maakunnassa. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Tiedotteita 6. Joensuu 2000.
- Honkakoski A. Sosiaalialan toiminnan todellisuus, ammattitaito ja koulutus. Opetushallitus. Kehittyvä koulutus 1. Hakapaino. Helsinki, 1995.
- Huttunen J. Perusterveydenhuollon yksikkökoko – Miten nykytilaa tulisi kehittää? TERVE-SOS 2001. Luentolyhenteet. Stakes, Kuopion kaupunki 2001.
- Kananoja A, Elovainio M. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn tulevaisuus. Stakes. Raportteja 150, 1994.
- Kaukonen O, Metso L, Halmeaho M. Päihdepalvelut. Teoksessa Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.
- Kauppinen S, Niskanen T, Swahne A. Yksityisten osuus kasvaa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Dialogi 1/2001.
- Kauppinen S, Taskinen S. Kasvatus- ja perheneuvonta 1997. Tilastoraportti 12. Stakes. Helsinki, 1998.
- Kehittyvä koulutus. Opetusministeriö. Koulutussuunnittelun neuvottelukunta. Komiteamietintö 1990:49.

Kekomäki M. Terveysdenhuolto 2000-luvulla. Futura 2000:2.

Kinos J. Päiväkoti ammattikuntien kamppailujen kenttänä. Väitöskirja. Sarja C, Osa 133. Turun yliopisto, 1997.

Kivinen K. ”Orjat vai sankarit”. Sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvat työt ja kvalifikaatiot. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn ja koulutuksen kehittämisprojekti. Tutkimusraportteja 1. Sarja A. Tehy ry. ja Työsuojelurahasto. Helsinki, 1994.

Kodinhoitoapu 1980, Suomen virallinen tilasto XXI A:30, Helsinki 1981.

Koho A. Katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima- ja koulutuskysymyksiin. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991: 5.

Kota-tietokanta.

Kotipalvelun henkilöstörakennetta selvitelleen työryhmän muistio. Kotipalvelujen laatu, laajuus ja henkilöstö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1986:4.

Koulutus ja tutkimus vuosina 1999-2004, Kehittämissuunnitelma 29.12.1999. Opetusministeriö.

Koulutussuunnittelun neuvottelukunnan mietintö. Komiteamietintö 1983: 60.

Kunnallinen henkilökisteri. Tilastokeskus.

Lahelma E, Lundbeg O, Manderbacka K. Suomalaisten terveyserot eurooppalaisessa vertailussa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1999:3.

Laiillistetut ravitsemusterapeutit terveydenhuollossa. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 27.5.1999.

Laki alueiden kehittämisestä (1135/1993).

Laki ammatillisesta koulutuksesta (630/98).

Laki ammattikorkeakouluopinnoista (255/95).

Laki korkeakoululaitoksen kehittämisestä vuosina 1967-1981 (228/1966).

Laki korkeakoululaitoksen kehittämisestä (1052/1986).

Laki Pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdyn sopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä. Asetus Pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdyn sopimuksen voimaansaattamisesta ja sen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta. (SopS 1-2/1994).

Laki Pohjoismaiden välillä pohjoismaisista työmarkkinoista henkilöille, jotka ovat saaneet vähintään kolmevuotisen korkeamman koulutuksen, tehdyn sopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä sekä sopimuksen soveltamisesta. (SopS 73/1998).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta (811/2000).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta (1030/2000).

Laot F. Doctoral Work in the Social Field in Europe. Social Work in Europe vol 7, 2, 2-7. 2000.

Laot F. Doctorats en travail social quelques initiatives europeennes, ENSP 2000.

Lääkärit ja hammaslääkärit terveyskeskuksissa ja sairaaloissa lokakuussa 1999. Terveysdenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Lääkärit ja hammaslääkärit jaosto. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:10.

- Mannermaa M. (toim.): TOOLBOX: Työelämän ennakkoinnin työkalupakki. Työministeriö, 1999. ESR-julkaisut - sarja 41/99 sekä www.mol.fi/esf/ennakointi/metodit/TOOLBOX.htm.
- Marjamäki P, Mäntysaari M, Ristimäki T. Sosiaalityöntekijät Suomessa 1998 - tehtävät, koulutus, määrä ja riittävyys. Sosiaali- ja terveysministeriö monisteita 1998:21.
- Martelin T, Kattainen A, Koskinen S. Sociodemographic differences in functional ability in old age. Kansanterveyslaitos. Poster, 2001.
- Marttinen & Varelius. TE-keskukset tulevaisuuden tekijöinä - TE-keskusten alueellinen ennakkointijärjestelmä. Työpoliittinen aikakauskirja 2001:1.
- Metsämuuronen J. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? ESR-julkaisut 39/98. Helsinki, 1998.
- Metsämuuronen J. Uuden vuosituhaten haasteet sosiaali- ja terveysalalla. Futura 2000:2.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. TATO:n mielenterveyden valmistelu- ja seurantar ryhmän esitys. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2001:14.
- Mäkelä M. Näyttöön perustuva terveydenhuolto Suomessa. Teoksessa: Voutilainen P, Leino-Kilpi H, Mikkola T, Peiponen A. Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Tammi, Helsinki 2000.
- Mäntysaari M. Campbell-yhteistyö (C2) käynnistyy. Stakes. FinSoc news 1/2001.
- Nieminen J. (toim.). Alueellisen ennakkoinnin menetelmiä ja käytäntöjä. ESR-julkaisut 1999:46.
- Nojonen K. Terveydenhuollon ammatinharjoittamista ja ammattihenkilölainsäädäntöä koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:14.
- Nordisk arbetsmarknad för sjukvårdspersonal. Årsrapport 1998-1999.
- Nousiainen I. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysala. Jyväskylä University Printing House and ER-Paino Ky. Lievestuore, 1998.
- Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education. World Health Organization. Europe, 25 January 2000.
- Nylander O, Nenonen M. Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu. Teoksessa: Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.
- Opti-tietokanta 5.12.2000.
- Pajala S. ja Lempinen P. Pitkä tie maisteriksi. Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus rs 22/2001. Helsinki, 2001.
- Partanen P, Perälä M-L. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälinen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. Stakes. FinOFTAn raportti 1997:7.
- Pekurinen M, Uutela T, Häyrynen M, Keikkala S, Puro M, Räsänen R, Rytönen A. Yhteistyötä ja kumppanuutta terveydenhuoltoon Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjaukokeilu. Loppuraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julka isuja 90/2000.
- Pelttari P. Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Stakes, Tutkimuksia 80. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1997.
- Pelttari P. Yhteistyössä - Työelämän ja koulutuksen yhteistyön kehittyminen sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetushallitus, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1999.
- Puheterapeuttiliitto ry. Muistio 2000.
- Punnonen H. Erikoislääkärivaje. Sairaaloiden vuosi 2000. Suomen Kuntaliitto, 2000.

Päivähoitajien ja lastenhoitajien koulutustarvetyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1985:39.

Rintala T. ja Elovainio M. Lähihoitajien työ, ammatti-identiteetti ja hyvinvointi. Stakesin tutkimuksia 86. Helsinki 1997.

Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kätilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa - terveydenhuollon ammatinharjoittajien kannalta keskeisiä näkökohtia. Monisteita nro 15. Sosiaali- ja terveysministeriö 2000:15.

Saukkonen R. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman tuottamisen muuttuvat ehdot. Teoksessa Mattila M, Saukkonen R, Uusikylä P. Hyvinvointivaltiota kilpailuvaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:4.

Sellin B. (ed). Anticipation of Occupation and Qualification Trends in the European Union. Innovations for effective anticipation of qualification and competence trends and the adaption of VET provision in Member States. Cedefop. Thessaloniki, May 2000.

Semberg-Konttinen V. Terveydenhuollon menetelmien arviointi. Teoksessa: Voutilainen P, Leino-Kilpi H, Mikkola T, Peiponen A. Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Tammi, Helsinki 2001.

Sosiaalialan ammatinharjoittamistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2000:32.

Sosiaalialan koulutustarvetyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1987:4.

Sosiaalialan oppilaitosten ja korkeakoulujen koulutustehtävä ja työnjako. Sosiaalialan koulutustyöryhmän raportti. Opetusministeriön työryhmien muistioita 13:1994.

Sosiaalialan osaamiskeskus. Opetussosiaalikeskustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:24.

Sosiaalialan peruslinjan koulutustoimikunnan mietintö. Keskiasteen koulunuudistus 18. Opetusministeriö. Komiteamietintö 1982:54.

Sosiaalihuollon ammatinharjoittamislainsäädännön tarpeen selvittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:17.

Sosiaalihuollon henkilökunta 1984, Suomen virallinen tilasto XXI A:37, Helsinki 1984.

Sosiaalihuollon koulutuskomitean mietintö, 1960.

Sosiaalihuollon menetelmien arvioinnin tukeminen. Stakes. FinSoc news 1/1998.

Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutieto 2001, Stakes.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa 1. Saumaton hoito- ja palveluketju. Asiakaskortti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:8.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2000. SVT. Sosiaaliturva 2001:1. Taulukko 29.

Sosiaali- ja terveystieteen koulutustarvetyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1994:37.

Sosiaali- ja terveystieteen perustutkinto 1999. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet. Opetushallitus 1999.

Sosiaali- ja terveysministeriön muistio toimenpiteistä lääkäripulan torjumiseksi 14.5.2001.

Sosiaali- ja terveystieteen strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3.

Sosiaalitoimistojen sosiaalityöntekijöiden tehtäviä sekä kelpoisuusehtoja ja pätevyyskoulutusta selvittävän työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1980:8.

Sosiaalityön koulutuskomitean mietintö. Komiteanmietintö 1972:A7.

Sosiaalityöntekijöiden koulutustarvetyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1986:8.

Sosiaalityöntekijöiden koulutustarvetyöryhmä II:n muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1988:39.

Sosiaalityöntekijöiden vaihtuvuutta ja työolosuhteita selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1985:28.

Stakes / Hilmo.

Suomen Apteekkariliitto 16.5.2001.

Suomen Farmasialiiton vastaus sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnalle 22.9.2000.

Suomen Psykologiliitto, Tuomo Tikkanen 5.10.2000.

Suomi 2015: Suomen tulevaisuuden menestystekijät ja haasteet. Sitra, 2000.

Suun terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998-2000. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2001:13.

Säntti R. Lasten päivähoito. Pienten lasten hoidossa kuntakohtaisia eroja. Kuntapuntari 5/2000.

Södergård H. Sosiaali- ja terveysala käännekohtassa. Yksityisen ja kolmannen sektorin perusanalyysi ja kehittämisen suuntaviivat. Sitra. Taloustieto Oy, 1998.

Takala P, Heikkilä M. Pienten lasten hoito. Teoksessa Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A(toim). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.

Tasavallan presidentin asetus Pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdyn sopimuksen muuttamista koskevan sopimuksen voimaansaatamisesta. (SopS 24/2001).

Terveydenhuollon ammatillisten valmiuksien kehittäminen työelämässä – SUED-malli terveispalveluiden laadunhallinnan perustana. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Monisteita 2000:16.

Terveydenhuollon ammatinharjoittamistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:10.

Terveydenhuollon henkilöstön suunnitteluun vaikuttaneet lainsäädännön muutokset ja henkilöstön määrän muutokset 1965-1985. Lääkintöhallituksen julkaisuja 123, 1988.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Toimintakertomus 2000. Helsinki 2001.

Terveydenhuollon tutkintoasetustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1996:34.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1998:5.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.

Terveysalan kansainvälinen yhteistyö - suunta ja linjaukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:19.

Tiainen P. Sosiaali- ja terveispalveluiden työllisyys kokonaistalouden osana 2000-luvun alussa. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnalle laadittu muistio 24.3.2001.

Tilastokeskuksen Kuntien talous- ja toimintatilasto /SOTKA-tietokanta.

Tilastokeskuksen väestöennuste v. 1998.

The family health nurse. Context, conceptual framework and curriculum. World Health Organization. Europe, 27 January 2000.

The Initial and Further Training of Social Workers taking into account their Changing Role, Council of Europe 1995.

Työllisyys ja hyvinvointi uuden vuosituhannen alkaessa. Työvoima 2017. Loppuraportti. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 1999: 200.

Uusitalo H. Sosiaaliturva ja sosiaali- ja terveystalvet 1990-luvulla. Teoksessa: Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.

Vaalgamaa K, Ohtonen J. Terveydenhuollon ammattihenkilöt 31.12.1999. Stakes. Tilastoraportti 8/2000. Tiedot taulukosta 1A.: Työkäiset, laillistetut ja nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt.

Valtioneuvoston asetus koulutustoimikunnista ja koulutuksen yhteistyöneuvottelukunnasta (1005/2000).

Valtonen H. Mikä selittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen eroja? Teoksessa: Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus, Jyväskylä 2000.

Wickström G, Laine M, Pentti J, Elovainio M, Lindström K. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - muutokset 1990-luvulla. Työterveyslaitos. Helsinki, 2000.

Vuorenmaa M, Räisänen A. Lähihoitajat työelämään. Lähihoitajakoulutuksen käynnistysvaiheen arviointia. Opetushallitus. Arviointi 1997:1.

Vuorento R. (toim.). Kuntien työvoima ja henkilöstö, Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 2001.

www.ikaohjelma.net

www.kuntaliitto.fi

www.makropilotti.fi

www.minedu.fi

www.mol.fi

www.occuphealth.fi

www.viestinhallinta.fi

Väestön koulutus 2000. Opetusministeriö. Koulutussuunnittelun neuvottelukunta. Komiteanmietintö 1988:28

Yliopistolaki (645/1997).